

# Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ?

JUIN 2024  
2023-098R

• **ANNEXES (TOME 2)**

Sarah  
**Bartoli**

Irina  
**Schapira**

Hervé  
**Leost**

—  
Membres de l'Inspection générale  
des affaires sociales

Avec le concours du Dr Christine **Gardel**  
et du pôle data de l'Igas



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

## SOMMAIRE

<b>ANNEXE 1 :</b>	<b>METHODE D'INVESTIGATION .....</b>	<b>3</b>
<b>ANNEXE 2 :</b>	<b>CADRE D'INTERVENTION DES MDPH .....</b>	<b>12</b>
<b>ANNEXE 3 :</b>	<b>ÉVOLUTION ET REPARTITION DE LA CHARGE ET DES MOYENS DES MDPH .....</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXE 4 :</b>	<b>MESURE NATIONALE DE LA QUALITE DE SERVICE ET DE L'EQUITE DE TRAITEMENT EN MDPH .....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 5 :</b>	<b>L'EXERCICE D'EVALUATION DU HANDICAP EN MDPH .....</b>	<b>102</b>
<b>ANNEXE 6 :</b>	<b>LA RELATION AVEC LES USAGERS EN MDPH .....</b>	<b>156</b>
<b>ANNEXE 7 :</b>	<b>LES OUTILS DE TRAVAIL DES MDPH .....</b>	<b>193</b>
<b>ANNEXE 8 :</b>	<b>L'INSCRIPTION TERRITORIALE DES MDPH ET LEUR PILOTAGE NATIONAL .....</b>	<b>224</b>

# ANNEXE 1 : Méthode d'investigation

<b>ANNEXE 1 : METHODE D'INVESTIGATION .....</b>	<b>3</b>
<b>1 LES DEPLACEMENTS EN MDPH .....</b>	<b>4</b>
1.1 LA CONSTITUTION D'UN ECHANTILLON DE MDPH POUR ASSEOIR LES CONSTATS DE LA MISSION .....	4
1.2 LA METHODE APPLIQUEE LORS DES DEPLACEMENTS.....	4
1.2.1 <i>Les entretiens en MDPH</i> .....	5
1.2.2 <i>Les contacts et entretiens avec les usagers</i> .....	5
1.2.3 <i>Les entretiens avec d'autres interlocuteurs</i> .....	5
1.3 L'ANALYSE DE CERTAINS DOSSIERS INDIVIDUELS ANONYMISES .....	6
1.4 DES ANALYSES COMPLEMENTAIRES PLUS CIBLEES MOBILISANT D'AUTRES MDPH.....	9
<b>2 L'EXPLOITATION DES DONNEES AU NIVEAU NATIONAL .....</b>	<b>9</b>
2.1 LES DONNEES UTILISEES .....	9
2.2 LA RECHERCHE DE CORRELATIONS ENTRE INDICATEURS .....	10
2.3 LA CONSTITUTION DE CLUSTERS PAR LE POLE DATA DE L'IGAS .....	11

[1] Outre l'exploitation documentaire et les nombreux entretiens tenus au niveau national<sup>1</sup>, la mission a fondé ses analyses sur des déplacements en MDPH et l'exploitation de données collectées auprès de la CNSA.

## 1 Les déplacements en MDPH

### 1.1 La constitution d'un échantillon de MDPH pour asseoir les constats de la mission

[2] **Au regard du calendrier et des moyens de la mission, il a été décidé de procéder à sept déplacements.** Sept MDPH ont donc été visitées par un binôme de la mission, à raison de trois journées sur place.

[3] La constitution de l'échantillon a pris en compte les critères suivants :

- la taille du département,
- la localisation dans un territoire rural ou métropolitain,
- la diversité des régions concernées,
- la performance de la MDPH au regard des indicateurs de stocks et de délais notamment,
- le niveau d'intégration des services par rapport conseil départemental (la mission souhaitait analyser au moins une MDPH fonctionnant en maison de l'autonomie),
- la nécessité d'avoir une vision sur chacun des quatre logiciels métiers labellisés (l'échantillon constitué comporte ainsi a minima une MDPH concernée par l'un des quatre logiciels),
- la volonté de retenir au moins une MDPH accompagnée par la Maop de la CNSA.

[4] **La combinaison de ces critères a conduit à retenir la Moselle, la Somme, la Haute Garonne, le Val de Marne, les Bouches du Rhône, le Finistère, l'Allier.** Ces sept territoires ont été visités aux mois de janvier, février et mars 2024.

### 1.2 La méthode appliquée lors des déplacements

[5] La mission a constitué une grille d'analyse permettant de structurer ses travaux sur place et de guider les entretiens ainsi qu'une liste de documents à récupérer sur place. La grille est organisée selon les étapes de traitement du dossier : instruction, évaluation, décision. La mission a procédé à un test du projet de grille dans le premier territoire visité (Moselle).

---

<sup>1</sup> Voir la liste des personnes rencontrées.

### 1.2.1 Les entretiens en MDPH

[6] Les entretiens tenus sur place, complétés dans certains cas par des échanges téléphoniques ou en visioconférence, ont concerné :

- la direction de la MDPH et un élu du conseil départemental ;
- des immersions en équipes pluridisciplinaires (principalement EP vie quotidienne, scolarisation, insertion professionnelle) ;
- la participation systématique en observateur à une CDAPH ;
- des immersions à l'accueil ;
- des entretiens avec des agents en charge de chacune des étapes sous revue de la mission : principalement agents chargés de l'instruction et de l'évaluation ;
- des entretiens avec des agents en charge des systèmes d'information.

[7] Dans la moitié des MDPH visitées, la mission a pu participer en observatrice à une visite à domicile (PCH).

### 1.2.2 Les contacts et entretiens avec les usagers

[8] Outre les échanges avec des associations, au niveau national ou territorial, plusieurs modalités d'échange ont permis **la prise en compte directe de la parole de certains usagers** :

- la mission s'est entretenue avec des **familles** à propos du traitement par la MDPH de leur demande de prise en charge des besoins de scolarisation de leur enfant : la mission a ainsi demandé à chaque MDPH d'extraire de ses fichiers plusieurs dossiers récents de familles<sup>2</sup> afin de pouvoir organiser un échange téléphonique avec elles. Deux à quatre échanges ont été tenus par territoire ;
- l'immersion en MDPH a aussi permis de rencontrer des **usagers** : immersion à l'accueil physique, écoute de l'accueil téléphonique, immersion en CDAPH, participation lors de visites à domicile.

### 1.2.3 Les entretiens avec d'autres interlocuteurs

[9] A l'occasion des déplacements, la mission s'est également efforcée d'organiser des **entretiens avec les principaux partenaires des MDPH, les institutions rencontrées étant différentes selon le territoire** : ARS, Education nationale, DDETS, association gestionnaire, association représentative de personnes handicapées, France travail, médecin du travail...

[10] La mission a également sollicité systématiquement un entretien avec le sous-préfet en charge du handicap.

---

<sup>2</sup> Extraction réalisée selon des critères déterminés par la mission permettant un choix aléatoire sur une période donnée.

### 1.3 L'analyse de certains dossiers individuels anonymisés

[11] **La mission a souhaité prendre connaissance directement de certains dossiers de demande afin de mieux cerner la complexité du travail évaluatif réalisé par les équipes de la MDPH.** La grille d'analyse appliquée visait également à vérifier la manière dont la demande était introduite (téléservice ou demande générique), la nature et le degré de précision des pièces jointes au dossier (certificat médical...), les modalités d'attribution (plan personnalisé de compensation, droits non demandés, droits sans limitation de durée...), etc.<sup>3</sup>

[12] **La mission a récupéré 4 à 6 dossiers par MDPH, autour de trois thématiques privilégiées, l'évaluation de l'AAH, du droit d'option entre AEEH et PCH ainsi que des aides techniques PCH.** Ces thématiques avaient été proposées suite à un échange avec les services de la CNSA afin d'identifier des dossiers complexes en termes de raisonnement évaluatif. Il s'agissait de dossiers clôturés et anonymisés. Les délais de réponse n'ont pas été observés dans le cadre de cette étude, au regard de la très grande variété des dossiers.

[13] Au total, **36 dossiers ont pu être étudiés :**

- à titre d'exemple, en Allier, la mission a demandé six dossiers déterminés selon trois dominantes : deux évaluations de RSDAE dans le cadre de l'AAH, deux dossiers ayant donné lieu à examen du droit d'option entre AEEH et PCH, deux dossiers ayant conduit à la mobilisation du fonds de concours dans le cadre de la PCH ;
- dans la Somme ou le Val-de-Marne, la mission a choisi de centrer son analyse sur des dossiers d'AAH afin d'approfondir le raisonnement évaluatif propre à cette allocation, avec une attention spécifique sur les premières demandes de personnes jeunes.

[14] Cette analyse de dossiers a nourri en particulier les constats de la mission sur l'exercice de la fonction évaluative par les équipes pluridisciplinaires (voir partie 2 du rapport). **Par ailleurs, quelques lignes de synthèse sur le contenu des dossiers peuvent être dégagées de ce travail :**

- le dossier pris dans son ensemble (de la demande initiale à la notification) est de taille conséquente, généralement de 60 à 80 pages. Il est difficile à manier et a donc dû faire l'objet de plusieurs échanges avec les MDPH afin de pouvoir être transmis intégralement à la mission ;
- les dossiers comprennent souvent tout à la fois première demande de droits et renouvellement ;
- la pratique des plans personnalisés de compensation (PPC) est respectée pour les dossiers éligibles à la PCH (12/15), quasi intégralement concernant les droits d'option AEEH-PCH (8/9), mais pas pour les autres dossiers ;
- les RQTH et les CMI sont très majoritairement attribuées sans limitation de durée à l'occasion des renouvellements.

---

<sup>3</sup> Voir l'annexe 4 ainsi que la partie 2 du rapport qui mettent en avant certaines des situations individuelles analysées grâce aux dossiers.

Tableau 1 : Présentation synthétique de l'échantillon de dossiers

	Droits demandés	Enfant ou adulte	Téléservice	1ère demande ou renouvellement	Demande générique	Plan personnalisé de compensation	Droits non demandés	Droits sans limitation de durée	Droits notifiés
1	Orientation pro., RQTH	Adulte	non	1ère demande	non	non	oui	oui	OMT, AAH, RQTH
2	AAH, RQTH, orientation pro., CMI / PCH	Adulte	non	Les deux	non	non	non	oui	OMT, AAH, RQTH
3	Orientation ESMS, AEEH, AVPF, CMI	Enfant	non	Les deux	non	oui	non	oui	IME, AEEH, AVPF, CMI stationnement
4	AVPF, PCH, SESSAD	Enfant	non	Les deux	non	oui	non	non	PCH, AVPF, orientation SESSAD
5	AAH, PCH, CMI	Adulte	non	Les deux	non	oui	non	oui	AAH, PCH, CMI
6	AEEH, PCH, AESH, AVPF	Enfant	non	Les deux	non	oui	oui	non	AEEH, PCH, AESH, AVPF
7	AEEH, PCH, CMI	Enfant	oui	Les deux	non	oui	non	non	AEEH, PCH, CMI I
8	RQTH, AAH, CMI, ESRP, ESAT	Adulte	non	Les deux	non	non	non	oui	RQTH, AAH, ESRP
9	RQTH, PCH	Adulte	non	Les deux	non	oui	non	oui	RQTH et PCH
10	PCH, orientation ESMS	Adulte	oui	Les deux	non	oui	non	oui	PCH, orientation en foyer de vie
11	PCH	Adulte	oui	Renouvellement	non	oui	non	oui	PCH
12	AAH, PCH, CMI	Adulte	oui	Les deux	non	non	non	non	AAH
13	AAH, PCH	Adulte	non	Les deux	non	non	non	non	AAH
14	ESMS, PCH, AAH	Enfant	non	Les deux	non	oui	non	non	AEEH, PCH
15	AEEH, PCH, CMI, parcours scolaire	Enfant	non	Renouvellement	non	oui	non	oui	CMI I et S, parcours scolaire, PCH, AEEH
16	AAH, CMI, Emploi accompagné, RQTH	Adulte	non	Les deux	non	oui	oui	oui	AAH, RQTH, ESAT

RAPPORT IGAS N°2023-098R (ANNEXES)

17	AAH, RQTH, ESAT, OMT	Adulte	non	Les deux	non	non	non	oui	AAH, RQTH, OMT
18	AAH, CMI, RQTH	Adulte	non	Les deux	non	oui	oui	oui	AAH, RQTH, SAVS
19	AAH, CMI, RQTH	Adulte	non	1ère demande	non	non	non	non	CMI P, CMI S, RQTH
20	AAH, PCH, CMI, RQTH, OMT	Adulte	non	Les deux	non	oui	non	oui	CMI P, OMT, RQTH
21	AAH, ESMS maintien Creton, RQTH, ESAT	Adulte	non	Les deux	non	non	oui	non	ESAT, RQTH, AAH, orientation foyer de vie
22	AAH RQTH orientation pro.	Adulte	non	Les deux	non	non	non	non	AAH, RQTH, ESPO, OMT
23	AEEH, PCH, CMI, parcours scolaire	Enfant	non	Les deux	non	oui	non	non	Maintien en maternelle, AESH-i, PCH, IME, AEEH, CMI S, CMI I BA
24	AEEH, parcours de scolarisation, PCH	Enfant	non	1ère demande	non	non	non	non	Maintien en maternelle, aide humaine mutualisée, SESSAD
25	PCH, RQTH, OMT	Adulte	non	Renouvellement	non	non	non	non	PCH, RQTH, OMT
26	AAH, PCH, Samsah, CMI	Adulte	non	Renouvellement	non	non	non	oui	AAH, PCH, Samsah, CMI I et S
27	AESH, aménagements scolaires, AEEH	Enfant	non	1ère demande	non	non	non	non	Orientation scolaire, AESH, AEEH
28	AAH, RQTH, OMT	Adulte	non	1ère demande	non	non	non	oui	RQTH, OMT
29	AAH, CMI, RQTH, OMT	Adulte	non	Renouvellement	non	non	non	oui	CMI P, RQTH
30	AAH, CMI, RQTH	Adulte	non	1ère demande	non	non	non	oui	CMI P, RQTH
31	AAH	Adulte	non	1ère demande	non	non	oui	non	CMI P, RQTH, AAH
32	AAH, RQTH, CMI	Adulte	non	Les deux	non	non	oui	non	AAH, CMI P, RQTH, SAVS
33	CMI, AAH, RQTH, orientation pro.	Adulte	non	Renouvellement	non	non	non	oui	RQTH, OMT
34	AAH, RQTH, CMI	Adulte	non	Renouvellement	non	non	non	oui	CMI P, RQTH, AAH
35	PCH, CMI	Adulte	non	Les deux	non	non	non	oui	CMI P
36	PCH, CMI, AEEH	Enfant	non	Les deux	non	oui	non	non	PCH, CMI, AEEH

Source : Mission.



## 1.4 Des analyses complémentaires plus ciblées mobilisant d'autres MDPH

[15] Outre les sept MDPH visitées, la mission a sollicité ponctuellement d'autres MDPH pour des échanges portant sur des problématiques ciblées, comme l'accueil territorialisé ou la mise en place des pôles d'appui à la scolarité. **La mission a ainsi organisé des entretiens avec la MDPH du Nord, de La Réunion, d'Eure et Loir, de Seine Saint Denis, du Var, de la Meurthe-et-Moselle et de la Seine-et-Marne.**

[16] L'ensemble des constats établis à l'occasion des déplacements ont fait l'objet d'une restitution lors d'un séminaire avec toutes les MDPH concernées. Un autre temps collectif de restitution, en présence de directions de MDPH et de conseils départementaux, a pu être organisé à l'occasion d'une commission Autonomie de l'ADF.

## 2 L'exploitation des données au niveau national

[17] Malgré les efforts de fiabilisation entrepris aussi bien par les MDPH sur leurs propres données que par la CNSA sur les données qui lui sont remontées, celles-ci restent fragiles, invitant à la plus grande prudence dans les interprétations qui en sont livrées. Pour autant, la mission a souhaité réaliser des travaux de mise en relation entre ces données afin de tester certaines hypothèses mais également pour illustrer le type de travail qui pourrait être systématisé au niveau national sur la base des nombreux indicateurs que les MDPH doivent remplir chaque année.

[18] **Ces travaux ont nécessité au préalable de restructurer les fichiers transmis par la CNSA<sup>4</sup>.** En effet, dans l'idée de constituer une base de données consolidée à partir des éléments transmis, le pôle data a procédé à un traitement systématique des fichiers sous R afin de mettre en cohérence les indicateurs de chacun (certaines informations étant parfois redondantes) et de pouvoir réaliser une analyse temporelle.

### 2.1 Les données utilisées

[19] **Les données nationales utilisées proviennent d'au moins cinq sources différentes :**

- la majorité d'entre elles sont issues de rapports renseignés par les MDPH au premier semestre de l'année N sur la base des réalisations de l'année N-1 à partir d'une trame nationale, communiquée par la direction de la CNSA en charge de l'accès aux droits et des parcours (DADP) : elles alimentent une synthèse nationale des rapports d'activité publiée par la CNSA au premier trimestre N+1 ;

---

<sup>4</sup> Volume des décisions et avis rendus par prestation, les délais de traitement, le taux d'accord par prestation, le taux de satisfaction des usagers, la part des droits accordés sans limitation de durée

- Deux catégories de données sont issues du système d'information des MDPH (SIH):
  - les MDPH renseignent au premier semestre de l'année N, à partir du SIH, une enquête annuelle ciblée sur des données d'activité N-1 (nombre de demandes, nombre d'avis et de décisions, délais de traitement, nombre de recours, etc.) sur la base d'une trame nationale communiquée par la direction de la CNSA en charge de la prospective et des études (DPE), qui centralise la fonction statistique de la Caisse : ces échanges annuels, qui font l'objet d'un redressement statistique, alimentent la publication d'un repère statistique en N+1 ;
  - les données du baromètre trimestriel des MDPH sont également extraites du SIH via un système de dépôt mensuel par les MDPH de fichiers mis à disposition par les éditeurs sur une plateforme de la CNSA mais peuvent faire l'objet de corrections *ex post* sur la base des redressements effectués par la DPE ;
- les données annuelles relatives à la satisfaction des usagers des MDPH, reprises dans le baromètre trimestriel, sont issues au premier trimestre de l'année N d'une enquête administrée en continu en N-1 via le site national [mamdph-monavis.fr](http://mamdph-monavis.fr) ;
- enfin, la CNSA administre des enquêtes annuelles auprès des MDPH, récurrentes comme celle menée sur l'AAH, ou ponctuelles à la suite de certaines réformes (ex : sur la PCH parentalité).

**[20] Seule une minorité de ces données, celles provenant de l'enquête annuelle, font l'objet d'un traitement statistique et les ressources mobilisables à cette fin restent limitées :**

- si les données issues des rapports d'activité et celles du baromètre trimestriel font l'objet de corrections ponctuelles en cas d'erreur manifeste, seules les données traitées par la DPE incluent des redressements statistiques (par exemple, pour prendre en compte l'absence d'exhaustivité des MDPH répondantes) ;
- les données de satisfaction issues de l'enquête administrée en continu ne font l'objet d'aucun redressement qui permettrait d'assurer une représentativité des résultats ;
- la DPE anime un réseau de référents statistiques en MDPH, fonction souvent assurée par les directeurs et directrices, qui dispose de moyens limités pour travailler sur la qualité des données ou, *a fortiori*, structurer une fonction d'observation statistique sur les territoires.

## 2.2 La recherche de corrélations entre indicateurs

[21] L'exploitation des bases, issues essentiellement de données du baromètre MDPH, a visé à tester plusieurs types de corrélations entre variables, par exemple entre nombre d'ETP et de décisions, entre délais et taux de satisfaction, entre délais et taux de recours<sup>5</sup>. Cela a permis de constituer une matrice de corrélation présentée dans l'annexe 2.

---

<sup>5</sup> Certaines de ces corrélations avaient déjà été testées dans un rapport de 2015 du haut conseil de la santé publique. « Enquête quantitative sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensation du handicap par les MDPH », HCSP, 2015.

## 2.3 La constitution de clusters par le pôle data de l'Igas

[22] Dans un premier temps, le pôle a réalisé une analyse en composantes principales, une technique statistique qui aide à simplifier la complexité des données en identifiant les directions les plus importantes. Les résultats montrent que plus de 75% de l'information totale issue des données peut être résumée en utilisant seulement les premières quatre dimensions. Cette étape permet de créer des catégories homogènes plus facilement.

[23] Dans un deuxième temps, pour trouver le nombre de groupes appariés dans les données, le pôle a mobilisé un indicateur appelé « largeur moyenne de silhouette ». Ce critère permet de mesurer l'adéquation chaque individu (ici une MDPH) à son cluster (ou groupe). Après analyse, la meilleure partition a conduit à créer trois clusters (ou groupes). L'ensemble des MDPH<sup>6</sup> ont été classés dans un de ces groupes. Les valeurs moyennes des différentes variables sont présentées pour chacun des groupes et comparées à la moyenne nationale.

[24] Enfin, dans un troisième temps, le pôle data a cherché à éclairer ce regroupement sur la base d'éléments socio-économiques. Le jeu de données utilisées a donc été enrichi par de nouvelles variables exogènes provenant des statistiques locales de l'Insee les plus récentes<sup>7</sup>. Ces variables ont été intégrées a posteriori et ne participent pas au modèle.

---

<sup>6</sup> À l'exception du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Réunion pour lesquelles les données 2022 sont manquantes. Ces départements sont donc exclus des analyses.

<sup>7</sup> La date de dernière mise à jour de chaque variable est comprise entre 2020 et 2022.

# ANNEXE 2 : Cadre d'intervention des MDPH

<b>ANNEXE 2 :</b>	<b>CADRE D'INTERVENTION DES MDPH</b>	<b>12</b>
<b>1</b>	<b>LA CREATION DES MDPH, AU CŒUR DE LA LOI DE 2005, DEVAIT INCARNER UN TOURNANT DANS LA POLITIQUE DU HANDICAP, QUI S'EST RAPIDEMENT AVERE DIFFICILE A ASSURER.....</b>	<b>14</b>
1.1	LES MISSIONS ET LE STATUT DES MDPH TRADUISENT UNE NOUVELLE APPROCHE DE L'ÉVALUATION DU HANDICAP ET DE L'OUVERTURE DES DROITS.....	14
1.1.1	<i>Guichet unique pour les usagers, les MDPH se caractérisent par des missions larges fondées sur une approche globale de leurs besoins.....</i>	<i>14</i>
1.1.2	<i>Créées sous la forme de Gip présidés par les Conseils départementaux, les MDPH représentent un modèle inédit de gouvernance partagée entre acteurs institutionnels et associations.....</i>	<i>16</i>
1.2	DES 2007, DES PREMIERS BILANS DE L'INSTALLATION DES MDPH SOULIGNAIENT LES DIFFICULTES LIEES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE GLOBALE ET LES LIMITES DU MODELE DU GIP .....	18
1.2.1	<i>L'effectivité d'une approche globale a été très tôt rendue difficile par la nécessité de traiter un nombre croissant de demandes dans un délai réglementaire de quatre mois .....</i>	<i>18</i>
1.2.2	<i>Le fonctionnement du Gip a été ajusté en 2011 sans répondre pleinement aux critiques relatives à sa complexité et au désinvestissement croissant de l'État .....</i>	<i>19</i>
<b>2</b>	<b>LA PERIODE RECENTE EST MARQUEE PAR DES ATTENTES PLUS FORTES SUR LE ROLE DES MDPH DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LEURS DECISIONS ET PAR UNE FEUILLE DE ROUTE MOBILISATRICE DEPUIS 2020.....</b>	<b>20</b>
2.1	DEPUIS 2014, L'ACCENT EST RENFORCE SUR LE ROLE DES MDPH DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LEURS DECISIONS .....	20
2.1.1	<i>Le rapport dit Zéro sans solution propose d'améliorer l'accompagnement des personnes....</i>	<i>20</i>
2.1.2	<i>La réponse accompagnée pour tous et le dispositif d'orientation permanent ont été déployés par les MDPH .....</i>	<i>20</i>
2.2	PLUSIEURS EVOLUTIONS MAJEURES ONT ETE INTRODUITES DEPUIS CINQ ANS NOTAMMENT PAR LA FEUILLE DE ROUTE MDPH 2022 .....	22
2.2.1	<i>En 2018, le rapport Plus Simple la Vie, dont les constats sont sévères, fixe des orientations ambitieuses pour les MDPH.....</i>	<i>22</i>
2.2.2	<i>La feuille de route MDPH 2022, structurante, s'appuie sur 38 actions.....</i>	<i>23</i>
2.3	LA CNH 2023 MARQUE UNE NOUVELLE ETAPE EN MATIERE D'INCLUSION.....	25
2.3.1	<i>Plusieurs annonces de la CNH 2023 ont des impacts sur le positionnement des MDPH.....</i>	<i>25</i>
2.3.2	<i>La mise en œuvre des orientations de la CNH concernant les MDPH s'appuiera sur une nouvelle feuille de route 2027 .....</i>	<i>26</i>
<b>3</b>	<b>LE PROCESSUS D'ATTRIBUTION DES DROITS EST REGLEMENTAIREMENT DEFINI DE MANIERE TRES PRECISE .....</b>	<b>27</b>
3.1	LES TEXTES ENCADRENT LES GRANDES ETAPES DE LA CHAINE DE TRAITEMENT AINSI QUE LES DROITS A ATTRIBUER .....	27
3.1.1	<i>Les textes distinguent la fonction évaluative et la fonction décisionnelle .....</i>	<i>27</i>

3.1.2	<i>Le code de l'action sociale et des familles fixe les conditions de recevabilité et de délais de la demande MDPH (4 mois) .....</i>	28
3.1.3	<i>L'ensemble des droits et des mesures que les MDPH attribuent font l'objet de nombreuses références réglementaires.....</i>	28
3.2	<b>TROIS ETAPES DE TRAITEMENT, LARGEMENT HARMONISEES ET INVESTIES EN MATIERE DE RECHERCHE D'EFFICACITE, DECLINENT LE PROCESSUS D'ATTRIBUTION .....</b>	35
3.2.1	<i>Les trois étapes principales du traitement de la demande sont l'instruction, l'évaluation et la décision.....</i>	35
3.2.2	<i>Le SI harmonisé et les référentiels élaborés par la CNSA contribuent à harmoniser et optimiser le processus de traitement des demandes .....</i>	36

# 1 La création des MDPH, au cœur de la loi de 2005, devait incarner un tournant dans la politique du handicap, qui s'est rapidement avéré difficile à assurer

## 1.1 Les missions et le statut des MDPH traduisent une nouvelle approche de l'évaluation du handicap et de l'ouverture des droits

### 1.1.1 Guichet unique pour les usagers, les MDPH se caractérisent par des missions larges fondées sur une approche globale de leurs besoins

#### 1.1.1.1 Le droit à l'inclusion et à la compensation au regard du projet de vie des personnes constitue le cadre de référence des MDPH

[1] **La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées introduit une définition issue de la classification internationale du handicap.** Selon les termes de cette loi, « 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 ».

[2] **Elle pose des jalons majeurs au regard de l'objectif d'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société, avec un principe généralisé de non-discrimination et d'accès au droit commun. L'exposé des motifs précise ainsi :** « Il implique que la nouvelle législation organise de manière systématique l'accès des personnes handicapées au droit commun, qu'elle adapte celui-ci ou le complète par des dispositifs spécifiques afin de garantir, en toutes circonstances, une réelle égalité d'accès aux soins, au logement, à l'école, à la formation, à l'emploi, à la cité et de reconnaître ainsi la pleine citoyenneté des personnes handicapées. ». En découlent les mesures suivantes :

- l'obligation d'accessibilité imposée aux différentes composantes de la vie collective (établissements recevant du public, locaux professionnels, logements, transports, voiries, écoles, services publics, moyens de communication publique en ligne, etc.) ;
- la reconnaissance, pour tout enfant porteur de handicap, du droit d'être inscrit en milieu ordinaire dans l'école dont relève son domicile ;
- l'accent mis sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées avec l'extension à la fonction publique de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) et l'autorisation d'un cumul entre l'Allocation adultes handicapés (AAH) et les revenus issus du travail.

[3] Elle inscrit également la participation des personnes au cœur de la réforme en se donnant pour objectif de « placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent en substituant une logique de service à une logique administrative. »

[4] Elle instaure un droit à la compensation : « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie <sup>8</sup>». Pour le concrétiser, une nouvelle prestation est créée, la Prestation de compensation (PCH). Versée, selon le choix du bénéficiaire, en nature ou en espèces, elle est déterminée en fonction de la nature et de l'importance des besoins, appréciés sur la base des limitations d'activité qu'elle rencontre, au regard de son projet de vie. Un nouvel outil est également introduit : le plan de compensation élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, qui comprend des propositions de mesures de toute nature « destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap »<sup>9</sup>.

#### 1.1.1.2 Les missions des MDPH mettent l'accent sur la réponse globale aux besoins de compensation en lien avec la personne handicapée ou ses représentants

[5] Les missions des MDPH ont été déterminées dès l'origine de façon large et ambitieuse. La création par la loi du 11 février 2005 des MDPH répond à l'objectif « d'offrir un accès unique aux droits et prestations [...], à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille ». Les missions définies par le Code de l'action sociale et des familles<sup>10</sup> (CASF) en 2005 sont les suivantes :

- l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap ;
- la mise en place et l'organisation du fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'évaluation des droits et de la procédure de conciliation interne ;
- l'aide nécessaire à la formulation du projet de vie, à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et la médiation que cette mise en œuvre peut requérir ;
- la mise en œuvre de l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap ;
- l'organisation d'actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées.

[6] **Le rôle d'évaluation des besoins et des droits exercés par l'équipe pluridisciplinaire a été défini de façon précise par la loi de 2005 en accordant une place nouvelle au projet de vie des personnes handicapées et à leur écoute.**

---

<sup>8</sup> Art. L. 114-1-1 du Code de l'action sociale et des familles.

<sup>9</sup> Article R. 146-29 du CASF.

<sup>10</sup> Article L. 146-3 du CASF.

## 1.1.2 Créées sous la forme de Gip présidés par les Conseils départementaux, les MDPH représentent un modèle inédit de gouvernance partagée entre acteurs institutionnels et associations

### 1.1.2.1 Le mode de fonctionnement et la gouvernance du Gip traduisent à la fois la volonté d'associer les parties prenantes et le rôle prépondérant du conseil départemental

[25] **Guichet unique créé sous la forme de Groupement d'intérêt public (Gip) présidé par le conseil départemental, les MDPH doivent regrouper sur un même lieu des fonctions préalablement éclatées : l'accueil, l'information, l'évaluation des besoins et la décision sur les droits.** En leur sein, les deux commissions départementales distinctes placées sous l'autorité de l'État (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel ou Cotorep pour les adultes, Commission départementale de l'éducation spéciale ou CDES pour les enfants, et leurs déclinaisons) sont regroupées dans la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Le conseil départemental assure la tutelle administrative et financière de ce Gip<sup>11</sup>. Il le préside et en désigne le directeur. Le choix d'un GIP départemental traduit à la fois la volonté de poursuivre l'acte deux de la décentralisation (loi de 2004) mais également de confier à un acteur tiers, dans le cadre d'une gouvernance partagée, le rôle de prise de décisions individuelles.

[26] **La gouvernance des MDPH associe depuis 2005 l'ensemble des parties prenantes, avec une place inédite confiée aux associations.** Le conseil départemental, l'État et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général de sécurité sociale sont membres de droit du Gip. D'autres personnes morales, comme les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, peuvent également demander à en faire partie. **La commission exécutive (Comex) des MDPH comprend, pour la moitié des postes à pourvoir, des représentants du conseil départemental ; pour le quart des postes à pourvoir, des représentants des associations de personnes handicapées ; pour le quart restant des membres, des représentants de l'État, de l'agence régionales de santé et des organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales ainsi que d'autres membres prévus par la convention constitutive.** Cette commission est principalement une instance d'administration, ayant compétence sur l'organisation générale, le budget, les conventions, l'adoption du rapport d'activité et certaines actions de coordination. Outre ses fonctions administratives, la Comex a également un rôle de pilotage de la MDPH et des partenariats territoriaux<sup>12</sup>.

[27] **L'association des parties prenantes se vérifie également dans la structuration de la CDAPH<sup>13</sup>,** arrêtée par le préfet et le président du Conseil départemental conformément à la liste

---

<sup>11</sup> Article L. 146-4 du CASF.

<sup>12</sup> Décret n°2006-130 du 8 février 2006 relatif à la convention de base constitutive de la maison départementale des personnes handicapées. Voir l'article 10 en particulier, qui confie à la Comex l'examen de « l'organisation générale de la maison départementale lui permettant de mener les missions que la loi lui confie » et de l'ensemble des conventions passées avec les partenaires.

<sup>13</sup> Articles R241-24 à R241-41.



prévue par le CASF<sup>14</sup>. Cette liste inclut au moins un tiers de représentants des personnes handicapées. La CDAPH constitue l'instance au cœur du fonctionnement de la MDPH puisqu'elle est chargée, en son nom, de prendre l'ensemble des décisions et des avis sur les situations individuelles qui lui sont soumises. Ses membres, élus pour quatre ans, élisent en leur sein pour deux ans un président<sup>15</sup> chargé de signer le procès-verbal de chaque instance. La CDAPH se dote d'un règlement intérieur, qui peut prévoir des instances plénières ou spécialisées, avec des règles de *quorum* qui varient en conséquence. Mis à part les organismes gestionnaires, chaque membre a voix délibérative, et la voix du représentant de l'Etat local, au niveau du service déconcentré, compte double.

[28] **Le fonctionnement des Gip s'est appuyé à leur création sur la détermination des contributions respectives, en nature ou en espèces, de chacun de ces membres, dont celles de l'État.** La convention constitutive du groupement a précisé dès l'origine la nature des concours apportés. Ces conventions devaient en droit faire l'objet d'avenants financiers précisant chaque année les modalités et le montant de la participation des membres<sup>16</sup>. En 2006, au moment de la mise en place des MDPH, une partie des moyens de fonctionnement (remboursement de loyers ou mise à disposition de locaux) et des moyens humains (environ 1 550 agents) ont été mis à disposition par l'État.

#### 1.1.2.2 Créée parallèlement aux MDPH, la CNSA a assumé dès l'origine une double mission en matière d'animation de réseau et de structuration des remontées de données

[29] **Créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été installée en 2005 en parallèle de la création des MDPH.** Son champ d'intervention comprend les personnes handicapées mais aussi les personnes âgées en perte d'autonomie, en lien notamment avec la prise de conscience provoquée par la canicule de l'été 2003. A l'endroit des MDPH, ses missions d'origine sont triples<sup>17</sup> :

- développer une expertise technique en matière d'évaluation des déficiences et produire des outils et référentiels ;
- assurer un échange d'expériences et d'informations, diffuser les bonnes pratiques ;
- participer à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données, pour mesurer la perte d'autonomie et les besoins de compensation ;

[30] Pour alimenter ce travail statistique, un large périmètre de données que les MDPH doivent remonter à la CNSA est défini<sup>18</sup>. Il inclut des données relatives à l'activité, aux caractéristiques des

---

<sup>14</sup> Article R. 241-24 du CASF.

<sup>15</sup> Une fonction de vice-présidence est également prévue.

<sup>16</sup> Article L. 146-4-2 du CASF.

<sup>17</sup> Article L. L14-10-1 du CASF dans sa version de 2005.

<sup>18</sup> L. 146-3, L247-2, L. 241-6 CASF

personnes, à l'ensemble des décisions prises ainsi qu'au suivi des orientations prononcées, notamment vers les ESMS.

## 1.2 Dès 2007, des premiers bilans de l'installation des MDPH soulignent les difficultés liées à la mise en œuvre de l'approche globale et les limites du modèle du Gip

### 1.2.1 L'effectivité d'une approche globale a été très tôt rendue difficile par la nécessité de traiter un nombre croissant de demandes dans un délai réglementaire de quatre mois

[31] **Plusieurs rapports soulignent quelques années après la création des MDPH les avancées obtenues**<sup>19</sup>. Parmi les points positifs relevés figurent l'existence d'un guichet unique, d'un accueil unifié, plus lisible pour les personnes handicapées, d'un lieu d'évaluation favorisant le décloisonnement des approches entre enfants et adultes, et d'une participation du milieu associatif à son fonctionnement. Plus globalement, l'existence des MDPH contribue aussi à la mise en visibilité des besoins des personnes en situation de handicap dans une société attendue comme plus inclusive. La croissance du nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire l'illustre. Depuis 2006, selon la Dgesc, les effectifs ont quadruplé, passant de 118 000 à 478 000 élèves à la rentrée 2023.

[32] **Ces rapports mettent aussi en avant des difficultés dans la mise en œuvre des missions définies par la loi du 11 février 2005.** Le démarrage des MDPH a été difficile, avec des stocks très importants hérités des Cotorep et des CDES qui ont constitué un frein au développement des missions, l'activité ayant été affectée par les plans de rattrapage. En complément, l'accès à la formation des professionnels n'avait pas été anticipé, leur statut les conduisant à dépendre d'organismes externes ou du CNFPT. Par ailleurs, l'inflation du nombre de demandes, liée en particulier à la montée en charge de la PCH, a dû être absorbée en même temps que son appropriation. Ces rapports soulignent la persistance des disparités territoriales ainsi que la mise à mal de l'approche globale des situations individuelles liée à l'afflux des demandes. Dès 2010, un rapport de l'Igas note que « *l'évaluation des besoins et la prise en compte du projet de vie restent largement traitées dans les locaux des MDPH sans entretien approfondi ou sans que l'équipe ait pu visiter la personne à son domicile* ». La difficulté pour les personnes en situation de handicap à écrire un projet de vie, et pour les équipes pluridisciplinaires à élaborer des plans personnalisés de compensation, est aussi mise en avant.

---

<sup>19</sup> Rapport du délégué interministériel aux personnes handicapées sur le bilan de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des MDPH, août 2007 ; rapport d'information n° 485 de la commission des affaires sociales déposé le 24 juin 2009 Les maisons départementales des personnes handicapées sur la bonne voie: premier bilan, quatre ans après la loi du 11 février 2005 ; rapport de l'Igas, Premier bilan du fonctionnement et du rôle des MDPH, novembre 2010 ; rapport d'information n°635 du Sénat déposé le 4 juillet 2012, Loi Handicap : des avancées réelles, une application encore insuffisante.

## 1.2.2 Le fonctionnement du Gip a été ajusté en 2011 sans répondre pleinement aux critiques relatives à sa complexité et au désinvestissement croissant de l'État

**[33] Ces rapports ont également mis en lumière les difficultés de fonctionnement du Gip liées en particulier à :**

- la complexité et l'insécurité de gestion engendrées par les conditions de mise à disposition par l'État de moyens en espèces et en nature, avec en particulier une absence de lisibilité des mécanismes financiers de compensation des départs des agents mis à disposition ;
- la faiblesse de la présence de l'État au sein des instances du Gip et un retard dans le paiement des dotations dues aux MDPH se traduisant par une dette croissante ;
- en miroir, l'influence prépondérante du conseil départemental ;
- la difficulté pour les MDPH de gérer sur un plan RH des personnes aux statuts différents avec un fort turn-over lié en particulier à la mobilité des agents de l'État et au défaut d'attractivité du statut Gip dans un contexte de recrutement indispensable pour faire face à l'augmentation de la charge.

**[34] En réponse à une partie de ces difficultés, la loi n° 2011-901 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 (dite « loi Blanc ») a prévu en particulier :**

- l'autorité hiérarchique du directeur sur l'ensemble des personnels de la MDPH quel que soit leur statut ainsi que divers aménagements sur les modalités de recrutement (CDI de droit public, ajustements sur les règles de mise à disposition) ;
- la signature d'une convention pluriannuelle d'objectifs entre chaque MDPH d'une part, la CNSA, le conseil départemental et l'État d'autre part : elle devait déterminer pour trois ans les missions et objectifs assignés à la MDPH, ainsi que les moyens qui lui sont alloués pour les remplir. Toutefois, cette convention n'a jamais été mise en œuvre ;
- la désignation du CNFPT comme acteur référent en matière de formation, avec l'appui de la CNSA, pour construire un dispositif global à l'attention de l'ensemble des MDPH et s'appuyant sur des outils et des formateurs relais en vue de construire une culture partagée des professionnels d'horizon divers.

## 2 La période récente est marquée par des attentes plus fortes sur le rôle des MDPH dans la mise en œuvre de leurs décisions et par une feuille de route mobilisatrice depuis 2020

### 2.1 Depuis 2014, l'accent est renforcé sur le rôle des MDPH dans la mise en œuvre de leurs décisions

#### 2.1.1 Le rapport dit Zéro sans solution propose d'améliorer l'accompagnement des personnes

[35] Suite à plusieurs décisions de tribunaux enjoignant des ARS de trouver des modalités de prise en charge pour des personnes en situation de handicap « sans solution », le gouvernement confie à Denis Piveteau une mission destinée à identifier les transformations nécessaires pour permettre de répondre aux besoins des personnes confrontées à des ruptures dans leur parcours.

[36] **Le rapport dit Zéro sans solution<sup>20</sup> énonce plusieurs recommandations structurantes pour améliorer l'accompagnement des personnes.** Il s'agit principalement de passer d'une logique de places à une logique de réponses coordonnées. Les acteurs du champ doivent apporter une réponse à toutes les situations, y compris les plus complexes, selon un principe de subsidiarité consistant à privilégier d'abord la réponse par les lieux de vie les moins spécialisés.

[37] **Ces principes impliquent de renforcer la place de la MDPH en tant qu'ensembleur de la construction des réponses sur le territoire.** Le rapport propose ainsi que le travail des MDPH soit ciblé « sur l'accompagnement des situations complexes en procédant à des simplifications importantes des procédures d'octroi des prestations. » Les MDPH doivent pouvoir « convoquer dans les cas les plus complexes un groupe opérationnel de synthèse réunissant tous les acteurs de l'accompagnement susceptibles de concourir à la prise en charge d'une situation individuelle ». Tout en soulignant la responsabilité de la MDPH, le rapport constate qu'elle a peu de prise sur les moyens concrets de l'accompagnement des personnes, d'où la nécessité de mobiliser davantage trois autorités majeures, ARS, conseil départemental et rectorat.

#### 2.1.2 La réponse accompagnée pour tous et le dispositif d'orientation permanent ont été déployés par les MDPH

[38] **La mise en œuvre du rapport Zéro sans solution donne lieu à une évolution réglementaire conduisant à la formalisation d'une réponse accompagnée pour tous (RAPT)<sup>21</sup>.** Le premier axe en est la mise en place d'un **dispositif d'orientation permanent** au niveau territorial. Dans ce cadre, le plan personnalisé de compensation fixé par la MDPH peut désormais comporter un « **plan d'accompagnement global** » de la personne en particulier en cas d'indisponibilité des réponses ou de complexité des réponses à apporter, selon les termes de l'article L. 114-1-1 du CASF modifié

---

<sup>20</sup> « Zéro sans solution » - Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, juin 2014.

<sup>21</sup> Introduite dans un article de la loi de modernisation de notre système de santé en 2016.

par la loi du 26 janvier 2016. La loi prévoit également la réunion d'un « **groupe opérationnel de synthèse** » articulant les acteurs chargés d'intervenir dans la mise en œuvre du plan (article L. 146-8 du CASF). La personne concernée ou son représentant légal font partie du groupe opérationnel de synthèse et peuvent demander sa réunion. En outre, « *si la mise en œuvre du plan d'accompagnement global le requiert, et notamment lorsque l'équipe pluridisciplinaire ne peut pas proposer une solution en mesure de répondre aux besoins de la personne, la maison départementale des personnes handicapées demande à l'agence régionale de santé, aux collectivités territoriales, aux autres autorités compétentes de l'Etat ou aux organismes de protection sociale membres de la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 d'y apporter leur concours sous toute forme relevant de leur compétence.* »

[39] **Afin de limiter au maximum la nécessité de recourir au plan d'accompagnement global, une démarche territoriale est engagée pour faire évoluer les pratiques des MDPH comme des acteurs en charge de l'offre d'accompagnement.** Il s'agit en particulier de contractualiser sur chaque territoire sur le fonctionnement du dispositif d'orientation permanent, de faire évoluer l'offre en réponse aux besoins et de faciliter les échanges d'information entre acteurs.

[40] **Plusieurs chantiers engagés dans le cadre de la RAPT ont eu un impact direct sur l'exercice de leurs missions par les MDPH et sur leur charge de travail :**

- mise en place du SI de suivi des orientations ;
- révision du référentiel des missions et de la qualité de service des MDPH pour intégrer la réponse accompagnée pour tous ;
- évolution des pratiques d'évaluation des équipes pluridisciplinaires pour intégrer les nouveaux principes de plan d'accompagnement global et d'orientation permanente.

[41] **Au-delà de la formalisation réglementaire, la déclinaison territoriale de la RAPT s'est traduite par une démarche plus large, nourrie par des choix d'organisation différents selon les territoires pour atteindre les objectifs fixés au niveau national.** Le renforcement de la coordination entre acteurs donne lieu à la coexistence de plusieurs dispositifs :

- les groupes opérationnels de synthèse prévus par la loi, relevant des MDPH et pilotés par le chargé de mission RAPT de la MDPH ;
- des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), soutenus par les ARS, chargés de concevoir une réponse transitoire pour des personnes n'ayant pas de réponse adaptée à leurs besoins via la mobilisation d'un réseau de professionnels.
- des communautés 360 mises en place suite à la CNH du 11 février 2020 afin de matérialiser l'engagement d'« inconditionnalité de l'accompagnement » affiché par la CNH et en organisant une coopération renforcée entre les partenaires. Déployées sur la majorité du territoire et accessibles par un numéro unique national, leur portage est hétérogène (organisme gestionnaire, collectif d'acteurs, voire MDPH).

[42] **Par ailleurs, un décret du 24 avril 2017 fixe le cahier des charges des dispositifs intégrés, qui constituent une recommandation du rapport Zéro sans solution pour faciliter les parcours :** concernant les SESSAD et les ITEP, le dispositif intégré doit de fluidifier les parcours des enfants et des jeunes entre ces différentes modalités d'accompagnement, en limitant les recours à la CDAPH lorsqu'une évolution de l'accompagnement s'avère nécessaire.

## 2.2 Plusieurs évolutions majeures ont été introduites depuis cinq ans notamment par la feuille de route MDPH 2022

### 2.2.1 En 2018, le rapport Plus Simple la Vie, dont les constats sont sévères, fixe des orientations ambitieuses pour les MDPH

[43] **Douze ans après la création des MDPH, le rapport Plus simple la vie remis en 2018 par Adrien Taquet et Jean François Serres au Premier Ministre sur « la simplification administrative dans le champ du handicap » porte un diagnostic approfondi sur le service rendu par les MDPH.** Il inscrit son analyse sur les MDPH dans un diagnostic plus large sur les difficultés rencontrées dans le champ du handicap<sup>22</sup>.

[44] **Le rapport décrit un « système traversé par la défiance » entre acteurs, sur lequel le diagnostic posé par le rapport Zéro sans solution de 2014 est jugé encore largement valable.** Concernant les MDPH, le rapport déplore la persistance d'inégalités territoriales, une multiplication des formalités administratives, un « *retard inexplicable sur le numérique* » et une complexification des normes que doivent appliquer les MDPH. Il décrit « *des MDPH qui ont dérivé du rôle originel pour lequel elles avaient été créées et qui est attendu par les usagers : accueillir, informer, accompagner, conseiller* ».

[45] **Dès lors, plusieurs recommandations majeures du rapport Plus simple la vie concernent directement les MDPH :**

- attribuer un certain nombre de **droits à vie** conformément à la « logique de confiance » que promeut le rapport et pour positionner les MDPH en accompagnement des parcours plus qu'en traitement administratif des renouvellements de droits ;
- **simplifier d'urgence un système de prestations devenu illisible**, le droit d'option PCH / AEEH illustrant l'impact de cette complexité en termes d'inégalités entre usagers ou de non recours ;
- **réorienter les missions des MDPH vers l'information et l'accompagnement en les déchargeant de certaines missions chronophages et en renforçant la confiance laissée aux acteurs de proximité** : par exemple, proposition de confier aux médecins du travail la reconnaissance de la RQTH ; possibilité pour les équipes de suivi de la scolarisation de renouveler une AESH après une première attribution par la CDAPH ; possibilité de déléguer aux équipes pluridisciplinaires de la MDPH l'attribution de certains droits simples en lieu et place de la CDAPH.
- **accroître le rôle de l'Etat** dans la gouvernance des MDPH et renforcer son rôle de pilotage au niveau national.

---

<sup>22</sup> Rapport établi avec l'appui de la DITP.

[46] Une partie de ces recommandations ont été traduites notamment dans deux décrets successifs de 2018 et 2019 prévoyant la possibilité d'allonger la durée maximale de certains droits ou de les attribuer sans limitation de durée (droits sans limitation de durée DSLD)<sup>23</sup>. La création du réseau des sous-préfets par une circulaire de 2022, précisée en 2023, doit permettre de renforcer la place de l'Etat au niveau local. En revanche, les propositions de simplification réglementaire les plus ambitieuses n'ont pas été mises en œuvre, notamment s'agissant de l'articulation entre l'AEEH et la PCH, malgré plusieurs rapports proposant des évolutions<sup>24</sup>.

## 2.2.2 La feuille de route MDPH 2022, structurante, s'appuie sur 38 actions

### 2.2.2.1 La feuille de route 2022 a été élaborée dans le contexte de mise en place de la cinquième branche

[47] **Les constats du rapport « Taquet Serres » ont contribué à nourrir la préparation de la Conférence nationale du handicap (CNH) de 2020.** Celle-ci a été l'occasion pour les pouvoirs publics de formaliser plusieurs engagements traduits dans deux accords signés le jour de la CNH : d'une part, un accord de confiance entre Etat, assemblée des départements de France, associations représentatives et gestionnaires ; d'autre part, un accord de méthode entre Etat et conseils départementaux.

[48] **L'accord de confiance formule plusieurs engagements :** co-construction des politiques avec les personnes, équité dans l'accès aux droits, accompagnement dans l'exercice réel des droits. Il annonce la construction d'un programme pluriannuel « ma MDPH demain ».

[49] **L'accord de méthode formalise des engagements structurants de l'Etat et des conseils départementaux répondant aux constats anciens adressés aux MDPH<sup>25</sup>. Quatre engagements sont pris :**

- **pour des MDPH garantes de l'accès aux droits et de sa simplification :** en particulier, développement des attributions de droits à vie, « garantie délai » pour les usagers, téléservice ;
- **pour des MDPH garantes d'une haute qualité de service :** en particulier, déploiement du système d'information, transparence sur les indicateurs de résultat, création d'une mission contrôle interne à la CNSA ;

---

<sup>23</sup> Décret n° 2019-1501 du 30 décembre 2019 relatif à la prorogation de droits sans limitation de durée pour les personnes handicapées. Complétés par un décret du 27 octobre 2021 relatif à la durée d'attribution de la prestation de compensation du handicap qui fixe à dix ans sa durée maximale d'attribution et permet son attribution sans limitation de durée lorsque le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement.

<sup>24</sup> Voir le rapport IGAS « Evaluation de l'AEEH », juillet 2016 et le rapport IGAS « Améliorer et simplifier la compensation du handicap sur les enfants : clarifier l'articulation entre AEEH et PCH », 2018.

<sup>25</sup> Le préambule de cet accord reprend des éléments de diagnostic qui avaient été établis dès les premières années d'existence des MDPH : une hétérogénéité des pratiques contraire à l'équité ; des délais « souvent trop longs » ; des processus de gestion complexes reposant quasi exclusivement sur le papier ; des relais territoriaux développés de manière inégale ; une participation insuffisante des personnes elles-mêmes.

- **pour des MDPH garantes de la participation effective des personnes en situation de handicap** : en particulier, développement de l'audition des personnes par les CDAPH, organisation de comités usagers ;
- **faire des MDPH un maillon fort de territoires 100 % inclusifs** : en particulier, faire de la MDPH le lieu de connaissance des besoins des personnes alimentant la transformation de l'offre, par exemple par le déploiement du système d'information de suivi des orientations.

[50] **Annoncée par l'accord de confiance de février 2020, et construite avec l'appui de la DITP, la feuille de route MDPH 2022 publiée en octobre 2020 comporte 38 actions auxquelles s'ajoute l'identification d'irritants.** Les actions sont rassemblées en cinq axes : adapter les droits et les parcours aux besoins des personnes handicapées ; clarifier le rôle des acteurs pour un accompagnement personnalisé et de proximité ; maîtriser les délais et la qualité des services des MDPH ; renforcer les moyens d'action des MDPH ; assurer un pilotage effectif de la feuille de route aux niveaux local et national.

[51] **Parmi les actions de la feuille de route, huit « projets phares » sont mis en avant :**

- quatre projets de « simplification de la vie des personnes », le déploiement des droits sans limitation de durée, l'amélioration de la PCH, le renforcement de la participation des personnes et un service en ligne de dépôt des demandes.
- quatre projets de « transformation des MDPH et de leur environnement » par des délais de réponse raccourcis, la publication d'indicateurs de résultat dans le baromètre MDPH, une meilleure articulation entre démarches de coordination (RAPT, communautés 360) et un suivi des orientations permettant d'identifier les places disponibles en ESMS.

[52] La feuille de route a été accompagnée d'une augmentation significative des crédits apportés par la CNSA matérialisant ainsi le renforcement de l'engagement de l'Etat (15 M d'euros).

[53] **La construction de la feuille de route MDPH s'est faite en parallèle de la préparation de la Cog CNSA qui s'inscrit elle-même dans la création de la cinquième branche par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.** En elle-même, la création de la cinquième branche n'emporte pas de conséquence sur l'organisation de la gouvernance des MDPH ni d'évolution majeure sur leur mode de pilotage par la CNSA<sup>26</sup>. En revanche, la transformation en branche s'accompagne d'un renforcement très significatif des moyens humains de la CNSA (+80 ETP prévus à l'issue de la Cog par rapport à 2021). Ce renforcement doit lui permettre, entre autres, de développer son appui aux réseaux et son pilotage de la branche. La Cog intègre les actions de la CNSA qui doivent contribuer à la réussite de la feuille de route MDPH. A titre d'exemple, des moyens sont dégagés pour le renforcement de l'appui national aux MDPH en difficulté par la création d'une structure dédiée à la CNSA, la mission d'appui opérationnel (Maop). Une mission de contrôle interne est créée à la CNSA afin d'appuyer le développement du contrôle interne en MDPH. La Cog prévoit aussi une expérimentation sur la modulation du concours CNSA en fonction des résultats des MDPH.

---

<sup>26</sup> Voir l'annexe sur le pilotage. En particulier, les hypothèses mentionnées par le rapport de Laurent Vachey sur la préfiguration de la branche, envisageant notamment la transformation des MDPH en établissements publics locaux, n'ont pas été retenues.



### 2.2.2.2 La méthode de la feuille de route a permis de mobiliser les acteurs

[54] La DITP a établi un bilan de la feuille de route 2022. Sur la base notamment d'une enquête auprès des directeurs de MDPH, il apparaît que la méthode de la feuille de route est jugée positivement par la mobilisation des acteurs qu'elle a permise. Sur le fond, le bilan mesure par mesure fait apparaître, concernant les actions des huit « projets phares » :

- une forte hausse de la part des droits accordés sans limitation de durée, mais cette augmentation moyenne masque de fortes disparités territoriales ;
- l'extension de la PCH : déploiement de la PCH parentalité dans toutes les MDPH mais déploiement encore partielle de la PCH PCMT et surdicécité ;
- une augmentation du nombre de répondants aux enquêtes de satisfaction, mais concentrée sur quelques MDPH ;
- une part de dossiers déposés en téléservice de 7 % en 2023 ;
- un accompagnement de 20 MDPH par la Maop ;
- un bilan positif sur le baromètre en termes de transparence pour les usagers et les MDPH elles-mêmes ;
- le déploiement du SI Via Trajectoire dans toutes les régions ;
- des communautés 360 présentes désormais sur tout le territoire.

[55] Par ailleurs, les « irritants » identifiés dans la feuille de route ont fait l'objet d'avancées inégales, notamment s'agissant des objectifs de simplification des prestations. Les principales évolutions concernant les prestations ont porté sur l'extension de la PCH.

## 2.3 La CNH 2023 marque une nouvelle étape en matière d'inclusion

### 2.3.1 Plusieurs annonces de la CNH 2023 ont des impacts sur le positionnement des MDPH

[56] **La CNH 2023 du 26 avril 2023 se veut un « jalon sur le chemin de l'effectivité des droits fondamentaux et universels [des personnes handicapées] de l'école à l'emploi, de la maison à la cité »**<sup>27</sup>. Elle intervient au moment de la publication de la décision du comité européen des droits sociaux établissant des violations de la charte sociale européenne en France sur plusieurs volets<sup>28</sup> : accès des personnes handicapées aux services sociaux, aux aides financières, accessibilité des bâtiments, problèmes persistants dans l'inclusion au sein des écoles ordinaires, dans l'accès aux services de santé, pénurie dans les services d'aide.

---

<sup>27</sup> Dossier de presse de la CNH.

<sup>28</sup> Décision du Comité européen des droits sociaux (CEDS) sur le bien-fondé dans l'affaire Forum européen des personnes handicapées (EDF) et Inclusion Europe c. France, réclamation n° 168/2018, publiée le 17 avril 2023.

[57] Dans ce contexte, outre les engagements pris en matière d'accessibilité, la CNH 2023 annonce plusieurs axes structurants ayant un impact sur le positionnement et les missions des MDPH :

- **l'« école pour tous »** avec notamment l'annonce de la mise en place à l'échelle territoriale des pôles d'appui à la scolarité (PAS) chargés de mettre en place des « réponses immédiates » pour les élèves à besoin particulier, charge à la MDPH d'intervenir si ces solutions de premier niveau ne sont pas suffisantes ; la CNH prévoit également une nouvelle étape de rapprochement entre le secteur médico-social et l'école (appui des équipes médico-sociales aux PAS, déploiement de cent IME à l'école...) ;
- **le plein emploi** : selon les termes du dossier de presse de la CNH, « *les personnes handicapées à la recherche d'un emploi ont besoin d'être accompagnées par les professionnels de l'emploi de droit commun, et appuyées en cas de besoin par des professionnels experts de la sphère médico-sociale* ». Cela se traduit par plusieurs mesures annoncées, notamment une orientation en Esat décidée par la CDAPH sur préconisation du service public de l'emploi ou encore une attribution de la RQTH par la MDPH au moyen d'une pré-notification dissociée de l'étude des autres droits afin d'accélérer l'obtention de ce droit ;
- **une « qualité de l'accompagnement partout et pour tous »** : cet axe se traduit en particulier par l'annonce de 50 000 solutions nouvelles pour répondre aux besoins d'accompagnement. S'agissant plus spécifiquement des MDPH, la CNH annonce la mise en place de rendez-vous avec les personnes à leur première demande afin de les renseigner sur leurs droits et de les orienter. En outre, des référents de parcours seront mis en place afin de suivre les personnes et de leur « *permettre d'accéder effectivement à leurs droits* ».

### 2.3.2 La mise en œuvre des orientations de la CNH concernant les MDPH s'appuiera sur une nouvelle feuille de route 2027

[58] La mise en œuvre des différentes annonces CNH a été engagée avec notamment un premier jalon législatif représenté par la loi du 18 décembre 2023 pour le plein emploi. La loi supprime l'obligation pour les personnes bénéficiant d'une RQTH d'obtenir une orientation de la CDAPH vers le milieu ordinaire pour pouvoir y travailler. L'orientation vers le milieu ordinaire devient ainsi de droit pour les personnes en situation de handicap. Par ailleurs, la loi confie à France travail l'examen d'une orientation vers le milieu protégé, la CDAPH demeurant décisionnaire après l'avis rendu par France travail. Le rôle des différents acteurs sera précisé par des conventions départementales qui devront être mises en place avant le 1<sup>er</sup> janvier 2027 au plus tard sur la base d'expérimentations et d'un décret qui encadrera la mise en œuvre de la nouvelle procédure.

[59] Concernant l'école, l'article 53 du projet de loi de finances pour 2024 prévoyait le remplacement des pôles inclusifs d'accompagnement localisés par des pôles d'appui à la scolarité PAS d'ici 2026. Dans cet article, les PAS étaient chargés de l'accompagnement des élèves et de leurs familles ainsi que des « réponses de premier niveau » aux besoins. Après décision d'attribution d'un accompagnement individualisé par la CDAPH, le projet de loi prévoyait que le PAS était compétent pour « définir la quotité horaire de cet accompagnement ». Adopté dans le cadre de la loi de finances (article 233), cet article a été censuré par le Conseil constitutionnel en tant que cavalier budgétaire. Pour autant, la préparation de la préfiguration des PAS a été lancée,

à droit constant, en février 2024 dans quatre départements préfigurateurs : Aisne, Var, Eure-et-Loir, Côte d'Or. Le PAS doit mobiliser un éventail de solutions en réponse à la demande des familles : aménagement pédagogique, matériel d'accessibilité, mobilisation de personnel de l'Education nationale ou médico-social. A droit constant, l'accompagnement humain doit toujours faire l'objet d'une notification par la MDPH. La préfiguration dans ces quatre territoires commencera à la rentrée scolaire 2024. Le comité interministériel du 16 mai 2024 a indiqué qu'à terme, les PAS auront vocation à « *prescrire une aide humaine sans attendre une décision éventuelle de la MDPH. Les MDPH continueront de pouvoir intervenir soit directement, soit en deuxième niveau* ».

[60] **S'agissant des deux mesures de la CNH ayant trait directement à l'organisation des MDPH, le rendez-vous à la première demande et la mise en place d'un référent de parcours, leur mise en œuvre est prévue pour 2024.** Cependant, les modalités concrètes de ces mesures sont encore en cours d'instruction en mai 2024, s'agissant en particulier de l'accompagnement financier à assurer pour le budget des MDPH. Ces deux mesures ont vocation à s'inscrire dans la feuille de route 2027.

[61] Sur le modèle de la précédente feuille de route, cette **nouvelle feuille de route 2027**, en cours de préparation au moment de la finalisation du présent rapport et dont la construction a associé les MDPH, **comportera l'ensemble des priorités d'action fixées aux MDPH pour les trois prochaines années.** Au mois de mai 2024, le projet était structuré en six axes :

- opérationnaliser les mesures annoncées en CNH 2023 : PAS, rôle de France travail, référent de parcours, rendez-vous à la première demande ;
- réduire les délais de traitement (automatiser des tâches administratives, renforcer l'appui CNSA...)
- organiser les partenariats pour fluidifier les parcours (intégration dans le SPDA...)
- faire converger les pratiques des MDPH (référentiels, formation des agents)
- approfondir le virage numérique des MDPH (refonte téléservice, SI évaluation...)
- réduire la complexité réglementaire (propositions de simplification).

### 3 Le processus d'attribution des droits est règlementairement défini de manière très précise

#### 3.1 Les textes encadrent les grandes étapes de la chaîne de traitement ainsi que les droits à attribuer

##### 3.1.1 Les textes distinguent la fonction évaluative et la fonction décisionnelle

[62] L'équipe pluridisciplinaire est chargée<sup>29</sup> d'une double mission. **Elle a d'une part la responsabilité d'évaluer les besoins de compensation et le taux d'incapacité « sur la base d'un**

---

<sup>29</sup> L146-8 CASF.

**projet de vie individuel et de références fixées au plan règlementaire** ». Pour ce faire, elle entend la personne ou ses représentants. Elle se déplace sur le lieu de vie. Dans l'esprit des textes, elle connaît donc la personne et sa situation de vie.

[63] Elle a d'autre part la charge d'élaborer un plan de compensation, dans le cadre d'un dialogue avec la personne et d'une transmission au moins quinze jours avant le passage en CDAPH. Elle propose ensuite ce plan à la CDAPH.

[64] La CDAPH<sup>30</sup> a la responsabilité « *des décisions relatives à l'ensemble des droits (...) notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation* ». Sur la base des propositions de l'équipe d'évaluation et des souhaits exprimés par la personne, elle prend, au nom de la MDPH, les décisions individuelles qui constitueront des droits ou avis notifiés aux personnes. A l'endroit des usagers, elle doit respecter plusieurs obligations. La personne qui a introduit la demande doit être informée, au moins deux semaines à l'avance<sup>31</sup> de la date de son passage en CDAPH. Ses décisions doivent être motivées. La notification qui en est consécutive doit indiquer les voies de recours, administratif préalable et contentieux.

[65] Depuis 2019, la CDAPH a également la compétence de proroger, sans nouvelle demande, certains droits des personnes en situation de handicap<sup>32</sup>.

### 3.1.2 Le code de l'action sociale et des familles fixe les conditions de recevabilité et de délais de la demande MDPH (4 mois)

[66] **4 pièces règlementaires conditionnent la recevabilité administrative<sup>33</sup>** d'une demande: le cerfa de demande, le certificat médical afférent (de moins de 1 an sauf handicap susceptible d'évolution rapide), un justificatif de domicile et un justificatif d'identité.

[67] Le code fixe des bornes légales au traitement<sup>34</sup>: « *le silence gardé pendant plus de quatre mois par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées à partir de la date à laquelle la demande présentée auprès de la maison départementale des personnes handicapées doit être regardée comme recevable* »

### 3.1.3 L'ensemble des droits et des mesures que les MDPH attribuent font l'objet de nombreuses références règlementaires

[68] Les MDPH ont la responsabilité d'attribuer de nombreux droits chacun encadrés par des dispositions et des conditions d'éligibilité spécifiques. **La mission en présente, en fin d'annexe, deux tableaux synthétiques, qui ne visent pas l'exhaustivité.** Elle dresse les constats suivants :

- **à titre principal, les références règlementaires des droits et mesures relèvent de quatre codes distincts**

---

<sup>30</sup> L 46-9 CASF

<sup>31</sup> R241-30 CASF

<sup>32</sup> R146-25-1 CASF

<sup>33</sup> R 146-26 CASF

<sup>34</sup> R241-33 CASF

- le code de la sécurité sociale définit les contours des deux prestations principales financées respectivement par l'Etat et la branche autonomie, l'AAH et l'AEEH ;
- le code de l'action sociale et familiale prévoit les dispositions relatives aux cartes mobilité inclusion, à la PCH, ainsi qu'aux orientations médico-sociales. Le code porte également les outils et référentiels d'évaluation ;
- le code de l'éducation établit la liste des mesures dont l'attribution relève de la compétence de la CDAPH ;
- le code du travail encadre les droits ayant trait à la sphère professionnelle, et notamment la RQTH comme les orientations vers le milieu « ordinaire ».

- **Les droits sont de portée très différente et mobilisent des outils d'évaluation distincts**

[69] **Les MDPH ont la responsabilité d'ouvrir un grand nombre de droits, pour partie cumulables. Elles sont les garantes de l'entrée dans le champ du handicap, dont elles assurent la reconnaissance administrative.** Au-delà de la catégorisation par âge (enfants, adultes, tous publics), une typologie par objectifs distingue les principales décisions prises par les MDPH :

- la RQTH et la CMI constituent des décisions statutaires donnant accès à des mesures spécifiques dans le champ du travail (RQTH) ou de la mobilité quotidienne (CMI).
- l'AAH est destinée à assurer un revenu d'existence à une personne selon son taux d'incapacité.
- la PCH a vocation à compenser les limitations de vie liées à une situation de handicap.
- l'AEEH, qui préexistait, se rattache à cet objectif de compensation, puisqu'elle vise à titre principal à assurer les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant. Prenant également en charge la réduction ou la cessation d'activité parentale, elle contribue à assurer un revenu minimal.
- les décisions d'orientations (vers les ESMS, l'école ordinaire et la scolarisation en ESMS, le champ professionnel...) régissent les parcours spécifiques. S'imposant aux opérateurs qui les mettent en œuvre, ces décisions sont protectrices pour les personnes même si elles ne sont pas toujours immédiates pour les personnes.

[70] Chacun de ces droits mobilise des outils d'évaluation spécifiques, dont deux principaux sont portés par le CASF, l'annexe 2-4 (guide barème du taux d'incapacité) et l'annexe 2-5 (référentiel pour l'accès à la PCH).

- **La durée de validité des droits est très variable**

[71] La durée de validité principale des droits ouverts par les MDPH est comprise entre un et 10 ans, « *sauf dispositions législatives ou réglementaires spécifiques contraires.* »<sup>35</sup>. Plusieurs droits sont néanmoins attribuables sans limitation de durée : la RQTH, la CMI, l'AAH 1 et la PCH pour des situations non susceptibles d'évolution.

[72] Par ailleurs, la date d'effet des droits est également variable.

---

<sup>35</sup> R241-31 CASF

Tableau 1 : Tableau des principaux droits enfants

Champ d'intervention	Dispositifs types	Conditions d'évaluation	Date d'effet	Durée maximale
Scolarisation ordinaire	Principes transverses	<p>Dès lors qu'elle se prononce sur une question liée à la scolarité, l'EP doit inclure un enseignant (Article R146-27 CASF). Elle s'appuie sur les informations transmises par l'équipe de suivi de scolarisation (D 351-6 code de l'éducation), et prend en compte les mesures déjà mises en œuvre.</p> <p>L'article D351-7 du code de l'éducation pose les contours des grandes décisions relevant de la compétence de la CDAPH : l'orientation en milieu scolaire, y compris dans des dispositifs adaptés, l'attribution d'une aide humaine, le maintien en maternelle, la mobilisation du matériel pédagogique adapté et quelques autres actions pédagogiques.</p> <p>Les propositions du parcours de scolarisation figurent dans le projet personnalisé de scolarisation ('D351-5 du Code de l'éducation).</p>	Jour de décision de la CDAPH	<p>10 ans.</p> <p>Recommandation = durée du cycle</p> <p>Le Code de l'éducation prévoit la révision du projet personnalisé de scolarisation au moins à chaque changement de cycle ou d'orientation scolaire.</p>
	Accompagnement humain individualisé ou mutualisé	<p>Les articles D351-16-1 à D351-16-4 du code de l'éducation précisent le cadre de l'aide humaine, mutualisée ou individualisée (quand les besoins de l'élève sont soutenus et continus). Dès lors que l'aide évaluée est individuelle, la CDAPH en détermine la quotité horaire (L351-3 du Code de l'éducation).</p>		
	Orientation en unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS)	<p>La circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015 encadrant le dispositif ULIS les définit comme l'une des « modalités de mise en œuvre de l'accessibilité pédagogique ». Elle cible les élèves bénéficiaires, notamment ceux ayant déjà bénéficié d'aménagements et liste une typologie de troubles auxquels le dispositif répond.</p>		
Etablissements ou services médico-sociaux	IME, ITEP, SESSAD, CAFS...	<p>L'article D312-0-1 du CASF liste les ESMS dédiés à la prise en charge éducative, sociale et médico-sociale des mineurs ou jeunes adultes handicapés. Ils visent chacune une prise en charge adaptée (déficience intellectuelle -IME, motrice -IEM, sensorielle – IDS, troubles du comportement ITEP, - intervention dans les lieux de vie – SESSAD). Ces établissements s'organisent différemment selon l'âge ou les enseignements dispensés (en leur sein, dans un établissement de référence ou de manière mixte). Ils proposent des modalités d'accueil variés.</p>	Jour de décision de la CDAPH	10 ans

RAPPORT IGAS N°2023-098R (ANNEXES)

Allocation monétaire	AEEH compléments +	<p>Si la prise en charge d'un enfant engendre des frais ou une réduction d'activité des parents, l'enfant peut bénéficier d'une AEEH, dont les contours sont déterminés au L 5141-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le taux d'incapacité, d'au moins 79 % ou de 50 % avec des conditions complémentaires constitue un critère d'éligibilité.</p> <p>Six compléments peuvent être ajoutés, obéissant à des montants plafonds fixés par arrêté. Un guide d'attribution a été élaboré en 2002 pour préciser le cadre des 6 compléments.</p> <p>Un droit d'option est prévu avec la PCH.</p>	Premier jour du mois suivant celui du dépôt de la demande	<p>Sans limite jusqu'à 20 ans pour un ti &gt; 80 %</p> <p>2 à 5 ans pour un ti &gt; 50 % &lt; 80 %</p>
Carte / statut	CMI I / P / S	Voir sur le tableau adulte		
Allocation monétaire	PCH	Pour bénéficier de la PCH, un enfant de moins de 20 ans doit, en complément des conditions définies pour les adultes, être éligible à au moins un complément AEEH. Un droit d'option est prévu avec l'AEEH.	Voir sur le tableau adulte	Voir sur le tableau adulte

Tableau 2 : Tableau des principaux droits adultes

Champ d'intervention	Dispositifs types	Conditions d'évaluation	Date d'effet	Durée maximale
Allocation monétaire	AAH 1 ou AAH2	<p>L'article L821-2 du code de la sécurité sociale fixe deux critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AAH 1 : Etre caractérisé par une incapacité permanente d'au-moins 80 %.</li> <li>- AAH 2 : Remplir la double condition d'un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % et d'une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi.</li> </ul> <p>Le guide barème figurant à l'annexe 2-4 du CASF permet d'apprécier ce taux. Il distingue l'entrave majeure ou l'atteinte à l'autonomie (taux supérieur à 80 %) de la gêne notable dans la vie sociale (taux &gt; 50 %).</p>	Premier jour du mois suivant celui du dépôt de la demande	<p>Sans limitation de durée pour l'AAH 1</p> <p>5 ans pour l'AAH 2</p>
Carte / statut	RQTH	L5213-1 Code du travail : « <i>Est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.</i> »	Date de la décision de la CDAPH	Sans limitation de durée
Orientation professionnelle	ESAT  CRP / CPO	<p>L'orientation vers un ESAT relève d'une orientation professionnelle spécifique vers le milieu protégé.</p> <p>L'évaluation apprécie la réduction de la capacité de travail et la nécessité d'un accompagnement médical, social et médico-social.</p> <p>Cette réduction est au moins égale au tiers d'une capacité normale ou peut-être supérieure en justifiant de besoins de soutiens médicaux, éducatifs, sociaux, psychologiques expressément motivés.</p>	Date de la décision de la CDAPH	<p>Pour une première orientation, une période d'essai est possible.</p> <p>Entre 1 et 5 ans</p>



RAPPORT IGAS N°2023-098R (ANNEXES)

		<p>Dans le cadre d'une convention MDPH -France Travail, l'opérateur France Travail est associé à l'évaluation et propose à la CDAPH cette orientation</p> <p>L'orientation vers les CRP et les CPO, qui répond à un besoin de formation, doit également faire l'objet d'une proposition de l'opérateur France Travail</p>		
Etablissements et services	<p>Foyers d'hébergement</p> <p>Etablissements</p> <p>Services d'accompagnement</p>	<p>Trois grandes catégories d'établissements peuvent être mentionnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les foyers d'hébergement, qui assurent l'hébergement des travailleurs handicapés qui exercent une activité ;</li> <li>- les établissements qui assurent la prise en charge d'adultes dont la dépendance ne leur permet pas de travailler (foyer de vie), qui ont besoin de surveillance et de soins constants mais non intensifs( MAS) ou plus intensifs (FAM)</li> <li>- les services d'accompagnement médico-sociaux qui assurent un suivi individualisé à domicile (SAVS et SAMSAH avec des prestations de soin en complément)</li> </ul>	Date de la décision de la CDAPH	Entre 1 et 10 ans
Carte	CMI I	<p>CMI I, plusieurs conditions non cumulatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avoir un TI &gt; ou égal à 80 %</li> <li>- présenter un justificatif attestant de l'attribution d'une pension d'invalidité de 3ème catégorie</li> <li>- bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie en GIR 1-2</li> </ul> <p>CMI P, deux conditions cumulatives que l'EP évalue sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avoir un TI &gt; ou égal à 80 %</li> <li>- présenter une pénibilité à la station debout</li> </ul> <p>CMI S, plusieurs conditions non cumulatives :</p>	Date de la demande	Sans limitation

RAPPORT IGAS N°2023-098R (ANNEXES)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- avoir une réduction importante et durable des déplacements à pied du fait du handicap, relative aux déplacements à l'extérieur</li> <li>- avoir besoin de recourir systématiquement à un accompagnement par une tierce personne dans les déplacements du fait du handicap</li> <li>- bénéficier de l'APA en GIR 1 ou 2</li> <li>- un arrêté de 2017 précise ces critères. La réduction des déplacements est acquise quand le périmètre de marche est inférieur à 200 mètres pour la condition la plus connue</li> </ul>		
Allocation monétaire	PCH	<p>Si le handicap conduit la personne à présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités parmi une liste de 20 activités figurant à l'annexe 2-5 du CASF, alors l'EP détermine que la personne est éligible à la PCH. 4 domaines structurent les 20 activités : la mobilité, l'entretien personnel, la communication et les tâches et exigences générales, relations avec autrui</p> <p>Une évaluation plus fine doit ensuite être réalisée, la PCH se subdivisant en plusieurs éléments.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- les aides humaines, qui peuvent être reconnues dans 5 domaines ;</li> <li>2- les aides techniques dont les modalités de tarification dépendent d'un arrêté</li> <li>3- les aménagements du logement, du véhicule et les surcoûts.</li> <li>4- les aides spécifiques ou exceptionnelles de nature variée</li> <li>5- les aides animalières</li> </ol>	<p>Premier jour du mois de dépôt de la demande</p> <p>Sauf complément 2 (date d'achat de l'aide dans la limite de 6 mois d'antériorité)</p> <p>mois avant le dépôt</p>	<p>10 ans, sauf si la situation n'est pas susceptible d'évoluer auquel cas une attribution à vie est possible</p> <p><b>Concernant les éléments 2 à 5, un plafond maximal est défini sur une période glissante de 10 ans</b></p>

## 3.2 Trois étapes de traitement, largement harmonisées et investies en matière de recherche d'efficacité, déclinent le processus d'attribution

[73] La présentation générale des étapes de traitement des dossiers fait l'objet de développements ad hoc dans les annexes évaluation et outils.

### 3.2.1 Les trois étapes principales du traitement de la demande sont l'instruction, l'évaluation et la décision

[74] Deux grands paramètres guident l'ensemble du circuit en MDPH : l'attribution des droits s'opère à la suite de l'évaluation des besoins exprimés dans le formulaire de demande. Ce dernier, **dossier unique de 20 pages, est la clé d'entrée du traitement** : toute demande s'opère par dossier, chaque dossier est individuel, toute nouvelle demande induit un nouveau dossier, chaque dossier doit faire l'objet d'une évaluation. La MDPH s'apparente dès lors à une usine de production dont l'unité de compte est le dossier, support d'une ou de plusieurs demandes.

[75] Sécuriser la production est un enjeu majeur qui a été accompagné par la CNSA. Un premier référentiel des missions et de la qualité de service a été défini en 2014, dans le cadre d'un travail partagé. Suite au choix d'un SI harmonisé, **un tronc commun du métier des MDPH a été élaboré en vue d'harmoniser les pratiques**<sup>36</sup>. Sa première version décrit « *les processus «cœur de métier» des MDPH (l'instruction de la demande, l'évaluation, la décision)* ». **La mission décrit ces quatre étapes en s'appuyant sur ce document.**

[76] **En amont de l'instruction, la réception fait l'objet d'une étape administrative préalable visant à introduire le dossier dans la chaîne de production et à lui attribuer une date de dépôt. Cette étape n'est pas normée par le tronc commun métier.**

[77] **L'instruction consiste à enregistrer la demande dans le SI, à en vérifier la recevabilité et à préparer l'étape d'évaluation.** Les activités attendues des agents instructeurs, personnels administratifs de catégorie C, sont les suivantes :

- assurer la tenue du dossier (création de l'individu si besoin, date de dépôt ...) ;
- vérifier les conditions de recevabilité, en assurer le suivi (courrier de notification, demande de pièces obligatoires, gestion des dossiers irrecevables...);
- préparer le travail de l'équipe d'évaluation (pièces complémentaires, suivi) ;
- orienter le dossier vers l'étape d'évaluation.

[78] **L'évaluation repose sur quatre dimensions successives dont la première est fondamentale : la compréhension de la situation, l'identification des besoins, la mobilisation des référentiels d'éligibilité et l'élaboration des réponses.** L'évaluation constitue le processus central en MDPH mais également le plus sensible pour les usagers. Elle mobilise les ressources les plus nombreuses

---

<sup>36</sup>Voir [Tronc commun et référentiel fonctionnel | CNSA](#), dont la première publication date de 2017

(relevant de sept métiers principaux, majoritairement catégorie A). Plus spécifiquement, les activités attendues des agents évaluateurs, sont les suivantes :

- qualifier la situation de l'utilisateur, appréhender les pièces disponibles, demander le cas échéant des renseignements complémentaires ;
- raisonner de manière globale en déployant les outils disponibles ;
- coder les déficiences et les pathologies selon une nomenclature de référence ;
- identifier les droits pouvant répondre à la personne, en vérifier l'éligibilité ;
- assurer la traçabilité du raisonnement évaluatif ;
- décliner les étapes du plan de compensation (élaboration, envoi, ajustement) ;
- inscrire le dossier en CDAPH.

[79] **La décision est prise en CDAPH avant d'être notifiée à l'utilisateur et le cas échéant à certains partenaires chargés de la mettre en œuvre.** Cette étape se décline en deux moments :

- **le passage du dossier en CDAPH ;**
- **la notification à l'utilisateur comme aux partenaires chargés de la mise en œuvre du droit.**

[80] Entre ces deux actions, des traitements administratifs essentiels sont assurés : le contrôle de cohérence sur les décisions prises et l'enregistrement des décisions dans le SI. A sa suite, les décisions ne sont plus modifiables. Ces tâches sont assurées par des agents administratifs de catégorie C, membres des services d'instruction ou d'évaluation selon les organisations retenues.

### 3.2.2 Le SI harmonisé et les référentiels élaborés par la CNSA contribuent à harmoniser et optimiser le processus de traitement des demandes

[81] Depuis le RMQS comme le tronc commun métier, plusieurs lignes directrices ont été posées pour stabiliser un continuum de traitement :

- **l'étape d'instruction prépare l'évaluation**, en repérant les incohérences, en identifiant les demandes ou les situations urgentes, en aiguillant vers l'équipe pluridisciplinaire compétente sur la base d'un travail de qualification.
- **l'évaluation s'appuie sur deux niveaux d'intervention, dans une logique proportionnée et graduée.** Le premier niveau, interne à la MDPH, est à même de proposer des réponses aux demandes identifiées comme simples et complètes. Le second, recherchant des expertises plus spécifiques, et notamment externes, est à même de traiter les dossiers les plus spécifiques.
- **il est préférable de traiter les différentes demandes d'un dossier en même temps** afin d'éviter que plusieurs équipes ouvrent chacune un même dossier, le coût d'entrée dans celui-ci étant toujours important.

# ANNEXE 3 : Évolution et répartition de la charge et des moyens des MDPH

## ANNEXE 3 : ÉVOLUTION ET REPARTITION DE LA CHARGE ET DES MOYENS DES MDPH ..... 37

<b>1</b>	<b>LA CHARGE DE TRAVAIL DES MDPH, QUI EST DIFFICILE A APPREHENDER, A EVOLUE A LA HAUSSE DANS LES DERNIERES ANNEES DE FAÇON HETEROGENE SELON LES TERRITOIRES ET LES PRESTATIONS.....</b>	<b>39</b>
1.1	L'INTENSITE DE L'ACTIVITE DES MDPH PEUT ETRE APPRECIEE DE FAÇON PARTIELLE SUR LA BASE DE PLUSIEURS INDICATEURS QUI PRESENTENT DES LIMITES .....	39
1.2	UNE PARTIE DES INDICATEURS SUGGERE UNE AUGMENTATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL DES MDPH DEPUIS 2015.....	40
1.2.1	<i>Le nombre annuel de personnes ayant déposé au moins une demande en MDPH se stabiliserait autour de 1,7 M par an entre 2015 et 2022 .....</i>	40
1.2.2	<i>Le nombre de demandes adressées aux MDPH, qui aurait fortement augmenté entre 2009 et 2019, est estimé à 4 M en 2022.....</i>	41
1.2.3	<i>Le nombre d'avis et décisions rendus par les MDPH, soit 4,8 M en 2022, a augmenté de 12 % par rapport à 2015, ce qui marquerait une décélération par rapport à une période antérieure .....</i>	42
1.2.4	<i>Le stock de demandes annuelles non décidées au 1<sup>er</sup> janvier, estimé à 32 % en 2022, a augmenté de quatre points par rapport à 2015.....</i>	43
1.2.5	<i>Les sollicitations des usagers, qui ont augmenté avec les délais de traitement, contribuent à accroître la charge de travail des MDPH.....</i>	44
1.3	LA STRUCTURE DES DROITS ATTRIBUES PAR LES MDPH EST STABLE ENTRE 2015 ET 2022 MEME SI LES ATTRIBUTIONS DES DROITS LIES AUX ENFANTS ET DE LA PCH ONT AUGMENTE PLUS RAPIDEMENT QUE L'ENSEMBLE.....	45
1.3.1	<i>La structure des droits attribués en 2022, similaire à celle de 2015, traduit la part quasi-majoritaire représentée par la RQTH et les CMI.....</i>	45
1.3.2	<i>L'augmentation du nombre de droits ouverts a été tirée par celle des droits liés aux enfants (+ 40 %) et à la PCH (+ 36 %).....</i>	46
<b>2</b>	<b>L'AUGMENTATION DEPUIS 2017 DES MOYENS ALLOUES AUX MDPH NE PEUT ETRE APPRECIEE QUE DE FAÇON PARTIELLE.....</b>	<b>49</b>
2.1	LE VOLUME D'ETP TRAVAILLES EN MDPH, ESTIME A 5 707 EN 2022, AURAIT AUGMENTE DE 12 % PAR RAPPORT A 2017 ET DE 7 % PAR RAPPORT A 2019.....	49
2.1.1	<i>Cette évolution globale, estimée à partir de données fragiles, masque des disparités territoriales.....</i>	49
2.1.2	<i>La diversité des statuts des collaborateurs en MDPH soulève des problèmes de gestion .....</i>	51
2.1.3	<i>L'écart de près de 600 ETP entre le volume des ETP théoriques et celui des ETP travaillés en 2022 traduirait des difficultés sur le plan RH.....</i>	51
2.1.4	<i>La structure des ETP travaillés reflète la part prépondérante des missions d'instruction et d'évaluation.....</i>	52
2.2	IL EST POSSIBLE DE RETRACER L'ÉVOLUTION A LA HAUSSE DEPUIS 2019 DES MOYENS FINANCIERS ALLOUES PAR L'ÉTAT ET LA CNSA DONT LE MODE DE CALCUL EST CRITIQUE .....	55

2.2.1	<i>Le soutien financier de l'État et de la CNSA aux MDPH est inscrit depuis 2022 dans les comptes de la branche autonomie .....</i>	55
2.2.2	<i>Le concours CNSA, estimé à 97,8 M€ en 2024, a été réformé et revalorisé de 25 % en 2021 sur la base de règles contestables d'allocation .....</i>	55
2.2.3	<i>La dotation État, d'un montant estimé à 82,1 M€ en 2024, supérieur de près de 9 % à celui de 2019, est calculée sur une base datant de 2006 qui engendre un reste à charge pour les MDPH .....</i>	58
2.2.4	<i>Les données relatives aux ressources financières allouées par les conseils départementaux, qui seraient sous-valorisées, ne permettent pas d'apprécier l'évolution de leur effort en faveur des MDPH .....</i>	59

**3 DES CORRELATIONS PEUVENT ETRE RECHERCHEES ENTRE DIFFERENTES VARIABLES RELATIVES A LA CHARGE, AUX MOYENS ET AUX RESULTATS DES MDPH ..... 59**

3.1	UNE MATRICE DE CORRELATION A ETE ETABLIE SUR LA BASE DES VARIABLES ESSENTIELLEMENT ISSUES DU BAROMETRE DES MDPH .....	59
3.2	IL EXISTE UNE CORRELATION FORTE POSITIVE ENTRE LE VOLUME D'ETP TRAVAILLES ET LE NOMBRE DE DEMANDES DEPOSEES AUPRES DES MDPH EN 2022.....	61
3.3	À L'INVERSE, L'EVOLUTION ENTRE 2019 ET 2022 DU VOLUME D'ETP TRAVAILLES ET DU NOMBRE D'AVIS ET DECISIONS PAR MDPH NE SONT PAS CORRELES.....	61
3.4	LES DELAIS DE TRAITEMENT APPARAISSENT INDEPENDANTS DE LA CHARGE PAR ETP .....	62
3.5	IL N'EXISTE PAS DE CORRELATION ENTRE LE DELAI MOYEN DE TRAITEMENT DE DEMANDE ET LE TAUX DE RECOURS PREALABLE OBLIGATOIRE.....	63
3.6	IL EXISTE UNE CORRELATION FAIBLEMENT POSITIVE ENTRE LE DELAI MOYEN DE TRAITEMENT ET LE TAUX D'ACCORD EN 2022 UNIQUEMENT POUR L'AAEH .....	64
3.7	LE NIVEAU DE SATISFACTION DES USAGERS TEND A DIMINUER AVEC L'AUGMENTATION DES DELAIS DE TRAITEMENT .....	66

# 1 La charge de travail des MDPH, qui est difficile à appréhender, a évolué à la hausse dans les dernières années de façon hétérogène selon les territoires et les prestations

## 1.1 L'intensité de l'activité des MDPH peut être appréciée de façon partielle sur la base de plusieurs indicateurs qui présentent des limites

[1] **La charge de travail des MDPH peut être appréhendée à travers différents indicateurs.** Les « repères statistiques » publiés annuellement au T1 de l'année N par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) fournissent des données sur l'activité des MDPH en N-1. Le périmètre de ces études, dont la première édition accessible en ligne date de 2014, soit cinq ans avant la mise en place du système d'information des MDPH (SIH), n'est pas homogène. Elles mobilisent, selon les années, tout ou partie des indicateurs suivants : le nombre de personnes ayant déposé une demande auprès des MDPH ; le nombre de demandes déposées ; le nombre d'avis et décisions rendus et le nombre de droits ouverts. De son côté, le baromètre des MDPH, édité chaque trimestre depuis 2020, contient un indicateur relatif à l'intensité de l'activité des MDPH. Il s'agit du nombre d'avis et décisions rendus par les MDPH chaque année, tel qu'issu des échanges annuels menés par la Direction de la prospective et des études (DPE) de la CNSA avec les MDPH (cf. annexe n°4)<sup>37</sup>.

[2] **Ces indicateurs présentent différentes limites liées à la fois aux données sur lesquelles ils reposent et à leur construction :**

- **ils reposent sur plusieurs séries de données sans qu'aucune étude les mobilise de façon conjointe et contextualisée** pour apprécier la part de chacun de ces inducteurs dans la charge de travail globale des MDPH ;
- **ils présentent une profondeur temporelle limitée et différenciée** qui interdit d'analyser sur longue période l'évolution de la charge de travail des MDPH<sup>38</sup> ;
- **ils sont disponibles avec un décalage de deux ans** : les données relatives à l'activité des MDPH en année N sont remontées auprès de la DPE au T3 de l'année N+1 et publiées, après traitements statistiques<sup>39</sup>, au T1 de l'année N+2 ;
- **ils font l'objet d'une définition potentiellement variable selon les MDPH** : si l'indicateur relatif au nombre d'avis et décisions ne soulève *a priori* pas de problème de définition, tel n'est pas le cas des indicateurs relatifs au nombre de demandes traitées, au nombre d'appels reçus ou à celui de personnes accueillies, qui dépendent des choix d'organisation retenus (cf. annexe n°4) ;

---

<sup>37</sup> Les données déclarées par les MDPH chaque trimestre font l'objet de corrections ex-post par la DPE à l'occasion de la publication des repères statistiques fondé sur des données redressées.

<sup>38</sup> Les données les plus anciennes identifiées par la mission sur le site de la CNSA concernent le nombre d'avis et décisions rendus par les MDPH en 2011.

<sup>39</sup> Ces traitements visent à fiabiliser les informations communiquées par les MDPH et à prendre en compte l'absence d'exhaustivité du nombre de répondants.

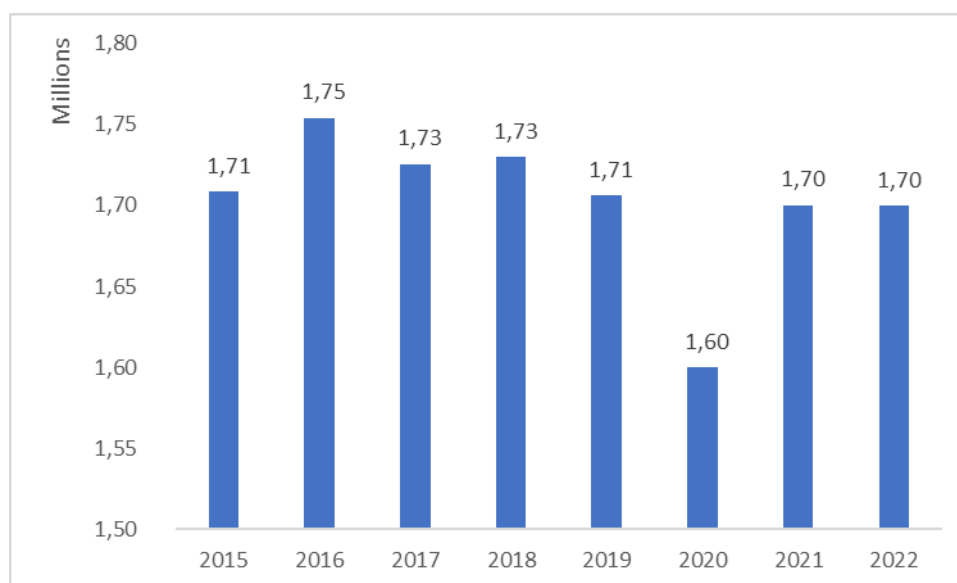
- **enfin, ils offrent une vision partielle de la charge de travail des MDPH** : ainsi, d'autres indicateurs, tels que la part des dossiers recevables à l'entrée, le nombre de demandes par dossier, la part respective des premières demandes et des renouvellements ou encore la part des demandes génériques, pourraient être utilisés, tout comme la structure des demandes de droits, sachant que la charge liée à l'évaluation est supérieure pour ceux qui impliquent une connaissance fine de la situation de la personne, comme la PCH ou l'AAH2 ou encore l'AAE et l'orientation scolaire.

## 1.2 Une partie des indicateurs suggère une augmentation de la charge de travail des MDPH depuis 2015

### 1.2.1 Le nombre annuel de personnes ayant déposé au moins une demande en MDPH se stabiliserait autour de 1,7 M par an entre 2015 et 2022

[3] **Entre 2015 et 2022, le nombre de personnes ayant déposé une demande auprès de la MDPH est stable, contrastant avec l'augmentation du nombre d'avis et de décisions.** Pour apprécier la charge de travail résultante, il doit néanmoins être examiné conjointement avec le nombre total de demandes déposées. Ainsi, en 2022, la CNSA estime à 2,5 le nombre moyen de demandes recensées par usager, dont 51 % constitueraient des premières demandes<sup>40</sup>. Cette part de premières demandes serait néanmoins surestimée en raison de problèmes d'identification des demandes précédentes engendrés dans certaines MDPH par la mise en place du SIH.

Graphique 1 : Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande en MDPH entre 2015 et 2022 (en millions)



Source : Mission à partir des données DPE publiées dans les « Repères statistiques ».

<sup>40</sup> La CNSA définit comme suit la notion de première demande : « Les premières demandes renvoient à des primo-demandeurs pour une prestation ». Document statistique, Fiche thématique « Demande », 2015.



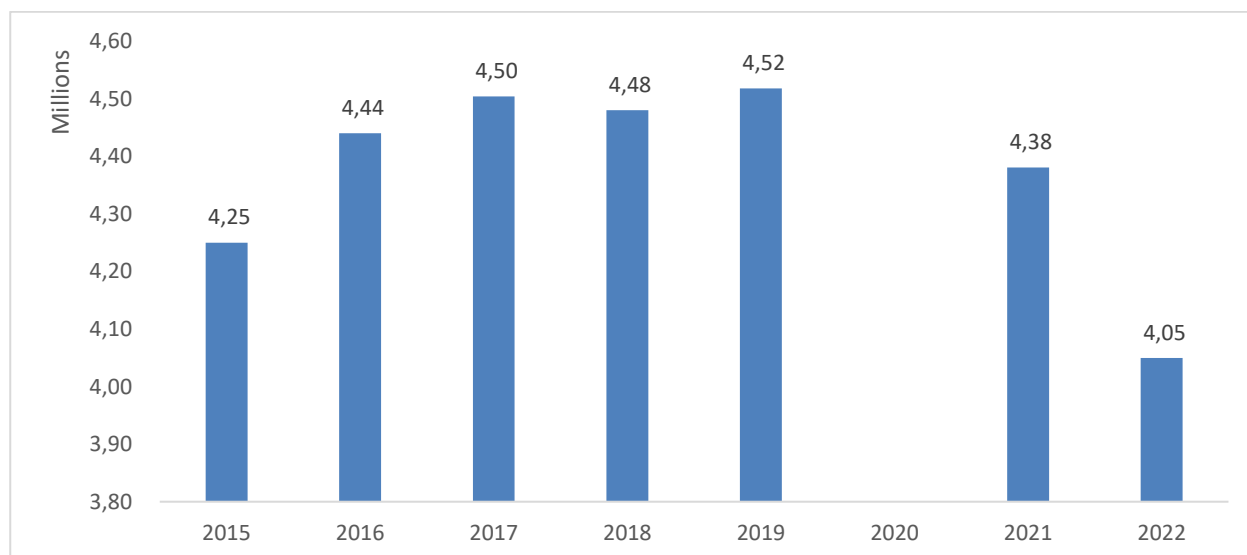
## 1.2.2 Le nombre de demandes adressées aux MDPH, qui aurait fortement augmenté entre 2009 et 2019, est estimé à 4 M en 2022

[4] **Le nombre total de demandes déposées auprès des MDPH représente a priori l'indicateur offrant la vision la plus extensive de leur charge de travail.** En effet, le volume des demandes déposées inclut les demandes non recevables et incomplètes, qui représentent une charge au niveau de la chaîne de traitement. Par définition, comme les avis et décisions, et à l'inverse des droits ouverts (cf. *infra*), il comprend également les demandes instruites ou évaluées mais *in fine* rejetées pour motif administratif au niveau de la CDA. Toutefois, il s'agit aussi d'un indicateur fragile car les modalités de décompte de ces demandes ont évolué sur la période (mise en place de la demande générique et fusion des demandes liées à la scolarisation et à l'orientation à partir de 2019), ce qui peut conduire à minorer le volume constaté à partir de 2019.

[5] **Après une hausse quasi-continue entre 2015 et 2019, cet indicateur serait orienté à la baisse depuis 2019.** La mission n'a pas eu accès à l'année 2020, atypique. Elle dispose donc de peu de recul pour apprécier la tendance qui se dégage depuis la sortie du COVID. Ce dernier a en effet conduit à des mesures de prorogation, avec en conséquence des effets sur le volume de demande. Le nombre de demandes en 2023 sera donc déterminant pour caractériser l'évolution.

[6] **Il doit être mis en regard de données plus anciennes identifiées dans des publications antérieures de la CNSA qui indiquent une hausse de 80 % de l'activité entre 2009 et 2019.** En effet, le nombre de demandes annuelles pour les années 2009 à 2012 a fait l'objet d'une publication en 2014<sup>41</sup>. Ce document indiquait que le nombre de demandes se serait élevé à 2,5 M en 2009.

Tableau 1 : Nombre de demandes déposées auprès des MDPH par an entre 2015 et 2022<sup>42</sup> (en millions)



Source : Mission à partir des données DPE publiées dans les « Repères statistiques ».

<sup>41</sup> Dossier technique de la CNSA de décembre 2014, synthèse des rapports d'activité 2013 des MDPH.

<sup>42</sup> Les données relatives à l'année 2020 ne sont pas disponibles dans les « repères statistiques » publiés sur le site de la CNSA.

### 1.2.3 Le nombre d'avis et décisions rendus par les MDPH, soit 4,8 M en 2022, a augmenté de 12 % par rapport à 2015, ce qui marquerait une décélération par rapport à une période antérieure

[7] **Le nombre d'avis et décisions rendus par les CDAPH des MDPH a augmenté de façon non linéaire entre 2015 et 2022 (cf. graphique n°2) d'après les données de l'enquête annuelle.** Après une phase de hausse entre 2015 et 2017 (+8,3 %), le volume d'avis et de décisions diminue par rapport à l'année précédente en 2018 (-2,4 %) et en 2019 (-2,1 %) pour ensuite augmenter fortement entre 2019 et 2020 (+ 6,1 %) puis diminuer à nouveau en 2021.

[8] **L'ampleur de cette hausse mériterait d'être remise en perspective sur une période plus longue mais la mission n'a pas identifié de série complète sur la période 2006-2015.** En revanche, plusieurs documents indiquent que le nombre d'avis et de décisions aurait été multiplié par trois entre 2006 et 2021, passant de 1,58 M à 4,7 M<sup>43</sup>. Une telle évolution suggérerait que la hausse constatée sur la période 2015-2022 serait moins forte que celle calculée sur une période plus longue.

[9] **L'augmentation du nombre d'avis et décisions dans un contexte de stabilisation du nombre de personnes déposant une demande et de baisse du nombre de demandes déposées pourrait s'expliquer par :**

- la prorogation des droits qui arrivaient à échéance pratiquée par la plupart des MDPH pendant la crise sanitaire ;
- l'introduction dans le formulaire MDPH en 2019 de la demande générique qui consiste à étudier l'ensemble des besoins des usagers et à leur proposer des réponses, même en absence de demande précise exprimée sur un droit ou une prestation : leur part est estimée par la CNSA à 6 % du total des demandes ;
- les effets de l'action de la Mission d'appui opérationnelle (Maop) qui a permis la résorption des stocks dans la vingtaine de MDPH accompagnées depuis février 2021 ;
- le déploiement depuis 2019 des droits sans limitation de durée, pour une partie des droits, qui joue dans un premier temps sur le nombre de demandes déposées.

[10] **Cette évolution a été différenciée selon les MDPH, comme en attestent les données reprises dans le baromètre trimestriel des MDPH depuis 2021 :**

- 30 MDPH présentent une baisse du nombre d'avis et décisions rendus ;
- à l'inverse, le nombre d'avis et décisions a augmenté entre 2019 et 2022 de plus de 10 % dans 42 MDPH et de plus de 20 % dans 30 MDPH.

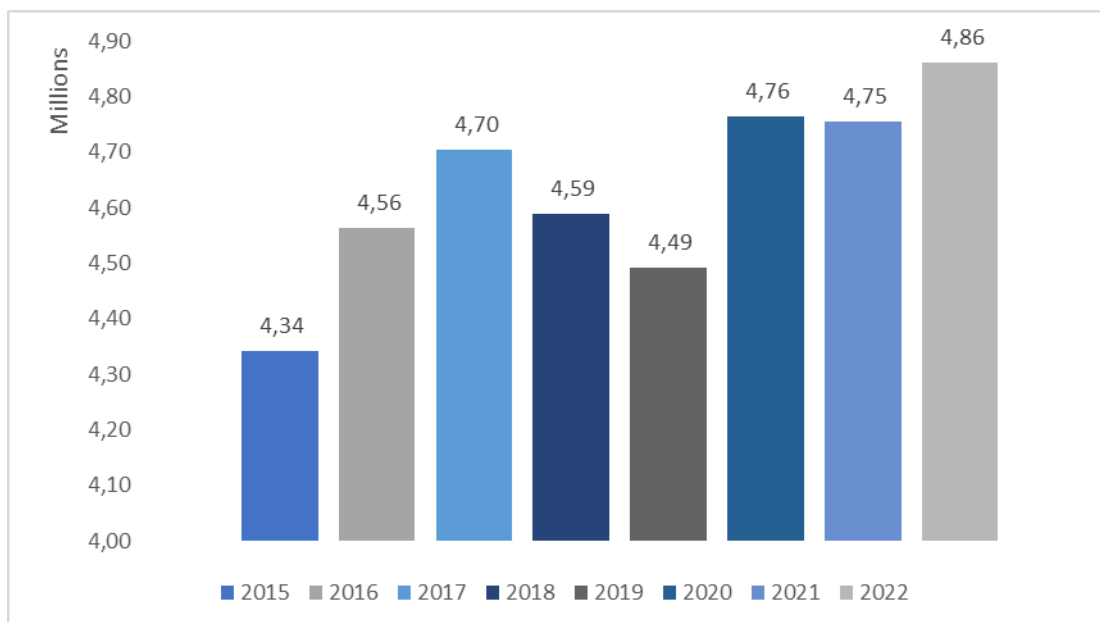
---

<sup>43</sup> Voir en particulier la réponse publiée au JO le 2 mai 2023 du ministre en charge du handicap à une question parlementaire sur les délais d'attente et de traitement en MDPH.

[11] Ces évolutions différenciées, qui justifieraient une étude nationale sur les déterminants de l'activité des MDPH, pourraient s'expliquer par :

- la dynamique démographique propre à chaque département (solde naturel et solde migratoire) ;
- la structure démographique propre à chaque département (part de la population de plus de 60 ans, part des enfants en âge de scolarisation) ;
- les caractéristiques socio-économiques de la population de chaque département (taux de pauvreté, taux de chômage, en particulier) ;
- le taux de recours de la population aux MDPH, dont la variabilité a été objectivée par la CNSA sur certains droits (cf. annexe n°4)<sup>44</sup> ;
- la part des droits attribués sans limitation de durée qui a évolué depuis 2019 de façon hétérogène selon les départements (cf. annexe n°4).

Graphique 2 : Nombre annuel d'avis et décisions entre 2015 et 2022 (en millions)



Source : Mission à partir des données DPE

#### 1.2.4 Le stock de demandes annuelles non décidées au 1<sup>er</sup> janvier, estimé à 32 % en 2022, a augmenté de quatre points par rapport à 2015

[12] Cet indicateur est le seul qui permet d'apprécier le stock, sachant que toutes les autres données font référence à des flux annuels. Il est calculé par la DPE à partir des données remontées par les MDPH dans le cadre des échanges annuels. Comme le montre le tableau n°2, il oscille sur la période 2015-2022 entre 27 et 31 % de l'ensemble des demandes déposées sur l'année. Il témoigne ainsi de la difficulté des MDPH à résorber leur stock de dossiers en attente tout en

<sup>44</sup> « Repères statistiques » n° 20, janvier 2024.

traitant le flux des nouvelles demandes. Pour apprécier les stratégies de traitement des dossiers déployées par les MDPH, cet indicateur devrait être combiné à l'analyse de l'ancienneté moyenne des dossiers en stock, qui n'est pas disponible aujourd'hui pour l'ensemble des MDPH. En effet, ce dernier indicateur permettrait d'identifier le profil type des stocks (ex : part des demandes antérieures à une certaine date). Il s'agit d'ailleurs d'un des premiers sujets investigués par la Maop dans le cadre de ses interventions en MDPH<sup>45</sup>.

Tableau 2 : Part du stock des demandes non décidées au 1<sup>er</sup> janvier rapporté à l'ensemble des demandes déposées sur l'année (en %)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Part du stock des demandes non décidées au 1 <sup>er</sup> janvier/ensemble des demandes déposées sur l'année (en %)	27	27	28	27	28	30	27	31

Source : CNSA, données DPE.

### 1.2.5 Les sollicitations des usagers, qui ont augmenté avec les délais de traitement, contribuent à accroître la charge de travail des MDPH

[13] **Les sollicitations des usagers, ou flux entrants à l'accueil (par mail, téléphone ou à l'accueil physique), constituent un inducteur de charge distinct des demandes adressées aux MDPH.** Les données relatives à ces flux sont particulièrement fragiles, ce qui limite la possibilité d'établir des comparaisons entre MDPH (cf. annexe n°4). Par ailleurs, aucune donnée n'est disponible pour apprécier la charge de traitement des courriels qui, selon les MDPH rencontrées par la mission, tendrait à augmenter. S'agissant de la charge liée à l'accueil téléphonique et à l'accueil physique, les données disponibles via les échanges annuels avec les MDPH (cf. tableau n°3) suggèrent une augmentation entre 2021 et 2022 (+ 3,4 % d'appels téléphoniques reçus et + 23,4 % de visites à l'accueil). Selon les représentants des MDPH rencontrés par la mission, une partie importante de ces sollicitations sont liées à des questions sur l'état d'avancement des dossiers. Elles seraient donc proportionnelles à l'allongement des délais de traitement.

<sup>45</sup> Voir l'annexe n°7 sur les outils des MDPH.

Tableau 3 : Nombre d'appels téléphoniques reçus et de personnes accueillies à l'accueil physique entre 2020 et 2022

	2020	2021	2022
Nombre d'appels téléphoniques reçus <sup>46</sup>	4 779 420	4 478 393	4 629 430
Nombre de personnes accueillies à l'accueil physique de la MDPH/MDA <sup>47</sup>	677 333	865 656	1 068 375

Source : Mission d'après les données DPE.

[14] Outre les sollicitations des usagers, la mission souligne que d'autres activités de la MDPH se traduisent par une charge de travail croissante sur la période sans se matérialiser dans les indicateurs suivis par la CNSA. C'est le cas en particulier de la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous depuis 2015 ou de l'implémentation des versions successives du SI harmonisé.

### 1.3 La structure des droits attribués par les MDPH est stable entre 2015 et 2022 même si les attributions des droits liés aux enfants et de la PCH ont augmenté plus rapidement que l'ensemble

#### 1.3.1 La structure des droits attribués en 2022, similaire à celle de 2015, traduit la part quasi-majoritaire représentée par la RQTH et les CMI

[15] Une analyse par catégorie de prestation de l'évolution différenciée de la charge est possible à partir de la structure des droits attribués par les MDPH (cf. tableau n°4). En effet, cette maille, qui est celle retenue par la CNSA dans ses « repères statistiques » permet de décomposer la structure des droits, y compris par public<sup>48</sup>.

[16] La structure des droits constatée en 2022 (cf. graphique n°3), globalement assez proche de celle de 2015, se caractérise par :

- la part quasi-majoritaire (47 % en 2022 comme en 2015) représentée au sein du total des droits attribués par la RQTH (18 %) et des CMI (29 %), soit des droits dont la charge sur le plan de l'évaluation est jugée plus limitée et qui peuvent être soit attribués de manière « sèche », soit attribués en même temps que des droits plus complexes (tendance plutôt observée dans les dossiers qu'a pu consulter la mission) ;

<sup>46</sup> 102 MDPH répondantes en 2020, 87 en 2021, 92 en 2022.

<sup>47</sup> 90 MDPH répondantes en 2020, 89 en 2021, 94 en 2022.

<sup>48</sup> La CNSA dispose de données sur la structure des demandes par catégories de prestations. Toutefois, ces données, qui ne sont pas publiées, ne font pas l'objet d'une fiabilisation, contrairement aux données sur les droits ouverts par catégories de prestations.

- la part relativement faible et quasi-constante (7 % pour l’AEEH en 2022 contre 6 % en 2015, 5 % pour la PCH en 2022 contre 4 % en 2015) des droits attribués au titre des prestations les plus complexes et les plus chronophages par les MDPH ;
- la part minoritaire (19 % en 2022 et 17 % en 2015) des droits attribués aux enfants par rapport au total des droits attribués aux adultes au sein desquels il faut distinguer, outre la RQTH et les CMI, l’AAH (12 % des droits attribués en 2022 et 15 % en 2015).

### 1.3.2 L’augmentation du nombre de droits ouverts a été tirée par celle des droits liés aux enfants (+ 40 %) et à la PCH (+ 36 %)

[17] **Cette stabilité de la structure globale des droits entre 2015 et 2022 masque des évolutions différenciées avec :**

- une augmentation du nombre de droits ouverts pour le public enfants (+ 40 %) près de quatre fois supérieure à celle constatée pour le public adultes, qui recoupe une hausse particulièrement marquée des droits ouverts au titre de l’aide humaine à la scolarisation (+ 69 %) ;
- une baisse du nombre de droits ouverts au titre de l’AAH (- 5 %) et une augmentation dynamique du nombre de droits ouverts au titre de la RQTH (+ 24 %) ;
- la croissance des droits attribués au titre de la PCH (+ 36 %).

Tableau 4 : Évolution du volume et de la structure des droits attribués par principales catégories de prestations entre 2015 et 2022

	2015	2022	Évolution 2022/2015 (en %)	Part du total en 2015 (en %)	Part du total en 2022 (en %)	Évolution 2022/2015 en part du total (en points de %)
<b>Total prestations enfants (A)</b>	<b>499 100</b>	<b>699 600</b>	<b>40</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>2</b>
<i>dont matériel pédagogique adapté</i>	15 100	29 500	95	1	1	0
<i>dont orientations scolaires</i>	75 500	113 000	50	3	3	0
<i>dont orientations en ESMS</i>	117 800	127 900	9	4	4	0
<i>dont AHS</i>	101 200	171 000	69	3	5	2
<i>dont AEEH</i>	189 500	258 200	36	6	7	1
<b>Total prestations adultes (B)</b>	<b>1 534 500</b>	<b>1 707 200</b>	<b>11</b>	<b>51</b>	<b>47</b>	<b>-4</b>
<i>dont orientations en ESMS</i>	128 300	144 400	13	4	4	0
<i>dont RQTH</i>	538 000	666 800	24	18	18	0
<i>dont AAH</i>	448 000	427 800	-5	15	12	-3
<i>dont CPR</i>	37 700	21 200	-44	1	1	0
<i>dont orientations ou formations professionnelles</i>	352 900	418 700	19	12	12	0
<i>dont AFVP</i>	7 100	11 200	58	0	0	-

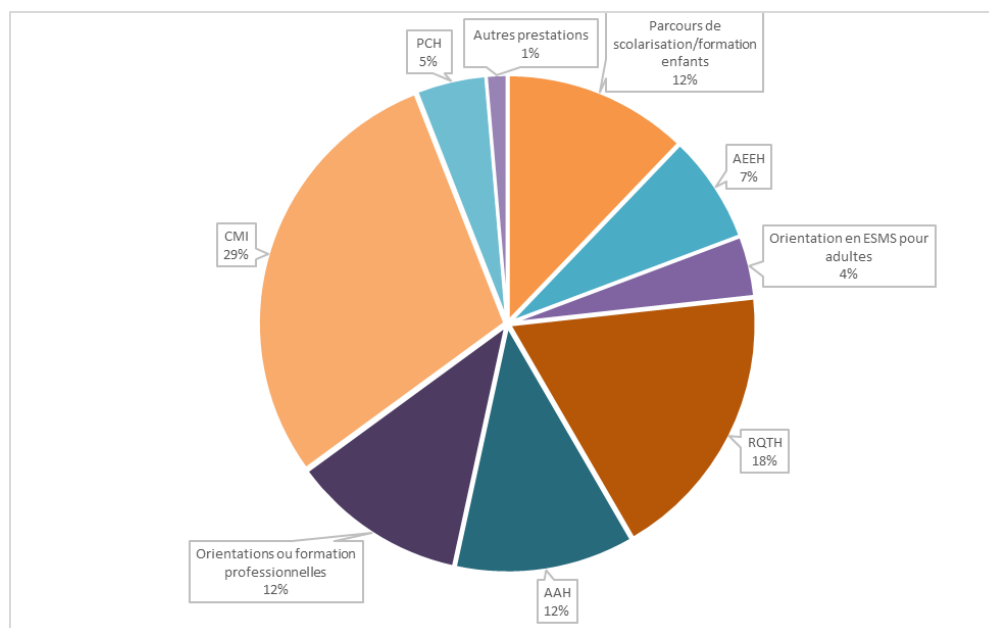
RAPPORT IGAS N°2023-098R (ANNEXES)

	2015	2022	Évolution 2022/2015 (en %)	Part du total en 2015 (en %)	Part du total en 2022 (en %)	Évolution 2022/2015 en part du total (en points de %)
<i>dont maintien en ESMS au titre de l'amendement Creton</i>	7 400	8 600	16	0	0	-
<i>dont allocations compensatrices (ACTP et ACFP)</i>	15 100	8 500	-44	1	0	-1
<b>Autres prestations tous publics (C)</b>	<b>983 900</b>	<b>1 233 800</b>	<b>25</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>1</b>
<i>dont CMI invalidité ou priorité</i>	529 700	637 000	20	18	17	-1
<i>dont CMI stationnement</i>	332 000	430 500	30	11	12	1
<i>dont PCH</i>	122 200	166 300	36	4	5	1
<b>Grand total (A+B+C)</b>	<b>3 017 500</b>	<b>3 640 600</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

Source : Mission à partir des données DPE.



Graphique 3 : Structure des droits attribués par les MDPH en 2022



Mission d'après les données DPE.

## 2 L'augmentation depuis 2017 des moyens alloués aux MDPH ne peut être appréciée que de façon partielle

2.1 Le volume d'ETP travaillés en MDPH, estimé à 5 707 en 2022, aurait augmenté de 12 % par rapport à 2017 et de 7 % par rapport à 2019

2.1.1 Cette évolution globale, estimée à partir de données fragiles, masque des disparités territoriales

[18] Le code de l'action sociale et des familles<sup>49</sup> prévoit que le personnel des MDPH peut comprendre :

- des personnels mis à disposition par les parties à la convention constitutive du Gip, dont des fonctionnaires mis à disposition par l'État ;
- des fonctionnaires de la fonction publique d'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière placés en position de détachement ;
- des agents contractuels de droit public recrutés par les MDPH pour une durée déterminée ou indéterminée, et soumis aux dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale ;
- des agents contractuels de droit privé recrutés par les MDPH.

<sup>49</sup> Article L. 146-4-1.

[19] Cette diversité statutaire des collaborateurs, ainsi que les différences d'organisation entre MDPH, fragilisent les comparaisons de leurs moyens humains respectifs :

- les ETP correspondant aux agents mis à disposition et rémunérés par l'État (cf. *infra*), dont le volume est fixé par la convention constitutive du Gip, et le cas échéant par ses avenants, devraient être correctement comptabilisés mais le départ progressif des premiers, et le cas échéant l'absence d'actualisation des conventions, brouillent la lisibilité de ces contributions en moyens humains de l'État ;
- les ETP mis à disposition ou détachés par les conseils départementaux (CD) devraient être comptabilisés mais, comme l'a constaté la mission dans le cadre de ses déplacements, ce n'est pas systématiquement le cas. Des renforts temporaires, le concours des fonctions supports (gestion des SI et paie en particulier) ou la prise en charge par les services du département de certaines missions comme l'accueil de premier niveau<sup>50</sup> ou l'évaluation de la PCH par des travailleurs sociaux ont ainsi pu être observés par la mission ;
- enfin, le degré d'externalisation de certaines missions exercées par les MDPH (en particulier la numérisation et la mise sous pli des courriers), mais aussi de recours à l'intérim (pendant la période des congés), varie selon les territoires.

[20] Cette évolution peut être mise en regard de celle du nombre d'avis et de décisions sur la même période (+ 3 % d'avis et de décisions entre 2017 et 2022 après une hausse de 8 % entre 2015 et 2017) mais son sens doit être interprété avec une grande prudence au regard du caractère parcellaire des données disponibles.

Tableau 5 : Évolution du volume d'ETP travaillés dans les MDPH entre 2017 et 2022

	2017	2022	Taux d'évolution 2017-2022
Nombre de MDPH répondantes	98 <sup>51</sup>	99 <sup>52</sup>	-
Volume d'ETP travaillés	5 110	5 708	12 %

Source : Mission à partir des données issues de la synthèse annuelle des rapports d'activité des MDPH.

<sup>50</sup> À titre d'exemple, une MDPH a signalé à la mission qu'environ 800 K€ de masse salariale étaient mis à disposition à titre gratuit par le Conseil départemental sans apparaître dans le budget du Gip par mesure de simplification des flux financiers. Dans ce département, de nombreuses dépenses de fonctionnement (envoi des courriers, matériels bureautiques, abonnement, maintenance, etc.) seraient aussi prises en charge directement par le Conseil départemental sans facturation au Gip.

<sup>51</sup> En 2017, les MDPH suivantes n'ont pas communiqué leur volume d'ETP travaillés : Alpes-de-Haute-Provence ; Maine-et-Loire ; Rhône ; Vienne ; Val-de-Marne ; Saint-Barthélemy.

<sup>52</sup> En 2022, les MDPH suivantes n'ont pas communiqué leur volume d'ETP travaillés : Seine-Maritime ; Guadeloupe ; Saint-Barthélemy ; Saint-Martin.

## 2.1.2 La diversité des statuts des collaborateurs en MDPH soulève des problèmes de gestion

[21] **Faute de données, il n'est pas possible de rendre compte du statut et de l'origine de l'ensemble des personnels des MDPH mais cette diversité serait source de difficultés de gestion en lien avec :**

- le remplacement des départs des agents mis à disposition (MAD) par l'État<sup>53</sup>, qui induit en cas de recrutement par la MDPH plusieurs problématiques : surcoût lié à la dotation versée sous-compensant leur coût, cf. *infra* et à l'assujettissement à la taxe sur les salaires, prise en charge de la gestion du recrutement et, parfois, nécessité préalable de créer le poste au tableau des effectifs ;
- l'absence de cadre national sur les règles de temps de travail, incluant la question des congés, applicable aux agents mis à disposition par l'Éducation nationale, ce qui a conduit certaines MDPH à négocier directement avec ces agents un aménagement de leur cadre d'exercice, initialement alignée sur les vacances scolaires, dans l'intérêt de la continuité du service ;
- le défaut d'attractivité, en termes de mobilité professionnelle, d'un recrutement en direct par le Gip, incitant parfois les MDPH à privilégier la mise à disposition de fonctionnaires du CD, ou à renforcer les liens avec le service de gestion des carrières du CD pour offrir aux agents des possibilités d'évolution vers d'autres directions départementales.

## 2.1.3 L'écart de près de 600 ETP entre le volume des ETP théoriques et celui des ETP travaillés en 2022 traduirait des difficultés sur le plan RH

[22] **L'écart entre le volume d'ETP théoriques et celui des ETP travaillés a sensiblement augmenté entre 2018 (1,5 % des ETP théoriques) et 2022 (9,4 % des ETP théoriques) après un pic atteint en 2021 (cf. tableau n°6).** La mission n'a pas finement investigué la politique de gestion des ressources humaines des MDPH. La part respective de l'absentéisme de courte ou de longue durée, du *turn-over* et des délais de recrutement dans cet écart ne peut en particulier pas être précisée. Toutefois, cet écart, qui a un impact direct sur la capacité des MDPH à remplir leurs missions, a été fréquemment évoqué durant les déplacements.

[23] **La hausse de l'écart constatée en 2020 et 2021 doit être bien sûr être remise en perspective avec les effets de la crise sanitaire sur la gestion des RH identifiés chez la plupart des employeurs publics et privés.** L'accroissement des tensions de recrutement, dans des proportions variables selon les territoires, et en lien notamment avec la démographie médicale, n'est pas propre non plus aux MDPH. Plusieurs professions sanitaires et sociales centrales dans les MDPH correspondent en effet à des métiers en tension.

---

<sup>53</sup> Le nombre d'agents mis à disposition par l'État a été divisé par dix depuis 2006, en particulier au fil des départs à la retraite, du volume d'agents mis à disposition par les ministères sociaux auprès des MDPH : ils représentaient 146 ETP au 31 décembre 2022 (dont 37 % âgés entre 60 et 64 ans) contre 1 548 en 2006.

Tableau 6 : Écart annuel entre le volume d'ETP théoriques et le volume d'ETP travaillés entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
ETP théoriques (A)	5 279	5 727	6 080	6 085	6 298
ETP travaillés (B)	5 200	5 358	5 500	5 290	5 708
Écart (A-B)	79	369	580	796	591
En % des ETP théoriques	1,5	6,4	9,5	13	9,4

Source : Mission d'après les données issues de la synthèse des rapports d'activité des MDPH.

#### 2.1.4 La structure des ETP travaillés reflète la part prépondérante des missions d'instruction et d'évaluation

[24] Les données communiquées par la CNSA n'ont pas permis à la mission d'apprécier avec suffisamment de robustesse l'évolution de la structure des ETP travaillés<sup>54</sup> entre 2017 et 2022. En outre, la synthèse annuelle des rapports d'activité des MDPH propose une nomenclature de répartition des ETP par mission qui a légèrement évolué entre 2018 et 2022. En effet, trois missions sont identifiées en 2022 qui ne l'étaient pas en 2018 : les référents compensation technique ; la numérisation des dossiers ; la gestion du SI.

[25] S'agissant de la structure en 2022 des ETP par missions (cf. tableau n°7), elle traduit surtout la part très majoritaire des ETP alloués aux missions d'instruction et d'évaluation. Au sens de la nomenclature de la CNSA, ces effectifs représentent 57 % du total des ETP travaillés. Toutefois, en y ajoutant les autres catégories d'effectifs qui participent également à ces missions (référents insertion professionnelle, correspondants scolarisation, référents compensation technique), la part des ETP alloués à l'instruction et à l'évaluation atteint 63 % du total.

<sup>54</sup> Le calcul des ETP travaillés permet d'exclure les vacances de poste liées aux situations de départs en retraite, longues maladies, maternités et les retards de recrutement dans l'année considérée.

Tableau 7 : Structure des ETP travaillés par missions en 2022

	2022 <sup>55</sup>	En % du total (B)
Accueil	600	11
Instruction	1 717	30
Evaluation et élaboration des plans	1 569	27
Accompagnement, suivi des décisions	343	6
Référents insertion professionnelle	97	2
Correspondants scolarisation	128	2
Référents compensation technique	117	2
Coordonnateurs évaluation pluridisciplinaire	128	2
Direction, pilotage	307	5
Fonctions support	418	7

---

<sup>55</sup> 99 MDPH répondantes.

RAPPORT IGAS N°2023-098R (ANNEXES)

	2022 <sup>55</sup>	En % du total (B)
Gestion du SI	97	2
Numérisation des dossiers	148	3
Observation statistique	39	1
<b>Total des ETP travaillés</b>	<b>5 708</b>	<b>100</b>

Source : Mission à partir des données issues de la synthèse des rapports annuels des MDPH.

## 2.2 Il est possible de retracer l'évolution à la hausse depuis 2019 des moyens financiers alloués par l'État et la CNSA dont le mode de calcul est critiqué

### 2.2.1 Le soutien financier de l'État et de la CNSA aux MDPH est inscrit depuis 2022 dans les comptes de la branche autonomie

[26] Le budget « gestion administrative », qui fait partie des trois budgets votés par le Conseil de la CNSA dans le cadre des comptes annuels de la branche autonomie<sup>56</sup>, retrace :

- le financement des MDPH (182,6 M€ dans le budget initial 2024 de la branche) constitué :
  - du **concours** versé aux départements au titre du fonctionnement des MDPH (97,8 M€) ;
  - de la **dotation** versée par la CNSA pour le compte de l'État (82,1 M€) aux MDPH qui finance les postes vacants à la suite de départs de personnels de l'État mis à disposition des MDPH ainsi qu'une partie historique de leurs dépenses de fonctionnement (loyers en particulier) : avant 2017, cette dotation était financée par le programme de l'État sur le programme 157 ;
  - de **financements spécifiques** versés à une partie des MDPH, dans le cadre des conventions conclues pour améliorer la qualité de service et raccourcir les délais de réponse ou d'un soutien à la formation des professionnels ou d'une aide au déploiement de solutions de Gestion électronique des documents (Ged) ;
- le financement des SI des réseaux (53,3 M€) qui inclut, outre le financement de Via Trajectoire Handicap, du SI APA et du SI ESMS, le **programme SI MDPH** pour lequel le soutien financier annuel de la CNSA est estimé pour 2024 à 14,6 M€.

[27] La Cog 2022-2026 de la CNSA prévoit une évolution de 1,4 % entre 2022 et 2026 du montant alloué au financement des MDPH et une évolution de 23,6 % du montant alloué au SI des réseaux (dans un contexte de création d'un SI APA). S'agissant du seul financement des MDPH, et toutes choses égales par ailleurs, le montant additionné du concours et de la dotation aux MDPH atteindrait donc 184,6 M€ en 2026 contre 182,1 M€ en 2022.

### 2.2.2 Le concours CNSA, estimé à 97,8 M€ en 2024, a été réformé et revalorisé de 25 % en 2021 sur la base de règles contestables d'allocation

[28] Le versement de ce concours est conditionné à la signature d'une convention entre la CNSA et chaque département sans pour autant que le degré de respect des engagements inscrits emporte de conséquences sur le montant alloué. Le code de la sécurité sociale prévoit que la

---

<sup>56</sup> Les deux autres budgets sont « investissement des établissements et services médico-sociaux » et « intervention ».

CNSA assure le financement des coûts d'installation ou de fonctionnement des MDPH<sup>57</sup>. Selon le CASF, le versement de ce concours s'effectue « conformément à une convention entre la CNSA et le département concerné, visant à définir des objectifs de qualité de service pour la MDPH et à dresser le bilan de réalisation des objectifs antérieurs »<sup>58</sup>. La mission Igas-IGF de juin 2021 sur la Cog précédente de la CNSA avait recommandé de « moduler le concours versé aux MDPH en fonction de l'atteinte d'objectifs personnalisés négociés à partir d'un diagnostic partagé »<sup>59</sup>. La Cog 2022-26 prévoit la conception en 2023 et l'expérimentation à partir de 2024 d'un dispositif de majoration de concours en fonction d'objectifs qualitatifs<sup>60</sup>.

[29] **La revalorisation en 2021 du montant du concours, en lien avec la mise en œuvre de la « feuille de route 2022 », a été associée à une réforme de ses modalités d'allocation.** À partir de 2021, le concours MDPH a intégré, d'une part, une revalorisation forfaitaire de 60K€ par département dans le cadre de la généralisation de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » (RAPT) et, d'autre part, une augmentation en base de 15 M€ en application des décisions de la CNH 2020, y compris la mise en œuvre de la feuille de route « MDPH 2022 » (cf. annexe n°2). Le concours a ensuite été rehaussé de nouveau à partir de 2023 pour compenser l'impact sur les budgets des MDPH de l'augmentation de la valeur du point d'indice de la fonction publique intervenue en 2022 (cf. tableau n°8). S'agissant de ses modalités de calcul, telles que revues en 2021-2022<sup>61</sup>, elles se fondent donc sur :

- la distinction au sein du concours d'une part forfaitaire et d'une part variable :
  - la part forfaitaire est calculée sur la base d'une dotation socle (500 K€) modulée par département selon la taille de sa population<sup>62</sup>, dont est déduit le montant équivalent à la valorisation des personnes mis à disposition par l'État auprès de la MDPH ;
  - la part variable, fixée à 25 % du concours, est déterminée sur la base de trois critères : le nombre de bénéficiaires de l'AEEH dans le département au 31 décembre de l'année précédente ; le nombre de bénéficiaires de la PCH dans le département au 31 décembre de l'année précédente ; le nombre de décisions relatives à l'orientation de la personne handicapée vers un ESMS ;
- un mécanisme, applicable uniquement en 2021, visant à garantir que le montant du concours perçu par chaque département au titre de l'année 2021 soit supérieur de 10 % au moins à celui perçu en 2020<sup>63</sup>.

---

<sup>57</sup> Article L. 223-8.

<sup>58</sup> Article L. 14-10-7.

<sup>59</sup> Proposition n°16 du rapport.

<sup>60</sup> Voir engagement n°33.

<sup>61</sup> Voir décret n°2021-834 du 29 juin 2021 et décret n°2022-560 du 15 avril 2022 relatifs aux modalités de répartition du concours versé aux départements au titre de l'installation ou du fonctionnement des MDPH qui ont modifié le R. 14-10-34 du CASF.

<sup>62</sup> Les départements sont répartis par strate de population de 100 000 habitants pour limiter les effets de seuil.

<sup>63</sup> Selon les données communiquées par la CNSA, le concours versé au titre de l'année 2021, rapporté à celui versé au titre de l'année 2020, était supérieur de 30 % dans 18 départements, supérieur de 20 à 30 % dans 13 départements, supérieur de 10 à 20 % dans 52 départements et supérieur de 10 % dans 19 départements.



[30] Les représentants des MDPH et des départements rencontrés par la mission lors de ses déplacements ont souligné le caractère illisible et inéquitable du mode de calcul et de versement de ce concours :

- notifié à titre prévisionnel en janvier de l’année N et versé sous la forme d’acomptes trimestriels, son montant définitif pour l’année N n’est connu qu’au deuxième trimestre de l’année N+1 ;
- le concours est versé non pas à la MDPH mais au Conseil départemental qui, soit le conserve et le compense par des mises à disposition de personnel ou des prestations gratuites, soit le reverse à la MDPH : en 2022, sur les 79 MDPH répondantes à cette question, 15 indiquaient que le concours était conservé par le Conseil départemental ;
- du fait du mécanisme de garantie mis en place en 2021, qui visait à ne pas engendrer de perdants, l’augmentation du concours n’aurait pas bénéficié prioritairement aux MDPH qui en avaient le plus besoin au regard de l’évolution de leur charge ;
- les critères de calcul du concours, outre que leur mode de mise en œuvre est jugé difficilement compréhensible, sont contestables car (i)
  - ils ne permettent pas d’appréhender correctement la charge des MDPH en cohérence avec les orientations nationales : par exemple, dans le contexte du virage inclusif, et au regard de l’état de l’offre, les MDPH sont plutôt incitées à limiter les orientations vers les ESMS, ce qui conduirait mécaniquement à réduire le montant du concours alloué ; par ailleurs, le volume des bénéficiaires AEEH/PCH correspond à celui des droits payés, par définition inférieur à celui des droits évalués et, le cas échéant, ouverts par les MDPH ;
  - ils ne prennent pas non plus en compte les caractéristiques socio-économiques du territoire (ex : taux de pauvreté ou potentiel fiscal) .

Tableau 8 : Montant exécuté du concours CNSA aux MDPH entre 2019 et 2024 (en M€)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p.) <sup>64</sup>
Concours CNSA	76,8	76,8	91,8	93,2	96,4	97,8

Source : CNSA

<sup>64</sup> Il s’agit du montant prévisionnel inscrit au budget initial 2024 de la CNSA.

### 2.2.3 La dotation État, d'un montant estimé à 82,1 M€ en 2024, supérieur de près de 9 % à celui de 2019, est calculée sur une base datant de 2006 qui engendre un reste à charge pour les MDPH

[31] **La dotation versée par l'État aux MDPH est un héritage historique de la création des Gip qui ont repris en 2006 le personnel de l'État qui travaillait dans les Cotorep et certains de leurs locaux.** Encadrée en particulier par une circulaire du 4 décembre 2006<sup>65</sup>, elle a pour objet de compenser sur le plan financier aux MDPH une partie du coût des agents qui étaient mis à disposition après leur départ (en mobilité ou à la retraite) et une partie de leur coût de fonctionnement, correspondant en particulier aux loyers qui étaient pris en charge par l'État avant 2006. Son montant, qui inclut chaque année environ 27 M€ au titre du fonctionnement, a augmenté chaque année au fil des départs non remplacés par l'État des agents mis à disposition des MDPH (cf. tableau n°9). Le montant versé en deux acomptes par la CNSA, pour le compte de l'État, au titre de l'année N est établi sur la base d'une remontée, effectuée par les Ddets, sur le nombre de départs d'agents MAD en N-1.

[32] **Cette dotation fait l'objet de critiques, tant de la part des MDPH que de la part de la DGCS qui en assure le pilotage :**

- les représentants des MDPH rencontrés par la mission soulignent surtout que le montant alloué par l'État au titre du remplacement des postes laissés vacants par les départs des MAD :
  - est fixé de façon arbitraire depuis 2006 en fonction de la catégorie de l'agent et du motif de départ : à titre d'exemple, un agent de catégorie C est valorisé à hauteur de 33 K€ à l'occasion d'un départ à la retraite (30 k€ en cas de retour dans son administration) alors que la Mission d'appui opérationnel (Maop) finance, dans le cadre de son intervention, cette catégorie à hauteur de 45 K€ ;
  - n'a jamais été revalorisé depuis 2006 et ne couvre que très partiellement le coût des nouveaux recrutements qui, contrairement aux MAD, sont assujettis à la taxe sur les salaires<sup>66</sup> ;
- plusieurs contentieux ont été adressés dans les dernières années à la DGCS par des conseils départementaux alléguant de l'absence de compensation par l'État, telle que prévue par les textes, de postes laissés vacants, ce qui a conduit la DGCS à assurer des régularisations *ex post* ;
- de son côté, la DGCS souligne la lourdeur de ce dispositif, qui implique une enquête annuelle par les Ddets auprès des MDPH, des régularisations fréquentes au regard de l'absence de fiabilité des données communiquées et la publication chaque année de

<sup>65</sup> Circulaire SG n°2006-508 du 4 décembre 2006 sur la mise en œuvre de la fongibilité asymétrique.

<sup>66</sup> La circulaire prévoit une valorisation forfaitaire des postes vacants en fonction de leur catégorie : 62 000 € pour une catégorie A ; 46 700 € pour une catégorie B ; 33 000 € pour une catégorie C. Le niveau de compensation dépend aussi du motif de départ de l'agent mis à disposition : en cas de retour à l'administration d'origine, une compensation forfaitaire unique de 30 000 € est prévue, quel que soit la catégorie de l'agent. Par ailleurs, les absences de l'agent (maternité, longue maladie, formation...) ne sont pas compensées, de même que les périodes de vacances entre le départ de l'agent et son remplacement.

deux arrêtés ainsi qu'une coordination avec la CNSA qui assure le versement des montants.

Tableau 9 : Montant exécuté de la dotation État aux MDPH entre 2019 et 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p.) <sup>67</sup>
Dotation État	75,2	76,9	77,7	79,2	79,5	82,1

Source : CNSA.

### 2.2.4 Les données relatives aux ressources financières allouées par les conseils départementaux, qui seraient sous-valorisées, ne permettent pas d'apprécier l'évolution de leur effort en faveur des MDPH

[33] Pour apprécier la répartition et la progression de l'effort de financement respectif de chaque membre du Gip, il serait utile de connaître avec certitude les montants alloués par les conseils départementaux, qui en assurent la tutelle administrative et financière. Les données remontées sur la période 2017-2022 font apparaître un montant moyen de 63 M€, avec un minimum de 58 M€ en 2017 et un maximum de 70 M€ en 2020. Ainsi, en 2022, si le « taux d'effort » respectif, d'une part, de l'État/la CNSA (concours, dotation et financements spécifiques) et, d'autre part, des départements, était calculé, il s'établirait respectivement à 67 % et à 31 %. Les 2 % des ressources restantes sont imputables à l'Éducation nationale et à d'autres partenaires du Gip (ex : Cpam). Calculé sur la période 2017-2022, au regard de la relative stabilité des ressources imputables aux départements, telles que déduites des remontées annuelles des MDPH, et de l'augmentation depuis 2021 du concours de la CNSA, ce taux d'effort diminuerait pour les premiers et augmenterait pour la seconde. Toutefois, ce calcul est biaisé par le fait que l'augmentation de la dotation de l'État compense en fait, et seulement partiellement, le coût de postes qui étaient auparavant mis à disposition.

## 3 Des corrélations peuvent être recherchées entre différentes variables relatives à la charge, aux moyens et aux résultats des MDPH

### 3.1 Une matrice de corrélation a été établie sur la base des variables essentiellement issues du baromètre des MDPH

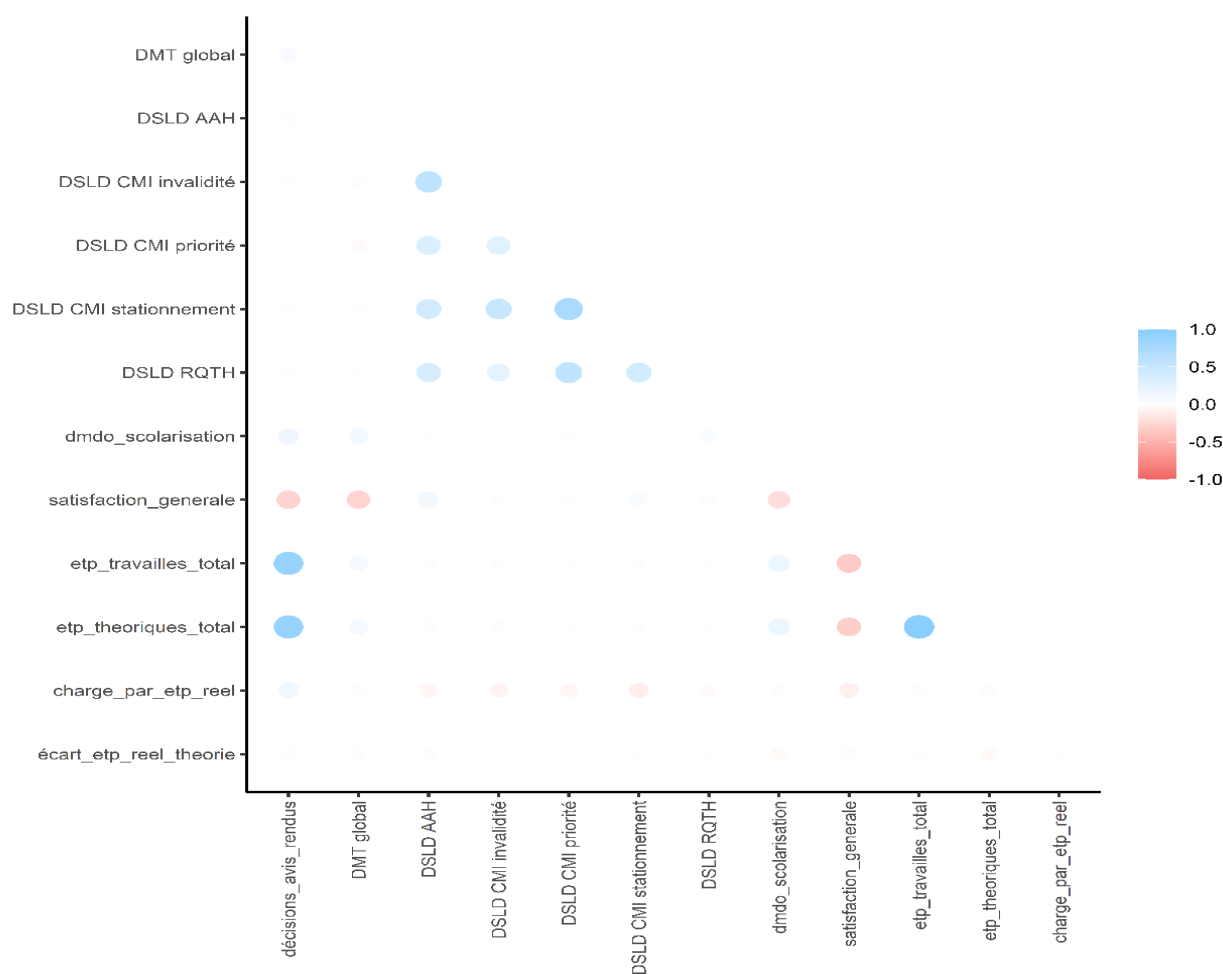
[34] Cette matrice (cf. graphique n°4) est fondée sur la mise en relation de variables. La taille du point est proportionnelle au coefficient de corrélation. Les points bleus indiquent une corrélation

<sup>67</sup> Il s'agit du montant prévisionnel inscrit au budget initial 2024 de la CNSA.

positive et les points rouges une corrélation négative. La matrice révèle plusieurs relations intéressantes entre les variables étudiées dont une partie font l'objet d'un focus *infra* :

- il existe une forte corrélation positive (+0,9) entre le nombre de décisions et avis rendus et nombre d'ETP de la MDPH ;
- il n'existe pas de corrélation entre la charge par ETP (travaillés ou théoriques) et le délai moyen de traitement : en d'autres termes, une charge plus élevée par ETP ne se traduit pas par des délais de traitement plus élevés ;
- le taux de satisfaction et le délai de traitement des demandes montrent une corrélation négative de -0,5 : plus le délai de traitement s'allonge, moins les usagers sont satisfaits de leur MDPH ;
- le taux de satisfaction est également négativement corrélé avec les variables « nombre de décisions et avis rendus » et « nombre d'ETP de la MDPH » (-0,5) : ces deux dernières corrélations suggèrent que, plus une structure est grande, tant en termes d'activité que de nombre d'ETP, moins les usagers sont satisfaits.

Graphique 4 : Matrice de corrélation



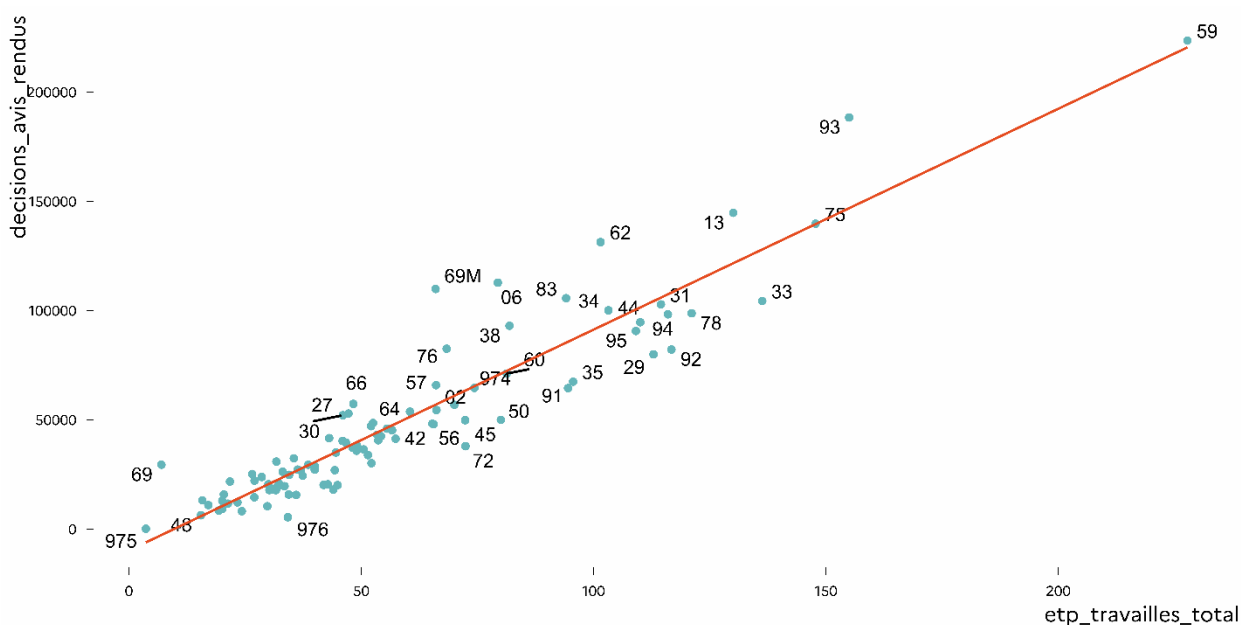
Source : Pôle data de l'Igas.

### 3.2 Il existe une corrélation forte positive entre le volume d’ETP travaillés et le nombre de demandes déposées auprès des MDPH en 2022

[35] S’il existe un lien évident entre le nombre d’ETP travaillés et le nombre de décisions et avis rendus, on observe toutefois une certaine disparité entre les MDPH. La fragilité des données mise en avant plus haut peut constituer un facteur explicatif, comme l’existence d’une variabilité importante dans le ratio entre ETP travaillés et nombre de demandes.

[36] La droite de régression en rouge sur le graphique permet de distinguer deux sous-populations : les MDPH au-dessus de la ligne sont relativement sous-dotées par rapport à l’ensemble quand celles en-dessous sont plutôt sur-dotées.

Graphique 5 : Volume d’ETP travaillés et nombre de demandes déposées par MDPH en 2022<sup>68</sup>



Source : Pôle data de l’Igas.

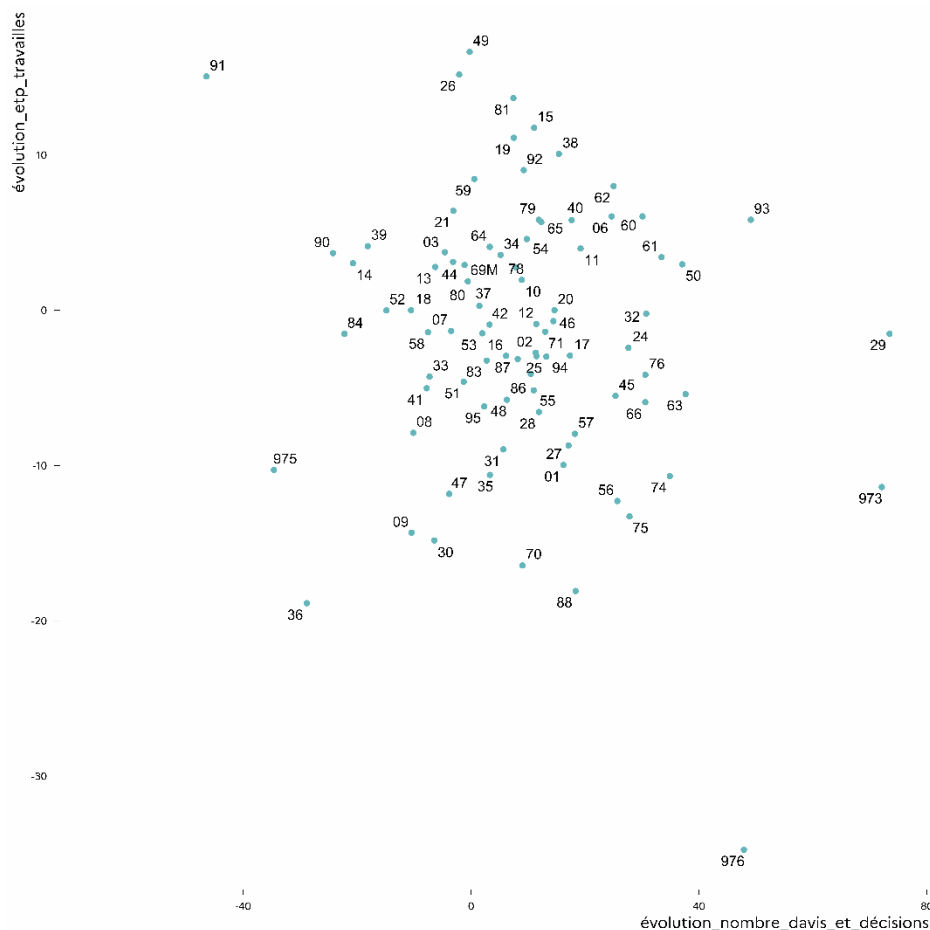
### 3.3 À l’inverse, l’évolution entre 2019 et 2022 du volume d’ETP travaillés et du nombre d’avis et décisions par MDPH ne sont pas corrélés

[37] Comme le montrent à la fois la représentation graphique ci-dessous et le coefficient de corrélation linéaire très proche de 0 (-0,17), l’évolution du nombre d’ETP entre 2019 et 2022 apparaît sans lien avec l’évolution du nombre de décisions et d’avis rendus. Par exemple, dans le Gard (30), on observe entre 2019 et 2022 une baisse du nombre d’ETP de pratiquement 20 % quand le nombre d’avis et décisions a augmenté de 20 %. Sur une période de court terme, la corrélation entre le nombre d’avis et de décision l’évolution de la charge ne constitue donc pas le premier facteur d’évolution du nombre d’ETP qui peut s’expliquer par d’autres déterminants :

<sup>68</sup> On s’interroge sur la qualité des données de la MDPH 977 dont le nombre de demandes déposées semble très faible au regard du nombre d’ETP.

rattrapage d'une MDPH précédemment sous-dotée, attribution de moyens complémentaires dans le cadre des accompagnements Maop, difficultés de recrutement inégales selon les territoires...

Graphique 6 : Évolution (en %) du volume d'ETP travaillés et évolution du nombre d'avis et de décision entre 2019 et 2022



Source : Pôle data de l'Igas.

### 3.4 Les délais de traitement apparaissent indépendants de la charge par ETP

[38] Le nombre de décisions et avis rendus par ETP n'est pas corrélé au délai de traitement. A charge égale par ETP, indicateur qui peut être considéré comme reflétant la productivité des agents, les délais moyens de traitement sont ainsi très variables.

Graphique 7 : Évolution entre 2019 et 2022 du délai moyen de traitement et évolution de la charge par ETP travaillé



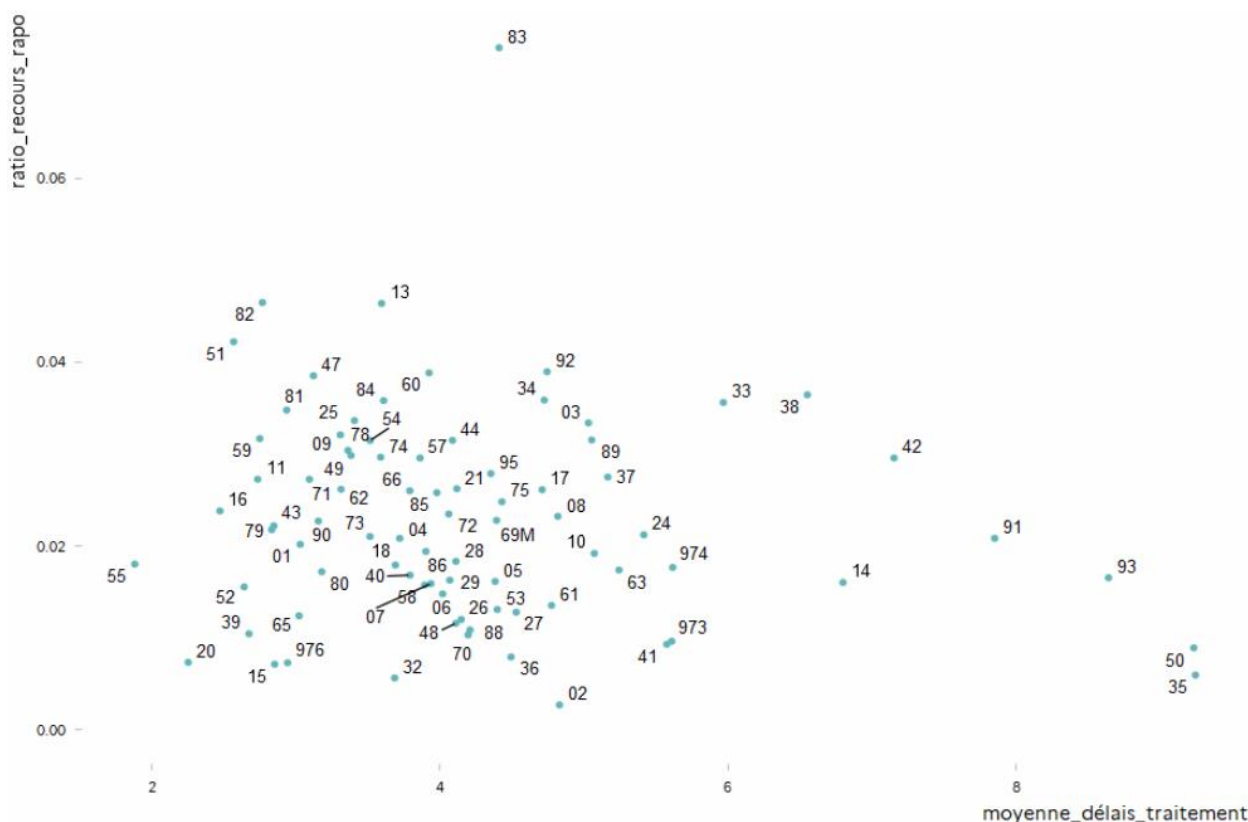
Source : Pôle data de l'Igas

### 3.5 Il n'existe pas de corrélation entre le délai moyen de traitement de demande et le taux de recours préalable obligatoire

[39] La pression sur les délais peut faire craindre la mise en place de pratiques d'évaluation moins qualitatives. Faute d'indicateurs permettant de refléter la qualité du traitement en MDPH, il est proposé d'analyser le taux de recours préalable obligatoire (Rapo) pour voir s'il augmente quand les délais de traitement diminuent. Sans être à proprement parler un indicateur de qualité du travail de la MDPH, le taux de Rapo reflète, d'une certaine manière, la qualité de la relation entre la MDPH et ses usagers.

[40] Le nuage de points montre qu'il n'y a pas de corrélation entre les deux indicateurs. Pour un même délai de traitement, les taux de recours sont très variables. Par exemple, pour un délai de quatre mois, le taux de recours varie entre 1,5 % et 4,5 %. Les décisions prises plus rapidement ne sont donc pas corrélées à un taux de recours préalable obligatoire (Rapo) plus élevé.

Graphique 8 : Délai moyen de traitement et taux de recours préalable obligatoire



Source : Pôle data de l'Igas.

### 3.6 Il existe une corrélation faiblement positive entre le délai moyen de traitement et le taux d'accord en 2022 uniquement pour l'AEEH

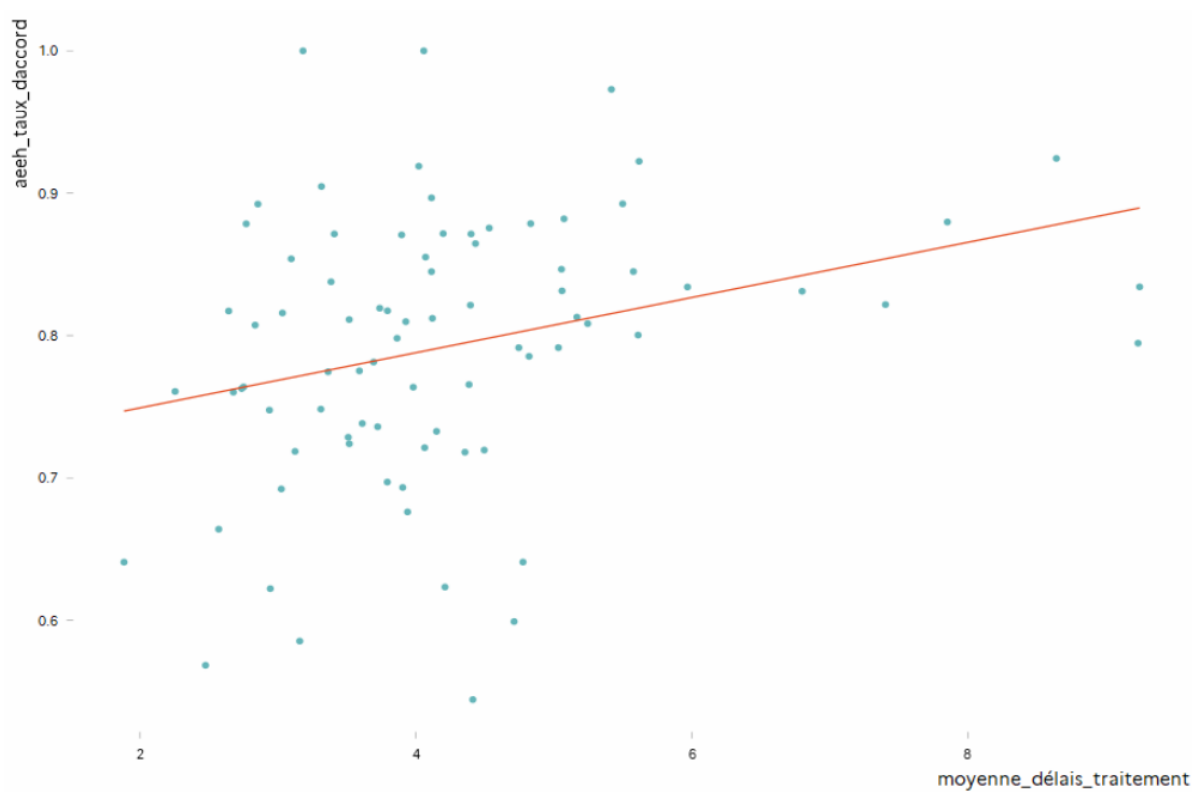
[41] La mission s'est interrogée sur le lien éventuel entre le taux d'accord pour chaque prestation et les délais de traitement associés. La question posée est de savoir si le temps supplémentaire consacré à l'approfondissement d'une demande conduit à refuser (ou à accepter) plus de demandes.

[42] À l'échelle nationale, on n'observe pas de corrélation par prestation entre ces deux indicateurs, à l'exception de l'AEEH pour laquelle il existe une légère corrélation (cf. graphique n°9).

[43] Le nuage de points montre que la relation entre les deux variables n'est pas directe. En effet, pour un taux d'acceptation à 80 % le délai varie entre trois et neuf mois. Toutefois, un délai allongé semble s'accompagner d'un taux d'acceptation des demandes d'AEEH plus élevé, comme le souligne le coefficient de corrélation linéaire de 0,30. L'évaluation très spécifique de l'AEEH (cf. annexe n°5), conduisant à la transmission de nombreuses pièces justificatives, peut expliquer cette corrélation. A l'inverse, la PCH, dont les modalités d'évaluation sont fixées par un guide ad hoc ne suit pas le même schéma. Pour la PCH, des délais plus longs ne s'accompagnent pas d'un taux d'acceptation plus élevé (cf. graphique n°10)

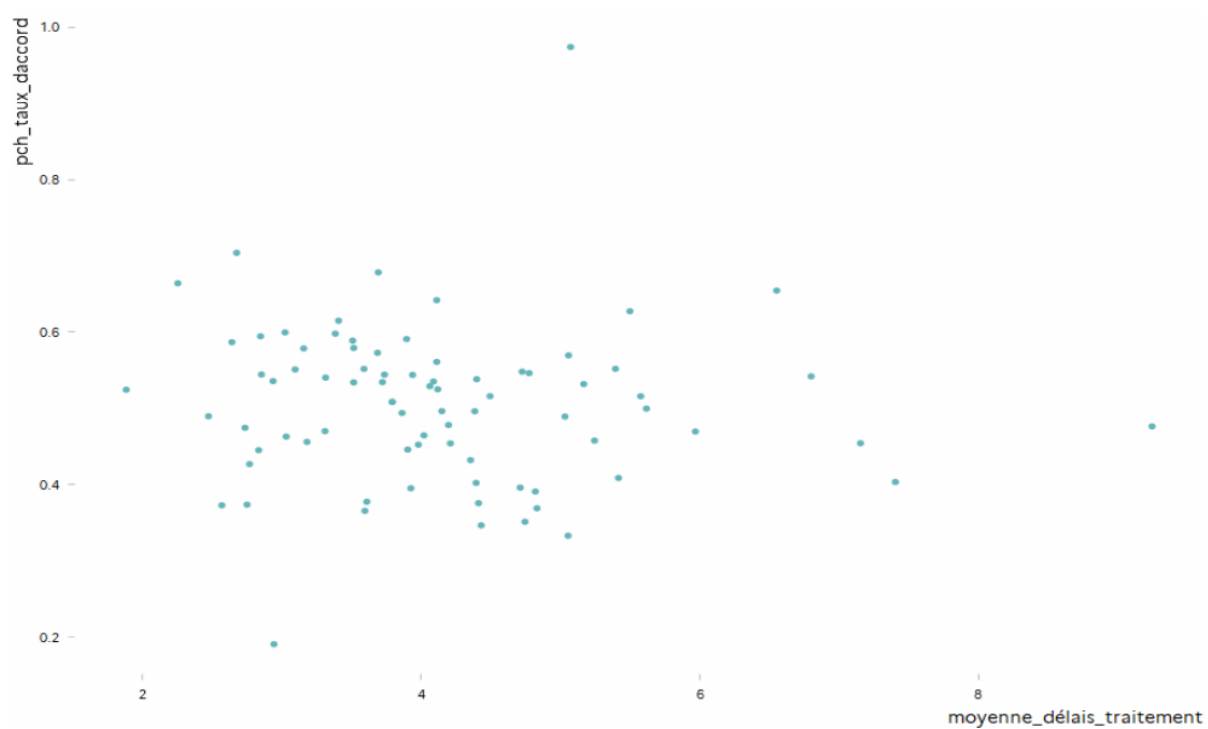


Graphique 9 : Délai moyen de traitement et taux d'accord pour l'AEEH en 2022



Source : Pôle data de l'Igas.

Graphique 10 : Délai moyen de traitement et taux d'accord pour PCH en 2022

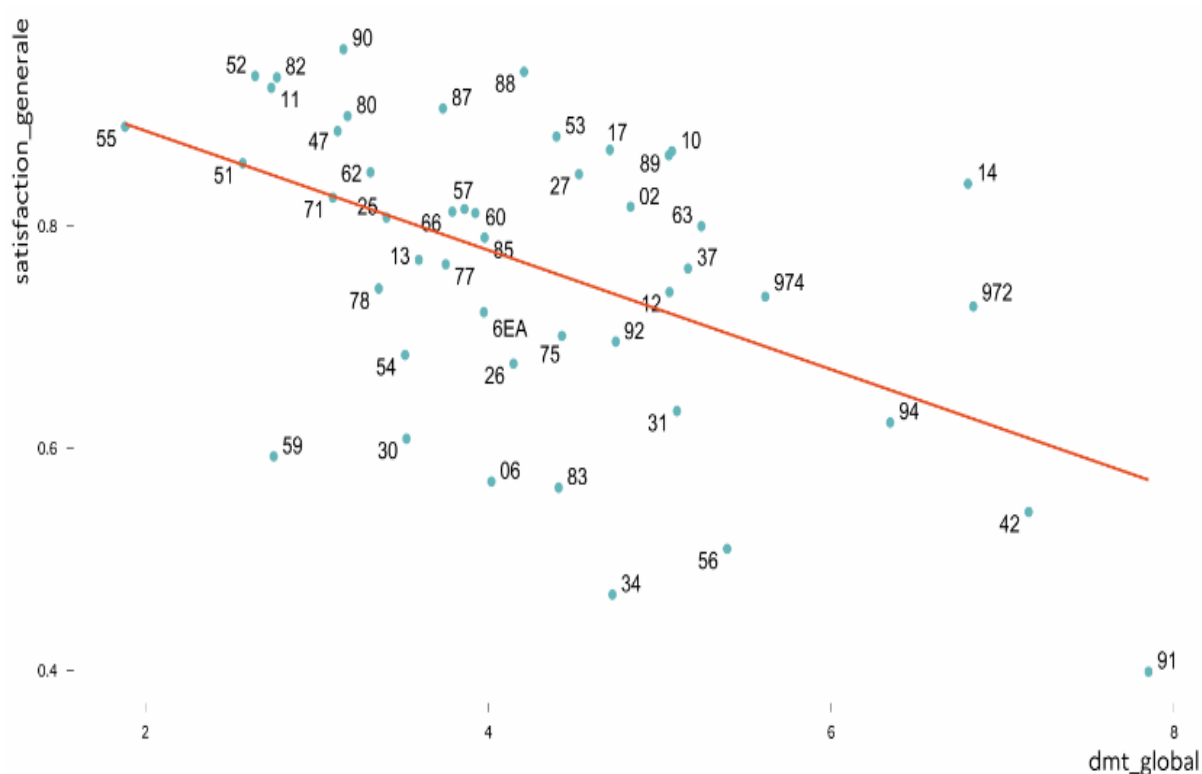


Source : Pôle data

### 3.7 Le niveau de satisfaction des usagers tend à diminuer avec l'augmentation des délais de traitement

[44] Le taux de satisfaction générale est assez dispersé sur le territoire<sup>69</sup>, avec un mode autour de 80 %, une moyenne égale à 76 % et 4 % des MDPH avec un taux de satisfaction inférieur à 50 %. Comme le suggère le nuage de points et le confirme le coefficient de corrélation à -0,51, le taux de satisfaction a tendance à baisser quand les délais de traitement s'allongent.

Graphique 11 : Délais moyens de traitement vs taux de satisfaction générale



Source : Pôle data de l'Igas

<sup>69</sup> On ne retient pour l'analyse que les 47 MDPH qui ont plus de 100 répondants.

## 4 Sur la base de ces variables, les MDPH peuvent être regroupées en trois groupes présentant des caractéristiques différentes

### Méthodologie utilisée par le pôle data de l'Igas

Dans un premier temps, le pôle a réalisé une analyse en composantes principales, une technique statistique qui aide à simplifier la complexité des données en identifiant les directions les plus importantes. Les résultats montrent que plus de 75 % de l'information totale issue des données peut être résumée en utilisant seulement les premières quatre dimensions. Cette étape permet de créer des catégories homogènes plus facilement.

Dans un deuxième temps, pour trouver le nombre de groupes appariés dans les données, le pôle a mobilisé un indicateur appelé « largeur moyenne de silhouette ». Ce critère permet de mesurer l'adéquation chaque individu (ici une MDPH) à son cluster (ou groupe). Après analyse, la meilleure partition a conduit à créer trois clusters (ou groupes). L'ensemble des MDPH<sup>70</sup> ont été classées dans un de ces groupes. Les valeurs moyennes des différentes variables sont présentées pour chacun des groupes et comparées à la moyenne nationale.

Enfin, dans un troisième temps, le pôle data a cherché à éclairer ce regroupement sur la base d'éléments socio-économiques. Le jeu de données utilisées a donc été enrichi par de nouvelles variables exogènes provenant des statistiques locales de l'Insee les plus récentes<sup>71</sup>. Ces variables ont été intégrées a posteriori et ne participent pas au modèle.

[45] **Le tableau ci-dessous présente les valeurs moyennes de chaque variable, regroupées selon les différentes classifications des groupes.**

---

<sup>70</sup> À l'exception du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Réunion pour lesquelles les données 2022 sont manquantes. Ces départements sont donc exclus des analyses.

<sup>71</sup> La date de dernière mise à jour de chaque variable est comprise entre 2020 et 2022.

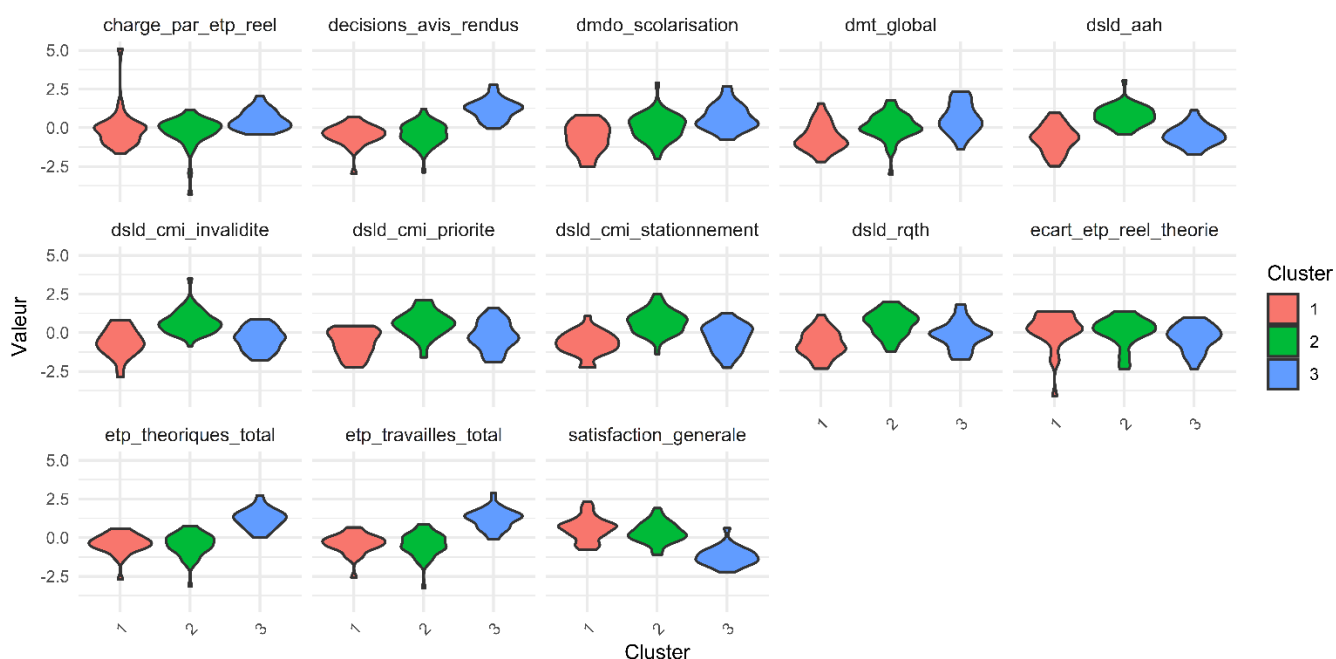
Tableau 10 : Moyennes des variables par la classification

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Moyenne nationale
Nombre de décisions et avis rendus	27928	30267	97972	47672
DMT global	3.58	4.30	5.28	4.36
DSLID AAH	57.94	75.95	61.67	66.69
DSLID CMI invalidité	62.28	77.07	65.51	69.59
DSLID CMI priorité	39.10	62.36	47.21	51.28
DSLID CMI stationnement	53.00	71.34	58.29	62.4
DSLID RQTH	34.58	62.84	45.99	49.81
DMDO en matière de scolarisation	26.82	29.74	32.80	29.69
Taux de satisfaction générale	85.23	82.76	63.11	76.28
Nombre d'ETP travaillés total	40.30	39.63	103.09	56.66
Nombre d'ETP théoriques total	43.81	42.95	115.57	62.46
Charge par ETP travaillé	798.20	713.92	946.07	799.59
Ecart d'ETP travaillés et théoriques	-7.52	-8.13	-10.56	-8.6

Source : Pôle data de l'Igas

[46] Le graphique ci-dessous, composé de « violin plots », illustre la comparaison des distributions pour chaque variable entre différents groupes. Les moyennes de toutes les variables sont ajustées à zéro, permettant une comparaison directe et équilibrée de leurs distributions à travers les groupes sur une échelle commune.

Graphique 12 : Violin plots pour la comparaison inter-groupes par variable

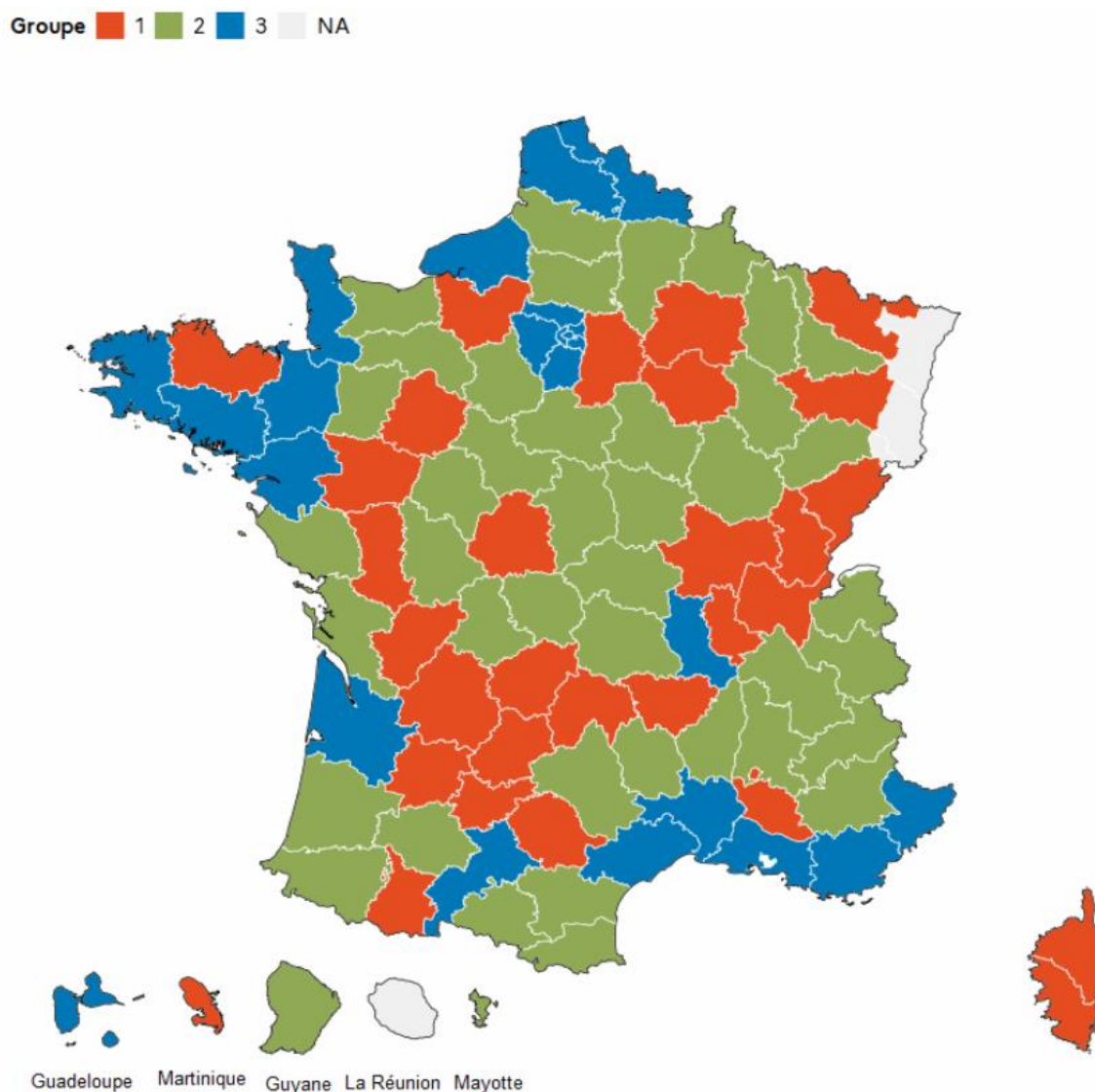


Source : Pôle data de l'Igas.

- groupe 1** : Ce groupe est constitué de 31 MDPH. Les MDPH de ce groupe sont des plus petites structures qui rendent moins de décisions et avis que la moyenne des MDPH. Le nombre d'ETP y est plus faible et la charge par ETP est pratiquement égale à la moyenne nationale. Leurs délais de traitement des demandes sont plus courts que la moyenne. Les durées moyennes des droits ouverts en matière de scolarisation sont également plus courtes. Le taux de satisfaction générale est bien supérieur à la moyenne nationale (85 % vs 76 %).
- groupe 2** : Ce groupe est constitué de 45 MDPH. Comme pour le groupe 1, il s'agit globalement de structures de taille moyenne. Il se distingue du groupe 1 notamment par des taux d'attribution de droits à vie bien plus élevés que sur le reste du territoire : la part de droits pour chaque prestation dans ce groupe est pratiquement supérieure de 10 points à la moyenne nationale. Encore une fois le taux de satisfaction générale est très largement supérieur à la moyenne nationale, même s'il est légèrement inférieur à celui du groupe 1.
- groupe 3** : Ce groupe est constitué de 27 MDPH. Contrairement aux groupes 1 et 2, les MDPH du groupe 3 sont de plus grandes structures avec un niveau d'activité, un nombre d'ETP et une charge par ETP significativement plus élevés. Par ailleurs l'écart entre ETP théoriques et travaillés est de l'ordre de 10 %, supérieur de 2 points à la moyenne nationale, ce qui tendrait à souligner une sous-dotation en ETP dans ce groupe. En conséquence, les délais de traitement des demandes sont plus longs. La durée moyenne des droits ouverts en matière de scolarisation est plus longue. Le taux de satisfaction générale est le plus bas des trois groupes, bien inférieur à la moyenne nationale (63 % vs 76 %).

[47] La carte ci-dessous illustre la répartition des MDPH selon leur groupe d'appartenance.

Graphique 13 : Classification des MDPH selon l'analyse en composantes principales<sup>72</sup>



Source : Pôle data de l'Igas.

[48] Afin de voir si des éléments socio-économiques peuvent éclairer l'analyse en composante principale, le jeu de données est enrichi avec de nouvelles variables exogènes. Les données utilisées proviennent des statistiques locales de l'Insee les plus récentes<sup>73</sup>. Ces variables sont intégrées *a posteriori* et ne participent pas au modèle.

<sup>72</sup> Les données 2022 du Bas-Rhin, Haut-Rhin et de la Réunion sont manquantes. Ces départements sont donc exclus de nos analyses

<sup>73</sup> La dernière mise à jour de chaque variable est comprise entre 2020 et 2022

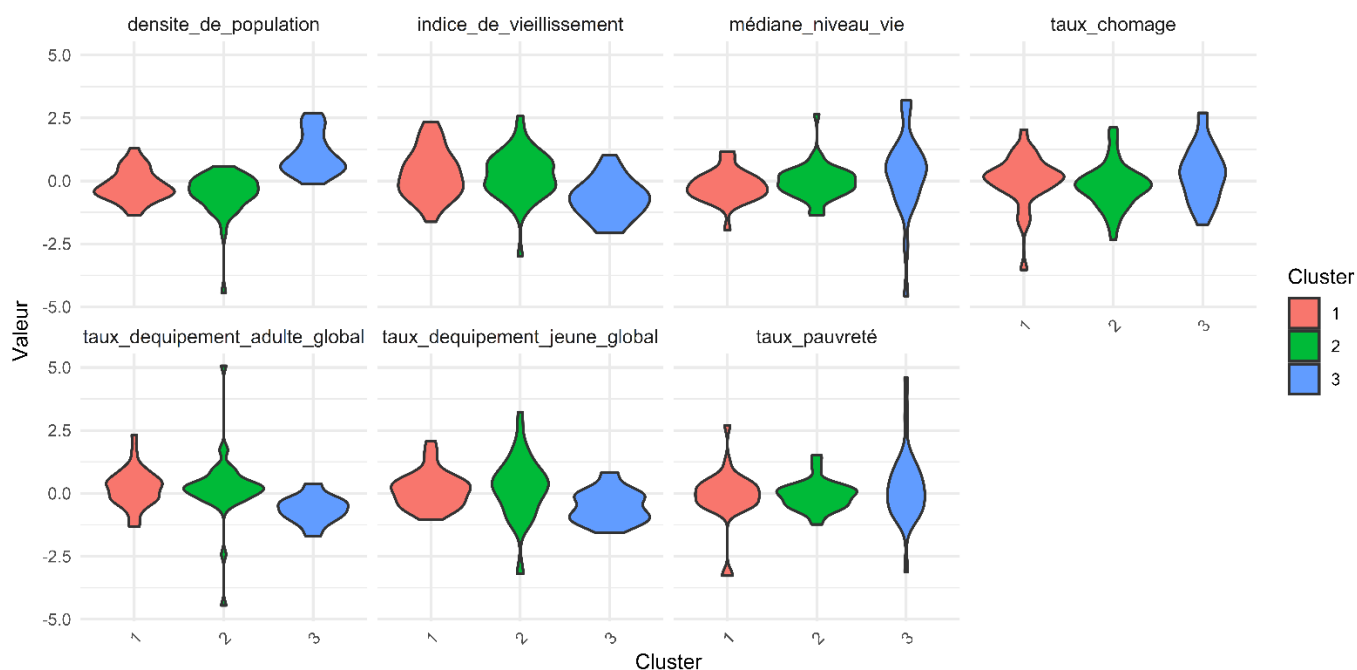
[49] Le tableau ci-dessous présente les valeurs moyennes de chaque nouvelle variable importée, regroupées selon les différentes classifications des groupes.

Tableau 11 : Moyennes des variables par la classification

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Moyenne nationale
Taux de chômage annuel moyen	7.19	6.85	8.22	7.34
Indicateur de vieillissement du territoire	106.72	104.35	79.22	98.18
Densité de la population	110.41	72.85	2 014.60	620.6
Taux d'équipement global en établissements et services pour adultes en situation de handicap	5.74	6.41	3.47	5.46
Taux d'équipement global en établissements et services pour jeunes en situation de handicap	8.18	8.67	6.50	7.97
Médiane niveau de vie	22219	22539	23332	22648
Taux de pauvreté	140.79	141.85	155.83	145.28

Source : Pôle data de l'Igas.

Graphique 14 : Violin plots pour la comparaison inter-groupes par variable



Source : Pôle data de l'Igas.

- **groupe 1** : Il s'agit de départements avec une population moins dense que la moyenne et plus âgée (indice de vieillissement de 107 contre 98 au niveau national). Le taux de chômage y est plus faible et sa distribution plus concentrée autour de la moyenne, indiquant une faible dispersion. On observe toutefois dans ce groupe quelques départements avec des taux de chômage ainsi que des taux de pauvreté extrêmement faibles.
- **groupe 2** : Il est intéressant de noter qu'au sein du groupe 2, la densité de population est la plus basse des trois groupes. Le taux de chômage dans ces départements est assez homogène comme le taux de pauvreté. En revanche, on observe plus de disparité dans les taux d'équipement qu'ils soient pour les adultes ou les enfants.
- **groupe 3** : Contrairement aux groupes 1 et 2, il s'agit de départements très peuplés, métropolitains et en moyenne marqués par un indice de vieillissement moindre. Le taux de chômage y est plus élevé et plus variable que dans les groupes 1 et 2. Le taux d'équipement en établissements et services pour les adultes et les jeunes en situation de handicap est bien inférieur aux deux autres groupes et à la moyenne nationale. C'est dans ce que groupe que le revenu médian est en moyenne plus élevé, nonobstant un taux de pauvreté également plus élevé en moyenne. Ce paradoxe souligne donc de fortes disparités entre les départements de ce groupe.



# ANNEXE 4 : Mesure nationale de la qualité de service et de l'équité de traitement en MDPH

<b>ANNEXE 4 : MESURE NATIONALE DE LA QUALITE DE SERVICE ET DE L'EQUITE DE TRAITEMENT EN MDPH .....</b>	<b>73</b>
<b>1 LA MESURE DE LA QUALITE DE SERVICE ET DE L'EQUITE DE TRAITEMENT EN MDPH RESTE ENCORE PEU DEVELOPEE ET REPOSE SUR DES DONNEES FRAGILES .....</b>	<b>75</b>
1.1 DIFFERENTS INDICATEURS SONT MOBILISES AU NIVEAU NATIONAL POUR APPRECIER LA QUALITE DE SERVICE ET L'EQUITE DE TRAITEMENT EN MDPH.....	75
1.1.1 <i>Un effort de transparence a été engagé depuis 2020 par la CNSA et les départements pour objectiver et comparer les résultats des MPDH .....</i>	<i>75</i>
1.1.2 <i>Plus d'une trentaine d'indicateurs, inscrits dans différents documents stratégiques, ont vocation à mesurer l'activité et les résultats des MDPH.....</i>	<i>76</i>
1.2 CES INDICATEURS, DONT LA FRAGILITE TIENT A LEUR CARACTERE DECLARATIF ET AUX FAIBLESSES DU SIH, DOIVENT ETRE MOBILISES AVEC PRUDENCE.....	83
1.2.1 <i>Les données utilisées sont issues essentiellement de sources déclaratives et seule une minorité fait l'objet d'un traitement statistique.....</i>	<i>83</i>
1.2.2 <i>La robustesse de ces données, y compris celles extraites du SIH qui alimenteront à terme un centre national de données, pose question .....</i>	<i>84</i>
<b>2 LE DELAI MOYEN DE TRAITEMENT, SUPERIEUR AUX QUATRE MOIS REGLEMENTAIRES, EST GLOBALEMENT STABLE PAR RAPPORT A 2015 MAIS HETEROGENE SELON LES TERRITOIRES ET PRESTATIONS .....</b>	<b>85</b>
2.1 LE DELAI MOYEN DE TRAITEMENT GLOBAL, INDICATEUR CALCULE A PARTIR DU SIH DEPUIS 2019, PEUT PRESENTER DIFFERENTS BIAIS .....	85
2.1.1 <i>Ces biais peuvent s'expliquer par des différences de calcul liées notamment au paramétrage du SIH .....</i>	<i>85</i>
2.1.2 <i>Ils peuvent également être liés à des différences de pratiques dans le traitement des dossiers, ce qui justifie le recours à des éclairages complémentaires .....</i>	<i>86</i>
2.2 LE DELAI MOYEN DE TRAITEMENT, STABLE DANS L'ENSEMBLE PAR RAPPORT A 2015, A EVOLUE DE FAÇON DIFFERENCIEE SELON LES PRESTATIONS .....	87
2.3 LE DELAI MOYEN DE TRAITEMENT, SUPERIEUR A QUATRE MOIS DANS DEUX TIERS DES DEPARTEMENTS, A AUSSI EVOLUE DE FAÇON HETEROGENE SUR LE TERRITOIRE.....	89
<b>3 LES DIFFERENCES CONSTATEES DANS LA PART ET LA DUREE DES DROITS ATTRIBUES PAR LES MDPH RESTENT ENCORE PEU INVESTIGUEES.....</b>	<b>89</b>
3.1 LA DISPERSION DES TAUX D'ACCORD EST PLUS PRONONCEE POUR LA PCH, L'AAEH ET LA CMI STATIONNEMENT QUE POUR L'AAH, TANDIS QU'ELLE EST PRATIQUEMENT NULLE CONCERNANT LA RQTH.....	89
3.2 LES DROITS SANS LIMITATION DE DUREE FONT L'OBJET D'UNE APPROPRIATION INEGALE SELON LES PRESTATIONS ET LES MDPH .....	91

3.2.1	<i>En 2022, la part des DSLD attribuées par les MDPH est particulièrement variable sur le territoire pour la RQTH</i> .....	91
3.2.2	<i>La part des DSLD en matière d’AAH et de CMI invalidité a peu évolué entre le T1 2021 et le T3 2023</i> .....	92
3.3	<b>LES TRAVAUX SUR LES DIFFERENCES DE TRAITEMENT PAR LES MDPH DES DEMANDES DES USAGERS RESTENT A CE JOUR TRES LIMITES</b> .....	92
3.3.1	<i>Une étude récente de la CNSA objective des différences territoriales d’attribution et de taux de recours sur un périmètre limité de prestations</i> .....	92
3.3.2	<i>Une étude de 2015 soulignait des disparités d’attribution de la PCH liées à des différences d’organisation des MDPH plus qu’aux caractéristiques socio-économiques des territoires</i> ....	93
3.3.3	<i>La création de la branche autonomie accroît l’importance de comprendre et, le cas échéant, de réduire les disparités territoriales de traitement</i> .....	94
<b>4</b>	<b>IL EST PARTICULIEREMENT DIFFICILE D’APPRECIER AU NIVEAU NATIONAL LA CAPACITE DES USAGERS A CONTACTER LEUR MDPH</b> .....	<b>95</b>
4.1	LES INDICATEURS RELATIFS A L’ACCESSIBILITE PAR DIFFERENTS CANAUX DES MDPH FONT L’OBJET D’UNE MESURE ENCORE TRES IMPARFAITE.....	95
4.2	L’UTILISATION DU TELESERVICE, DEPLOYE FIN 2023 DANS ENVIRON 90 MDPH, NE CONCERNERAIT ENCORE QU’UNE PART MINORITAIRE DES DEMANDES .....	96
4.3	LE TAUX DE DECROCHE, DONT LA DEFINITION RETENUE DIFFERE SELON LES MDPH, SERAIT ANORMALEMENT BAS DANS PLUSIEURS DEPARTEMENTS .....	97
<b>5</b>	<b>L’APPRECIATION DU NIVEAU DE SATISFACTION DES USAGERS DES MDPH REPOSE SUR DES DONNEES ENCORE PEU SIGNIFICATIVES</b> .....	<b>98</b>
5.1	LE TAUX DE RECOURS PREALABLE OBLIGATOIRE, ESTIME EN MOYENNE A 2,6 % EN 2022, N’EST PAS A PROPREMENT PARLER UN INDICATEUR DE SATISFACTION.....	98
5.2	LES MODALITES DE MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS LIMITENT LA PORTEE DES CONCLUSIONS, PAR AILLEURS MITIGEEES, QUI PEUVENT EN ETRE TIREES .....	99
5.3	LE TAUX DE 65 % D’USAGERS GLOBALEMENT SATISFAITS EN 2022 MASQUE LA PERSISTANCE D’IRRITANTS MAL TRADUITS PAR LE BAROMETRE DES MDPH .....	101

# 1 La mesure de la qualité de service et de l'équité de traitement en MDPH reste encore peu développée et repose sur des données fragiles

## 1.1 Différents indicateurs sont mobilisés au niveau national pour apprécier la qualité de service et l'équité de traitement en MDPH

### 1.1.1 Un effort de transparence a été engagé depuis 2020 par la CNSA et les départements pour objectiver et comparer les résultats des MDPH

[1] **L'accord de méthode signé par l'État et l'Assemblée des départements de France (ADF) en février 2020 sur la « MDPH de demain » prévoyait un effort partagé de transparence sur les résultats des MDPH<sup>74</sup>.** Cet objectif a été repris dans la feuille de route publiée en octobre 2020 qui décline sur la période 2022-2024 les engagements de cet accord de méthode (cf. annexe n°2). Construite par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), avec l'appui de la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP), elle est à l'origine des baromètres trimestriels sur les résultats des MDPH.

[2] **Depuis octobre 2020, la CNSA publie chaque trimestre en ligne un baromètre sur les MDPH fondé sur des indicateurs d'activité et de satisfaction.** Ces indicateurs, mensuels, trimestriels ou annuels, sont organisés autour de cinq thématiques<sup>75</sup> avec des données dont le T0 est l'année 2019. Les résultats de chaque MDPH peuvent être comparés avec la moyenne nationale. Les directions des sept MDPH rencontrées par la mission ont souligné l'intérêt de cette démarche qui leur permet d'apprécier leur performance relative. Elles indiquent néanmoins qu'il leur serait encore plus utile de pouvoir se comparer au sein d'un groupe homogène de MDPH qui partageraient les mêmes caractéristiques sur les plans démographiques et socio-économique.

[3] **Cette démarche de transparence était aussi soutenue par la volonté du Gouvernement de rendre compte de l'impact de ses actions en particulier dans le champ du handicap.** Le baromètre des résultats de l'action publique s'est substitué en janvier 2021 au suivi des « Objets de la vie quotidienne » (OVQ). Il évalue, au niveau national et dans chaque département, le degré d'atteinte des objectifs fixés dans le cadre des politiques prioritaires<sup>76</sup>. Parmi la centaine d'indicateurs de ce baromètre figurent le suivi du délai de traitement global des demandes aux

---

<sup>74</sup> Cet accord de méthode, consacré au fonctionnement et au pilotage des MDPH, s'inscrivait dans le cadre de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 11 février 2020. Il s'accompagne d'un accord de confiance, signé également le 11 février 2020, entre l'État, l'ADF, les associations représentatives des personnes en situation de handicap et les organisations du secteur de l'offre d'accompagnement du handicap.

<sup>75</sup> Droits sans limitation de durée accordés aux personnes ; scolarisation des enfants handicapés ; durée de traitement des demandes ; intensité de l'activité des MDPH ; satisfaction des personnes à l'égard de leur MDPH.

<sup>76</sup> La circulaire de la Première ministre du 19 septembre 2022 établit la liste des 60 politiques prioritaires du Gouvernement, dont celle visant à « *faciliter le quotidien des personnes en situation de handicap* ».

MDPH et celui des demandes d'AAH<sup>77</sup>. Ces indicateurs restent cependant dispersés et peu articulés avec une démarche de pilotage de la qualité de service et de l'équité de traitement

### 1.1.2 Plus d'une trentaine d'indicateurs, inscrits dans différents documents stratégiques, ont vocation à mesurer l'activité et les résultats des MDPH

[4] Le tableau 1 ci-dessous recense ces indicateurs à partir de quatre documents<sup>78</sup> fixant des objectifs stratégiques directement au réseau des MDPH, ou indirectement à la CNSA, et du baromètre trimestriel des MDPH<sup>79</sup>. Il en ressort plusieurs constats :

- **les recoupements entre les indicateurs retenus par les quatre documents stratégiques sont faibles** : ainsi, sur les 14 indicateurs relatifs aux MDPH de la Convention d'objectifs et de gestion (Cog) 2022-2026 de la CNSA<sup>80</sup>, seuls cinq sont communs avec ceux retenus par l'accord de méthode État-ADF<sup>81</sup> sur les MDPH et les feuilles de route stratégiques et opérationnelles CNSA-CD-MDPH<sup>82</sup>, certes adoptés postérieurement ; par ailleurs, il n'existe aucun recoupement entre les indicateurs prévus par le PAP du programme 157 en lien avec l'objectif d' « *accroître l'effectivité et la qualité des décisions prises au sein des MDPH* », placé sous la responsabilité de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), et la Cog de la CNSA dont la DGCS assure, avec la DSS, la tutelle ;
- **seuls les indicateurs retenus dans la Cog de la CNSA et le PAP du programme 157 sont assortis d'une cible chiffrée, qui reste encore à fixer pour la moitié de ceux prévus par la Cog** : ni les indicateurs retenus dans les accords nationaux ou locaux entre la CNSA et les CD, ni ceux publiés dans le cadre du baromètre trimestriel des MDPH ne sont associés à une cible, en dehors du délai de quatre mois de traitement des demandes inscrit dans le droit<sup>83</sup> ;

---

<sup>77</sup> Trois indicateurs d'éclairage, exclus à ce stade du baromètre, ont aussi été proposés par la CNSA : la part des avis et décisions rendus en moins de quatre mois ; la part des décisions d'AAH rendues en trois mois ; l'ancienneté moyenne des demandes n'ayant pas fait l'objet d'une décision de la CDA.

<sup>78</sup>Cog État-CNSA 2022-2026 ; feuille de route stratégique et opérationnelle CNSA-CD-MDPH ; PAP programme 157 : accord de méthode État-ADF.

<sup>79</sup> La mission a exclu de son analyse le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale consacré à la branche autonomie. Annexé depuis 2023 au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, ce document inclut un objectif stratégique sur la simplification de l'accès aux droits pour les personnes en situation de handicap mesuré par le délai annuel de traitement selon la nature de la demande. Il s'agit du seul indicateur retenu assimilable à l'appréciation de la qualité de service ou de l'équité de traitement en MDPH. Concernant la situation des personnes handicapés, les autres indicateurs retenus par ce document mesurent les disparités territoriales de prise en charge à travers, en particulier, les différences de taux d'équipement.

<sup>80</sup> La Cog 2022-2026 de la CNSA a été signée le 8 avril 2022.

<sup>81</sup> L'accord de méthode État-ADF a été signé le 11 février 2020.

<sup>82</sup> Ces feuilles de route, signée entre 2021 et 2022, constituent une annexe aux conventions socles État-CD signées en 2020. Elles déclinent en particulier la feuille de route MDPH 2022-2024. Voir annexe n°8.

<sup>83</sup> L'article R. 241-33 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) fixe à quatre mois la durée de traitement des demandes par la MDPH à partir de la date à laquelle la demande présentée est regardée comme recevable.

- **sur les sept indicateurs encore non assortis d'une cible de la Cog 2022-2026 de la CNSA, cinq<sup>84</sup> ne peuvent pas à l'heure actuelle être mesurés de façon homogène faute d'outil ou de procédure adaptés dans les MDPH** : il s'agit, selon la CNSA, d'indicateurs retenus à la demande de la DSS, par parallélisme avec ceux inscrits dans les Cog des autres caisses nationales de sécurité sociale (ex : ressenti de réitération, satisfaction par mode de contact) ;
- **enfin, seule une minorité d'indicateurs traduisent un effort de mesure spécifique des disparités de traitement<sup>85</sup>** (à l'instar de ceux relatifs à l'écart-type des taux d'accord AAH inscrits dans le Projet annuel de performance -PAP- du programme « handicap et dépendance »).

[5] **Ces indicateurs contribuent à un effort de transparence sur l'action des MDPH mais ne sont pas encore au service d'une démarche de pilotage national de leur performance (cf. annexe n°8) :**

- les conventions, nationales ou locales, conclues par la CNSA avec les départements ne déclinent pas strictement les objectifs stratégiques et des indicateurs fixés par les tutelles à la caisse nationale ;
- la faiblesse du mode de suivi de ces conventions ne permet pas d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs de résultat fixés sur la base d'indicateurs non assortis de cibles ;
- les indicateurs mesurés à travers le baromètre trimestriels des MDPH n'emportent aucune conséquence dans le cadre de la relation contractuelle entre la CNSA et les CD, y compris sur les montants alloués par l'État et la CNSA aux MDPH ;
- enfin, certains indicateurs prévus dans le tableau de bord des feuilles de route stratégiques et opérationnelles, tel que la part des élèves accompagnés par les aides humaines mutualisées dans le total des élèves accompagnés par des aides humaines, excèdent le périmètre de responsabilité des MDPH.

---

<sup>84</sup> Ressenti de réitération ; satisfaction par mode de contact ; taux de courriels traités dans les délais ; taux d'appels aboutis en MDPH ; taux de réclamations MDPH traitées dans les délais.

<sup>85</sup> Les indicateurs retenus dans le baromètre trimestriel des MDPH, parce qu'ils sont déclinés par MDPH, et quand bien même ils concernent plutôt la qualité de service (ex : délais de traitement par prestation), contribuent aussi à la mesure des différences de traitement entre départements.

Tableau 1 : Indicateurs nationaux relatifs aux MDPH<sup>86</sup>

Indicateurs	Cible 2023	Résultat 2023 <sup>87</sup>	Cog État-CNSA 2022-26	Feuille de route stratégique et opérationnelle CNSA-CD-MDPH <sup>88</sup>	PAP programme 157 <sup>89</sup>	Accord de méthode État-ADF	Baromètre trimestriel des MDPH
<i>Indicateurs relatifs à la qualité de service</i>							
Nombre de MDPH ayant recours à un téléservice	100 %		O	N	N	N	N
Taux de demandes de droits MDPH faites par voie dématérialisée <sup>90</sup>	10 %		O	O	N	O	N
Part des MDPH utilisant le flux « demandes et décisions »	27 %	79 %	O	N	N	N	N

<sup>86</sup> Les indicateurs spécifiques au pilotage du Système d'information harmonisé (SIH), qui font l'objet d'un suivi régulier avec les tutelles de la CNSA dans le cadre du Comité d'orientation stratégique (COS), sont abordés dans l'annexe n°8. O = oui ; N = non.

<sup>87</sup> Bilan daté du 29 mars 2024 communiqué par la CNSA à ses tutelles.

<sup>88</sup> Ces feuilles de route, signées en 2021-2022 en déclinaison des conventions socles adoptées en 2020, et dont le contenu peut varier selon les départements, incluent en annexe un tableau de bord des indicateurs communs à tous les Départements et MDPH. Les indicateurs repris ici correspondent à ceux du « focus MDPH », à l'exception des données de contexte sur l'activité, les organisations et les moyens et de ceux relatifs à l'amélioration du parcours et à l'accès à l'emploi qui relèvent plutôt de l'aval des décisions en CDA non retenu dans le périmètre de la mission. Ces indicateurs ne sont pas assortis de cibles.

<sup>89</sup> Projet annuel de performances annexé au PLF 2024, programme « handicap et dépendance », mission interministérielle solidarité, insertion et égalité des chances. Le financement de l'AAH représente 89 % des dépenses du programme.

<sup>90</sup> Il s'agit du nombre de demandes de droit (initiales ou renouvellement) faites par voie dématérialisée rapporté au nombre total de demandes faites par tous canaux.

RAPPORT IGAS N°2023-098R (ANNEXES)

Indicateurs	Cible 2023	Résultat 2023 <sup>87</sup>	Cog État-CNSA 2022-26	Feuille de route stratégique et opérationnelle CNSA-CD-MDPH <sup>88</sup>	PAP programme 157 <sup>89</sup>	Accord de méthode État-ADF	Baromètre trimestriel des MDPH
Taux d'informations entrantes par téléprocédures <sup>91</sup>	._92	-	O	N	N	N	N
Taux de directeurs MDPH et de directeurs autonomie ayant bénéficié d'au moins un temps de formation/information proposé par la CNSA	40 %	100 %	O	N	N	N	N
Ressenti de réitération MDPH (1 <sup>er</sup> contact) <sup>93</sup>	._94	-	O	N	N	N	N
Satisfaction globale MDPH <sup>95</sup>	._96	-	O	O	N	O	O
Satisfaction par mode de contact MDPH <sup>97</sup>	._98	-	O	N	N	N	N
Nombre de répondants à l'enquête MSU <sup>99</sup>	-	-	N	O	N	N	O

<sup>91</sup> Il s'agit du volume d'informations collectées par voie dématérialisée (par l'intermédiaire d'un courriel ou d'une téléprocédure) rapporté au volume d'informations collectées sous toutes modalités.

<sup>92</sup> La Cog précise que la valeur de référence sera calculée lors de la mise en place en 2024 d'un outil permettant de quantifier l'information collectée par voie dématérialisée et non dématérialisée.

<sup>93</sup> La question posée à l'utilisateur doit porter sur le nombre de contacts qu'il pense avoir dû initier pour qu'une même demande soit satisfaite (1 contact/2-3 contacts/3-6 contacts/+ 6 contacts).

<sup>94</sup> Les cibles 2025 et 2026 seront définies lors du bilan 2024 (en avril 2025) sur la base d'une cible représentant a minima 1,2 fois la valeur 2024 dans la limite de + 10 points (première année de mise en place prévue de l'outil de mesure de cet indicateur).

<sup>95</sup> Il s'agit du pourcentage d'utilisateurs satisfaits et très satisfaits des services rendus au moment du traitement de leur dossier selon une méthodologie d'enquête commune.

<sup>96</sup> Les cibles pour 2023 à 2026 devaient être fixées en avril 2023 sur la base de l'enquête 2022.

<sup>97</sup> Taux global avec pondération de chaque canal au sein d'un indicateur composite.

<sup>98</sup> Les cibles pour 2024 à 2026 doivent être fixées lors du bilan 2023 (en avril 2024) sur la base de la première enquête 2023.

<sup>99</sup> Enquête de mesure de la satisfaction des usagers.

RAPPORT IGAS N°2023-098R (ANNEXES)

Indicateurs	Cible 2023	Résultat 2023 <sup>87</sup>	Cog État-CNSA 2022-26	Feuille de route stratégique et opérationnelle CNSA-CD-MDPH <sup>88</sup>	PAP programme 157 <sup>89</sup>	Accord de méthode État-ADF	Baromètre trimestriel des MDPH
Taux de courriels MDPH traités dans les délais <sup>100</sup>	_101	-	O	N	N	N	N
Taux d'appels aboutis en MDPH <sup>102</sup>	_103	-	O	N	N	N	N
Taux de réclamations MDPH traitées dans les délais <sup>104</sup>	_105	-	O	N	N	N	N
Délai moyen de traitement toutes prestations et tous publics	-	-	N	O	N	O	O
Délai moyen de traitement de la PCH	4 mois	5,96 mois	O	O	N	O	O
Délai moyen de traitement de l'AEEH	4 mois	ND <sup>106</sup>	O	O	N	O	O
Délai moyen de traitement de l'AAH	3 mois	5,14 mois	O	O	N	O	O
Nombre de relais territoriaux pour 1000 habitants	-	-	N	N	N	O	N

<sup>100</sup> Il s'agit du nombre de courriels traités en 48 heures ouvrées hors accusés de réception automatique rapporté au nombre total de courriels à traiter.

<sup>101</sup> Les cibles seront définies lors du bilan 2024 (avril 2025) et représenteront *a minima* 1,2 fois la valeur 2024 (dans la limite de + 10 points).

<sup>102</sup> Nombre d'appels entrants aboutis (appels décrochés par une personne physique + appels information délivrée par le SVI)/ Nombre total des appels entrants (aboutis + dissuadés [à l'initiative de l'organisme] + abandonnés [à l'initiative de l'utilisateur dès lors qu'il est dans une file d'attente]).

<sup>103</sup> Les cibles seront définies lors du bilan 2023 (avril 2024) sur la base d'une progression linéaire

<sup>104</sup> Il s'agit du nombre de réclamations traitées dans un délai de 10 jours ouvrés rapporté au nombre total de réclamations reçues sur cette même période.

<sup>105</sup> Les cibles seront définies lors du bilan 2024 (avril 2025) sur la base d'*a minima* 1,2 fois la valeur 2024 (dans la limite de + 10 points).

<sup>106</sup> La CNSA indique que le délai moyen de traitement 2023 sera disponible au 2<sup>ème</sup> semestre 2024.



RAPPORT IGAS N°2023-098R (ANNEXES)

Indicateurs	Cible 2023	Résultat 2023 <sup>87</sup>	Cog État-CNSA 2022-26	Feuille de route stratégique et opérationnelle CNSA-CD-MDPH <sup>88</sup>	PAP programme 157 <sup>89</sup>	Accord de méthode État-ADF	Baromètre trimestriel des MDPH
Taux de recours contre les décisions	-	-	N	O	N	O	N
Nombre de MDPH ayant mis en place une démarche de contrôle interne	-	-	N	O	N	O	N
<i>Indicateurs relatifs à l'équité de traitement</i>							
Part des droits accordés sans limitation de durée	-	-	N	O	N	O	O
Durée des droits ouverts au titre de la scolarisation	-	-	N	N	N	N	O
Écart-type des taux départementaux des premiers accords d'AAH pour 1000 habitants de 20 à 62 ans	2,5	2,1 <sup>107</sup>	N	N	O	N	N
Écart-type des taux départementaux des accords sur décision de renouvellement d'AAH pour 1000 habitants de 20 à 62 ans <sup>108</sup>	2,5	2,5 <sup>109</sup>	N	N	O	N	N
Taux de personnes adultes qui ont déposé une demande/population adultes	-	-	N	O	N	N	N

<sup>107</sup> Il s'agit du résultat 2022 issu de l'enquête annuelle sur l'AAH menée par la CNSA auprès des MDPH.

<sup>108</sup> Cet indicateur est décliné en deux sous-indicateurs, l'un relatif à l'AAH 1 et l'autre à l'AAH 2.

<sup>109</sup> Il s'agit du résultat 2022.

RAPPORT IGAS N°2023-098R (ANNEXES)

Indicateurs	Cible 2023	Résultat 2023 <sup>87</sup>	Cog État-CNSA 2022-26	Feuille de route stratégique et opérationnelle CNSA-CD-MDPH <sup>88</sup>	PAP programme 157 <sup>89</sup>	Accord de méthode État-ADF	Baromètre trimestriel des MDPH
Taux de personnes enfants qui ont déposé une demande/population enfants	-	-	N	O	N	N	N
Taux d'accord AAH, PCH, CMI-S, CMI-I	-	-	N	O	N	N	N
Nombre d'accords de matériel pédagogique/nombre d'enfants de moins de 20 ans	-	-	N	O	N	N	N
Ratio entre les élèves accompagnés par des aides humaines et la population d'âge scolaire	-	-	N	O	N	N	N
Part des élèves accompagnés par les aides humaines mutualisées dans le total des élèves accompagnés par des aides humaines	-	-	N	O	N	N	N
Nombre de décisions et avis rendus/nombre de demandes	-	-	N	O	N	N	N
Part des demandes génériques dans le total des demandes	-	-	N	O	N	N	N

Source : Mission

## 1.2 Ces indicateurs, dont la fragilité tient à leur caractère déclaratif et aux faiblesses du SIH, doivent être mobilisés avec prudence

### 1.2.1 Les données utilisées sont issues essentiellement de sources déclaratives et seule une minorité fait l'objet d'un traitement statistique

[6] **Les données nationales relatives à la qualité de service et à l'équité de traitement en MDPH proviennent d'au moins cinq sources différentes :**

- la majorité d'entre elles sont issues de rapports renseignés par les MDPH au premier semestre de l'année N sur la base des réalisations de l'année N-1 à partir d'une trame nationale, communiquée par la direction de la CNSA en charge de l'accès aux droits et des parcours (DADP) : elles alimentent une synthèse nationale des rapports d'activité publiée par la CNSA au premier trimestre N+1 ;
- deux catégories de données sont issues du système d'information des MDPH (SIH) :
  - les MDPH renseignent au premier semestre de l'année N, à partir du SIH, une enquête annuelle ciblée sur des données d'activité N-1 (nombre de demandes, nombre d'avis et de décisions, délais de traitement, nombre de recours, etc.) sur la base d'une trame nationale communiquée par la direction de la CNSA en charge de la prospective et des études (DPE), qui centralise la fonction statistique de la Caisse : ces échanges annuels, qui font l'objet d'un redressement statistique, alimentent la publication d'un repère statistique en N+1 ;
  - les données du baromètre trimestriel des MDPH sont également extraites du SIH via un système de dépôt mensuel par les MDPH de fichiers mis à disposition par les éditeurs sur une plateforme de la CNSA mais peuvent faire l'objet de corrections *ex post* sur la base des redressements effectués par la DPE ;
- les données annuelles relatives à la satisfaction des usagers des MDPH, reprises dans le baromètre trimestriel, sont issues au premier trimestre de l'année N d'une enquête administrée en continu en N-1 via le site national [mamdph-monavis.fr](http://mamdph-monavis.fr) ;
- enfin, la CNSA administre des enquêtes annuelles auprès des MDPH, récurrentes comme celle menée sur l'AAH, ou ponctuelles à la suite de certaines réformes (ex : sur la PCH parentalité).

[7] **Seule une minorité de ces données, celles provenant de l'enquête annuelle, font l'objet d'un traitement statistique et les ressources mobilisables à cette fin restent limitées :**

- si les données issues des rapports d'activité et celles du baromètre trimestriel font l'objet de corrections ponctuelles en cas d'erreur manifeste, seules les données traitées par la DPE incluent des redressements statistiques (par exemple, pour prendre en compte l'absence d'exhaustivité des MDPH répondantes) ;
- les données de satisfaction issues de l'enquête administrée en continu ne font l'objet d'aucun redressement qui permettrait d'assurer une représentativité des résultats ;

- la DPE anime un réseau de référents statistiques en MDPH, fonction souvent assurée par les directeurs et directrices, qui dispose de moyens limités pour travailler sur la qualité des données ou, *a fortiori*, structurer une fonction d'observation statistique sur les territoires.

### 1.2.2 La robustesse de ces données, y compris celles extraites du SIH qui alimenteront à terme un centre national de données, pose question

#### [8] La qualité des données relatives aux résultats des MDPH est soumise à caution :

- malgré les efforts fournis par la CNSA pour aider les MDPH à renseigner de façon homogène les trames nationales<sup>110</sup>, la mission a constaté des différences d'interprétation dans la définition de certains indicateurs, comme le taux de décroché, et des pratiques hétérogènes de remplissage du SIH ;
- l'important travail de compilation engagé par le baromètre MDPH nécessite une capacité d'extraction de la part des MDPH et d'exploitation de données issues de SI divers par la CNSA. La démarche n'a pas encore atteint sa maturité, en témoignent des écarts persistants entre données retraitées issues de la DPE et données issues de ce baromètre ;
- l'absence d'outils identiques de mesure dans l'ensemble des MDPH (par exemple, pour calculer le nombre d'appels entrants), ne favorise pas non plus la fiabilité des données ;
- enfin, les disparités qui persistent dans la mise en œuvre du SIH peuvent aussi engendrer des biais, par exemple sur les délais de traitement dont le mode de calcul peut être affecté par la bascule d'une version du SI à l'autre, par exemple en cas de reprise partielle du stock de demandes (voir *infra* 2.1.).

[9] **La création d'un centre de données (LCD), et les progrès du SIH, sont susceptibles à terme d'améliorer à terme la robustesse de ces indicateurs.** En septembre 2023, moins de la moitié des MDPH avaient remonté leurs données auprès du LCD qui a vocation à automatiser leur exploitation à des fins de pilotage tant national que local. Ce résultat en-deçà de la cible poursuivie par la CNSA s'expliquerait par des difficultés techniques mais aussi par la faible incitation des MDPH à déposer des données alors que le LCD ne leur est pas encore directement utile. Par ailleurs, s'agissant des données déjà déposées, elles présentent selon la CNSA des écarts pour partie encore non expliqués avec celles remontées lors des échanges annuels. Il est donc encore difficile d'estimer à quelle échéance ce centre de données pourra se substituer aux démarches déclaratives réalisées par les MDPH.

---

<sup>110</sup> La DPE communique en particulier aux MDPH des fiches explicatives sur la définition et le mode de calcul des indicateurs retenus dans les échanges annuels.

## 2 Le délai moyen de traitement, supérieur aux quatre mois réglementaires, est globalement stable par rapport à 2015 mais hétérogène selon les territoires et prestations

### 2.1 Le délai moyen de traitement global, indicateur calculé à partir du SIH depuis 2019, peut présenter différents biais

#### 2.1.1 Ces biais peuvent s'expliquer par des différences de calcul liées notamment au paramétrage du SIH

[10] Pour apprécier l'évolution du DMT par public et prestation depuis 2015, la mission s'est fondée sur les données remontées par les MDPH dans le cadre des échanges annuels avec la DPE<sup>111</sup>. Il n'est pas possible d'apprécier l'évolution du délai moyen de traitement des demandes (DMT) auprès des MDPH depuis leur création. Les données disponibles présentent une profondeur limitée à 2015. Depuis le T4 2020, soit au moment de la création du baromètre trimestriel, les données sont extraites du SIH à partir du dépôt mensuel réalisé par les MDPH sur un serveur de la CNSA<sup>112</sup>. Ces données ne sont toutefois pas exhaustives<sup>113</sup>.

[11] L'indicateur relatif au délai moyen de traitement peut présenter des biais liés à des différences de comptabilisation. Ce délai est normalement calculé sur la base de sa définition juridique. Il s'agit du délai entre, d'une part, la date à laquelle la demande est jugée recevable selon les critères fixés par le code de l'action sociale et des familles<sup>114</sup> et, d'autre part, la date à laquelle la Commission des droits et de l'autonomie (CDA) rend un avis ou une décision. Toutefois, comme la mission a pu le constater dans le cadre de ses déplacements, l'existence d'une définition unique n'exclut pas des biais sur le plan de la comptabilisation :

- le paramétrage du SI et la bascule d'un palier vers l'autre sont susceptibles de fausser les données relatives au stock de dossiers à traiter et aux DMT, par exemple en minorant le stock de demandes anciennes à traiter (dont la bascule vers une nouvelle version du SI peut parfois être incomplète), ce qui fait alors baisser artificiellement le DMT ;

---

<sup>111</sup> Elles incluent les DMT pour deux types de publics (adultes et enfants) et plusieurs catégories de prestations (AEEH, ESMS adultes et ESMS enfants, AESH, AEEH, RQTH et AAH). La PCH, qui est dans le champ du baromètre trimestriel des MDPH, n'est pas comprise dans le périmètre de ce jeu de données. Ces données ne permettent pas non plus, contrairement au baromètre mis en place fin 2020, d'apprécier l'évolution du DMT global par MDPH.

<sup>112</sup> Les données issues des échanges annuels indiquent un délai global de traitement de 4,5 mois en 2015, 4,5 mois en 2016, 4,5 mois en 2017, 4,3 mois en 2018 et 4,7 mois en 2019.

<sup>113</sup> Le nombre de valeurs manquantes, correspondant à des remontées non effectuées par les MDPH, était supérieur à 20 jusqu'au T2 2021 à partir duquel il oscille entre quatre et six selon les trimestres.

<sup>114</sup> Ces quatre critères sont définis par l'article R. 146-26 du CASF : la demande doit être accompagnée d'un certificat médical de moins d'un an et être accompagnés des formulaires de demande et pièces justificatives fixés par arrêté, à savoir une copie de la pièce d'identité (ou d'un titre de séjour), le formulaire de demande signé et un justificatif de domicile. Voir annexe n°2.

- inversement, l'absence de clôture de certains dossiers, alors même qu'ils ont été évalués et ont fait l'objet d'un avis ou d'une décision, problématique signalée par la CNSA dans le cadre de l'appui apporté à des MDPH en difficulté, fait augmenter artificiellement le DMT.

### 2.1.2 Ils peuvent également être liés à des différences de pratiques dans le traitement des dossiers, ce qui justifie le recours à des éclairages complémentaires

**[12] Le DMT global dépend aussi des pratiques et des stratégies adoptées par les MDPH dans le processus de traitement des demandes :**

- le délai accordé aux usagers pour compléter leur dossier avec les pièces nécessaires à l'évaluation, ou encore l'existence ou non de relances adressées à l'utilisateur avant clôture d'un dossier incomplet, sont susceptibles de tirer à la hausse ou à la baisse le DMT ;
- le délai nécessaire aux usagers, ou aux partenaires (Education nationale, établissements et services médico-sociaux, par exemple), pour transmettre aux MDPH les pièces demandées peut varier selon la date à laquelle ils reçoivent le courrier de demande de la MDPH, avec des problèmes liés aux services postaux signalés dans plusieurs territoires, mais aussi, s'agissant des pièces médicales, des délais d'accès à un professionnel de santé, variables également selon les bassins de vie ;
- enfin, l'évolution de ces délais au sein d'une même MDPH est liée à la stratégie de traitement du stock de dossiers : ainsi, l'accent mis sur le traitement de dossiers anciens, dans le cadre par exemple des plans d'action menés avec la Maop, est susceptible d'augmenter temporairement le DMT global.

**[13] Pour remettre en perspective les DMT et leur évolution, il est nécessaire de mobiliser d'autres données relatives à l'activité des MDPH.** Cependant, ces données, même si elles sont aujourd'hui requêtes par la CNSA, ne sont pas encore systématiquement renseignées par les MDPH. La mission n'y a donc pas eu accès. C'est le cas en particulier de l'ancienneté moyenne du stock de demandes qui, croisée avec les DMT global, permettrait d'apprécier la stratégie de priorisation retenue par la MDPH. La part des dossiers décidés en moins de quatre mois constitue également un indicateur pertinent. Enfin, des corrélations, par exemple avec le taux d'accord, les ETP de la MDPH ou encore le volume de demandes (cf. annexe n°3) peuvent utilement éclairer l'interprétation de l'évolution des DMT.

## 2.2 Le délai moyen de traitement, stable dans l'ensemble par rapport à 2015, a évolué de façon différenciée selon les prestations

[14] **Au T3 2023, selon le baromètre, le délai moyen de traitement (DMT) par prestation présente des écarts importants et variables sur le territoire selon les prestations (cf. tableau n°2) :**

- il s'élève en moyenne, toutes prestations confondues, à 4,8 mois mais peut aller jusqu'à plus de huit mois ;
- il atteint sa valeur maximale pour la PCH, dont le délai d'attribution est supérieur ou égal à six mois dans 40 % des MDPH et peut aller jusqu'à plus de dix mois, ce qui peut s'expliquer par la complexité de ce processus d'évaluation ;
- c'est aussi pour la PCH que l'écart-type, soit la dispersion des valeurs par département autour de la moyenne nationale, est le plus élevé, ce qui peut renvoyer au caractère individualisé des évaluations propres à cette prestation.

[15] **L'évolution depuis 2015 du DMT appréciée à partir des données de la DPE a aussi été variable selon les publics et les prestations (cf. graphique n°1) avec :**

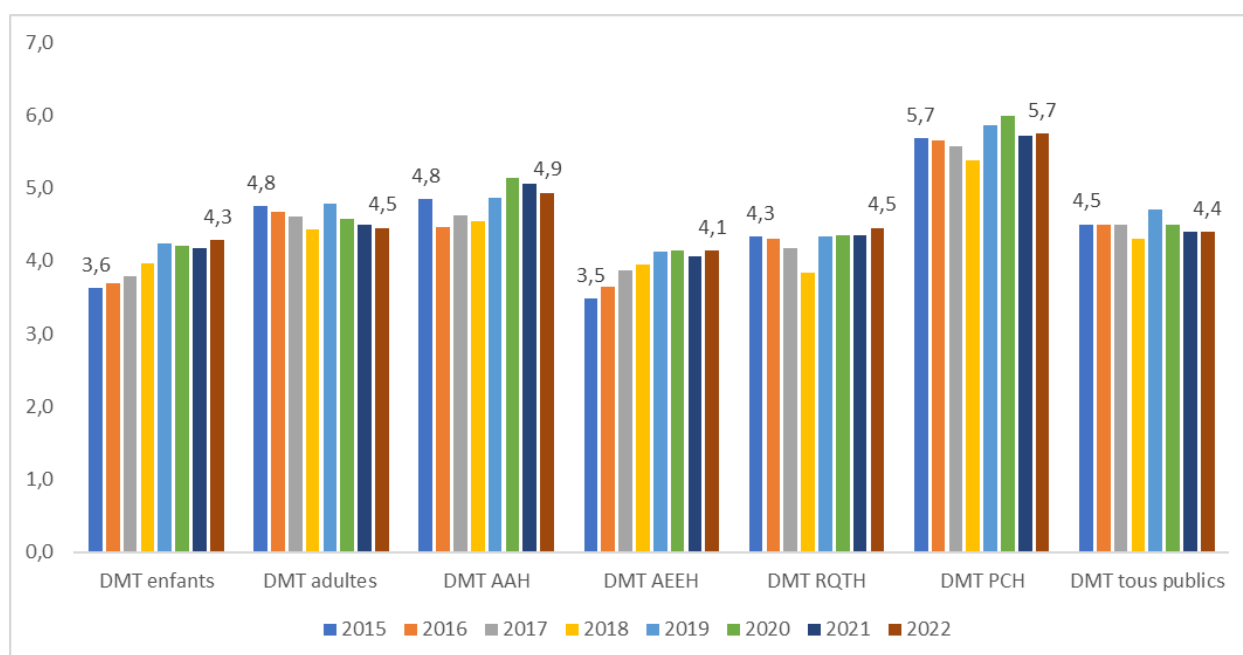
- une augmentation quasi-continue, en dehors de la baisse constatée en 2021, du DMT relatif aux demandes des enfants et aux demandes d'AEEH, qui sont également celles qui connaissent l'évolution en volume la plus marquée sur cette période ;
- une relative stabilité du DMT relatif aux demandes des adultes, en particulier les demandes de RQTH et les demandes de PCH ;
- une évolution plus heurtée du DMT relatif aux demandes d'AAH qui tend à diminuer depuis 2020.

Tableau 2 : Délai de traitement moyen et médian, minimal et maximal (en mois) et écart-type par catégorie de prestations et publics au T3 2023

	DMT global	DMT enfants	DMT adultes	DMT AAH	DMT PCH
Délai moyen	4,8	4,7	4,8	4,9	5,9
Délai médian	4,4	4,2	4,4	4,6	5,5
Valeur minimale	2,1	2,0	2,0	2,0	2,7
Valeur maximale	8,6	9,4	9,4	10,5	10,7
Écart-type	1,35	1,31	1,52	1,58	1,60

Source : Mission à partir des données du baromètre des MDPH.

Graphique 1 : Évolution du délai moyen de traitement (en mois) de différentes catégories de prestations entre 2015 et 2022



Source : Mission à partir des données de la DPE.



## 2.3 Le délai moyen de traitement, supérieur à quatre mois dans deux tiers des départements, a aussi évolué de façon hétérogène sur le territoire

[16] **Alors qu'un délai de réponse de quatre mois est prévu en droit<sup>115</sup>, plus de deux tiers des MDPH ne respectaient pas cette obligation réglementaire au T3 2023.** Le DMT global était même supérieur ou égal à six mois dans 16 départements.

[17] **L'évolution du DMT entre 2019 et 2023 a aussi été différente selon les départements.** Sur les 88 départements pour lesquels cette donnée est disponible en 2019 et en 2023, 47 présentent une amélioration du DMT tandis que 41 ont vu leur DMT s'allonger. En moyenne, le DMT a augmenté de 7 % avec une médiane à - 2,6 %.

## 3 Les différences constatées dans la part et la durée des droits attribués par les MDPH restent encore peu investiguées

### 3.1 La dispersion des taux d'accord est plus prononcée pour la PCH, l'AAEH et la CMI stationnement que pour l'AAH, tandis qu'elle est pratiquement nulle concernant la RQTH

[18] **Le recours à des « diagrammes en boîte »<sup>116</sup> permet d'apprécier les différences de distribution des données relatives au taux d'accord par prestation et par MDPH et selon les remontées DPE en 2022 (cf. graphique n°2) :**

- **pour la PCH, l'AAEH et la CMI stationnement, on observe une plus grande hétérogénéité des valeurs du taux d'accord**, ce qui peut s'expliquer pour les deux premières par leur complexité et le caractère individualisé des évaluations : les MDPH n'ont pas la même appréciation des dossiers, ce qui conduit à des taux d'accord très variables ;
- pour la PCH et, dans une moindre mesure, pour la CMI stationnement, la mission note que le taux d'accord médian est relativement faible par rapport aux autres prestations : à titre d'exemple, le taux d'accord médian pour la PCH est de 52 %, soit pratiquement une demande sur deux refusées dans la moitié des MDPH<sup>117</sup> ;
- **pour l'AAH, les taux d'accord sont moins hétérogènes que pour la PCH ou l'AAEH, tout en présentant une variabilité significative** : un quart des MDPH ont un taux d'accord inférieur à 65 % quand, à l'autre extrême, un quart des MDPH ont un taux d'accord supérieur à 75 %.

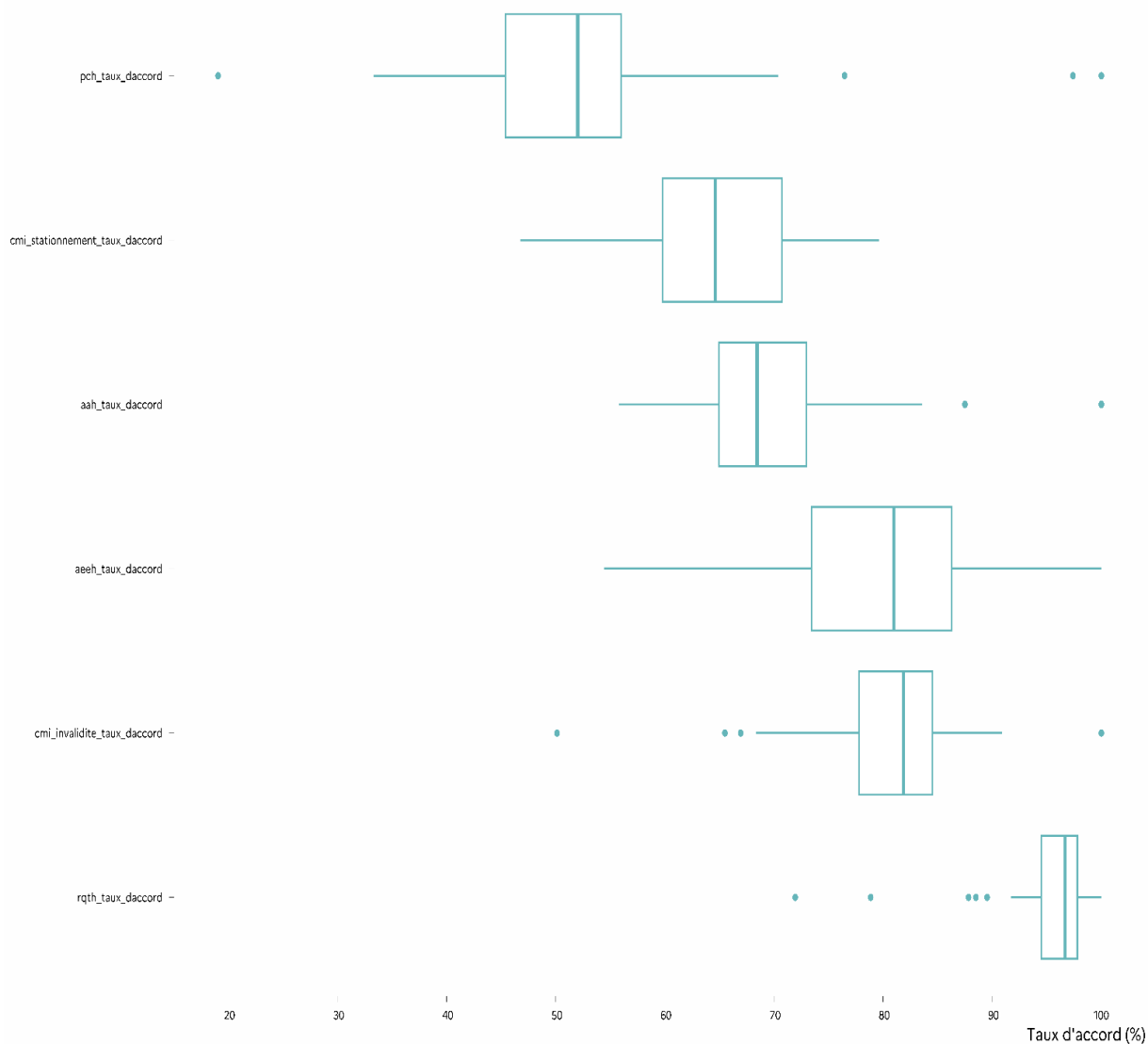
<sup>115</sup> Voir l'article R. 146-26 du CASF.

<sup>116</sup> Ou « boîtes à moustache ».

<sup>117</sup> Quatre MDPH se démarquent par des valeurs particulièrement extrêmes : Mayotte avec un taux d'acceptation de 19 %, et trois autres (Saint-Pierre-et-Miquelon, l'Aube, Saint-Barthélemy) par leurs taux particulièrement élevés (respectivement 100 %, 97 % et 76 %).

- le taux d'accord pour la RQTH est très homogène et très élevé (médiane à 97 %) et peu variable entre les MDPH, renvoyant à la spécificité d'un droit dont les critères d'appréciation sont larges (cf. annexe n°5).

Graphique 2 : Dispersion des taux d'accord par principales catégories de prestations en 2022



Source : Pôle data de l'Igas à partir des données DPE.

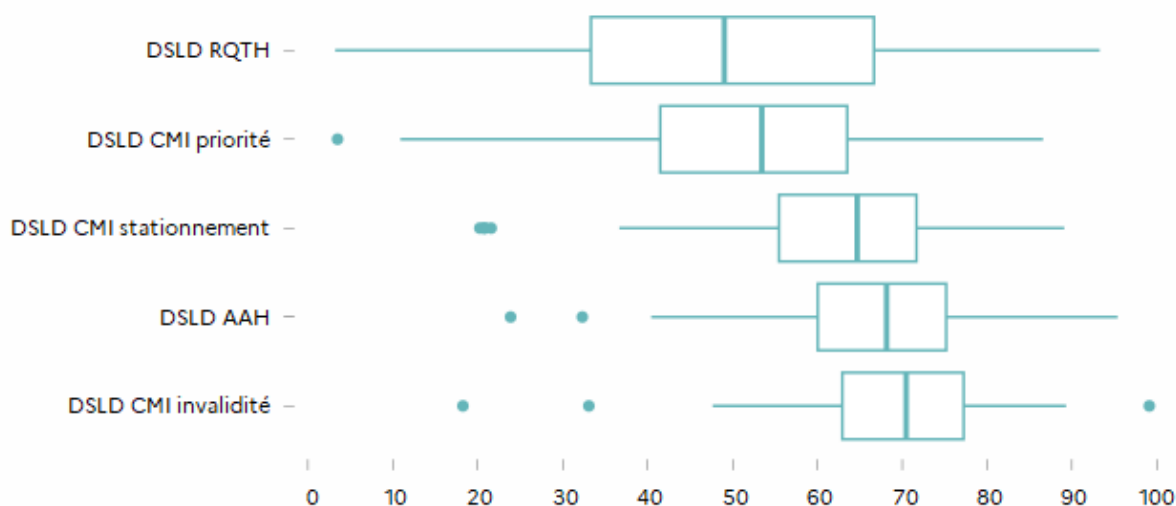
**Note de lecture :** pour la prestation AAH, le taux d'accord le plus faible est de 56 %, 25 % des MDPH ont un taux d'accord inférieur ou égal à 65 %, la moitié un taux inférieur à 68 % et enfin les trois quarts un taux inférieur à 73 %. Deux MDPH ont des valeurs atypiques par rapport aux autres avec des taux d'accord de 83 % et 100 %.

## 3.2 Les droits sans limitation de durée font l'objet d'une appropriation inégale selon les prestations et les MDPH

### 3.2.1 En 2022, la part des DSLD attribuées par les MDPH est particulièrement variable sur le territoire pour la RQTH

[19] la possibilité depuis 2019<sup>118</sup> pour les MDPH d'accorder des droits sans limitation de durée (DSLSD), ici appréciée à partir des données du baromètre, est utilisée en 2022 de façon inégale selon les territoires et les prestations. Comme le montre le graphique n°3, la part des DSLSD en 2022, identifiée ici par la médiane, est variable selon les prestations. Ce graphique illustre aussi la dispersion au sein des MDPH de la part des DLSD par prestation. Elle est marquée pour la RQTH et la CMI priorité alors que la répartition des valeurs est plus homogène pour les autres prestations. Des valeurs extrêmes aussi constatées pour chacune des prestations. Ces fortes dispersions et les atypies constatées doivent être mise en regard du caractère encore récent du dispositif et de sa montée en charge.

Graphique 3 : Dispersion de la part des DLSD par prestation en 2022



Source : Pôle data de l'Igas.

<sup>118</sup> Le décret n° 2018-1222 du 24 décembre 2018 et le décret n°2019-1501 du 30 décembre 2019 permettent l'allongement de la durée maximale d'attribution de certains droits pour les personnes handicapées ainsi que leur attribution sans limitation de durée sous certaines conditions (cf. annexe n°5). Pour les adultes disposant d'un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 80 %, sont concernées les prestations suivantes : ACTP ; AAH ; CMI-invalidité. Pour les adultes ne disposant pas d'un taux supérieur ou égal à 80 %, les critères d'attribution des DSLSD diffèrent selon les prestations. Sont concernées la RQTH, les CMI, l'AAH 1, l'ACTP, la PCH.

### 3.2.2 La part des DSLD en matière d’AAH et de CMI invalidité a peu évolué entre le T1 2021 et le T3 2023

[20] La progression entre le T1 2021 et le T3 2023 de la part des DSLD au sein des prestations éligibles, appréciée à partir des données du baromètre, a aussi été variable selon les prestations. Comme le montre le tableau n°3, cette évolution a été plus importante pour les prestations (RQTH et CMI priorité) qui présentent aussi une plus forte hétérogénéité de la part des DSLD entre les MDPH. À l’inverse, la part des DSLD au sein de l’AAH et de la CMI invalidité, qui était déjà supérieure à 65 % au T1 2021, est restée presque stable par rapport à 2021.

Tableau 3 : Évolution de la part des DSLD dans l’attribution de cinq prestations entre le T2 2021 et le T3 2023 (en %)

Prestations	T2 2021	T3 2023	Évolution en moyenne nationale (en points)
AAH	64	66	+2
CMI invalidité	66	69	+3
CMI priorité	43	53	+10
CMI stationnement	58	63	+5
RQTH	41	55	+14

Source : Mission d’après les données du baromètre des MDPH.

### 3.3 Les travaux sur les différences de traitement par les MDPH des demandes des usagers restent à ce jour très limités

#### 3.3.1 Une étude récente de la CNSA objective des différences territoriales d’attribution et de taux de recours sur un périmètre limité de prestations

[21] La CNSA a apprécié les disparités de taux de recours à la MDPH, qui sont plus fortes pour les enfants que pour les adultes, sur la base des demandes d’ouverture ou de réexamen de droit déposées par près de 1,7 M de personnes, soit 2,5 % de la population française, en 2022. S’agissant des adultes, pour 1 000 habitants de 20 ans ou plus, en moyenne 26 habitants déposent au moins une demande de droit « adulte » à leur MDPH. Ce taux oscille entre 23 pour 1 000 et 28 pour 1 000 dans la moitié des territoires. S’agissant des enfants, pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, 24 habitants en moyenne déposent au moins une demande de droit « enfant et moins de 20 ans » à leur MDPH. Ce taux oscille entre 22 et 30 pour 1 000 dans la moitié des départements, avec un coefficient de variation de 27 % contre 23 % pour les demandes de droit « adulte ».

[22] La CNSA a également établi un coefficient de variation<sup>119</sup> s'établissant respectivement à 29 % et à 38 % concernant la part de la population concernée bénéficiant respectivement d'une RQTH et d'une aide humaine à la scolarisation (AESH)<sup>120</sup>. Cette analyse se fonde sur le stock de 6 M de droits ouverts par les MDPH au 31 décembre 2022, dont 20,6 % au titre de la RQTH et 2,5 % au titre de l'aide humaine à la scolarisation. Les disparités sont plus importantes pour l'aide humaine à la scolarisation que pour la RQTH. Alors que cette aide concerne en moyenne 19 personnes de moins de 20 ans sur 1 000, des taux égaux ou inférieurs à 9 pour 1 000 sont constatés, par exemple, dans une partie des outre-mer, dans la Haute-Vienne et la Vienne. À l'inverse, les taux les plus élevés sont identifiés dans l'Ariège (41 pour 1 000) et le Lot (37 pour 1 000). Ces écarts entre départements peuvent tenir aussi bien à des spécificités territoriales (population en âge scolaire, en âge de travailler...) qu'à des pratiques différentes d'attribution par la MDPH.

### 3.3.2 Une étude de 2015 soulignait des disparités d'attribution de la PCH liées à des différences d'organisation des MDPH plus qu'aux caractéristiques socio-économiques des territoires

[23] Cette étude constituerait, selon la CNSA, la seule réalisée à ce jour sur les disparités de conditions d'attribution de la PCH (et de l'APA) par les MDPH<sup>121</sup>. Réalisée par un prestataire (EY), à la demande de la CNSA, elle s'est fondée à la fois sur une analyse des données disponibles, la diffusion d'un questionnaire à l'ensemble des MDPH et des visites sur sites dans une quinzaine de départements. Elle établit les constats et conclusions suivants qui mériteraient d'être actualisés au regard des avancées réalisées par les MDPH (ex : déploiement d'un accueil de second niveau, mise en place de circuits d'instruction et de traitement des dossiers de PCH) mais aussi de difficultés nouvelles (ex : sur le plan des ressources humaines) :

- le taux de demandes pour la PCH s'établissait en 2015 entre 0,3 et 1,3 % de la population de 20-59 ans, pour un taux d'accord allant de 31 % à 83 % ;
- la variation du taux de demande et du taux d'accord s'expliquerait en grande partie par l'accompagnement du demandeur : un accueil de second niveau permettrait notamment de mieux orienter le demandeur et de l'aider à constituer un dossier de qualité, jouant ainsi à la baisse sur le taux de demande et à la hausse sur le taux d'accord ;
- les caractéristiques socio-économiques du territoire seraient davantage corrélées au montant moyen des plans d'aide attribués : s'agissant de la PCH, il est indiqué une corrélation entre la faiblesse du niveau de vie et celle du montant attribué, alors même que la faiblesse du nombre de prestataires autorisés engendre des reste à charge supérieurs ;

---

<sup>119</sup> Le coefficient de variation, indicateur de mesure des disparités territoriales habituellement utilisé pour l'évaluation des politiques sociales, équivaut au ratio entre l'écart-type par département et la moyenne. Plus le coefficient de variation est élevé, donc les valeurs par département dispersées autour de la moyenne, plus cela traduit des écarts territoriaux importants.

<sup>120</sup> Voir CNSA, Repères statistiques n°20, janvier 2024.

<sup>121</sup> Une étude sur les disparités d'attribution de l'AAH avait été réalisée par la Drees en décembre 2013 (dossiers solidarité et santé n°49).

- la mise en place de circuits d’instruction et de traitement des dossiers de PCH, y compris sur la base d’un traitement différencié des demandes, serait favorable à la fois à l’équité des décisions et à la réduction des délais de traitement.

### 3.3.3 La création de la branche autonomie accroît l’importance de comprendre et, le cas échéant, de réduire les disparités territoriales de traitement

[24] **Comme le rappelle le rapport dit Vachey de septembre 2020<sup>122</sup> sur la branche autonomie, l’objectif d’équité d’accès à l’action sociale et médico-sociale préexistait à sa création<sup>123</sup> et la problématique des disparités de traitement n’est pas propre aux seules politiques décentralisées.** Or le rapport constatait la persistance d’importants écarts territoriaux, y compris concernant le taux d’adultes bénéficiaires de la PCH ou de l’AAH parmi les 20-59 ans. Il soulignait néanmoins que ces écarts pouvaient être aussi importants pour des politiques de même nature gérées par des caisses de sécurité sociale (avec, par exemple, des écarts constatés dans le nombre moyen d’admission aux pensions d’invalidité) ou par l’État (comme en témoigne le taux d’équipement en Esat par territoire). Ces écarts sont selon le rapport surtout liés au caractère individualisé des prestations attribuées sur la base d’une évaluation de la situation et de l’environnement de vie de la personne. Un transfert en gestion directe à la branche autonomie de ces prestations ne serait donc pas en soi la garantie de plus d’équité.

[25] **Ces écarts, dont l’analyse et la réduction sont prévues par la Cog 2022-2026 de la CNSA, restent encore insuffisamment objectivés et expliqués.** La Cog 2022-2026 prévoit d’améliorer la qualité de service et l’équité de traitement en MDPH<sup>124</sup>. Des actions, antérieures à la Cog (ex : diffusion de référentiels, formations, harmonisation des processus via le SI, cf. annexe n°7) ou prévues par elles, comme la mise en place d’une démarche de contrôle interne partagée avec les MDPH, sont susceptibles de réduire les disparités de traitement. Par ailleurs, la Cog 2022-2026 prévoit la création, effective aujourd’hui, d’une entité au sein de la CNSA en charge de la fonction statistique. La DPE doit assurer la mise à jour d’une cartographie des données et le recensement des besoins non couvert par les données disponibles. Elle doit aussi engager des travaux avec des partenaires (Drees, DSS, Dares, en particulier) pour améliorer l’évaluation et le pilotage national ou territorial des politiques<sup>125</sup>. Toutefois, sur la base des éléments transmis à la mission, ces démarches n’ont pas encore débouché sur un passage à l’échelle des travaux relatifs aux disparités territoriales de traitement dans le périmètre des MDPH.

---

<sup>122</sup> « *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement* », Laurent Vachey avec la collaboration de Florence Allot et de Nicolas Scotté, septembre 2020.

<sup>123</sup> Aux termes de l’article L. 116-2 du CASF, « *l’action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l’égalité de dignité de tous les êtres humains avec l’objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d’entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l’ensemble du territoire* ».

<sup>124</sup> Voir fiche n°2 « *Accompagner les professionnels des services départementaux et des MDPH pour favoriser la qualité de service et l’équité de traitement* ».

<sup>125</sup> Voir engagement n°14 (« *Organiser la collecte et garantir la qualité des données relatives aux besoins et aux réponses apportées en soutien à l’autonomie à travers les SI pilotés par la CNSA* ») et engagement n°15 (« *Contribuer au croisement des données et à leur analyse* »).

## 4 Il est particulièrement difficile d'apprécier au niveau national la capacité des usagers à contacter leur MDPH

### 4.1 Les indicateurs relatifs à l'accessibilité par différents canaux des MDPH font l'objet d'une mesure encore très imparfaite

[26] La Cog 2022-2026 de la CNSA fonde une vision de l'accessibilité des MDPH proche de celle appliquée au réseau local des autres branches de la Sécurité sociale avec des indicateurs, dont les cibles restent pour une partie d'entre eux à fixer, sur :

- la dématérialisation des demandes d'ouvertures de droits, en particulier via le recours à un téléservice ;
- le ressenti de la réitération, c'est-à-dire le nombre de contacts, quel que soit le canal (téléphone, courriel, accueil physique), qu'un usager pense avoir dû initier pour qu'une même demande soit satisfaite ;
- la satisfaction des usagers par mode de contact ;
- le taux de courriels traités dans les délais (en 48 heures ouvrées hors accusés de réception automatiques) ;
- le taux d'appels aboutis

[27] **Cependant, contrairement aux organismes locaux des autres branches de Sécurité sociale, les MDPH ne disposent ni d'une stratégie multicanale, ni d'outils communs d'organisation de la relation avec les usagers (de type CRM<sup>126</sup>, cf. annexe 6) ni de modes homogènes de mesure des indicateurs.** En conséquence, trois des indicateurs prévus par la Cog (ressenti de la réitération, délai de réponse aux courriels, satisfaction des usagers par mode de contact) restent à ce jour impossibles à mesurer. **Quant aux indicateurs relatifs au taux d'appels aboutis (ou taux de décroché) et au taux de courriels traités dans les délais, ils font l'objet de remontées par les MDPH dans le cadre du rapport annuel d'activité, sans qu'aucune définition commune ait au préalable été adoptée.** Cet indicateur ne figure ni dans le périmètre de l'enquête annuelle ni dans celui du baromètre. Il en résulte des données disparates dont la portée, sur le plan de la qualité du service rendu, est difficile à apprécier.

---

<sup>126</sup> « *Customer relationship management* » ou outil de gestion de la relation clients : il s'agit à la fois d'une stratégie et, le cas échéant, d'un outil aidant les organisations à interagir, quel que soit le canal concerné, avec leurs clients ou prospects ou usagers.

## 4.2 L'utilisation du téléservice, déployé fin 2023 dans environ 90 MDPH, ne concernerait encore qu'une part minoritaire des demandes

[28] Selon les données de suivi du programme SI-MDPH<sup>127</sup> (cf. annexe n°8), à fin 2023, 90 MDPH utilisaient ou prévoient d'utiliser le téléservice « MDPH en ligne », contre 82 à fin 2022. Le nombre de dossiers déposés via le téléservice était estimé en 2023 à 115 799 (contre 86 631 en 2022), avec 67 départements à fin 2023 (61 à fin 2022) qui présentaient un taux de dématérialisation au moins égal à 5 % des demandes.

[29] Il est difficile de comparer ces taux de déploiement du téléservice et de dématérialisation des demandes avec ceux calculés à fin 2022 à partir du rapport annuel d'activité des MDPH. Le nombre de MDPH déclarant utiliser un portail usager (ou un téléservice, dont « MDPH en ligne », y apparaît plus faible (77 MDPH à fin 2022). Il en va de même du taux de demandes faites en ligne, avec seul un tiers des MDPH indiquant un taux supérieur ou égal à 5 % du total des demandes effectuées en 2022.

Tableau 4 : Évolution du déploiement et de l'utilisation d'un portail usager (ou d'un téléservice) en MDPH entre 2019 et 2022

	2019	2020	2021	2022
Nombre de MDPH répondantes	97	100	91	100
Nombre de MDPH déclarant l'existence d'un portail usager (ou téléservice)	53	64	62	77
Nombre de MDPH déclarant un taux de demandes faites en ligne supérieur ou égal à 5 %	-	12	17	33

Source : Mission à partir de la consolidation réalisée par la DPAP de la CNSA des données des rapports annuels d'activité des MDPH.

<sup>127</sup> Support du comité d'orientation stratégique du programme SI-MDPH daté du 13 décembre 2023. Le déploiement du téléservice et de l'évolution du taux de dématérialisation des demandes fait l'objet d'un double suivi à la CNSA, à la fois via les remontées annuelles des MDPH et dans le cadre du pilotage du SIH. Il est difficile de réconcilier ces données dont les sources et la nomenclature diffèrent. La mission s'est fondée en priorité ici sur les données issues des rapports d'activité qui permettent, avec les limites liées à leur caractère déclaratif et au faible encadrement des définitions retenues, d'apprécier l'évolution du recours au téléservice (ou à un portail usager autre que celui mis à disposition par la CNSA) entre 2019 et 2022 (cf. tableau n°4).



### 4.3 Le taux de décroché, dont la définition retenue diffère selon les MDPH, serait anormalement bas dans plusieurs départements

[30] **Le taux de décroché fait partie des indicateurs les moins robustes et les plus biaisés parmi ceux remontés par les MDPH :**

- **il est calculé à partir d'un nombre d'appels téléphoniques reçus qui est lui-même comptabilisé de façon hétérogène** : certaines MDPH ne prennent en compte que les appels filtrés par la plateforme (à l'exclusion des appels excédant les capacités de réponse), d'autres l'ensemble des appels reçus ;
- **il fait l'objet de définitions différentes selon les MDPH** : certaines calculent ce taux à partir de l'ensemble des appels reçus, d'autres uniquement à partir des appels filtrés par l'outil ; certaines comptabilisent uniquement les appels reçus par l'accueil téléphonique, d'autres l'ensemble des appels reçus par la MDPH, y compris ceux pris en charge par les agents en charge de l'instruction ou de l'évaluation des dossiers ; enfin, certaines MDPH ne prennent en charge que les appels de niveau 2, à l'exclusion des appels de niveau 1, non comptabilisés, et dont la réponse est assurée par les services du département ;
- **certaines MDPH indiquent être dans l'incapacité de le mesurer, dans l'absolu ou de façon fiable**, soit parce qu'elles ne disposent pas d'outil, soit parce que cette comptabilisation est réalisée manuellement, avec des erreurs, par les agents d'accueil, soit parce que les appels à destination des MDPH, quand ils sont pris en charge par des plateformes du département, ne peuvent être tracés parmi l'ensemble des appels reçus ;
- **enfin, cet indicateur est particulièrement sensible aux choix d'organisation et d'allocation des moyens réalisés par les MDPH** : l'extension des plages d'accueil téléphonique, mais aussi celles de l'accueil physique, le périmètre et la profondeur des informations disponibles sur le site internet de la MDPH, ou encore sur le portail usagers ou le téléservice (par exemple, possibilité de savoir où en est un dossier de demande), le volume d'ETP consacrés à la prise en charge des appels, leur taux d'absentéisme sont autant de facteurs susceptibles d'influencer le niveau du taux de décroché.

[31] **Les données issues des rapports annuels d'activité entre 2019 et 2022 confirment le caractère très lacunaire de cet indicateur tout en fournissant des indices sur les marges d'amélioration qui subsistent (cf. tableau n°5).** Le volume d'appels téléphoniques, de l'ordre de 4,6 M en 2022, aurait diminué par rapport à 2019. Le nombre de MDPH communiquant leur taux de décroché reste, en dehors de l'année 2020, de l'ordre de deux tiers du total. La part d'entre elles déclarant un taux de décroché inférieur à 50 %, qui avait atteint près de la moitié des répondantes en 2020, serait moindre, de l'ordre de 19 % des répondantes en 2022.

Tableau 5 : Évolution du nombre d'appels téléphoniques reçus et du taux de décroché entre 2019 et 2022

	2019	2020	2021	2022
Nombre de MDPH répondantes à la variable (A)	92	102	87	92
(A)Nombre d'appels téléphoniques reçus	5 386 692	4 779 420	4 478 393	4 629 430
Nombre de MDPH répondantes à la variable (B)	57	102	60	68
(B)Nombre de MDPH indiquant un taux de décroché inférieur à 50 %	28	52	9	13

Source : Mission à partir de la consolidation réalisée par la DPAP de la CNSA des données des rapports annuels d'activité des MDPH.

## 5 L'appréciation du niveau de satisfaction des usagers des MDPH repose sur des données encore peu significatives

### 5.1 Le taux de recours préalable obligatoire, estimé en moyenne à 2,6 % en 2022, n'est pas à proprement parler un indicateur de satisfaction

[32] **Le taux de Recours préalable obligatoire (Rapo)<sup>128</sup> est un indicateur qui ne peut pas être interprété de façon isolée.** Il n'est pas à proprement parler un indicateur de satisfaction, ni un indicateur de qualité de service. Il est malgré tout utile dans le pilotage d'une MDPH pour identifier une éventuelle dégradation dans les relations avec les usagers. Il peut ainsi intégrer le faisceau d'indices permettant d'apprécier et de comparer le service rendu aux usagers par les MDPH. En revanche, le taux de réclamations traitées par les MDPH dans les délais, inscrit dans la Cog actuelle de la CNSA, n'est pas suivi.

[33] **Le taux de Rapo, pour lequel la mission dispose de données transmises par la DPE pour l'année 2022 (cf. tableau n°6) varie entre 0 et 7,4 % selon les MDPH.** Comme l'a constaté la mission dans le cadre de ses déplacements, plusieurs facteurs sont susceptibles de faire varier le taux de Rapo et, le cas échéant celui des recours contentieux :

- l'existence d'une fonction de médiation/conciliation<sup>129</sup> structurée et assumée par une ou plusieurs personnalités qualifiées au sein de la MDPH ;

<sup>128</sup> Le Rapo s'adresse à une administration, en l'espèce la MDPH, et constitue un préalable obligatoire à la saisine du juge administratif.

<sup>129</sup> L'article L. 146-13 du CASF prévoit que chaque MDPH doit désigner en son sein une personne référente chargée de recevoir et d'orienter les réclamations individuelles. Cette possibilité de recours à la médiation doit être mentionnée sur la notification de la décision de la CDAPH. Il en va de même du dispositif de conciliation. La liste des personnalités qualifiées est arrêtée par la présidence de la Commission exécutive de la MDPH.

- le degré d'échanges avec les usagers en amont de la décision de la CDA, le cas échéant avec envoi préalable d'un Plan personnalisé de compensation (PPC – voir annexe n°6), ces échanges favorisant à la fois la pertinence de la décision proposée par les équipes pluridisciplinaires et sa compréhension par l'utilisateur ;
- le taux d'accord, la proportion de Rapo étant logiquement corrélée avec le nombre de refus ;
- s'agissant des recours contentieux, les pratiques des juridictions, et leur degré de publicité, sujets non investigués par la mission, pourraient aussi influencer les comportements des usagers.

Tableau 6 : Taux de Rapo et taux de recours contentieux en MDPH en 2022

Nombre d'avis et décisions <sup>130</sup>	Nombre de Rapo <sup>131</sup>	Taux de Rapo	Nombre de recours contentieux <sup>132</sup>	Taux de recours contentieux
4 382 996	114 875	2,62 %	6 743	0,15 %

Source : Mission à partir des données DPE.

## 5.2 Les modalités de mesure de la satisfaction des usagers limitent la portée des conclusions, par ailleurs mitigées, qui peuvent en être tirées

[34] Depuis 2018, une enquête nationale en continu (dite MSU<sup>133</sup>), accessible sur le site [mamdph-monavis.fr](http://mamdph-monavis.fr), permet de recueillir l'appréciation des usagers sur leur MDPH. Les résultats relatifs à l'année N-1 de cette enquête sont synthétisés par la CNSA au premier trimestre de l'année N. Les résultats par MDPH de quatre indicateurs issus de cette enquête sont également intégrés au baromètre des MDPH<sup>134</sup>.

[35] Cette enquête présente plusieurs limites d'ordre méthodologique :

- si le nombre global de participants à l'enquête a augmenté de 123 % entre 2020 et 2023, il reste faible rapporté au nombre de personnes ayant déposé une demande auprès d'une MDPH en 2022 (66 498 participants en 2022 pour 1,7 M de personnes ayant déposé une demande) ;

<sup>130</sup> 101 MDPH répondantes pour les décisions et 99 pour les avis. Le chiffre de 4 382 996 avis et décisions en 2022, à partir duquel est calculé ce taux de Rapo, est un chiffre non retraité communiqué par la DPE. C'est en raison de cette absence de redressements qu'il est différent du chiffre de 4 860 272 avis et décisions en 2022 utilisé dans l'annexe n°3 « charges et moyens ».

<sup>131</sup> 98 MDPH répondantes.

<sup>132</sup> 94 MDPH répondantes.

<sup>133</sup> Mesure de la satisfaction des usagers.

<sup>134</sup> Taux de satisfaction globale ; taux de satisfaction concernant l'accueil ; taux de satisfaction concernant l'expression des besoins ; taux de satisfaction concernant les aides en réponse aux besoins.

- les participants à l'enquête ne constituent pas un échantillon représentatif des usagers des MDPH en l'absence redressements effectués par la CNSA ;
- en 2023, seules 60 MDPH affichaient un nombre de participants au moins égal à 100, dont 23 comptabilisaient au moins 1 000 participants (cf. tableau n°7) ;
- la structure courte du questionnaire en ligne, dont le renseignement prend environ trois minutes, ne permet d'identifier qu'une partie des motifs de satisfaction et d'insatisfaction des usagers : par exemple, il n'aborde pas l'appui aux usagers pour réaliser les démarches nécessaires à l'ouverture de leurs droits (remplissage du formulaire, en particulier) ;
- les résultats ne sont pas comparables d'année en année en raison du changement du mode de comptabilisation des réponses opéré par la CNSA sur certains items et certaines années<sup>135</sup> ;
- enfin, rien n'interdit à un usager de répondre plusieurs fois à la même enquête annuelle, ou même à une personne n'ayant jamais eu recours à la MDPH d'y participer.

Tableau 7 : Principaux résultats de la Mesure annuelle de la satisfaction (MSU) des usagers entre 2020 et 2023

	2020	2021	2022
Nombre total de participants à l'enquête	34 622	51 217	66 498
Nombre de MDPH avec au moins 100 participants à l'enquête	48	68	58
Nombre de MDPH avec au moins 1 000 participants à l'enquête	10	14	19
Satisfaction globale (en %)	74	77	65
Satisfaction concernant l'accueil (en %)	-	79	85
Satisfaction concernant l'expression des besoins (en %)	86	86	82
Satisfaction concernant les aides en réponse aux besoins (en %)	72	83	64

Source : Mission à partir des données du baromètre MDPH.

<sup>135</sup> En 2021, les items de réponse étaient « oui », « moyennement », « non », « vous ne savez pas ». En 2022 : « plutôt oui », « plutôt non », « non », « vous ne savez pas ». Les résultats 2023, publiés par la CNSA en mars 2023, ne sont pas repris ici car le mode de comptabilisation des réponses « vous ne savez pas » diffère de celui retenu en 2022.

### 5.3 Le taux de 65 % d'usagers globalement satisfaits en 2022 masque la persistance d'irritants mal traduits par le baromètre des MDPH

[36] **Les indicateurs annuels issus de la MSU repris chaque trimestre dans le baromètre des MDPH sont difficiles à interpréter et ne reflètent qu'une partie des résultats obtenus.** Deux points d'attention sont en particulier absents du baromètre des MDPH, même s'ils figurent bien dans la synthèse nationale (sans distinction des résultats par MDPH) réalisée au T1 par la CNSA. Le premier concerne le temps de réponse de la MDPH aux demandes d'aide, avec plus de la moitié des répondants qui l'estiment insatisfaisant. Le second concerne la facilité à joindre la MDPH (insatisfaisante selon 36 % des répondants) et à y identifier les bons interlocuteur (insatisfaisante selon 42 % des répondants). Ces deux points sont détaillés dans l'annexe relative à la relation usagers.

[37] **L'enquête *ad hoc* réalisée entre novembre et décembre 2023 par Ipsos à la demande de la DITP constitue une source complémentaire plus robuste pour apprécier le retour des usagers sur les MDPH.** Fondée sur un échantillon représentatif de 300 personnes ayant effectué une démarche auprès d'une MDPH au cours des trois dernières années, elle a fait l'objet de redressements statistiques<sup>136</sup>. Elle confirme une partie des constats qui peuvent être établis à partir de la MSU : 8 % des répondants n'ont pas réussi à joindre quelqu'un à la MDPH et 17 % ont réussi mais avec beaucoup de difficultés ; 45 % des répondants jugent qu'il est difficile d'obtenir des informations ou des aides auprès des MDPH ; 60 % des répondants ont jugé le délai de réponse de la MDPH trop long. Parmi les points positifs qui ressortent de cette enquête, plus de deux tiers des répondants indiquent que leur démarche auprès de la MDPH a abouti et 61 % estiment qu'ils ont trouvé facilement l'information dont ils avaient besoin pour réaliser leur démarche.

---

<sup>136</sup> Méthode des quotas appliquée au sexe, à l'âge, à la région, à la catégorie d'agglomération et à la profession de la personne interrogée.

# ANNEXE 5 : L'exercice d'évaluation du handicap en MDPH

<b>ANNEXE 5 :</b>	<b>L'EXERCICE D'ÉVALUATION DU HANDICAP EN MDPH .....</b>	<b>102</b>
<b>1</b>	<b>L'EXERCICE ÉVALUATIF S'APPUIE SUR UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DONT L'ORGANISATION SE RAPPROCHE D'UNE CHAÎNE DE TRAITEMENT .....</b>	<b>104</b>
1.1	L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE MOBILISE DES PROFESSIONNELS INTERNES ET EXTERNES POUR DISPOSER DES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES À SES MISSIONS .....	104
1.1.1	<i>Au sein de la MDPH, les professionnels de l'exercice évaluatif comptent pour plus du tiers des effectifs et se rattachent à sept métiers clés.....</i>	<i>105</i>
1.1.2	<i>Les équipes pluridisciplinaires sont ouvertes aux partenaires.....</i>	<i>105</i>
1.1.3	<i>Les MDPH s'appuient aussi sur des expertises externes pour assurer l'évaluation.....</i>	<i>107</i>
1.2	LES MDPH ONT ENGAGÉ DES EFFORTS IMPORTANTS POUR OPTIMISER LES CIRCUITS INTERNES .....	108
1.2.1	<i>La structuration historique enfant / adulte évolue vers une approche par dominante.....</i>	<i>108</i>
1.2.2	<i>Les MDPH formalisent des processus cibles en vue de resserrer les délais de traitement tout en repérant les situations d'urgence.....</i>	<i>109</i>
1.2.3	<i>Malgré les efforts de structuration, les goulets d'étranglement restent importants à l'étape d'évaluation.....</i>	<i>111</i>
1.3	LES PROFESSIONNELS SOIGNANTS ET LES RÉFÉRENTS D'INSERTION PROFESSIONNELLE JOUENT DES RÔLES VARIABLES DANS LES MDPH DE L'ÉCHANTILLON .....	113
1.3.1	<i>Alors que certaines MDPH restent marquées par une approche médicale du handicap, d'autres substituent aux médecins des ressources infirmières.....</i>	<i>113</i>
1.3.2	<i>Les référents insertion ne sont pas toujours mobilisés pour évaluer l'accès à l'emploi.....</i>	<i>114</i>
<b>2</b>	<b>LE DOSSIER DE DEMANDE, MAL APPROPRIÉ, CONDUIT LES MDPH À S'ENGAGER DANS UN TRAVAIL DE RECUPERATION DES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'ÉVALUATION.....</b>	<b>115</b>
2.1	LE FORMULAIRE IMPACT N'A PAS AMÉLIORÉ L'ACCÈS AUX INFORMATIONS ET DEMEURE COMPLEXE VOIR SOURCE D'UN INÉGAL ACCÈS AUX DROITS .....	115
2.1.1	<i>Le formulaire Impact devait permettre, par son exhaustivité, l'accès aux informations pertinentes.....</i>	<i>115</i>
2.1.2	<i>Le formulaire n'a finalement pas facilité le travail des équipes d'évaluation tandis que sa mobilisation dans un cadre générique reste très minoritaire.....</i>	<i>117</i>
2.1.3	<i>La complexité du formulaire constitue un frein à l'égal accès aux droits.....</i>	<i>121</i>
2.1.4	<i>Le formulaire, non actualisé, apparaît peu adapté aux nouvelles dimensions de la PCH introduites récemment.....</i>	<i>122</i>
2.2	LE CERTIFICAT MÉDICAL (15695*01) ASSOCIÉ À LA DEMANDE MDPH EST INÉGALEMENT APPROPRIÉ PAR LES MÉDECINS.....	123
2.3	À DÉFAUT DE DISPOSER DES INFORMATIONS ADEQUATES POUR ÉVALUER LES DEMANDES, LES MDPH S'ENGAGENT DANS DES STRATÉGIES DE RECUPERATION .....	124
2.3.1	<i>Les services d'évaluation demandent régulièrement des pièces complémentaires pour engager l'analyse des dossiers.....</i>	<i>124</i>
2.3.2	<i>La plupart des MDPH ont défini des stratégies locales pour anticiper le recueil de ces pièces complémentaires.....</i>	<i>125</i>
2.4	CE TRAVAIL DE SÉCURISATION DES DOSSIERS CONSTITUE UNE CHARGE MAL MESURÉE POUR LES MDPH, QUI PEUT JOUER SUR LES DÉLAIS.....	125

<b>3</b>	<b>LE TRAITEMENT DE MASSE NE GARANTIT PAS LE RESPECT DU CHAINAGE ENTRE L'ÉVALUATION DE LA SITUATION, L'ÉLABORATION DES PLANS DE COMPENSATION ET LA DECISION PAR LA CDAPH.....</b>	<b>126</b>
3.1	LE RAISONNEMENT EVALUATIF GLOBAL EST CONTRAINT PAR LA GESTION DES DELAIS ET LA REALITE DES RESSOURCES DISPONIBLES.....	126
3.1.1	<i>L'évaluation se fait principalement sur dossier, sauf pour la PCH, où des visites à domicile sont assurées dans la majorité des MDPH de l'échantillon.....</i>	126
3.1.2	<i>L'évaluation globale se résume souvent en une analyse de l'éligibilité des demandes.....</i>	128
3.1.3	<i>L'attribution des droits sans limitation de durée est effective dans les MDPH de l'échantillon, quoi qu'hétérogène.....</i>	129
3.2	LES PLANS PERSONNALISES CONSTITUENT UNE PRATIQUE MARGINALE ET SONT LE PLUS SOUVENT RESERVES A LA PCH OU AUX DOSSIERS ENFANTS.....	131
3.2.1	<i>L'élaboration des plans personnalisés de compensation est marginale, avec un ciblage pré éminent sur la PCH.....</i>	131
3.2.2	<i>Les PPC-PPS peuvent aussi être utilisés à des fins pédagogiques sur les dossiers de scolarisation enfants considérés comme sensibles.....</i>	132
3.3	LA VALIDATION DE LISTE ET LA FAIBLESSE DU NOMBRE DE DOSSIERS REELLEMENT PRESENTES FRAGILISENT LES CDAPH.....	133
3.3.1	<i>Toutes les CDAPH de l'échantillon traitent sur liste, ciblent les dossiers à présenter et suivent majoritairement les propositions de l'EP.....</i>	133
3.3.2	<i>Les débats en CDAPH peuvent être approfondis sans qu'ils épousent pleinement les positions institutionnelles attendues.....</i>	134
3.3.3	<i>La présence en CDAPH des usagers peut influencer la décision notamment quand ils amènent des informations complémentaires.....</i>	136
<b>4</b>	<b>SOUMISE A UN CADRE REGLEMENTAIRE COMPLEXE, L'ÉVALUATION EST REALISEE DANS UN CONTEXTE PARFOIS TENDU PAR LES CONTRAINTES DE MISE EN ŒUVRE.....</b>	<b>137</b>
4.1	UNE SEDIMENTATION CARACTERISE LES NOMBREUX DROITS OUVERTS PAR LES MDPH, QUI SUPPOSENT DES RAISONNEMENTS EVALUATIFS TRES DIFFERENTS.....	137
4.1.1	<i>L'évaluation du handicap repose sur plusieurs instruments de mesure.....</i>	138
4.1.2	<i>En matière de compensation adultes / enfants, la complexité des règles d'éligibilité dépasse l'entendement.....</i>	141
4.2	EN CE QUI CONCERNE L'AAH 2, L'ÉVALUATION REPOSE SUR L'APPRECIATION D'UNE NOTION SUBTILE, LA RESTRICTION SUBSTANTIELLE ET DURABLE D'ACCES A L'EMPLOI.....	144
4.2.1	<i>La notion de restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi est difficile à apprécier.....</i>	145
4.2.2	<i>L'évaluation de la RSDAE s'appuie sur une connaissance insuffisante des compensations déjà engagées comme du marché du travail.....</i>	146
4.2.3	<i>Le taux d'accord concernant l'AAH varie du simple au double selon qu'il s'agisse d'une première demande (45 %) ou d'un renouvellement (90 %).....</i>	148
4.2.4	<i>Le critère du mi-temps crée des effets de seuil préjudiciables aux usagers.....</i>	149
4.3	EN CE QUI CONCERNE LES DISPOSITIFS SCOLAIRES, LA TENSION SUR LES DISPOSITIFS CONDUIT A DES DOCTRINES PEU STABILISEES EN MATIERE DE BONNE ORIENTATION.....	150
4.3.1	<i>La forte demande sociale et l'existence d'une tension sur les solutions est constatée par les MDPH qui réalisent des notifications complémentaires.....</i>	150
4.3.2	<i>La définition cible d'une bonne orientation scolaire est actuellement travaillée au niveau national et local.....</i>	152

[1] **La loi de 2005 fixe une nouvelle méthode d'évaluation, dite globale** : une « évaluation [qui] va au-delà de l'évaluation strictement médicale des incapacités (...) [pour] prendre en compte le projet de vie de la personne, ses aptitudes et potentialités et (...) élargir l'évaluation aux conséquences sociales du handicap, notamment aux conséquences sur la capacité à exercer un emploi. <sup>137</sup> ». Le guide d'évaluation des besoins de compensation (Geva), introduit au L 146-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)<sup>138</sup>, en décline les principes.

[2] Il structure le recueil d'information et fixe le périmètre de l'évaluation, qui : « ne se limite pas recueillir les éléments strictement nécessaires pour se prononcer sur l'éligibilité à l'une ou l'autre des prestations et doit être conduite de façon globale. Elle aborde différentes dimensions de la situation de la personne handicapée. Elle comporte une approche de ses facteurs personnels, de son environnement et des interactions qui existent entre les deux. Elle requiert aussi de prendre connaissance et de mettre en cohérence les autres démarches déjà effectuées par la personne ainsi que les prises en charge et accompagnements dont elle bénéficie déjà<sup>139</sup> ».

[3] **L'évaluation suppose ainsi de comprendre la situation globale d'une personne, son projet, ses besoins mais encore son parcours. C'est à la suite de cette compréhension, individualisée, que des droits et mesures, obéissant à des références réglementaires précises, peuvent être mobilisés. La notion d'évaluation renvoie ainsi à deux objectifs distincts : la compréhension d'une situation de handicap, la vérification d'une éligibilité aux droits.** La présente annexe s'attachera à décrire comment les MDPH, et leurs équipes pluridisciplinaires, répondent à cette ambition première.

## 1 L'exercice évaluatif s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire dont l'organisation se rapproche d'une chaîne de traitement

### 1.1 L'équipe pluridisciplinaire mobilise des professionnels internes et externes pour disposer des compétences nécessaires à ses missions

[4] La composition de l'équipe pluridisciplinaire (EP) doit permettre d'évaluer tous types de besoins en réunissant des professionnels ayant « des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle »<sup>140</sup>. **Les textes prévoient que la composition varie en fonction des situations. Ils ne fixent ni seuil minimal ni composition type, même si une disposition du CASF précise que la présence d'enseignants est requise pour toute évaluation relative aux demandes liées à la scolarisation.** Dans le silence des textes, la notion d'équipe s'entend, selon la CNSA, *a minima* comme un binôme.

---

<sup>137</sup> Exposé des motifs de la loi de 2005.

<sup>138</sup> L'équipe pluridisciplinaire évalue sur la base du projet de vie et « de références définies par voie réglementaire. »

<sup>139</sup> Manuel d'utilisation du Geva, publié en 2008 : [manuel GEVA mai 2008 \(cnsa.fr\)](http://manuel.GEVA.mai.2008.cnsa.fr).

<sup>140</sup> R 146-27 du CASF.



[5] La mission relève toutefois que la définition proposée par le site gouvernemental mon parcours handicap invite à la souplesse : « tous les membres d'une même équipe ne sont pas mobilisés pour le traitement de tous les dossiers déposés à la MDPH. Les membres interviennent en fonction des compétences à mobiliser nécessaires pour assurer les missions ».

### 1.1.1 Au sein de la MDPH, les professionnels de l'exercice évaluatif comptent pour plus du tiers des effectifs et se rattachent à sept métiers clés

[6] La mission a pu retraiter les données transmises par les MDPH à la CNSA (voir annexe n°3), disponibles pour les années 2017 à 2022. Bien que ces données comportent des biais importants<sup>141</sup>, elles attestent que les ETP directement positionnés sur l'exercice évaluatif (agents d'évaluation et d'élaboration des plans, référents d'insertion, correspondants de scolarisation, référent de compensation technique et coordonnateurs) comptent parmi les premiers effectifs des MDPH (moyenne de 36 % des ETP travaillés en 2022).

[7] Selon la compilation 2022 des rapports d'activité (RA) des MDPH réalisée par la CNSA, sept métiers principaux se rattachent à l'évaluation : médecin, infirmier, ergothérapeute, travailleur social, agent administratif, psychologue, enseignant ou professeur des écoles. Cette structuration est conforme aux observations de la mission dans le cadre de ses déplacements.

[8] Concernant les enseignants ou professeurs des écoles, leur mise à disposition par l'Education nationale, est prévue dans les conventions constitutives du GIP. D'un point de vue quantitatif, la Dgesco a transmis à la mission des données qui attestent de l'augmentation des ETP d'enseignants et de psychologues affectés en MDPH entre 2016 et 2023 (+ 30 % d'ETP de 200,3 à 261,5). Cette augmentation est, en moyenne, vérifiée dans les MDPH de l'échantillon. Des vacances de postes temporaires ont néanmoins pu mettre les équipes en difficulté. Par ailleurs, la composition type des effectifs a évolué par rapport aux conventions initiales avec une baisse relative de la part de travailleurs sociaux et d'assistants administratifs et une hausse en proportion de celle des enseignants.

### 1.1.2 Les équipes pluridisciplinaires sont ouvertes aux partenaires

[9] Le CASF prévoit explicitement la présence de certains partenaires dans les équipes pluridisciplinaires des MDPH. Sont mentionnés les enseignants, dont la présence est obligatoire à l'évaluation des dossiers de scolarisation<sup>142</sup>. Sont également cités les centres de ressource autisme (CRA), les établissements et services de réadaptation professionnelle ou de pré-orientation (ESRP, SPO) et les unités d'évaluation, de ré-entraînement et d'orientation sociale et professionnelle<sup>143</sup>.

---

<sup>141</sup> Les ETP relevant de cet exercice sont comptabilisés selon 4 fonctions : agents d'évaluation et d'élaboration des plans, référents d'insertion, correspondants de scolarisation, référent de compensation technique et coordonnateurs de l'EP. Par ailleurs, l'ensemble des effectifs des MDPH ne figure pas dans ces données, et notamment, en ce qui concerne l'évaluation, sa prise en charge par les équipes médico-sociales du conseil départemental. En outre, ces données sont déclaratives.

<sup>142</sup> R. 146-27 du CASF.

<sup>143</sup> Articles D312-161-14, D312-161-26, D312-161-3 du CASF.

[10] L'exploitation des bilans d'activité des MDPH pour l'année 2022 par la CNSA identifie les acteurs que les MDPH déclarent mobiliser dans ce cadre. L'Education nationale se distingue comme le premier partenaire. Les établissements sociaux et médicaux sociaux comme le service public de l'emploi (Pôle emploi et Cap emploi d'abord, les missions locales ensuite) comptent au second rang. Concernant Pôle emploi, sa participation aux EP est régie par un cadre conventionnel spécifique<sup>144</sup> et se traduit par la mobilisation de professionnels psychologues du travail ou conseillers accompagnement (voir annexe n°8). Viennent enfin les services du conseil départemental, les services hospitaliers et le secteur associatif. De manière plus ponctuelle les CARSAT, les CCAS, les CPAM et les centres ressources autisme y contribuent.

[11] **Comme la mission l'a observé, l'Education nationale est systématiquement présente dans les évaluations liées à la scolarisation grâce à la mobilisation des agents mis à disposition ou d'autres professionnels** (enseignants référents à la scolarisation des élèves en situation de handicap, psychologues scolaires, médecins scolaires).

[12] **Les autres partenaires sont plutôt positionnés en second niveau (voir *infra*), en apport d'expertise.** Ainsi, dans le Finistère, une réunion de synthèse emploi se tient hebdomadairement et examine entre 20 et 40 dossiers avec l'ensemble des acteurs de l'emploi (Pôle emploi, conseiller cap emploi, mission locale, service de santé au travail, le pôle désinsertion professionnelle de la CPAM et la CARSAT). De la même manière, plusieurs MDPH ont instauré des EP dédiées à l'évaluation des situations présentant un diagnostic de troubles du spectre autistique (TSA), de troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou de troubles du neuro-développement (TND). La Haute-Garonne y associe, par exemple, des médecins du CRA et du CHU. Par ailleurs, ces EP élargies ciblent également des situations à risque, notamment dans les parcours en établissements médico-sociaux. Ainsi, en Moselle, des professionnels des ESMS peuvent être associés à des EP prioritairement dédiées à l'analyse des demandes de sorties d'ESMS ou aux premières admissions adultes. L'APEI Moselle, importante association gestionnaire d'établissements, a indiqué à la mission que cette présence facilite une vision commune tant sur les projets d'orientation que sur ceux de sortie.

[13] **Le nombre de demi-journées consacré à ces EP partenaires est très variable dans les MDPH de l'échantillon.** Il varie presque du simple au triple entre le Val-de-Marne et la Haute Garonne par exemple, qui constituent des MDPH de taille équivalente. A l'inverse, la Somme, presque trois fois plus petite que les Bouches-du-Rhône présente un volume équivalent de demi-journées consacrées aux EP partenaires.

---

<sup>144</sup> Cette participation est effective dans l'ensemble des MDPH de France, selon un bilan interne mené par la direction générale de Pôle emploi en 2022. Elle représente une mobilisation le plus souvent de l'ordre d'un ou deux jours par mois de temps opérationnel. Les ETP mobilisés par l'opérateur sont à 2/3 des psychologues du travail et à 1/3 des conseillers accompagnement.

Tableau 1 : Nombre de demi-journées consacrées par les partenaires aux EP dans les MDPH de l'échantillon en 2022

	Nombre de demi-journées annuelles consacrées par les partenaires aux EP
Allier	184
Bouches-du-Rhône	1164
Finistère	175
Haute-Garonne	233
Moselle	660
Somme	1086
Val-de-Marne	68

Source : Mission, à partir des données CNSA

### 1.1.3 Les MDPH s'appuient aussi sur des expertises externes pour assurer l'évaluation

[14] En complément, les MDPH peuvent s'appuyer sur des partenaires, soit dans le cadre de conventions financières soit à titre gratuit, pour procéder à des évaluations qui sont ensuite utilisées par l'équipe pluridisciplinaire. La compilation 2022 des rapports d'activité des MDPH réalisée par la CNSA indique que deux tiers déclarent y avoir eu recours<sup>145</sup>. Dans les déplacements réalisés par la mission, ces externalisations recouvrent deux champs principaux :

- **elles concourent à l'évaluation de la PCH.** Dans la Somme, les évaluations de la PCH aide humaine sont réalisées par les assistantes sociales du conseil départemental. Dans le Val-de-Marne, trois quart des évaluations nécessitant l'intervention d'un ergothérapeute sont externalisées, à des structures spécialisées (APF, ILVM, Partage) qui assurent une prestation de service à la MDPH. Le bilan tiré par cette externalisation est nuancé, notamment car les délais sont jugés longs, les structures conventionnées peinant à stabiliser leurs effectifs. En Moselle, le dispositif Eqlaat<sup>146</sup> est mobilisé dans le cadre de l'évaluation des aides techniques ;

<sup>145</sup> Parmi les partenaires référencés figurent les conseils départementaux, les SAVS, les SAMSAH et les CLIC (principalement pour l'évaluation de la PCH aide humaine) ; l'ANAH, les PACT, les mutualités et les SAVS (pour les aides techniques) ; les centres ressources et les services hospitaliers (pour les expertises médicales) ; le service public de l'emploi (pour les prestations d'orientation). La pratique observée par la mission dans ses déplacements consiste plutôt à s'appuyer sur un ou deux opérateurs d'externalisation.

<sup>146</sup> Une expérimentation (article 51 du PLFSS 2018) relative à la mise en place d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques est en cours dans 24 territoires. Celle-ci permet de mieux accompagner la réponse aux besoins par une visite à domicile, assortie, le cas échéant d'un prêt de matériel. La CNSA a vocation à en tirer un bilan.

### **G., 66 ans, demande d'un complément technique pour améliorer sa mobilité**

G. vit avec son père de plus de 90 ans, qui n'est pas autonome. Il bénéficie d'une aide humaine suite à un dossier déposé avec l'appui de sa sœur. Pour faciliter sa mobilité, son médecin lui a prescrit une ordonnance de tricycle, manuel ou à pédale. Un nouveau dossier est adressé à la MDPH en décembre 2022. Lors de l'analyse, l'EP veut s'assurer du bon ciblage de l'outil. Le centre d'information et de conseil sur les aides techniques (CICAAT, porteur du dispositif Eqlaat) est sollicité. Une visite à domicile a lieu et est également l'occasion d'aborder la piste du scooter électrique. La famille préfère le un tricycle adapté pour faire ses courses sur une piste sécurisée. Suite à l'essai positif du matériel, le bilan est transmis à la MDPH. G. se voit notifier en juin 2023 une notification d'aide technique (ainsi qu'une aide humaine revue à la hausse). Au regard des remboursements sécurité sociale, PCH et mutuelles, une demande de mobilisation du fonds de compensation est introduite, dont la décision positive couvrant le reste à charge est notifiée en décembre 2023.

- **elles participent à l'évaluation des demandes liées à l'emploi, dans le cadre de procédures parfois très raccourcies.** La Somme mobilise ainsi un médecin du service inter-entreprise de médecine du travail, formé à l'évaluation du handicap. Il pré-évalue les demandes de RQTH issues de son service. En retour, les dossiers ainsi adressés sont traités de manière accélérée par la MDPH. La Haute-Garonne s'appuie sur la prestation d'orientation professionnelle spécialisée (POPS) prévue dans le cadre de la convention avec Pôle emploi préalablement à une action de formation. Le Val-de-Marne a établi une procédure accélérée de traitement des demandes de RQTH adressées par la médecine du travail, qui a essaimé à l'échelle régionale dans le cadre du Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH).

## 1.2 Les MPDH ont engagé des efforts importants pour optimiser les circuits internes

[15] **L'optimisation de l'organisation des équipes d'évaluation apparait comme un enjeu majeur pour les directions des MDPH.** Lors des échanges avec elles, six ont fait spontanément référence à des réorganisations récentes des pôles d'évaluation, en vue de trouver le modèle le plus efficient pour concilier la profondeur de l'exercice et les délais de traitement.

### 1.2.1 La structuration historique enfant / adulte évolue vers une approche par dominante

[16] **En 2014, un rapport du Haut conseil de la santé publique<sup>147</sup> mentionnait l'existence de trois types de structuration dans les services d'évaluation : par unité d'âge, en lien historique avec les Cotorep et les CDES, par type de demande et par dominante de projet de vie.** L'organisation par unité d'âge restait encore majoritaire (60 MDPH concernées) et le rapport mentionnait une tendance à la structuration par demande type et par projet de vie.

---

<sup>147</sup> Enquête quantitative sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensation du handicap par les MDP, Rapport final, 2014, Haut conseil de la santé publique

[17] Les déplacements effectués par la mission corroborent cette évolution même si deux modèles se dégagent<sup>148</sup>. Les MDPH de taille moyenne (Moselle, Finistère, Somme) ont opté pour ce type d'organisation tandis que les trois plus grandes MDPH (Bouches-du-Rhône, Val-de-Marne, Haute-Garonne) ont conservé une distinction entre services adulte et enfant. Dans les organisations par projet de vie, trois thématiques dominent : la vie quotidienne (qui assure le traitement de la PCH), la vie professionnelle et les parcours de scolarisation. Selon la mission d'appui opérationnel de la CNSA (MAOP), l'organisation la plus efficace est celle qui assure un traitement par « *demande pilote* » afin de mobiliser l'expertise au bon niveau par rapport au besoin individuel tout en traitant l'ensemble des droits au sein d'une même équipe.

[18] **Quel que soit le principe d'organisation retenu par la MDPH, des critères plus thématiques guident ensuite la conduite hebdomadaire des équipes d'évaluation avec des sous catégories pour lesquelles les MDPH disposent de processus cible d'adressage.** Des équipes spécialisées enfant sont maintenues quel que soit le mode de structuration des services.

## 1.2.2 Les MDPH formalisent des processus cibles en vue de resserrer les délais de traitement tout en repérant les situations d'urgence

### 1.2.2.1 Des équipes de premier niveau ont été mises en place et assurent, dans un cadre parfois non pluridisciplinaire, une part majoritaire du traitement

[19] **Le référentiel de missions et de qualité de service (RMQS) de la CNSA pose le principe d'un traitement de niveau 1** : « *il est nécessaire d'adapter la dimension de la démarche d'évaluation à la situation. Les situations pour lesquelles l'équipe dispose de tous les éléments nécessaires doivent être traitées en pluridisciplinarité mais au sein d'équipes restreintes se réunissant fréquemment pour réduire les délais d'attente. C'est seulement lorsque l'information disponible n'est pas suffisante - quantitativement ou qualitativement- ou lorsque la construction de la réponse s'avère complexe que des modalités complémentaires d'évaluation doivent être mobilisées* ». Cette recommandation a été largement suivie. **78 MDPH ont répondu avoir mis en place ces équipes de 1<sup>er</sup> niveau<sup>149</sup>**. Dans 51, elles traitent au moins 50 % des dossiers.

Tableau 2 : Part des dossiers traités en EP de premier niveau en 2022

Nombre de MDPH	Part des dossiers traités en EP 1
8	0 à 25 %
19	25 à 50 %
34	50 à 75 %
17	75 à 100 %

Source : Mission, à partir des données CNSA

<sup>148</sup> Hors cas de l'Allier, très spécifique. Son organisation est mixte, centralisée à Moulins pour les évaluations enfants et territorialisée en trois sites (Moulins, Montluçon et Vichy) pour les évaluations adultes.

<sup>149</sup> Sur 101 répondantes et selon la consolidation des rapports d'activité 2022 réalisée par la CNSA.

[20] **Toutes les MDPH de l'échantillon ont opté pour cette organisation et traitent ainsi au moins 50 % des dossiers, avec un maximum dans le Val-de-Marne.** Les EP de niveau 2 sont de facto réservées aux situations qui n'ont pu être traitées par le premier niveau. En conséquence les EP partenariales mentionnées plus haut sont toutes de EP de niveau 2<sup>150</sup>.

[21] **Dans cinq MDPH, ces évaluations de premier niveau sont réalisées dans un cadre non pluridisciplinaire, avec un seul professionnel, soignant. Ces MDPH déclarent qu'il s'agit de demandes simples, sèches<sup>151</sup> ou liées entre elles, sans que la mission ait pu le vérifier formellement.** Selon son rapport d'activité 2022, le Finistère traite ainsi 33 % des dossiers déposés à savoir des CMI ou RQTH seules ou une double demande CMI-RQTH.

Tableau 3 : Recours éventuel à de la mono-évaluation dans les MDPH de l'échantillon en 2022

MDPH	Part des dossiers évalués en EP 1	Recours éventuel à la mono-évaluation en EP 1
Allier	25 à 50 %	Non
Bouches-du-Rhône	50 à 75 %	Oui
Finistère	50 à 75 %	Oui
Haute-Garonne	50 à 75 %	Oui
Moselle	50 à 75 %	Non
Somme	50 à 75 %	Oui
Val-de-Marne	75 à 100 %	Oui

Source : Mission, à partir des données CNSA

[22] **La MAOP recommande de structurer des équipes de premier niveau, en capacité de traiter au moins 75 % des dossiers.** L'aiguillage aux étapes d'instruction (travail de qualification préalable) comme le ciblage du niveau d'expertise adéquat sont des leviers pour atteindre cet objectif.

[23] En poussant encore cette approche par niveau, certaines MDPH de l'échantillon ont structuré des cellules de traitement raccourcies. **Dans le cadre de son plan handicap, le Finistère a créé un pôle d'évaluation courte, qui traite à la fois des demandes considérées comme simples et vérifie l'éligibilité à la PCH (avant de passer le relais à un deuxième niveau pour l'attribution de la PCH).** La direction y affecte les nouveaux arrivants, de manière à conforter leurs réflexes professionnels dans une logique polyvalente. Ce pôle a traité 41 % des dossiers en 2023.

### 1.2.2.2 Les sept MDPH visitées par la mission disent avoir mis en place des circuits d'urgence, qui sont néanmoins fragiles

[24] **Les MDPH de l'échantillon déclarent avoir structuré des circuits d'urgence, internes ou à destination des partenaires.** La MDPH de la Moselle organise une EP de premier niveau dédiée aux urgences. La MDPH des Bouches-du-Rhône a formalisé un circuit avec le réseau maladies rares (pour traiter les demandes liées à la sclérose en plaques -SEP, ou la sclérose latérale

<sup>150</sup> A nouveau, la situation de l'Allier est spécifique : l'équipe de 1<sup>er</sup> niveau n'existe que pour le secteur adulte ce qui explique la part moindre de dossiers traités à cette étape (cf tableau 7).

<sup>151</sup> Une demande est dite sèche quand elle porte exclusivement sur l'attribution d'une prestation.

amyotrophique -SLA), avec le centre de lutte contre le cancer comme les hôpitaux psychiatriques. La MDPH de Haute-Garonne dispose de circuits dédiés aux situations d'urgence, repérées en interne ou à l'appui des signalements partenariaux, avec une attention spécifique concernant les ruptures de droits ou les problématiques de mobilité. Cap emploi juge le traitement réactif, par exemple pour accélérer la RQTH en amont d'un recrutement en entreprise adaptée.

[25] **Pour ces situations urgentes, les erreurs de gestion ont des conséquences avérées sur les personnes, ce dont la mission a pu se rendre compte au cours de ses déplacements**<sup>152</sup>.

### 1.2.3 Malgré les efforts de structuration, les goulets d'étranglement restent importants à l'étape d'évaluation

[26] **Au regard de la fluidité relative observée par la mission aux étapes d'enregistrement et d'instruction des dossiers dans les MDPH de l'échantillon, la phase d'évaluation produit des stocks plus importants.** Les diagnostics coconstruits par la MAOP pour les trois MDPH de l'échantillon engagées dans l'appui en attestent. Dans le Finistère, en décembre 2021, 9 965 dossiers étaient à traiter par la MDPH dont 7 278 à évaluer (73 %). Dans le Val-de-Marne, au mois de septembre 2023, 24 681 dossiers étaient en attente de traitement dont 17 148 à évaluer (69 %). En Haute-Garonne, pour le mois de septembre 2023 sur 22 105 dossiers en cours, 18 685 étaient à évaluer (84 %). Ces diagnostics établissent pour deux MDPH que les systèmes d'information ne leur permettent pas d'identifier, par requête simple, le stock en attente à chaque étape de la chaîne. Ces SI reposent en effet sur des bases partiellement fiables : plus de 3 393 dossiers dits pollués en Haute-Garonne<sup>153</sup>. Plus de 3 000 dossiers déposés en 2021 ou préalablement dans le Val-de-Marne bloqués dans la chaîne de traitement en raison d'une solution entravante.

[27] Au-delà des facteurs explicatifs propres aux effectifs mobilisables (ressources affectées), aux demandes elles-mêmes (disponibilités des informations, cf *infra*), au système d'information, la mission a identifié trois problématiques propres aux circuits internes.

[28] **Tout d'abord, le resserrement des délais à chaque étape de la chaîne est un paramètre clé.** Il suppose d'outiller les équipes d'instruction pour orienter les dossiers, sur la base d'une préqualification partagée, vers l'EP à même de le traiter.

[29] **Ensuite, la faiblesse des outils de gestion opérationnelle à cette étape évaluative est réelle.** Il s'agit de disposer de vue globale du nombre de dossiers par étape (à instruire, à évaluer, à décider), d'une typologie des dossiers à traiter (par prestation, par ancienneté, par type de publics), d'indicateurs de capacité de traitement (nombre de dossiers entrants, nombre de

---

<sup>152</sup> La mission a pu ainsi observer la fragilité de ces circuits dans au moins deux MDPH. Lors d'une EP de premier niveau dans une MDPH, un dossier est arrivé avec une balise « urgence » en janvier 2024 alors que la demande datait de 2022. Après recherche réalisée par la MDPH, il s'agissait d'une erreur humaine interne dans le traitement du dossier. Dans une seconde MDPH, c'est sur un temps d'accueil mail que le dysfonctionnement a été repéré. Une usagère, évoquant une pathologie SLA, relançait la MDPH pour savoir où en était son dossier de PCH. La situation n'était pourtant pas inscrite au tableau des urgences, censée les recueillir.

<sup>153</sup> En lien avec la MAOP, la MDPH de Haute-Garonne est en train d'analyser ces dossiers dans le cadre d'un groupe de travail. Le travail exige de faire une typologie des situations, en distinguant celles déjà décidées ou celles ayant fait l'objet de propositions de l'EP non inscrites en CDAPH. Pour partie, l'absence de clôture du dossier à une étape est responsable du blocage.

dossiers sortants) mais également de se doter d'organisations à même de traiter les dossiers dès leur première ouverture. Plusieurs critères encadrent le déroulement d'une équipe pluridisciplinaire. La disponibilité des ressources évaluatives idoines pour statuer sur les dossiers, généralement issue des logiciels RH propres aux MDPH ou du tableau des présences détermine le planning. La priorisation décidée par l'encadrement ou les fonctions de coordination (dossiers les plus anciens, dossiers en rupture de droits, dossiers de parcours de scolarisation pour tenir le calendrier des affectations de l'Education nationale...) cible les dossiers à traiter. Combiner les critères de disponibilité des ressources et de dossiers prioritaires constitue un exercice de planification très fin, réalisé bi- mensuellement ou mensuellement. Il n'est pas appuyé par des outils de pilotage opérationnel suffisants (voir annexe n° 7). **A défaut d'outils de pilotage, certaines MDPH dans lesquelles la mission s'est déplacée ne mesurent pas la productivité type de leurs équipes et ne sont pas en capacité de projeter leurs besoins RH de manière plus fine pour assurer le traitement de leurs dossiers dans les délais.**

[30] **Enfin, le nombre de catégories différentes d'équipes pluridisciplinaires apparaît encore trop important au regard des faibles capacités de pilotage mentionnées ci-dessus.** La grande spécialisation nuit à l'efficacité globale. Le Val-de-Marne a ainsi identifié cette faiblesse dans son organisation interne, avec historiquement 31 EP de premier niveau et 12 EP de second niveau.

[31] **La MAOP met donc actuellement en avant la nécessaire rationalisation du nombre d'EP et l'enjeu de disposer d'un suivi très fin de toute la chaîne de traitement.**

#### **L'amélioration des circuits d'évaluation, deux initiatives récentes dans deux grandes MDPH**

##### **La réorganisation de la saisie en Seine-Saint-Denis**

La saisie des propositions de l'EP dans le SI-harmonisé est une tâche chronophage. Selon la MDPH de Seine-Saint-Denis, décharger les professionnels des équipes d'évaluation de cette tâche administrative a permis d'améliorer leur productivité de 25 %.

##### **Le plan délais porté par la MDPH de la Réunion**

La MDPH de la Réunion se caractérise par une activité intense avec en moyenne 24 000 personnes qui font un dossier chaque année (dont un quart est constitué de nouveaux demandeurs), 2000 dossiers reçus par mois et 100 dossiers par jour. En 2023, la MDPH a traité plus de demandes et a émis plus de décisions qu'en 2022. En dépit de ces efforts, ses délais ont augmenté.

Un diagnostic a été établi au dernier trimestre 2023. 22 droits impactent à 76 % les délais de traitement (dont les principaux sont la CMI et la RQTH). Le plan opérationnel délais a été élaboré et mis en œuvre à compter du 1<sup>er</sup> mars 2024. L'objectif proposé à la commission exécutive est d'atteindre les quatre mois de délais à l'horizon fin 2024. Le plan repose sur un pilotage hebdomadaire fin et des indicateurs de mesures propres à chaque étape.



Parmi les mesures retenues, le plan s'appuie sur la mise en place de deux nouveaux points d'évaluation anticipés dans la chaîne de traitement. Dès l'étape de saisie dans le SI, les dossiers évidents en matière de primo-demande d'AAH, de RQTH, de CMI. Le critère de l'évidence se fonde sur la complétude du dossier et son niveau de remplissage. Les membres d'une équipe disciplinaire volante sont alors saisis quotidiennement, pour assurer, avec l'agent d'instruction une évaluation immédiate. Un peu plus loin dans le circuit, à l'étape de préqualification une approche similaire est structurée pour les renouvellements évidents (critérisés comme suit : répondant au cadre des droits sans limitation de durée, ne demandant aucun droit complémentaire). Sont alors mobilisés des évaluateurs pour une analyse immédiate.

Des objectifs quotidiens de traitement ont été fixés aux équipes qui varient du simple au triple selon le positionnement parmi trois groupes (rythme de croisière, stratégie quick Win 1 ou quick Win 2). Chacune des équipes est appelée à occuper successivement chacun des groupes.

### 1.3 Les professionnels soignants et les référents d'insertion professionnelle jouent des rôles variables dans les MDPH de l'échantillon

#### 1.3.1 Alors que certaines MDPH restent marquées par une approche médicale du handicap, d'autres substituent aux médecins des ressources infirmières

[32] Le bilan de l'utilisation du Geva<sup>154</sup> produit en 2010 par la CNSA, dressait le constat suivant : *"dans les équipes techniques des anciennes Cotorep et CDES, les médecins disposaient d'une sorte de prééminence liée à la conjonction de la conception biomédicale du handicap (...) et l'application du droit régissant le secret médical. Ainsi, c'était le médecin qui « disait le handicap ». L'utilisation du guide barème et la fixation du taux étaient, en pratique, ses prérogatives quasi-exclusives ».*

[33] Les pratiques des MDPH ont évolué depuis cette date, avec un raisonnement global et pluridisciplinaire partagé. Deux modèles se différencient dans l'échantillon, avec des organisations intermédiaires dans les MDPH non mentionnées ci-dessous :

- **trois MDPH continuent d'accorder un rôle prééminent aux ressources médicales<sup>155</sup>.** Les Bouches-du-Rhône, la Somme, le Val-de-Marne privilégient ainsi les médecins pour toute première demande (hors circuits simples CMI et RQTH, voir *supra*). La Somme et le Val-de-Marne ont cité le rôle symbolique des médecins plutôt que d'autres profils pour les familles ou pour les membres de la CDAPH. Le cas des Bouches-du-Rhône est singulier avec des ressources médicales nombreuses, réparties dans deux services séparés des autres pôles d'évaluation<sup>156</sup>. Le fonctionnement interne reste marqué par les cloisonnements disciplinaires. Le recrutement d'infirmières est en cours, dans l'objectif d'une approche plus transversale de l'évaluation du handicap ;

<sup>154</sup> Conformément aux termes du décret de 2008 relatif à son introduction, l'appropriation du Geva a fait l'objet d'une évaluation en 2010, qui est disponible ici : [CNSA\\_GEVA\\_signets-2.pdf](#).

<sup>155</sup> Une MDPH a ainsi confié que « *les médecins décident seuls. On est sur la pathologie et pas sur la déficience.* »

<sup>156</sup> 14 médecins au service médical adultes et 4 au service médical enfants.

- **deux MDPH, l'Allier et la Moselle, qui ne parviennent à recruter de médecins, ont compensé par des ressources infirmières.** Elles réalisent la primo évaluation et aiguillent, le cas échéant, vers un avis médical.

[34] Dans un contexte de crise de la démographie médicale, la contrainte de la disponibilité de la ressource oblige parfois les MDPH à morceler le temps médical sur des petites quotités de travail<sup>157</sup>. **La fluidité des chaînes de traitement est alors affectée dans la mesure où la présence effective des médecins est moins régulière sur la semaine.**

[35] Parmi les profils de médecins, la mission constate le recours majoritaire à des généralistes, même si un psychiatre est présent dans le MDPH du Val-de-Marne et dans les Bouches-du-Rhône. **Les médecins évaluent sur pièces majoritairement.** Le Val-de-Marne, les Bouches-du-Rhône et le Finistère ont maintenu des consultations internes, résiduelles<sup>158</sup>. Des avis spécialisés de psychiatres peuvent également être demandés notamment pour évaluer la PCH PCMT<sup>159</sup>.

[36] **L'Unafam estime qu'une approche trop purement médicale du handicap a pu conduire à une sous-évaluation chronique des handicaps psychique et déplore que dans certaines MDPH, les médecins fixent les taux d'incapacité hors de l'équipe pluridisciplinaire (voir *infra*).**

### 1.3.2 Les référents insertion ne sont pas toujours mobilisés pour évaluer l'accès à l'emploi

[37] Comme le précise l'annexe pilotage (voir n° 8), **l'association du service public de l'emploi aux équipes d'évaluation n'a pas historiquement été structuré sur le modèle de la mise à disposition de personnels.** Les référents d'insertion professionnelle (RIP) sont donc des agents de la MDPH, aux profils divers (travailleur social – assistant de service social ou conseiller en économie sociale et familiale- et psychologue du travail à titre principal).

[38] L'ensemble des MDPH de l'échantillon dispose d'au moins un référent insertion professionnelle conformément au CASF<sup>160</sup>. Leur nombre varie du simple au double<sup>161</sup>.

Tableau 4 : Nombre déclaré de référents d'insertion professionnelle dans les MDPH de l'échantillon en 2022

Allier	Bouches-du-Rhône	Finistère	Haute-Garonne	Moselle	Somme	Val-de-Marne
2,6	1	2	4	2,8	2	1

Source : Mission, à partir des données CNSA

<sup>157</sup> La Moselle s'appuie ainsi sur 2,09 ETP de médecins répartis sur 6 professionnels dont 3 sont à 50 %, 1 à 40 % et 2 à 10 % ou moins. 0,5 ETP est en cours de recrutement.

<sup>158</sup> Des critères sont en général établis. Le Val-de-Marne priorise les incohérences dans les pièces médicales, les contradictions entre le retentissement et les avis médicaux ou encore un taux d'incapacité diminué.

<sup>159</sup> Un décret de 2023 a élargi la PCH aux handicaps psychiques, cognitifs mentaux, et TND (PCH dite PCMT).

<sup>160</sup> Articles L. 146-3 et R. 146-30 du CASF.

<sup>161</sup> Parmi les explications de la variabilité, la mission note le lien avec la disponibilité et la préférence pour les ressources médicales (Bouches-du-Rhône), mais également le choix opéré par la MDPH (Haute-Garonne).

[39] Le rôle de ces RIP dans les équipes évaluatives est variable :

- deux MDPH, la Somme et les Bouches-du-Rhône, ont indiqué à la mission, que les médecins pouvaient statuer seuls sur le taux d'incapacité (TI) comme la restriction substantielle et durable d'emploi (RSDAE) ;
- quatre MDPH associent systématiquement le RIP à l'évaluation de la RSDAE. En Moselle, l'analyse de ces situations est assurée par une équipe mixte composée d'un infirmier et d'un RIP, reconnu dans son expertise professionnelle. En fonction des informations disponibles, l'équipe inscrit ses propositions en CDAPH, demande des documents complémentaires, ou mobilise ses partenaires (Cap Emploi et Pôle emploi). En Allier, la pratique retenue consiste à mobiliser les RIP pour rencontrer toutes les primo-demandeurs d'AAH,
- une MDPH assume une position médiane. Dans le Finistère, le médecin est positionné sur l'évaluation du TI tandis que la RSDAE est vue par l'équipe dédiée à la vie professionnelle.

## 2 Le dossier de demande, mal approprié, conduit les MDPH à s'engager dans un travail de récupération des informations nécessaires à l'évaluation

[40] **L'accès à l'information est un enjeu crucial pour les MDPH, qui conditionne à la fois les délais, la qualité évaluative et l'égalité de traitement.** La problématique est largement identifiée par la CNSA<sup>162</sup> : « *Les personnes en situation de handicap jugent souvent complexes les démarches administratives liées à la prise en charge de leur handicap. Les principales difficultés, souvent synonymes de délais de traitement des demandes trop longs, sont : un formulaire de demande jugé trop complexe et souvent mal rempli ; un certificat médical souvent mal rempli et peu informatif ; des dossiers incomplets du fait de l'absence des pièces nécessaires, entraînant de nombreux échanges entre les usagers et les MDPH* ».

### 2.1 Le formulaire Impact n'a pas amélioré l'accès aux informations et demeure complexe voire source d'un inégal accès aux droits

#### 2.1.1 Le formulaire Impact devait permettre, par son exhaustivité, l'accès aux informations pertinentes

[41] Le Cerfa n°15692\*01 (dit formulaire Impact) a remplacé le Cerfa n° 13788\*01 qui avait, en 2009, et à la suite d'un travail partagé, pris la suite des huit anciens formulaires Cotorep et CDES<sup>163</sup>. Ce premier dossier MDPH, mobilisé jusqu'en 2019, avait fait l'objet de critiques importantes : avoir

---

<sup>162</sup> Page dédiée à la simplification du parcours usager sur le site internet : [Comment simplifier le parcours des usagers ? | CNSA | CNSA.](#)

<sup>163</sup> Selon le premier bilan des MDPH dressé par la commission des affaires sociales du Sénat en 2009, les MDPH se sont appuyées jusqu'en 2009 sur « *les huit documents antérieurement consacrés aux différentes situations* ». [untitled \(senat.fr\)](#). Ce premier formulaire unique est le résultat d'un groupe de travail ayant associé des MDPH, des associations, la CNSA et les administrations centrales.

juxtaposé les formulaires antérieurs, laissé peu de place à l'expression des besoins, et surtout mis en exergue la notion de projet de vie, vivement débattue<sup>164</sup>. **Il suscitait par ailleurs de nombreux allers retours entre MDPH, usagers et organismes payeurs (en l'absence de coche prestation sur le formulaire, la CAF ne pouvait à titre d'exemple verser aucune allocation).** Un travail de refonte s'est engagé entre 2014 et 2017, dans le cadre d'une large concertation. Son élaboration a obéi à des méthodologies innovantes portées par l'ancien comité interministériel pour l'action publique. Ce formulaire décline quelques principes forts :

- **comme son prédécesseur il est unique, permettant de mobiliser l'ensemble des droits dont l'ouverture relève de la CDAPH ;**
- **à la différence du cerfa préexistant, il est générique, c'est-à-dire qu'il n'est pas obligatoire de cocher un droit ou une prestation pour que la demande soit recevable ;**
- **il doit reposer sur l'expression par la personne de ses besoins ;**
- **il doit permettre une évaluation globale, sur la base d'informations de 6 ordres (identité, vie quotidienne, vie scolaire, situation professionnelle, demandes, vie de l'aidant). En conséquence, s'il est lui-même rallongé (de 8 à 20 pages), il est porteur, s'il est bien rempli, d'une réduction du nombre de pièces nécessaires au travail de l'équipe pluridisciplinaire<sup>165</sup>.**

[42] **Ce formulaire répond de fait à un double objectif : favoriser l'expression du besoin et être le support de l'évaluation de droits complexes.** La personne n'a plus vocation à choisir des droits, elle est supposée décrire ses besoins, que l'équipe d'évaluation s'attachera à comprendre, mesurer et à traduire en proposition de compensation.

[43] Mis en circulation à compter de 2017, son déploiement devait être concomitant à la montée en charge du téléservice, permettant aux usagers, par un système de menu-déroulants, de ne remplir que les parties pertinentes et aux MDPH de récupérer des données pré-saisies. Il a été rendu opposable en 2019. **De facto, un formulaire prévu pour un traitement dématérialisé s'est déployé dans un cadre matérialisé pour lequel il n'était pas prévu. Il n'a depuis fait l'objet d'aucune mise à jour.**

---

<sup>164</sup> La notion de projet de vie disparaît dans le formulaire Impact pour laisser place à une formulation plus ouverte : « vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes ».

<sup>165</sup> Interrogée en 2019 sur le sujet, la responsable du service accueil de la MDPH du Var relevait, au sujet du formulaire Impact : « La plus-value n'est pas systématique. S'il n'est pas complet, si les personnes n'expriment pas leurs besoins ou si les réponses sont trop synthétiques, les temps d'instruction et de l'évaluation vont être allongés. Les équipes doivent reprendre l'attache de l'utilisateur pour des informations complémentaires. S'il est complet et bien renseigné, le nouveau formulaire est une plus-value. On peut faire du sur-mesure en termes d'évaluation et cela facilite le travail des équipes d'évaluation qui peuvent ainsi attribuer à la personne l'ensemble des prestations auxquelles elle a droit, de manière plus personnalisée ». [Le nouveau formulaire de demande aux maisons départementales des personnes handicapées entre en vigueur le 1er mai 2019 | CNSA](#)

## 2.1.2 Le formulaire n'a finalement pas facilité le travail des équipes d'évaluation tandis que sa mobilisation dans un cadre générique reste très minoritaire

[44] Comme le mentionne le rapport « Plus Simple La Vie »<sup>166</sup>, le formulaire Impact a fait l'objet « *avant même sa complète généralisation, (...) de nombreuses critiques, sur sa clarté, sa longueur, son intelligibilité ou encore son caractère hybride. (...)»*. Prolongeant une de ses recommandations, une expérimentation, mettant en circulation dans trois MDPH volontaires une version remaniée entre 2020 et 2022, a été menée dans le cadre de la feuille de route MDPH 2022<sup>167</sup>. Le projet a été évalué par la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP). **Les données, bien qu'imparfaites, permettent d'objectiver des constats simples dressés par les MDPH.**

### 2.1.2.1 Le caractère non évaluable d'une minorité importante des dossiers est une contrainte qui pèse sur l'ensemble de la chaîne de traitement

[45] **Pour être évalué, un dossier doit être recevable administrativement et inclure suffisamment d'informations pour que l'EP puisse appréhender la situation (dossier complet).**

[46] **Concernant la recevabilité administrative à l'arrivée<sup>168</sup>, le rapport d'évaluation remis par la DITP en 2023 concernant l'expérimentation a mesuré qu'elle oscillait entre 66 % et 80 %.** Ces chiffres sont cohérents avec les standards oralement évoqués par les MDPH à la mission (78 % en Moselle, 88 % dans la Somme).

[47] Parmi les facteurs principaux, le rapport mentionne l'absence de signature. Le positionnement de la case dédiée à la page quatre du formulaire est contre-intuitif. Ce point a de longue date été remonté à la CNSA, comme en témoigne ce *verbatim* de la MDPH de Seine-et-Marne<sup>169</sup>. « *Dans le nouveau formulaire IMPACT, l'information est difficile à trouver rapidement, car il existe trop d'encarts à compléter et donc à lire. Administrativement parlant, le formulaire est moins bien complété pour les champs adresse notamment, date de naissance et surtout la signature, car ces informations se trouvent sur la quatrième page du formulaire, ce qui engendre une augmentation du taux de dossiers irrecevables.* » L'évaluation de l'expérimentation cite d'autres facteurs: certificat médical absent ou non signé, absence de justificatif d'identité ou de domicile.

[48] Au-delà de la recevabilité, la complétude des informations transmises apparaît insuffisante pour engager un travail d'évaluation. **Lors de ses temps d'immersion en EP ou de ses échanges avec les évaluateurs la mission a pu constater l'insuffisant niveau de remplissage des dossiers et notamment de la partie champ libre.**

---

<sup>166</sup> Rapport « Plus Simple La Vie » remis en 2018 au premier ministre.

<sup>167</sup> La méthodologie a été coconstruite avec le comité de participation des usagers (dont des associations représentatives des personnes handicapées et des personnes elles-mêmes en situation de handicap) et le Laboratoire d'innovation publique des Hauts de France (SIILAB).

<sup>168</sup> Cet indicateur de recevabilité à l'arrivée est opérationnellement identifié par les MDPH de l'échantillon. Il n'est pas équivalent à l'indicateur de recevabilité remonté à la CNSA (voir annexe n° 3) qui mesure la recevabilité des dossiers à l'étape de décision, soit à l'issue du travail de sécurisation engagé par la MDPH.

<sup>169</sup> Synthèse, [2019 : L'accompagnement des personnes au cœur des efforts de modernisation des MDPH \(cnsa.fr\)](https://www.cnsa.fr/2019-L-accompagnement-des-personnes-au-coeur-des-efforts-de-modernisation-des-MDPH).

[49] **Faute de recevabilité administrative ou de complétude, une part importante des dossiers n'est pas évaluable par les équipes d'évaluation (cf *infra*, 3.3). Ces problématiques ne sont pas propres au dossier actuel. Elles lui préexistaient.** Ainsi, un rapport parlementaire de 1999 sur les Cotorep cite une enquête menée dans le Val-de-Marne : « sur les 70 000 dossiers reçus dans l'année, 40 % ne correspondaient pas aux missions de la Cotorep ou étaient mal remplis »<sup>170</sup>. Force est de constater que le formulaire Impact, qui en avait l'ambition, n'a pas résolu ces difficultés.

### 2.1.2.2 Le formulaire, mal approprié, est source d'erreurs pour les usagers

[50] Comme l'a entendu la mission dans le cadre des échanges avec les usagers, le formulaire est vécu comme complexe. Ce constat rejoint celui émis par plusieurs MDPH, à l'instar de celle de la Nièvre : « ce nouveau formulaire semble déconcerter les usagers, car il apparaît régulièrement des incompréhensions dans les attendus. »<sup>171</sup>

[51] **La case dédiée aux demandes de renouvellement ne facilite pas un traitement accéléré.** Selon la CNSA, en 2022, 51,3 % des demandes adressées aux MDPH auraient été des premières demandes (introduites par un usager connu ou non connu de la MDPH)<sup>172</sup>. Le reste (49,7 %) relèverait de renouvellement<sup>173</sup>. Ces données sont fragiles en raison de l'absence de reprise de données lors de la bascule vers le SIH : le repérage des demandes antérieures n'est ainsi pas garanti. Par ailleurs, la généralisation du formulaire unique en 2019 a introduit de nouvelles modalités de décompte<sup>174</sup> qui introduisent une discontinuité dans le calcul de la demande. Une attente, légitime, concernant les demandes de renouvellement à l'identique comme d'ajustement des droits pour des personnes déjà connues de la MDPH, est une évaluation plus rapide.

[52] Une case dédiée au renouvellement, pour des demandes identiques, est intégrée au formulaire Impact. Comme en témoigne le graphique 1, la simplification n'est pas explicite, l'indication transmise à l'utilisateur étant floue : « remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire ». L'objet de l'expérimentation d'un formulaire remanié visait d'ailleurs à améliorer cette procédure simplifiée.

---

<sup>170</sup> Rapport de P. Forgues sur le fonctionnement des Cotorep (assemblee-nationale.fr, N°2542).

<sup>171</sup> Synthèse des RA, 2019.

<sup>172</sup> Repères statistiques des MDPH, CNSA, février 2024.

<sup>173</sup> Selon les fiches de définition des notions transmises par la CNSA, « les premières demandes renvoient à des primo-demandeurs pour une prestation », ne permettant pas de distinguer la nouvelle demande du primo-demandeur de la nouvelle demande d'un usager déjà connu.

<sup>174</sup> Repère statistique 2021, CNSA : « Le nouveau système d'information et l'adoption du nouveau formulaire de demande ont un impact sur le mode de comptage : les demandes génériques viennent remplacer les demandes de prestations/orientation exprimées par les usagers. Les « demandes de parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social » remplacent (...) toutes les demandes relatives à la scolarisation et à l'orientation en établissement ou service pour enfants. »

Graphique 1 : La case dédiée au renouvellement (page un du formulaire Impact)

## Que dois-je remplir ?

<input type="checkbox"/> C'est ma première demande à la MDPH <input type="checkbox"/> Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé <input type="checkbox"/> Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits	Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E
<input type="checkbox"/> Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé	Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire
<input type="checkbox"/> Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins	Votre aidant familial peut remplir la partie F

[53] La distinction entre le renouvellement à l'identique et la procédure simplifiée est par ailleurs peu intelligible, comme en témoigne le graphique 2. La procédure simplifiée, dont l'avantage n'est pas clairement formulé (alors que le renoncement au droit à être entendu par la CDAPH l'est), recouvre des situations plus larges. En ce qui concerne les stricts renouvellements, le vocabulaire évolue, introduisant une appréciation différente de la condition requise : de « *j'estime que ma situation n'a pas changé* » en page un à « *lorsque ma situation n'a pas évolué* » en page quatre.

Graphique 2 : La procédure simplifiée (page quatre du formulaire Impact)

- Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :**
- Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué,
  - Reconnaissance des conditions nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de l'aidant d'une personne handicapée,
  - Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH),
  - Situation d'urgence.
- Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu(e) par la CDAPH.**

[54] De nombreux dossiers de renouvellement transmettent des informations d'identité (partie A) mais cochent des demandes non identiques à la situation précédente (par exemple demande d'AAH nouvelle dans le cadre d'un renouvellement de RQTH) sans indiquer d'informations complémentaires au titre du volet D situation professionnelle. La piètre qualité des dossiers de renouvellement est identifiée par l'évaluation menée de la DITP. **Ainsi, la qualité de l'information est systématiquement inférieure à celle des demandes ne cochant pas le renouvellement.** Dans 23 % des cas, la MDPH doit demander des pièces complémentaires au demandeur.

[55] **Le formulaire peut induire les usagers en erreur.** La mission a observé que le formulaire n'explique ni les prestations ni leur cadre. Il cherche à faire exprimer d'une manière très large leurs besoins par les usagers, comme en témoigne le graphique trois pour la vie à domicile. Le ménage et l'entretien des vêtements figurent au titre des difficultés rencontrées. Dès lors, des demandes

de PCH sont motivées par ce besoin, alors que la prestation ne peut couvrir cette activité<sup>175</sup>. Le Val-de-Marne a indiqué à la mission que cet encart était source de confusion pour les usagers.

Graphique 3 : Encart formulaire vie quotidienne (page 6 du formulaire Impact)

**B2 Vos besoins dans la vie quotidienne**  
 Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.  
 Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parent(s) ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

**Besoin pour la vie à domicile**

<input type="checkbox"/> Pour régler les dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation...)	<input type="checkbox"/> Pour faire les courses
<input type="checkbox"/> Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives, assurances, impôts...)	<input type="checkbox"/> Pour préparer les repas
<input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)	<input type="checkbox"/> Pour prendre les repas
<input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)	<input type="checkbox"/> Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements
<input type="checkbox"/> Autre besoin, préciser : .....	<input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

[56] La PCH est une prestation complexe<sup>176</sup> aux délais d'évaluation les plus longs et au taux d'accord plus faible (44 % de moyenne nationale). L'ouverture à l'aide-ménagère est une revendication historique des associations. De ce point de vue, le flou introduit par cette mention ne favorise ni l'acceptation des rejets par les usagers ni le ciblage des dossiers aux MDPH.

**Y., 40 ans, demande l'AAH et la PCH aide humaine pour les courses et le ménage**

Y. est retraitée pour invalidité. Elle est en couple, a des enfants. Elle est fatigable et prend un traitement médicamenteux lourd. Elle ne peut porter aucune charge. Elle souffre de déficiences neurologiques par crises, de troubles de l'humeur et de douleurs diffuses. L'un de ses enfants, en situation de handicap, est accueilli à l'IME. L'autre a décroché au collège et est suivi par le CMP. Y. exprime clairement ses besoins au titre de la vie quotidienne, « *quelqu'un qui m'aide pour mon ménage et mes courses* ». Elle coche les cases identifiées à cet effet à la page 6 (cf supra). Son époux, aidant familial, s'exprime sur ce sujet dans la partie F du formulaire. Assurant actuellement les déplacements extérieurs et les courses, il demande tout aussi explicitement de l'aide à ce sujet. Madame n'est pas éligible à la PCH, qui est rejetée, tandis que l'AAH 2 est attribuée pour 5 ans.

<sup>175</sup> Le formulaire en vigueur entre 2009 et 2019 ne mentionnait pas ce besoin et évoquait, au titre du projet de vie, les items suivants : « Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ... ».

<sup>176</sup> Voir partie IV de la présente annexe.



[57] De la même manière, le nom du dispositif emploi accompagné, prête à confusion. La case est intégrée aux demandes relatives au travail, à l'emploi et à la vie professionnelle. Des usagers l'appréhendent comme une demande d'emploi réservé spécifique et accompagné selon plusieurs référents d'insertion rencontrés. Ceux-ci regrettent que sur ce volet, le formulaire n'ait pas été actualisé, alors que le dispositif peut être prescrit par le service public de l'emploi depuis 2020.

### 2.1.2.3 Le formulaire n'est finalement que très marginalement complété dans le cadre d'une demande générique

[58] Le rapport d'évaluation remis par la DITP en 2023 a mesuré que les demandes génériques ont représenté entre 3 % et 9 % des demandes adressées dans le cadre du formulaire Impact aux trois MDPH de l'expérimentation. Ce chiffre est cohérent avec les estimations que peut établir la CNSA : **en 2022, environ 6 % des demandes déposées aux MDPH étaient des demandes génériques.** Il est également cohérent avec les observations de terrain<sup>177</sup> comme les dossiers analysés par la mission : sur les 36 dossiers étudiés, aucun ne relevait d'une demande générique.

### 2.1.3 La complexité du formulaire constitue un frein à l'égal accès aux droits

[59] Le principe d'expression de besoins multidimensionnels, au cœur du formulaire Impact, est en soit porteur d'un risque d'inégal accès aux droits. Il engendre d'une part **une longueur potentiellement repoussoir**, notamment pour les personnes en difficulté à l'écrit. Le CNCPH a souligné la problématique que pouvait recouvrir la saisie d'un formulaire de 20 pages. La mission rappelle que selon une récente étude de l'INSEE, en 2022, « *un adulte sur 10 rencontre des difficultés à l'écrit* »<sup>178</sup>.

[60] **D'autre part, il suppose de décrire sa situation, de projeter ses capacités comme ses incapacités, de cibler sa demande, autant de compétences elles-mêmes discriminantes.** En Moselle, une association de la CDAPH a étayé ce constat : « *le formulaire unique est une grande avancée. Sauf pour les gens qui ne savent pas s'exprimer par écrit. C'est un frein.* ». Dans le même sens, l'Unafam a indiqué à la mission que l'expression d'un besoin d'aide et de soutien était parfois altérée du fait du trouble spécifique, de la métacognition. Plus généralement, la mission constate qu'une expression claire, motivée et précise de ses besoins facilite le travail évaluatif.

---

<sup>177</sup> Lors de ses observations, la mission a constaté que la majorité des demandes étudiées n'étaient pas génériques. En Moselle, un dossier de demande générique a été étudié par une EP et a donné lieu à une ouverture de PCH.

<sup>178</sup> Insee Première n° 1993, Avril 2024.

### H. enfant de 13 ans, plusieurs demandes de ré évaluation des aides PCH

H. est un enfant de 13 ans qui a besoin d'une aide dans tous les actes de la vie quotidienne. Il souffre d'un lourd retard mental lié à une maladie génétique rare. Ses parents sont kinésithérapeutes. La situation est bien connue de la MDPH comme en attestent les courriers informatifs joints au dossier. Le projet de vie est complet, il est ajusté au fil du temps. Différentes demandes ont été introduites par la famille pour ajuster les stimulations nécessaires ou les besoins d'aménagement à la situation évolutive de l'enfant. Elles sont ciblées sur plusieurs dimensions de la PCH, dont les parents maîtrisent le cadre (aides humaines, techniques, aménagement, charges exceptionnelles). De nombreuses pièces nécessaires à l'évaluation sont disponibles : kilométrage des déplacements, factures, devis des activités de stimulation, emplois du temps type, répartition entre les heures prestataires et aidant familial. L'impact sur la réduction d'activité des parents est précisément caractérisé.

[61] Afin de favoriser l'accès aux droits, les MDPH engagent des actions d'appui au remplissage, qui sont décrites dans l'annexe n° 6.

#### 2.1.4 Le formulaire, non actualisé, apparaît peu adapté aux nouvelles dimensions de la PCH introduites récemment

[62] Le formulaire est présenté par certaines MDPH comme non adapté à l'introduction des nouvelles dimensions de la PCH.

[63] Concernant la PCH parentalité, effective depuis 2021, ses conditions forfaitaires sont mal valorisées par la demande générique, si bien que la CNSA met à disposition sur son site un formulaire *ad hoc*<sup>179</sup>, relevant d'une mise en page cerfatisée, sans l'être. La MDPH de la Somme met par exemple ce formulaire à disposition sur son site.

[64] Concernant la prise en compte des troubles psychologiques, cognitifs, mentaux et TND, l'Unafam porte de longue date une demande de révision du formulaire impact comme de son certificat médical. En lien avec le CNCPPH, un groupe de travail a réuni en 2017 les associations transversales concernées par les altérations des fonctions mentales pour proposer des documents révisés. Un double formulaire de 8 pages a été élaboré<sup>180</sup>, structuré en un volet à destination du médecin et un volet à destination du demandeur. Avec l'appui de la CNSA, une expérimentation est en cours concernant sa plus-value en matière d'expression et de compréhension des retentissements<sup>181</sup>. Cette demande, historique, connaît une actualité nouvelle depuis l'introduction du soutien à l'autonomie dans le cadre de la PCH dite PCMT, introduite en 2023.

<sup>179</sup> [DEMANDE À LA MDPH : Formulaire de demande PCH \(cnsa.fr\).](https://www.cnsa.fr/la-demande-pch)

<sup>180</sup> [v8-8-cnsa-volet-3.pdf \(unafam93.org\).](https://www.unafam93.org/v8-8-cnsa-volet-3.pdf)

<sup>181</sup> [Demande à la MDPH : une prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap | CNSA.](https://www.cnsa.fr/la-demande-pch)

## 2.2 Le certificat médical (15695\*01) associé à la demande MDPH est inégalement approprié par les médecins

[65] **Le certificat médical qui accompagne le formulaire Impact est singulier.** Au-delà du diagnostic sur la pathologie et du tableau des éléments cliniques, il a vocation à en évaluer les retentissements dans la vie quotidienne, et notamment « *les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie (communication, entretien personnel, mobilité, etc.), les compensations si elles existent; les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et professionnel; la régularité ou le caractère fluctuant des troubles ; les informations sur la nature et la posologie des thérapeutiques doivent être complétées avec une description des contraintes et des effets secondaires éventuellement présentés*<sup>182</sup> ». **Il nécessite une appréhension fine des capacités ou des restrictions de la personne dans sa vie quotidienne, dont les médecins, a fortiori les spécialistes, ne disposent pas toujours.** En outre, le CM est générique, quelle que soit la pathologie de la personne ou la nature de sa demande. Selon l'Unafam, il est inadapté aux troubles psychologiques, cognitifs, mentaux et TND. Centré sur les altérations physiques et sensorielles, il ne permet pas assez de prendre en compte celles liées aux fonctions mentales.

[66] **L'incomplétude des informations transmises a été identifiée par la mission dans ses échanges avec l'ensemble des MDPH, et ce malgré la revalorisation par l'assurance maladie de la cotation spécifique intervenue en avril 2022**<sup>183</sup>. Les territoires qui connaissent une raréfaction des ressources médicales ont insisté davantage sur ce point. L'association AFM de l'Allier a indiqué à la mission « *le cœur du problème, c'est le certificat médical mal rempli* », propos corroboré par l'équipe d'évaluation de Vichy qui souligne son besoin d'avoir connaissance non pas de la clinique mais des conséquences sur le quotidien de la personne. Selon la présidente de CDAPH « *les médecins ne savent pas remplir le formulaire MDPH. Ils ne remplissent pas avec la famille.* ». Dans les dossiers transmis par l'Allier, la mission a repéré un usager signalant sa difficulté à trouver un médecin : « *difficulté de trouver un médecin traitant qui accepte de remplir le certificat. Je n'avais pas vu de médecin depuis deux ans* ». Dans certains secteurs, les infirmières Azalée peuvent le remplir en amont de la signature par les médecins avec lesquels elles travaillent. Cela apparaît comme une bonne pratique du fait de la désertification médicale mais aussi de la capacité d'infirmières en pratique avancée à appréhender le retentissement du handicap.

[67] La cohérence des informations transmises par le médecin est par ailleurs appréciée par l'EP qui peut, le cas échéant, revenir vers lui pour obtenir des comptes rendus spécialisés en cas d'écart entre le besoin exprimé et les informations du CM.

[68] **Les MDPH indiquent également que les certificats simplifiés sont parfois mal utilisés. Ils doivent être mobilisés dès lors que deux conditions cumulatives sont remplies : le retentissement fonctionnel n'a pas évolué et le médecin a déjà fait un CM pour ce patient.** La MDPH des Bouches-du-Rhône a cité des cas de rejets pour des dossiers déposés avec ces certificats simplifiés alors que l'utilisateur n'était pas connu de la MDPH. La MDPH de la Somme a, quant à elle, mentionné des

---

<sup>182</sup> Notice cerfa 52154#01 d'accompagnement au CM.

<sup>183</sup> L'avenant 9 à la convention médicale entré en vigueur en avril 2022 prévoit, pour le certificat lié à une première demande, une cotation de 60€ en métropole et de 72€ dans les départements ou régions d'outre-mer. La consultation n'est facturable qu'une seule fois par patient, au titre du remplissage du certificat médical complet joint au premier dépôt de dossier MDPH du patient.

certificats simplifiés pour des enfants alors même que le besoin décrit dans le dossier attestait d'une dégradation du retentissement de la pathologie sur le fonctionnement à l'école. L'accumulation, parfois constatée demande après demande, de certificats simplifiés peut aussi mettre les équipes d'évaluation en difficulté dès lors que les droits ne peuvent être ouverts sans limitation de durée.

[69] A nouveau, la problématique de cette piètre qualité est identifiée de longue date dans le champ du handicap, en témoigne cette fiche sociale produite par Remaides, non datée : « *Le certificat médical doit être complété par votre médecin traitant (généraliste ou spécialiste). Demandez-lui d'y consacrer une consultation entière : ce document a une importance capitale. Mais il est, trop souvent, mal rempli par les médecins qui ne savent pas comment procéder. Conséquence : la Cotorep émet un refus ou demande des informations complémentaires, et, pendant ce temps, on ne perçoit pas d'allocation* »<sup>184</sup>.

## 2.3 A défaut de disposer des informations adéquates pour évaluer les demandes, les MDPH s'engagent dans des stratégies de récupération

### 2.3.1 Les services d'évaluation demandent régulièrement des pièces complémentaires pour engager l'analyse des dossiers

[70] **A la différence des pièces de recevabilité, le code de l'action sociale et des familles ne définit pas le socle évaluatif minimal sur lequel le travail de l'équipe pluridisciplinaire peut s'engager.** Certaines MDPH souhaiteraient d'ailleurs des précisions de doctrine sur la distinction entre les pièces de recevabilité et celles nécessaires à l'évaluation. A titre d'exemple, la MDPH des Bouches-du-Rhône s'interroge sur la signification d'une recevabilité qui ne vérifie pas la qualité du renseignement produit dans les documents, notamment dans le certificat médical. De même, le statut du Geva-sco pourrait être précisé. Il ne constitue pas une pièce réglementaire obligatoire dans le CASF, mais il est référencé au code de l'éducation (D 351-10) tandis que l'arrêté du 6 février 2015 qui l'introduit prévoit « *lorsque la demande porte sur le parcours de scolarisation et de formation d'un élève, le Geva-Sco est (...) joint afin que l'équipe pluridisciplinaire puisse procéder à l'évaluation* ». Les MDPH de l'échantillon ont toutes indiqué à la mission demander des Geva-sco à l'Education nationale ou aux familles pour assurer l'évaluation de ces demandes de scolarisation.

[71] **La recherche des informations pertinentes et des justificatifs nécessaires constitue une part importante du travail des services d'évaluation.** L'évaluation de l'expérimentation réalisée par la DITP en 2023 a mesuré qu'entre 19 et 25 % des dossiers font l'objet d'une demande de pièces supplémentaires dans les trois MDPH engagées. La proportion avancée apparaît en deçà de certains constats réalisés par les MDPH visitées par la mission. La direction de la MDPH du Finistère a ainsi indiqué que 40 % des dossiers décidés en 2023 avaient fait l'objet d'une demande de pièces complémentaires pour disposer des informations suffisantes à l'évaluation.

---

<sup>184</sup> [S39259.pdf \(lecrips.net\)](#).

[72] Sans que le recueil ait été systématique, une liste des pièces les plus fréquemment demandées a pu être établie dans le cadre de l'évaluation DITP. **Les principales sont un compte rendu de spécialiste, un avis de la médecine du travail, un CV, des devis ou des factures nécessaires à l'éligibilité (de l'AEEH ou de la PCH par exemple) comme des Geva-sco.**

[73] Selon le CNCPH, ces pratiques sont parfois abusives. Les MDPH ne reçoivent pas assez les familles, l'éducation nationale a du mal à réaliser les Geva-sco, en conséquence, les MDPH demandent des bilans pour évaluer, qui ont un coût pour les usagers et qui retardent le traitement de la demande et à la fin, « *les familles trinquent* ». La mission a effectivement pu constater sur ce point une pratique non règlementaire sur au moins un territoire, avec une notification d'irrecevabilité pour des dossiers pourtant administrativement complets au motif qu'une pièce nécessaire à l'évaluation, demandée par la MDPH, n'a pas été retournée.

### 2.3.2 La plupart des MDPH ont défini des stratégies locales pour anticiper le recueil de ces pièces complémentaires

[74] **Le formulaire Impact et son certificat médical constituent les principaux vecteurs d'information qui entrent en MDPH, celles-ci ne réceptionnant pas de flux numériques leur permettant un accès facilité à des informations, comme le décrit l'annexe n° 7.** Peu d'outils numériques sont disponibles pour faciliter la compréhension de la situation : les RIP ont accès à Dude, les correspondants de scolarisation peuvent avoir accès au LPI si le numéro leur a été transmis et si l'outil est rempli. Mais les évaluateurs n'ont ni accès à l'espace partenaire de la CAF (CDAP), ni aux SI RSA des CD ni à l'espace numérique de santé.

[75] **Plusieurs MDPH de l'échantillon ont défini des stratégies pour anticiper la récolte des pièces complémentaires dans la chaîne de traitement.** En Haute-Garonne, une notice PCH accompagne le courrier de recevabilité et liste des pièces relatives aux surcoûts transport, à l'aménagement du logement, aux aides techniques, à l'aménagement du véhicule aux charges exceptionnelles ou aux charges spécifiques qui seront susceptibles d'être demandées dans le cadre de l'évaluation. Le Val-de-Marne s'appuie également sur une liste de pièces que peuvent demander les instructeurs à l'étape de recevabilité pour anticiper l'évaluation.

[76] **Au-delà des demandes individuelles, les MDPH engagent des démarches de sensibilisation à la qualité des dossiers.** La plupart ont mentionné des initiatives de ce type menées de concert avec l'Education nationale. La MDPH de la Somme a également entrepris un travail transverse avec ses partenaires, pour améliorer la transmission d'informations. Des outils locaux, partagés, ont été établis : un questionnaire SAVS, un questionnaire spécifique déficience psychiques et cognitives, un document à destination des ESMS pour qu'ils transmettent les bonnes informations sur les personnes accueillies à l'occasion d'un renouvellement de demande.

## 2.4 Ce travail de sécurisation des dossiers constitue une charge mal mesurée pour les MDPH, qui peut jouer sur les délais

[77] Pour assurer la recevabilité des dossiers, les MDPH de l'échantillon adressent un courrier précisant qu'une des quatre pièces obligatoires doit être transmise et laissent, généralement, entre un mois et deux mois aux usagers pour l'adresser (voir annexe n° 6). Si ce délai ne joue pas

dans le décompte de la durée du traitement qui démarre à la date de recevabilité (voir annexe n° 4), la charge administrative que représente la récupération des pièces peut être importante.

[78] En revanche, le travail de collecte d'informations utiles à l'évaluation, qui se matérialise par la demande de pièces complémentaires (cf *supra*) s'engage généralement après l'étape de recevabilité. Il joue sur les délais de traitement. Les délais de transmission ou de sécurisation des informations prennent du temps, non comptabilisé dans les indicateurs nationaux. **Si 25 % des dossiers font l'objet d'une demande complémentaire, et que les MDPH mettent, à titre d'exemple, un à deux mois pour récupérer les éléments, les délais de traitement sont majorés par cette attente.** Ces demandes (pièces complémentaires et notamment devis ou factures pour les aides techniques et à l'aménagement), mais également les temps nécessaires à l'organisation des visites à domicile contribuent à expliquer les délais moyens plus longs sur la PCH.

### 3 Le traitement de masse ne garantit pas le respect du chaînage entre l'évaluation de la situation, l'élaboration des plans de compensation et la décision par la CDAPH

[79] Selon le CASF, l'évaluation des besoins précède l'élaboration des plans personnalisés de compensation (PPC). Sur ces bases, les propositions peuvent être inscrites en CDAPH qui a la responsabilité de prendre les décisions et de les motiver. **La distinction de ces étapes doit permettre une réponse la plus ajustée et individualisée aux besoins identifiés.**

#### 3.1 Le raisonnement évaluatif global est contraint par la gestion des délais et la réalité des ressources disponibles

[80] Plusieurs étapes structurent le raisonnement évaluatif : comprendre la situation, demander des compléments si nécessaire, identifier les besoins ou encore mobiliser les référentiels d'éligibilité. Leur mobilisation, comme l'élaboration du PPC, nécessitent une expertise spécifique.

##### 3.1.1 L'évaluation se fait principalement sur dossier, sauf pour la PCH, où des visites à domicile sont assurées dans la majorité des MDPH de l'échantillon

[81] Le CASF ne proscrit pas l'évaluation sur dossier. Néanmoins, il prévoit une large place à l'écoute ou à la rencontre avec les usagers<sup>185</sup>. L'équipe « *entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée (...). L'équipe pluridisciplinaire se rend sur le lieu de vie de la personne soit sur sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée.* »

---

<sup>185</sup> L 146- 8 du CASF

### 3.1.1.1 Près de 9 évaluations sur 10 se font sur dossier

[82] La compilation des rapports d'activité 2022 réalisée par la CNSA permet de reconstituer<sup>186</sup>, une moyenne de **86,6 % d'évaluations réalisées sur dossier**. A titre de comparaison, le rapport de synthèse produit par la CNSA en 2010<sup>187</sup> indiquait que 77 % des évaluations au national étaient ainsi réalisées, tandis que 7 % des évaluations étaient réalisées sur le lieu de vie dans le cadre d'une visite à domicile (VAD). **Leur part s'est donc accrue entre 2010 et 2024.**

[83] Les MDPH de l'échantillon sont ici représentatives, avec 84 % d'évaluations faites sur dossier.

Tableau 5 : Part des évaluations selon les modalités type en 2022

	Dont réalisées uniquement sur dossier	Dont réalisées par entretien physique à la MDPH	Dont réalisées sur le lieu de vie de la personne	Dont réalisées sur entretien téléphonique
Moyenne nationale	86,6 %	2,9 %	3,9 %	6,6 %
Allier	65,0 %	10,0 %	15,0 %	10,0 %
Bouches du Rhône	81,6 %	1,1 %	5,1 %	12,2 %
Haute-Garonne	80,0 %	0,0 %	0,1 %	19,9 %
Moselle	88,2 %	2,4 %	2,1 %	7,4 %
Somme	89,0 %	3,9 %	3,7 %	3,3 %
Val-de-Marne	97,2 %	2,4 %	0,5 %	
Moyenne échantillon	84 %	3 %	4 %	10 %

Source : Mission à partir des données de la CNSA pour un échantillon de 52 MDPH pour lesquelles les informations sont cohérentes.

[84] L'Allier, à l'organisation territorialisée, se singularise par la part d'évaluations réalisées à domicile (15 %), les Bouches-du-Rhône et la Haute-Garonne se distinguant par la part des évaluations réalisées sur entretien téléphonique (respectivement 12,2 % et 19,9 %). **Dans ces MDPH, les échanges téléphoniques se renforcent depuis le COVID, en substitution des VAD.** La MDPH du Val-de-Marne se démarque par une pratique de l'évaluation quasi intégralement sur dossier, même si l'externalisation à des experts mentionnée plus haut est à mentionner.

### 3.1.1.2 La majorité des MDPH de l'échantillon maintient néanmoins les VAD pour évaluer la PCH

[85] **Pour rappel, les demandes de PCH comptent pour 7 % des demandes annuelles reçues par les MDPH et font l'objet de 5 % des décisions** (voir annexe n° 3). En l'état des données disponibles, la mission n'a pas pu reconstituer la part des demandes de PCH évaluée à la suite d'une VAD. La mission a pu entendre, dans le cadre des échanges avec les associations au national, comme celles

<sup>186</sup> Pour 52 MDPH pour lesquelles ces données sont cohérentes.

<sup>187</sup> Les MDPH, cinq ans déjà, [CNSA\\_MDPH2011.pdf](#).

rencontrées sur le terrain que les MDPH ne pratiquaient plus de VAD. Ainsi, le collectif inter-associatif rencontré dans le Finistère en déplore la disparition.

[86] **Selon les constats réalisés par la mission sur le terrain<sup>188</sup>, cinq des MDPH de l'échantillon conservent et priorisent les VAD sur la PCH.** Parmi elles, deux déclarent les systématiser pour toute évaluation de la PCH. La Somme assure une VAD pour toute première demande mais également pour des demandes de révision des plans d'aide. L'évaluation de l'aide humaine PCH est réalisée par 5 travailleurs sociaux du conseil départemental (tandis que l'évaluation des aides techniques est assurée par les ergothérapeutes de la MDPH)<sup>189</sup>. En Allier, les visites à domicile sont dites quasi systématiques dans le cadre de la PCH.

### 3.1.2 L'évaluation globale se résume souvent en une analyse de l'éligibilité des demandes

[87] **Le guide d'accompagnement du Geva souligne que la mobilisation du cadre réglementaire ne doit pas concentrer l'ensemble du raisonnement évaluatif qui, plus large, doit permettre d'intégrer des réponses de droit commun.** *« Ces critères [réglementaires] ne résument pas à eux seuls l'évaluation et l'équipe pluridisciplinaire ne peut se contenter de la vérification de ces seuls critères, insuffisants pour élaborer un plan personnalisé de compensation. L'éligibilité ne correspond en somme qu'à un « filtre » permettant de déterminer, parmi les réponses de compensation, lesquelles pourront être solvabilisées par des prestations financières ou en nature. »*

[88] **La mission a néanmoins pu constater que la vérification des conditions d'éligibilité, appuyée par les références réglementaires et les guides pratiques (voir annexe n° 7) occupait une part importante du temps de l'équipe pluridisciplinaire.** Cela n'empêche pas l'équipe d'évaluer des droits non demandés, en s'appuyant sur des raisonnements évaluatifs rapides et cohérents. Ainsi, si le TI est évalué dans le cadre d'une CMI ou d'une AAH, la question de la demande non cochée est intégrée par les équipes. Une CMI priorité non demandée peut être accordée après évaluation d'un TI 50-79 % sur une demande d'AAH refusée car ne répondant pas à la condition de RSDAE. De la même manière, dans le cadre des dossiers enfants, l'impact du retentissement décrit dans le dossier, sans demande cochée d'AEEH, incite souvent les équipes à évaluer le TI et à considérer le besoin d'AEEH. Par exemple, au cours d'une EP dans la Somme, une demande d'ULIS, assortie d'une description précise de la situation d'un enfant atteint de surdité a incité une équipe à évaluer un TI et à ouvrir une AEEH de base en complément d'une orientation en ULIS TFA, accompagnée d'un SESSAD. Les MDPH visitées ont confirmé à la mission que, pour les familles, la demande d'une scolarisation adaptée au handicap est tellement prégnante que les aides financières peuvent être omises. Pour son pôle enfants, la MDPH du Finistère estime que 10 % des décisions prises par la MDPH sont des accords de droits qui n'étaient pas demandés.

---

<sup>188</sup> La mission a pu dans la Somme, le Finistère et l'Allier assister à des VAD et vérifier le recours au Geva.

<sup>189</sup> Pour assurer une équité de traitement entre évaluateurs à la suite des visites, les évaluations faites à domicile sont discutées en EP, ce qui, comme la mission a pu l'observer, peut conduire à modifier des propositions.



### **M. 59 ans. Demande d'orientation vers le marché du travail et RQTH**

M. a travaillé toute sa vie, en tant que maçon ou couvreur. Son inaptitude va être prononcée sous peu. Il est en arrêt maladie depuis 2 ans suite à des douleurs aux épaules et à une opération qui a laissé des séquelles. Il est accompagné par le service social de la CARSAT dans le cadre de sa demande de RQTH et d'orientation vers le marché du travail afin d'envisager une reconversion. Suite au traitement de son dossier, ses droits sont ouverts sans limitation de durée pour la RQTH. Une AAH, non demandée, est également attribuée.

[89] A l'exception de dispositifs d'enseignements général et professionnel adapté de type SEGPA, la mission n'a pas constaté, lors de ses déplacements, que les EP se saisissent de mesures de droit commun, que d'autres institutions peuvent prescrire ou conseiller. Plus généralement, la profondeur du raisonnement évaluatif est apparue à la mission fortement bornée par les référentiels d'éligibilité.

[90] **En définitive, il apparaît à la mission que les EP en présence de partenaires sont celles qui se rapprochent le plus du cadre principal ouvert par la loi de 2005 : un échange pluridisciplinaire où les différentes parties prenantes s'approprient la situation et s'interrogent mutuellement sur les besoins de compensation, chacune avec un angle métier avant de décliner des réponses à l'appui des références réglementaires pertinentes. Toutes les situations ne nécessitent néanmoins pas une telle approche.**

### **3.1.3 L'attribution des droits sans limitation de durée est effective dans les MDPH de l'échantillon, quoi qu'hétérogène**

#### **3.1.3.1 Le questionnement sur l'opportunité des droits à vie est en train d'être intégré par les équipes à la suite d'un effort de conduite du changement**

[91] **A l'occasion de ses observations, la mission a pu constater que les équipes d'évaluation s'approprient les droits sans limitation de durée (DSL/D).** Concernant la RQTH, les CMI et l'AAH 1, la pertinence d'une ouverture à vie est majoritairement envisagée par l'EP même si la mission a pu constater des oublis. Dans les 36 dossiers auxquels la mission a pu avoir accès, l'ouverture de droits à vie est ainsi très majoritairement décidée en ce qui concerne la RQTH et la CMI. Concernant la PCH, les ouvertures sans limitation de durée sont plus marginales.

### **I. 29 ans, demande d'une revue de son plan d'aide humaine dans le cadre de la PCH**

I., jeune homme de 29 ans, est dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne. Il a des séquelles motrices majeures suite à un accident de la voie publique. Il est en fauteuil roulant électrique et demande la révision de son plan d'aide. Il dispose d'une PCH aide humaine de 10 heures par jour. Ce niveau avait été défini juste après son opération, alors qu'il bénéficiait d'un protocole post opératoire. Il apparaît actuellement insuffisant à sa situation de dépendance. Une VAD est organisée. Son niveau d'aide est doublé et la PCH lui est attribuée à vie.

[92] Les MDPH de l'échantillon ont souligné la conduite du changement que la mesure avait nécessité. Une crainte existe que l'attribution des droits à vie ne permette plus aux MDPH de voir les gens concernés. En Allier, les équipes ont ainsi signalé que ce point faisait souvent l'objet de discussions avec les associations en CDAPH, qui n'y étaient pas toujours favorables. Le Val-de-Marne a indiqué que la pratique rentrait progressivement dans les habitudes, sauf sur la PCH pour laquelle il était difficile d'aller au-delà de 10 ans. La mission mentionne que les textes relatifs aux droits sans limitation les définissent, sauf pour la RQTH, à titre dérogatoire<sup>190</sup>. Les MDPH les mobilisent à cette fin, mais sont réservées concernant les situations évolutives.

### 3.1.3.2 L'attribution des droits à vie est néanmoins hétérogène

[93] La mission note que cette pratique est disparate dans les MDPH de l'échantillon, conformément aux constats nationaux (voir annexe n°4). Systématiquement, les Bouches-du-Rhône sont en deçà des moyennes nationales et la Haute-Garonne ou la Somme au-dessus. L'approche médicale du handicap dans les Bouches-du-Rhône peut expliquer cette tendance atypique. La conduite du changement encore partiellement aboutie constitue également un facteur. Des doctrines locales ont également été mises en avant. Ainsi, le Finistère pratique une attribution d'AAH 1 pour deux ans en cas de cancer, faisant diminuer son taux global.

[94] Concernant le cas spécifique de la RQTH, l'attribution de droits à vie varie du simple au double entre les Bouches-du-Rhône et la Haute-Garonne, en cohérence avec les données nationales (voir annexe n°4). La mission a ainsi pu relever qu'une hésitation au sein de l'EP sur le principe d'accord semble le plus souvent conduire à une ouverture limitée dans le temps.

Tableau 6 : La pratique des DSLD dans les MDPH de l'échantillon fin 2023

	AAH	CMI Stationnement	RQTH
Moyenne nationale	66 %	63	55
Allier	75 %	80	50
Bouches du Rhône	58	62	41
Finistère	56	49	68
Haute-Garonne	76	74	92
Moselle	84	50	54
Somme	76	68	78
VDM	64	Non dispo	59

Source : Données du baromètre, T3 2023.

<sup>190</sup> Exemples pour l'AAH et la PCH. Article R821-5 Code sécurité sociale : est accordée « pour une période au moins égale à un an et au plus égale à dix ans ». Toutefois, elle « est attribuée sans limitation de durée à toute personne qui présente un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % et dont les limitations d'activité ne sont pas susceptibles d'évolution favorable, compte tenu des données de la science. »

## 3.2 Les plans personnalisés constituent une pratique marginale et sont le plus souvent réservés à la PCH ou aux dossiers enfants

### 3.2.1 L'élaboration des plans personnalisés de compensation est marginale, avec un ciblage pré éminent sur la PCH

[95] L'élaboration d'un plan personnalisé de compensation incombe à l'équipe pluridisciplinaire<sup>191</sup>. **Ce plan « comprend des propositions de mesure de toute nature ( ...) destinées à apporter (...) une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société (...). Le plan de compensation est transmis à la personne handicapée (...) qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations. »** Ce plan doit intégrer un projet personnalisé de scolarisation (PPS) dès lors que la scolarité des enfants doit être adaptée. Dans l'esprit des textes, les MDPH doivent les élaborer de manière exhaustive. **Ce point appelle la vigilance des associations, à l'instar de l'APF, qui demande un PPC pour toute situation.**

[96] Lors de ses déplacements, la mission a pu constater que la réalisation des PPC était marginale par rapport aux demandes, comme en atteste le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Ciblage déclaré par les MDPH et part des PPC-PPS sur le nombre de décisions et avis de la CDAPH

MDPH	Ciblage déclaré	Nombre de décisions et avis rendus	Nb de PPC	Nb de PPS	Part PPC-PPS
Allier	Large : PCH et PPS	24500	Non déclaré	Non déclaré	
Bouches du Rhône	Modéré : priorisation PCH	144800	1526	0	1 %
Finistère	Modéré : non renouvellement d'AAH, baisse ou refus AESH	80026	2060	20	3 %
Haute-Garonne	Modéré : priorisation PCH	102900	2940	31	3 %
Moselle	Faible : priorisation droit d'option AEEH /PCH	69935	213	7	0 %
Somme	Large : PCH, refus sur demande d'insertion professionnelle, réorientations ou sorties ESMS, propositions de l'EP différentes de la famille, 1ers PPS	51261	5943	97	12 %
Val-de-Marne	Modéré : priorisation PCH	98354	1555	0	2 %

Source : Mission à partir des données de la CNSA

<sup>191</sup> R146-29 CASF.

[97] **La réalisation des PPC est souvent priorisée sur la PCH**<sup>192</sup>. La mission a pu vérifier que, dans les 15 dossiers éligibles à la PCH auxquels elle a eu accès, 12 incluaient ce plan. Pour les trois autres<sup>193</sup>, différentes pièces témoignent d'échanges avec le demandeur (correspondance, visites sociales, mobilisation d'équipes spécialisées...) qui ne constituent pas des plans formalisés mais signalent un travail itératif au cours du processus évaluatif. En outre, pour neuf dossiers portant sur le droit d'option AEEH-PCH, les PPC sont systématisés à l'exception d'un cas (où les pièces figurant aux dossiers attestent des itérations MDPH – famille<sup>194</sup>).

[98] La Somme se distingue néanmoins par une réalisation des PPC dix fois plus élevée que le reste de l'échantillon, ce qui signifie un ciblage plus large que la PCH. Ce constat est corroboré par les dossiers transmis par cette MDPH. Sur les 6 dossiers incluant des demandes d'AAH, 3 dossiers (soit la moitié du total) ont fait l'objet d'un PPC, adressé notamment en cas de refus d'une demande ou d'attribution d'un droit non demandé.

#### **J. 23 ans, en couple avec enfant, demande AAH**

J. a bénéficié d'une scolarité adaptée à ses besoins, en IME puis en SEGPA. Elle n'a pas achevé son CAP en alternance. J. souffre de troubles cognitifs. Elle est illettrée. Elle est accompagnée au titre du RSA par une référente qui lui a conseillé de demander l'AAH au regard de ses difficultés et de son souhait de travailler en milieu protégé. J., sans mode de garde pour son enfant, n'a pas pu se mobiliser dans le cadre de son parcours RSA. Un PPC a été rédigé car l'EP n'a pas évalué favorablement sa demande d'AAH. J. est en désaccord avec ce PPC. Néanmoins, la CDAPH maintient la proposition, rejette l'AAH et oriente vers le service public de l'emploi. Une prestation d'accompagnement côté CAP emploi doit être déclenchée après la notification.

### **3.2.2 Les PPC-PPS peuvent aussi être utilisés à des fins pédagogiques sur les dossiers de scolarisation enfants considérés comme sensibles**

[99] Au niveau national, la mission s'appuie sur les données de la Dgesc, pour identifier le respect, très variable de l'envoi des PPS aux familles (et à l'Education nationale). Moins d'un sur deux aurait été rédigé à la rentrée 2022. Ces chiffres attestent d'un écart à la réglementation.

[100] **La mission a néanmoins pu noter que les MDPH se saisissent parfois des PPC dans une démarche de pédagogie ou de prévention du contentieux sur les dossiers enfants.** La Moselle déclare ainsi en réaliser, pour prévenir des recours, notamment sur le décalage entre une demande d'AESH et une proposition d'IME. Cette approche a également été évoquée par les Bouches-du-Rhône. Au cours d'une EP, dans la Somme, la mission a pu constater que le PPC était mobilisé à cette fin. A une demande d'AESH individualisée en prévision d'un passage au collège

---

<sup>192</sup> La mission regrette qu'aucune donnée ne permette d'approcher la part des décisions de PCH ayant préalablement fait l'objet d'une transmission en bonne et due forme. L'architecture des rapports d'activité ne le prévoit pas. Les enquêtes statistiques disponibles n'en font pas état : [Analyse de la montée en charge de la PCH 2017 \(cnsa.fr\)](https://www.cnsa.fr/analyse-de-la-montee-en-charge-de-la-pch-2017).

<sup>193</sup> Tous issus d'une MDPH qui a confié à la mission assurer des échanges avec les demandeurs, sans nécessairement formaliser le PPC. L'analyse des dossiers est ainsi cohérente avec les déclarations des MDPH.

<sup>194</sup> Le choix de la famille d'opter pour la PCH était clairement indiqué et motivé dans l'un des courriers adressés.

pour un enfant souffrant de troubles spécifiques du langage et des apprentissages, en grand décalage avec son groupe classe et dont la famille a déjà refusé un SEGPA, l'EP propose un PPC avec l'idée suivante : « *Si la famille refuse, on proposera un rendez-vous avec l'équipe d'évaluation* ».

[101] **Les MDPH de l'échantillon identifient en tous cas les dossiers de scolarisation sur lesquels elles émettent des propositions de refus comme sensibles.** Plusieurs MDPH ont indiqué à la mission que les Recours administratifs préalables (RAPO) étaient fortement centrés sur des demandes d'AESH, que ce soit sur la décision ou sa déclinaison en format individuel ou mutualisé. La mission a également constaté, la quasi intégralité des dossiers liés aux AESH lors d'une EP RAPO enfants en Allier. Au regard des volumes concernés, la MDPH de l'Allier n'étudie les dossiers que si de nouveaux éléments sont apportés, dans la mesure où les équipes revenaient historiquement peu sur ce type de décision. Dans le Finistère, alors que le conseil départemental compte parmi ceux ayant le plus fort taux d'AESH par habitant, les RAPO enfants portent beaucoup sur les AESH, comme a pu le constater la mission lors d'une CDAPH enfants.

[102] **De ce point de vue, le ciblage des PPC sur des dossiers enfants dont l'EP ne valide pas la demande principale apparaît comme une bonne pratique.**

### 3.3 La validation de liste et la faiblesse du nombre de dossiers réellement présentés fragilisent les CDAPH

[103] **La CDAH a la responsabilité de statuer sur la base des propositions de l'EP<sup>195</sup>. Elle prend des décisions individuelles.**

[104] La mission n'avait pas pour objet d'évaluer le fonctionnement interne des CDAPH, instance cœur et partenariale de la MDPH (voir annexes n°2 et 8). **A titre liminaire, la mission note que la tenue des CDAPH, fréquente, n'est pas un facteur majeur des délais de traitement. Elles sont néanmoins consommatrices de ressources évaluatives. Ce constat peut justifier en soi une réflexion plus poussée sur le ciblage de l'instance.** A titre d'exemple, dans quatre CDAPH, la mission a constaté que les médecins, ressources rares, présentaient des situations. La mission s'est centrée sur la manière dont la CDAPH est partie prenante des décisions prises.

#### 3.3.1 Toutes les CDAPH de l'échantillon traitent sur liste, ciblent les dossiers à présenter et suivent majoritairement les propositions de l'EP

[105] **Dans les CDAPH auxquelles la mission a assisté, les dossiers passent massivement sur liste, et ne sont, en conséquence pas présentés aux membres.** A titre d'exemple, une CDAPH valide plus de 1000 dossiers en Haute-Garonne, entre 250 et 350 dans la Somme, ou autour de 1000 en Moselle. **Dans ce traitement de masse, la CDAPH enregistre les propositions de l'EP.** La pratique du vote sur la liste a été constatée dans une seule CDAPH, celle de la Haute-Garonne.

---

<sup>195</sup> Ses missions sont précisées au L146-9 du CASF : à titre principal l'orientation de la personne, la désignation des établissements et services médico-sociaux, l'appréciation du TI et des besoins de compensation justifiant la PCH et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (L 241-6 du CASF).

[106] En complément de ces listes, des dossiers sont présentés pour échanges<sup>196</sup>. Ils ne représentent qu'une faible part des décisions prises : moins d'une dizaine en Moselle, moins d'une quinzaine dans la Somme. L'Allier, avec des CDAPH territorialisées<sup>197</sup> et centrales, voit un plus grand nombre de situations discutées. Dans leurs règlements intérieurs, les CDAPH ciblent les situations à présenter. Plusieurs critères sont introduits : décisions sur lesquelles l'EP met sa proposition en discussion, RAPO, plans d'accompagnement globaux, dossiers sur lesquels il y a un écart entre la proposition de l'EP et la demande initiale...). **La présentation des RAPO en CDAPH apparaît comme une tendance nette dans les MDPH de l'échantillon.** La mission a enfin été témoin d'un tirage au sort, dans le Val-de-Marne, sur un dossier de la CDAPH du jour.

[107] L'apport de ces présentations sur dossier n'est pas consensuel. Les associations déplorent généralement le traitement de masse. Du point de vue des équipes d'évaluation, leur plus-value varie entre un passage obligé ou un riche temps d'échanges<sup>198</sup>.

[108] **A la connaissance de la mission, il n'existe aucune donnée consolidée à même d'objectiver la part des dossiers présentés pour lesquels la CDAPH suit les propositions de l'EP.** De ce point de vue, la mission regrette que le formalisme des procès-verbaux (PV) de CDAPH ne retrace pas toujours l'écart entre propositions et décisions. Le Finistère a communiqué les éléments indicatifs suivants, que corrobore la lecture des PV : sur 889 dossiers présentés en CDA en 2023, 77 ont fait l'objet d'une modification (soit 8,6 %, dont 40 infirmations et 37 ajournements).

[109] **Les usagers ne sont que peu informés du passage de leur dossier en CDAPH. En conséquence, les CDAPH reçoivent peu d'usagers. Seuls ceux qui en ont fait la demande sont entendus, comme a pu le constater la mission en Moselle, dans les Bouches-du-Rhône, en Haute-Garonne, dans la Somme ou dans le Finistère.**

### 3.3.2 Les débats en CDAPH peuvent être approfondis sans qu'ils épousent pleinement les positions institutionnelles attendues

[110] Des débats existent dans les CDAPH auxquelles la mission a assisté. **Leur capacité à se centrer sur des nœuds évaluatifs ou des segments sur lesquels la CDAPH a une marge effective est néanmoins dépendante de la qualité de l'animation, proposée par la présidence et/ou la MDPH.** Ils permettent de rappeler le cadre du handicap, celui de la compensation d'un retentissement sur la vie d'une personne dans le cadre de la mobilisation de référentiels règlementaires. Pour incarner ces situations, la mission retient deux exemples polaires. En cas de désaccord au sein de la CDAPH, un vote à main levée est organisé.

---

<sup>196</sup> Dans 6 des 7 MDPH de l'échantillon, cette présentation était anonymisée.

<sup>197</sup> 43 commissions spécialisées locales pour les adultes où tous les dossiers sont discutés.

<sup>198</sup> Les discussions internes à l'équipe de coordination de la MDPH de la Somme en sont une bonne illustration : il s'agit d'un passage obligé pour certains comme d'un échange essentiel avec les institutions qui financent (en l'espèce le CD pour la PCH et l'EN pour les AESH) pour d'autres. Un échange similaire a eu lieu en Moselle.

**J., 27 ans, 1ère demande RQTH**

J. est une professeur des écoles de 27 ans, exerçant dans l'académie de Créteil. Originnaire de Bretagne, elle souhaite y retourner pour se rapprocher de son conjoint, avec lequel elle a un projet de grossesse. Elle souffre d'un trouble dépressif et d'obésité modérée. Le motif de demande de la RQTH, mentionné tant par le médecin que par le projet individuel est de rejoindre la Bretagne, l'éloignement étant la source des troubles. Un débat en CDAPH a lieu : la dépression engendrée par l'éloignement familial peut-elle constituer un motif de RQTH ? Oui pour 2/5 des votants, non pour 3 /5 pour qui c'est bien le retentissement, non avéré à la date de la décision, qui doit être apprécié.

**F, enfant de 7 ans, 1ère demande de PCH**

La demande de PCH a été faite par les parents de F., 7 ans, qui se met en danger à la récréation. Il a été maintenu en maternelle et bénéficie déjà d'une aide humaine individuelle et de transports scolaires adaptés. La famille, connue des services de protection de l'enfance, est méfiante envers les institutions. La VAD s'est déroulée dans un climat tendu. A sa suite, la professionnelle a signalé une mise en danger. L'ouverture de la PCH est conditionnée au bénéfice du complément d'AEEH, pour lequel le critère d'éligibilité n'est pas satisfait. En effet, aucune facture n'atteste de prise en charge ou de frais tandis que son parcours de soin, dans le cadre d'une suspicion de TSA, a été interrompu avec le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Un PPC a été adressé à la famille et refusé. Celle-ci a ensuite exigé un rendez-vous, qu'elle n'a pas honoré. Elle ne pas répond plus au téléphone depuis. Les membres de la CDAPH identifient la situation comme éminemment difficile et la coordinatrice de l'EP rappelle le cadre règlementaire. Le président de la CDAPH, représentant d'une association, s'inscrit dans la continuité mais regrette que « *les textes amènent ici à rejeter, car on n'arrange rien* ». A la majorité, la CDAPH rejette la demande. Les représentantes du CD responsables sociales de territoire s'engagent à aller une nouvelle fois au contact de la famille.

[111] **La mission a constaté la bonne représentation de l'Education nationale dans ces instances.** Celle-ci est présente (voir annexe n° 8) et intervient sur les décisions de scolarisation. Les échanges peuvent d'ailleurs être vifs avec les représentants associatifs de parents d'élève. Sa prise de parole est attendue des participants, dans un contexte de fortes demandes exprimées par les familles.

**V. 13 ans, demande AESH individualisée**

V. bénéficie d'un PAP et d'un suivi RASED. La SEGPA a été refusée par la famille. V. est en décalage avec sa classe. Elle souffre de troubles des fonctions mentales. La demande adressée porte sur une AESH individualisée. Selon l'EP, le besoin est celui d'un Ulis mais la demande de la famille est une orientation en collège. Un Ulis est proposé. L'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) rappelle en CDAPH le cadre règlementaire et le principe de notifier selon le besoin. Une orientation ULIS est proposée ainsi qu'un rendez-vous téléphonique à la famille.

[112] **La mission n'a pas constaté le même engagement de la part des représentants des Ddets**, alors que leurs voix comptent double dans les décisions. Leur présence n'est pas systématique dans les CDAPH. Quand elle est effective, la parole n'est ni nécessairement prise ni strictement conforme au positionnement institutionnel attendu<sup>199</sup>. Côté associations, les prises de parole soulignent la nécessité de contacter les personnes, particulièrement les familles et de prévenir sur les décisions défavorables. Elles abordent les contraintes de mise en œuvre.

[113] **La nature des échanges interroge sur les marges dont dispose réellement la CDAPH, instance qui doit assumer la décision individuelle sans maîtriser le cadre afférent à chacune des prestations.** La MDPH de la Somme comme celle de la Moselle ont tenu à rappeler que la CDAPH n'était pas experte et son rôle ne devait pas être de proposer des plans de compensation. Le rapport d'activité de l'Allier mentionne ce risque : « *Globalement la CDAPH suit les prescriptions des EPE. Les changements les plus prégnants concernent les dossiers de l'enfance où régulièrement la CDAPH souhaite ajouter des droits notamment financiers afin de prendre en charge les nombreux suivis qui de plus en plus se font en libéral faute de place dans les Sessad, dans les IME... De même, dans le cadre d'enfants dys ou multidys, la CDAPH a tendance à proposer assez facilement un MPA. Sur le secteur adulte, les débats portent assez souvent sur le taux d'incapacité, alors même que les membres ne doivent pas l'évaluer directement. Toutefois, la proximité avec les évaluateurs, les rappels réguliers et fréquents de la réglementation permettent d'harmoniser les décisions* ».

[114] **Néanmoins, la mission note que la CDAPH peut prendre des décisions difficiles, comme elle a pu en connaître dans un dossier de rejet d'amendement Creton transmis par une MDPH.**

**T, jeune homme de 21 ans, demande de maintien en ESMS au titre de l'amendement Creton**

T. est arrivé à 13 ans en IME. Un bilan éducatif rédigé par l'IME indique le besoin d'un cadre sécurisant et rassurant. Le dossier est une première demande adulte qui porte sur un maintien en ESMS au titre de l'amendement Creton, sur une orientation en Esat et sur une AAH. L'EP se prononce pour l'ensemble des demandes, le maintien en ESMS étant envisagé secondairement après une orientation principale en Esat et en service d'accueil de jour. Au regard des évaluations transmises par l'IME comme du bilan d'immersion professionnelle rédigé par un Esat, la CDAPH rejette la demande de maintien en ESMS au titre du Creton et notifie à titre exclusif sur la partie établissement une orientation SAJ / Esat.

### 3.3.3 La présence en CDAPH des usagers peut influencer la décision notamment quand ils amènent des informations complémentaires

[115] Faute de PV suffisamment précis, la mission ne peut objectiver la part des propositions de l'EP modifiées suite à la présence des usagers en CDAPH. Selon une association membre de la CDAPH en Moselle, « *chaque fois qu'une famille vient en CDAPH, les décisions changent* ».

[116] **Certaines MDPH stabilisent une doctrine qui consiste à confirmer le travail de l'EP, sauf éléments nouveaux.** C'est le cas de la Haute-Garonne ou du Finistère. L'Education nationale a pu témoigner de cette évolution dans le Finistère : « *il y a trois ans, les familles étaient sûres d'obtenir*

---

<sup>199</sup> Lors d'une CDAPH, la mission a identifié un vote de la Ddets s'opposant au maintien du rejet d'une AAH dans le cadre d'un RAPO, et se distinguant, par ce choix, de la position des autres grands partenaires institutionnels. Ce vote inattendu, comptant double, a fait l'objet, après la séance, d'un commentaire critique de la part de la présidence de la CDAPH.



gain de cause quand elles demandaient à être entendues par la CDAPH pour modifier une décision. Ce n'est plus le cas ». Les PV de la CDAPH du Finistère attestent du maintien de la grande majorité de décisions, suite à RAPO, sauf information supplémentaire apportée<sup>200</sup>.

[117] **La mission note que la présence des usagers en CDAPH a une vertu médiatrice, à apprécier au regard d'un processus évaluatif réalisé sur pièces, sans les consulter (cf supra).** Les membres prennent alors le temps d'expliquer les décisions aux usagers. Deux présidentes de CDAPH ont valorisé cette fonction auprès de la mission<sup>201</sup>. Cette vertu atteste de l'insuffisante mobilisation d'autres leviers permettant d'atteindre cet objectif (prise en charge des PPC, rencontre avec une équipe d'évaluation, CDAPH restreintes), sans être autant consommateurs de ressources.

## **4 Soumise à un cadre règlementaire complexe, l'évaluation est réalisée dans un contexte parfois tendu par les contraintes de mise en œuvre**

### **4.1 Une sédimentation caractérise les nombreux droits ouverts par les MDPH, qui supposent des raisonnements évaluatifs très différents**

[118] **Les MDPH ont la responsabilité d'ouvrir d'innombrables droits, pour partie cumulables. Elles sont les garantes de l'entrée dans le champ du handicap, dont elles assurent la reconnaissance administrative.**

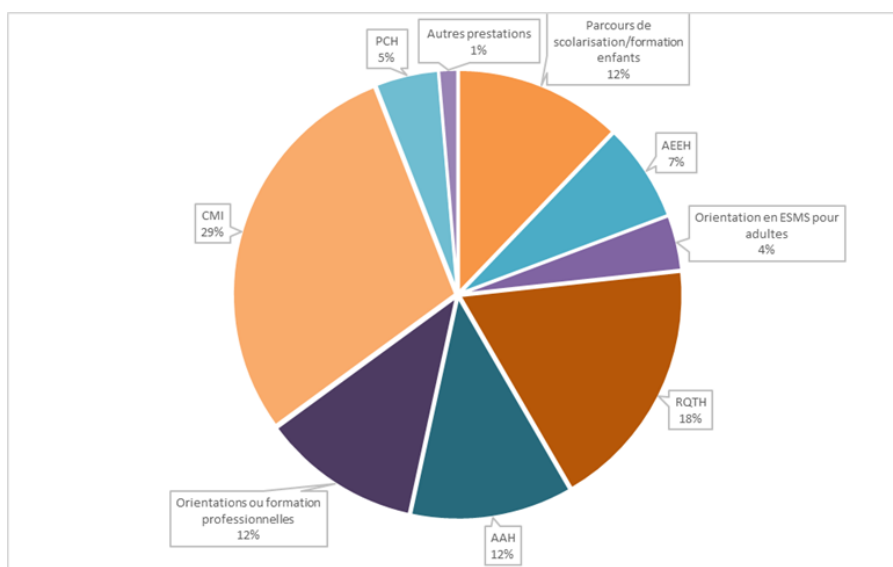
[119] Comme en atteste l'annexe n° 3 dont est issu le graphique ci-dessous, l'attribution des droits est stable dans le temps et s'organise de la manière suivante : près de la moitié des droits concerne les CMI et la RQTH (respectivement 29 % et 18 %), 12 % l'AAH, 12 % l'orientation professionnelle, 12 % les orientations enfants, 7 % l'AEEH et 5 % la PCH. **Une dizaine de grandes mesures, se subdivisant elles-mêmes en catégories plus fines, occupe le quotidien des équipes d'évaluation.**

---

<sup>200</sup> En ce cas, la CDAPH n'évalue pas, elle renvoie vers l'EP, en témoigne la mention suivante dans les PV : « la CDAPH décide d'ajourner ce dossier compte tenu de la production d'éléments récents. ».

<sup>201</sup> « La CDAPH permet aux usagers de poser des questions qu'ils ne peuvent pas poser à travers du dossier ». « La CDAPH sert aussi à faire évoluer les gens dans leur cheminement ».

Graphique 4 : Les grandes catégories de droits attribués en 2022



Source : Mission d'après les données de la CNSA

[120] **La profondeur évaluative n'est pas égale pour chacun des droits**, l'approche individualisée de la PCH ou la connaissance de la situation de l'enfant préalable à un choix d'orientation nécessitant, par construction, des délais plus longs qu'une analyse paramétrique de l'éligibilité. Néanmoins, la mission relève que les demandes sèches sont rares dans les dossiers MDPH. **En 2022, en moyenne, chaque usager dépose annuellement 2,5 demandes<sup>202</sup>. Ainsi, comme la mission a pu le constater, une demande de CMI ou de RQTH, jugée plus simple à évaluer, est rarement exclusive et le dossier intègre souvent d'autres droits.**

[121] La mission n'a pas centré son analyse sur les conditions réglementaires encadrant les droits ouverts par les MDPH. Néanmoins, elle constate, après d'autres à l'instar du rapport Plus Simple La Vie<sup>203</sup>, la sédimentation de leur architecture. Dans sa contribution préparatoire à la CNH 2023, l'association des directeurs de MDPH a ainsi souligné que « lorsque la complexité domine pour les usagers comme pour les professionnels de l'évaluation et de l'orientation, nous proposons de faire évoluer certains droits ». De ce point de vue, **la maîtrise de cette complexité réglementaire constitue une compétence spécifique de l'équipe pluridisciplinaire.**

#### 4.1.1 L'évaluation du handicap repose sur plusieurs instruments de mesure

[122] **Si le handicap est réglementairement défini<sup>204</sup>, la mesure de cette limitation dépend néanmoins de plusieurs instruments.**

[123] **Une nouvelle méthode d'évaluation a été introduite par la loi de 2005, à travers le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (Geva).** Ce dernier doit « permettre aux équipes pluridisciplinaires des MDPH de recueillir les éléments d'évaluation

<sup>202</sup> CNSA, [Repères statistiques n°20 - Attribution des droits pas les MDPH en 2022 \(cnsa.fr\)](https://www.cnsa.fr/repere-statistiques-n20-attribution-des-droits-pas-les-mdph-en-2022).

<sup>203</sup> Op. cit.

<sup>204</sup> L114 du CASF.

permettant de définir et décrire les besoins de compensation des personnes handicapées de façon appropriée, équitable, avec un langage commun et en interdisciplinarité »<sup>205</sup>. Les réalisations effectives de la personne sont à analyser. **Son introduction n'a pas conduit à unifier les règles d'appréciation du handicap.** Pour les deux prestations principales pour les adultes, l'AAH, et la PCH, deux annexes du CASF<sup>206</sup> proposent, par exemple, des approches différentes en la matière :

- **la fixation d'un taux d'incapacité d'une personne est nécessaire à l'attribution de certaines allocations ou avantages.** Le guide barème<sup>207</sup> a pour objectif d'en fixer les règles « à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine. ». Le guide se structure en 8 chapitres, chacun correspondant à un type de déficience. L'approche de la déficience doit être multidimensionnelle si bien que le diagnostic médical constitue un repère qui n'est pas corrélé avec un taux. Pour chacune des catégories, une fourchette de déficiences est attribuée sur la base des réalisations effectives. Quelques diagnostics (une anomalie chromosomique autosomique, une surdité bilatérale précocement détectée) sont néanmoins associés à des taux minimums (de 50 à 80 %). **La détermination de ce taux est nécessaire à l'évaluation de 3 droits**<sup>208</sup>. Ce guide fait l'objet des critiques, reprises par le CNCPH, qui le juge « obsolète ». Un rapport de l'IGAS<sup>209</sup> en 2004 notait déjà qu'il apparaît « très centré sur la déficience analysée d'un point de vue médical. (...) Il s'agit d'un outil opérationnel construit pour décider de l'éligibilité à des prestations, mais pas d'un moyen d'évaluer de façon globale une situation de handicap. »
- **la mesure des besoins de compensation, objet de la PCH<sup>210</sup> ne s'est pas appuyée sur le guide barème** mais sur une méthodologie spécifique. L'appréciation d'une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou d'une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités parmi une liste de 20 activités a été retenue<sup>211</sup>. Elle repose sur une approche fonctionnelle, en référence à un environnement normalisé. La nature des charges couvertes est large : des aides humaines, techniques, d'aménagement du logement, des dépenses exceptionnelles ou encore des aides animalières. Pour chacun de ces éléments, un référentiel liste les activités ou charges couvertes. Si la logique forfaitaire ne préside ni aux aides humaines ni aux autres types d'aides, elle a été introduite, récemment. La PCH parentalité majore les plans d'aide, selon des montants fixes dépendant de l'âge de l'enfant et de la situation de couple ou de monoparentalité.

[124] Plusieurs raisonnements types ont vocation à être mobilisés par les équipes d'évaluation.

---

<sup>205</sup> Manuel d'utilisation du GEVA, 2008, [manuel GEVA mai 2008 \(cnsa.fr\)](http://cnsa.fr).

<sup>206</sup> Annexe 2-4 CASF.

<sup>207</sup> Ce guide s'est substitué en 1993 au barème des Anciens Combattants et victimes de guerre afin d'intégrer les concepts de la classification internationale du handicap, notamment l'existence d'une déficience, l'incapacité qui en est la conséquence et le désavantage subi.

<sup>208</sup> L'AAEH, la CMI P et l'AAH.

<sup>209</sup> L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle compensation, IGAS, 2004.

<sup>210</sup> Celle-ci vise, selon l'étude d'impact de la loi de 2005, à apporter « une réponse adaptée à ses besoins spécifiques de compensation ».

<sup>211</sup> Annexe 2-5 du CASF.

Tableau 8 : Les différents critères d'évaluation du Geva, du guide barème et du référentiel d'accès à la PCH

	Geva	Guide barème (AAH)	Référentiel pour l'accès à la PCH
Structuration	8 volets thématiques pour recueillir l'information	8 chapitres, par type de déficiences	4 grands chapitres, par type d'aides en plus des conditions générales
Nombre d'activités ou de tâches recensé	8 domaines d'activité, plus de 100 tâches	Non fixé	20 activités réparties dans 4 domaines
Périmètre de l'évaluation	Réalisations effectives	Réalisations effectives	Capacité fonctionnelle (en référence à un environnement normalisé)
Seuils définis	4 niveaux de difficulté : aucune, légère, modérée, grave, absolue	4 fourchettes d'incapacité : légère, modérée, importante, sévère ou majeure	5 niveaux de difficulté : aucune, légère, modérée, grave ; absolue

Source : Mission

[125] Alors qu'elle est jugée plus simple d'appréciation, trois critères régissent l'attribution des CMI, en fonction des accès et des facilitations qu'elles autorisent :

- **la CMI-invalidité (dite CMI I) suppose trois conditions non cumulatives** : avoir un taux d'activité supérieur ou égal à 80 %, présenter un justificatif attestant de l'attribution d'une pension d'invalidité de 3ème catégorie ou bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie en GIR 1 ou 2. Des mentions complémentaires sont prévues (besoin d'accompagnement, cécité) ;
- **la CMI priorité (dite CMI P) suppose deux conditions cumulatives** : avoir un taux d'activité supérieur ou égal à 80 % et présenter une pénibilité à la station debout <sup>212</sup> ;
- **la CMI stationnement (dite CMI S) suppose les conditions non cumulatives suivantes** : subir une réduction importante et durable des déplacements à pied du fait du handicap, avoir besoin de recourir systématiquement à un accompagnement par une tierce personne dans les déplacements, bénéficier de l'APA en GIR 1 ou 2. Une annexe à un arrêté de 2017 précise l'appréciation de ces critères. Concernant le critère de réduction des déplacements, il est acquis quand la personne a un périmètre de marche limité et inférieur à 200 mètres pour la condition la plus connue (d'autres conditions existent).

<sup>212</sup> R241-12-1 CASF.

[126] **L'existence de plusieurs métriques et règles d'éligibilité témoigne de la complexité de l'architecture des droits ouverts par les MDPH que doit maîtriser l'équipe pluridisciplinaire.** Celle-ci est appuyée par des guides pratiques et des référentiels produits par la CNSA (voir annexe n° 7 outils) dont l'appropriation constitue un enjeu clé pour la qualité évaluative.

#### 4.1.2 En matière de compensation adultes / enfants, la complexité des règles d'éligibilité dépasse l'entendement

##### 4.1.2.1 Par construction, l'évaluation de la compensation enfant se distingue de la compensation adulte

[127] **L'AEEH, qui s'est substituée à l'allocation d'Education spéciale et pré existait à la PCH, est une prestation familiale liée à la charge que représente le fait d'élever un enfant en situation de handicap. Son versement de base repose sur l'évaluation du taux d'incapacité. Ses 6 compléments relèvent d'un système de compensation. Ils visent à prendre en charge des aides humaines ou des dépenses engagées rattachables aux besoins de l'enfant<sup>213</sup>. Ces compléments sont catégorisés<sup>214</sup> selon des seuils de frais, des niveaux de réduction d'activité de la part des parents ou des temps de recours à une tierce personne. La logique forfaitaire préside à leur attribution.**

[128] L'exercice évaluatif est rendu complexe car il suppose d'apprécier des dépenses, des temps de réduction d'activité parentale ou de recours à une tierce personne directement rattachables à la compensation du handicap et objectivés. Cet exercice est par nature dépendant des informations dont dispose l'équipe d'évaluation. Les familles doivent ainsi apporter des éléments de preuves à l'instar de factures ou de devis. La fiche technique produite par la CNSA sur cette prestation permet d'apprécier la complexité d'un exercice très cadré que les équipes rencontrées par la mission ont également mis en avant.

#### Fiche technique AEEH, à destination des MDPH, CNSA

« Concernant le pourcentage de réduction d'activité professionnelle : ce qui doit être pris en compte ce sont à la fois, les besoins d'aide humaine de l'enfant, et l'impact de ceux-ci sur le temps de travail du parent. C'est l'impact des aides apportées sur une activité professionnelle existante (réduction ou cessation de l'activité) ou envisagée (renoncement) qui doit être mesurée. Par exemple, un artisan indépendant qui travaille 40 heures par semaine mais qui, sans le handicap de son enfant, aurait travaillé 50 heures, renonce partiellement à son activité professionnelle et de ce fait un complément de l'allocation pourra être attribuable. Autre exemple si le parent ne travaille pas du tout mais qu'une activité à 80 % serait possible mais pas à temps complet compte tenu du handicap de l'enfant, un complément pourra également être attribuable. La notion d'activité à temps plein s'entend comme l'activité exercée conformément à la durée légale ou à la durée équivalente du travail. »

<sup>213</sup> L 541-1 CSS.

<sup>214</sup> R 541-2 du CSS.

[129] **Le faible niveau de remplissage du formulaire de demande rend difficile la mesure des seuils de réduction d'activité prévus par les textes.** Le formulaire ne suffit pas toujours à caractériser l'inactivité d'un parent qui aurait pu travailler sans le handicap de son enfant mais n'est pas en mesure de le faire. Des demandes de renseignements complémentaires ou des échanges avec les familles sont alors engagés. **Une expertise d'usage se développe donc en MDPH pour apprécier ces réductions à l'appui de textes à la fois très précis sans être opérationnels.**

[130] En outre les textes, plus lâches, ne flèchent pas le type de charges que les compléments peuvent couvrir<sup>215</sup>. Le rapport de l'IGAS de 2015 sur l'AEEH<sup>216</sup> mentionnait ainsi le caractère souple de l'AEEH, qui permet des dépenses de toute nature. **Cette souplesse a été constatée par la mission. Le complément 1 sert parfois, à titre dérogatoire, en l'absence de diagnostic stabilisé, d'appui pour aider les familles à financer les bilans nécessaires.**

#### **R., 7 ans, demande d'une révision d'AEEH**

R. a 7 ans. Il n'aime pas l'école, se sépare difficilement de ses parents et demande plus de temps à sa maîtresse qui a évoqué à la famille une aide individualisée. Un Geva-sco est en cours. Il a du mal à s'habiller et la motricité fine reste en deçà des attendus de son âge. Il bénéficie déjà d'un complément 1 d'AEEH pour aider sa famille à financer une orthophoniste, une éducatrice spécialisée et une psychomotricienne. La famille souhaite une révision d'AEEH car les frais deviennent difficiles à prendre en charge. Le parcours de reconnaissance du trouble cognitif de type dys s'est engagé mais n'est pas finalisé. Le diagnostic n'est pas encore posé. Le CMPP a rejeté le dossier de R, qui y avait été orienté par le médecin traitant. La famille ne sait pas où aller pour confirmer le diagnostic. A la suite d'un RAPO, la CDAPH suspend sa décision dans l'attente du Geva-sco qui doit arriver prochainement.

[131] **A l'inverse de l'AEEH, l'évaluation de la PCH adulte ne repose pas sur le taux d'incapacité,** qui ne constitue pas un critère d'éligibilité. Elle ne relève pas d'une logique forfaitaire.

[132] En raison de ces méthodologies d'évaluation différenciées, une règle spécifique a été introduite au moment de l'élargissement de la PCH aux enfants en 2008 : pour ceux-ci, l'ouverture d'une PCH est conditionnée à l'éligibilité à l'AEEH ce qui signifie que la mesure du taux d'incapacité est un préalable au bénéfice de la PCH<sup>217</sup>. Des règles d'option et de cumul ont, par ailleurs, été introduites (cf *infra*).

#### **4.1.2.2 Le droit d'option AEEH PCH est d'une technicité qui ne favorise pas la prise de décision éclairée par les familles**

[133] **La relative souplesse de l'AEEH est adaptée à la nature évolutive des besoins de l'enfant.** Elle n'est pas toujours favorable aux familles dans la mesure où les forfaits sont par nature moins individualisés que les référentiels de la PCH, qui peuvent ouvrir des montants plus favorables.

<sup>215</sup> Un arrêté du 24 avril 2002 précise à titre indicatif les dépenses éventuellement compensées.

<sup>216</sup> Évaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), IGAS, 2016.

<sup>217</sup> Article L245-1 du CASF.

[134] Alors que la coexistence de ces deux systèmes de compensation devait rester transitoire<sup>218</sup>, des règles de cumul complexes régissent toujours leur articulation. Une famille qui touche l’AEEH de base peut bénéficier de la PCH, à condition de remplir les conditions d’accès au premier complément d’AEEH. Une famille qui touche un complément d’AEEH ne peut toucher de PCH, sauf pour l’élément trois (aménagement de logement ou de véhicule) qui est spécifique dans son objet. **Selon les recommandations de la CNSA, ce droit d’option doit systématiquement être étudié à chaque demande d’AEEH ou de PCH enfant.** Ce droit d’option fait en général l’objet de plans de compensation très complexes, chronophages pour les MDPH qui peinent à les rendre compréhensibles. Tous les dossiers étudiés par la mission qui comportaient une demande d’AEEH ou de PCH enfant donnaient lieu à une présentation de ce droit d’option.

#### **M. 8 ans, besoin exprimé d’un nouveau fauteuil roulant**

M. bénéficie d’une orientation scolaire et d’une AESH, ainsi que d’un accompagnement SESSAD. Il perçoit l’AEEH (complément 6). En raison de sa fragilité immunitaire, il n’est pas allé à l’école cette année. M. est un enfant polyhandicapé dont le diagnostic générique a été établi à 2 ans. Sa maman s’occupe des soins quotidiens et ne travaille plus. Son papa a aménagé ses horaires. Son fauteuil roulant doit être rénové et d’autres aides techniques sont nécessaires. A l’occasion de la réévaluation, l’EP propose deux solutions à la famille. La première est de poursuivre l’AEEH de base et son complément 6. La seconde est de conserver l’AEEH de base et de mobiliser la PCH, éléments 1 (aide humaine et dédommagement de l’aidant familial, versement mensuel), 2 (aide technique fauteuil roulant accessoires pour fauteuil roulant, autres aides techniques, versement ponctuel), et 4 pour charges spécifiques (protections absorbantes, versement mensuel). La famille choisit l’option PCH, qui lui permettra de bénéficier, d’une aide humaine mensuelle à hauteur de 2052 euros, d’aides techniques à hauteur de 3558 euros et d’aide pour charges exceptionnelles à hauteur de 85 euros. Le complément 6 de l’AEEH représentait pour sa part un versement de l’ordre de 1415 euros mensuel.

[135] **Des propositions de plusieurs natures ont de longue date été émises pour mettre fin à ce droit d’option.** Le rapport Plus Simple la Vie, dans sa proposition 16, préconisait de ramener l’AEEH à sa seule dimension d’allocation, en la complétant par une PCH aux critères d’éligibilité revisités aux besoins de l’enfant. L’ADMDPH, dans sa contribution à la CNH 2024, plaidait pour l’étude de deux scénarios, la spécialisation de l’AEEH pour les enfants ou la fusion, pour la partie compensation, des deux prestations. Le rapport de l’IGAS de 2018 portant sur ce sujet recommandait une réforme structurelle<sup>219</sup> dont la mission relève les conclusions présentées dans la synthèse.

---

<sup>218</sup> Le rapport d’information sénatorial de 2012, Handicap : des avancées réelles, une application encore insuffisante, rappelle l’achoppement des travaux de convergence et d’élargissement de la PCH enfant sur les questions de financement.

<sup>219</sup> Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants, Clarifier l’articulation entre l’AEEH et la PCH, IGAS, 2018.

*« Pour une plus grande spécialisation des prestations »*

*Le rapport propose une nouvelle architecture avec une spécialisation des prestations. L'actuelle AEEH et ses compléments seraient remplacés par un « complément familial handicap » se substituant à l'AEEH de base, et une « allocation de présence parentale prolongée » correspondant à la réduction d'activité des parents. Les enfants auraient accès à la PCH selon les modalités de droit commun, mais sur la base de critères d'éligibilité adaptés aux premiers âges de la vie et d'un ensemble d'aides répondant mieux aux besoins spécifiques de l'enfant. Parallèlement, certaines dépenses de santé, couvertes aujourd'hui par les compléments de l'AEEH, auraient vocation à être prises en charge par l'assurance maladie. La mise en œuvre de ces changements nécessiterait une période de transition et d'expérimentation pour :*

- refondre le guide-barème de reconnaissance du handicap et la grille d'éligibilité à la PCH ;*
- formaliser des protocoles de soins pour les principaux types de handicaps, ou à défaut définir des forfaits de soins pour les situations qui ne seraient pas couvertes par un protocole ;*
- adapter aux besoins de l'enfant les aides mobilisables par la PCH (notamment les aides humaines) et mettre en place un outil de gestion simplifié de ces aides. »*

## 4.2 En ce qui concerne l'AAH 2, l'évaluation repose sur l'appréciation d'une notion subtile, la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi

[136] **A titre lumineux, et pour reprendre les constats du rapport Busnel de 2010, L'emploi, un droit à faire vivre pour tous<sup>220</sup>, la coexistence de plusieurs méthodes d'évaluation caractérise, une nouvelle fois, la mesure des restrictions, ici sur le volet professionnel :**

- le constat d'une réduction des possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi du fait d'une altération est nécessaire à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, sans qu'un outil d'évaluation spécifique soit prévu par le code du travail<sup>221</sup> ;
- l'orientation en Esat, doit apprécier la réduction d'une capacité de travail de deux tiers par rapport à une capacité normale ou supérieure à un tiers mais assortie de besoins de soutiens expressément motivés<sup>222</sup> ;
- la notion de restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi préside, quant à elle, à l'évaluation de l'AAH 2.

---

<sup>220</sup> [L'emploi : un droit à faire vivre pour tous - Evaluer la situation des p | vie-publique.fr](https://www.vie-publique.fr)

<sup>221</sup> Article L5213-1 : « Est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique. »

<sup>222</sup> R243-1, CASF.



#### 4.2.1 La notion de restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi est difficile à apprécier

[137] L'AAH constitue un minimum social qui doit garantir un niveau de ressources aux personnes en situation de handicap. **Les MDPH en évaluent l'éligibilité<sup>223</sup>, et notamment les conditions liées au taux d'incapacité. Si celui-ci est compris entre 50 et 79 %, une condition supplémentaire est requise : l'existence d'une restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi. Seule cette double condition permet l'ouverture de l'AAH dite 2.**

[138] Cette notion, introduite dans le code de la sécurité sociale (CSS) en 2006, a succédé à celle d'impossibilité de se procurer un emploi. Rapidement jugée très ouverte, la RSDAE a été encadrée **par un décret et une circulaire d'application<sup>224</sup> publiés en 2011. Ces derniers rattachent strictement les restrictions aux seuls effets du handicap.** Un arbre de décision doit guider le travail des équipes pluridisciplinaires et que la mission a vu les équipes mobiliser lors de ses immersions.

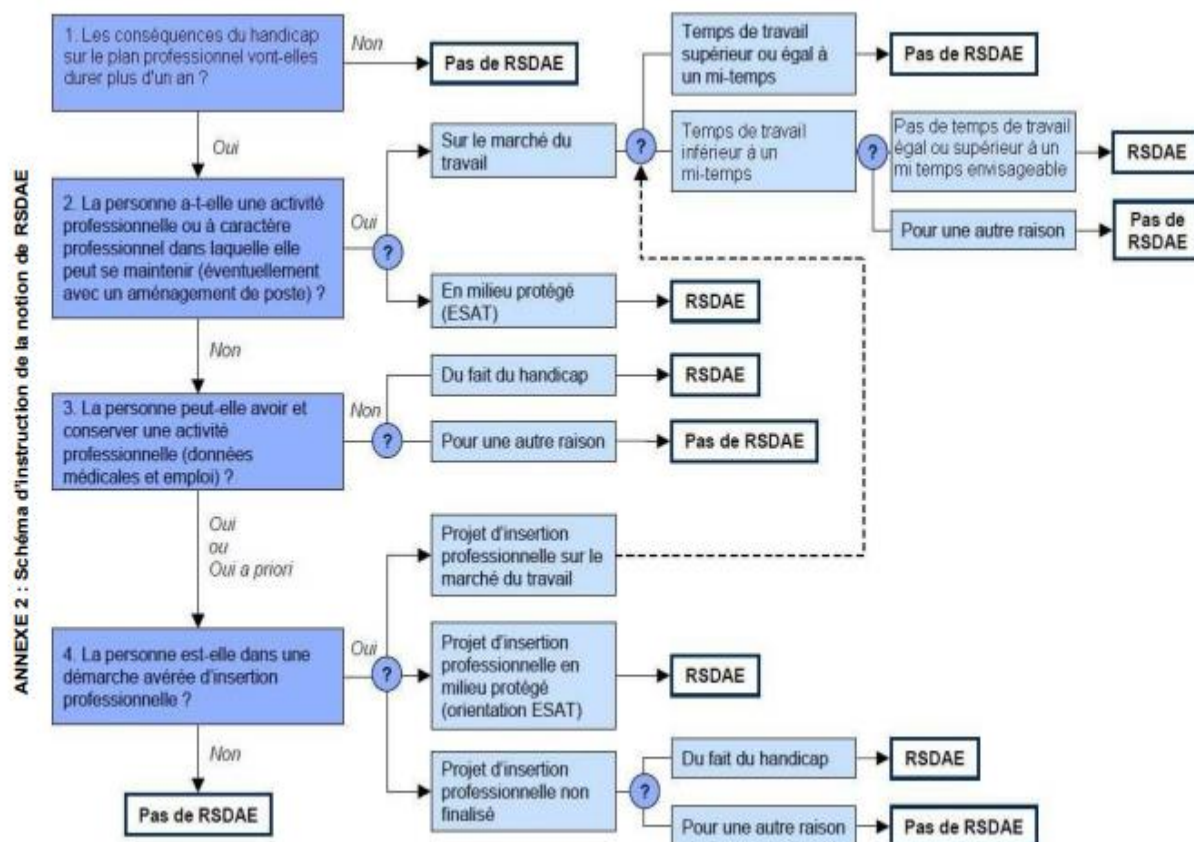
[139] En complément, un guide pratique a été publié en 2017 par la DGCS (voir annexe n°7). Il propose une méthodologie consistant à identifier tous les facteurs des difficultés d'accès ou de maintien dans l'emploi, isoler ceux directement liés au handicap et exclure du raisonnement ceux non exclusivement liés au handicap ou liés au handicap mais ne suffisant pas à caractériser cette réduction. La capacité d'une personne à compenser son handicap doit être prise en compte: « *à déficiences comparables, l'importance du retentissement fonctionnel et des possibilités d'accès et de maintien dans l'emploi peut varier en fonction des compensations individuelles qui ont pu ou peuvent être mises en œuvre par la personne* ». **A ce titre, les stratégies de remédiation, fructueuses ou infructueuses, comme les aménagements de poste, déjà mises en place ou qui pourraient l'être doivent être étudiées.** Sur ce volet, la mission note que l'arbre décisionnel proposé reste elliptique. L'absence de démarche d'insertion doit également être considérée.

---

<sup>223</sup> Pour leur part, les CAF en évaluent les conditions administratives et de ressources. Les MDPH sont tenues d'apprécier l'éligibilité y compris quand les critères administratifs ne sont pas remplis.

<sup>224</sup> CIRCULAIRE N° DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 2011 relative à l'application du décret n° 2011-974.

Graphique 5 : L'arbre de décisions de la RSDAE



11

Source : Circulaire DGCS de 2011 relative à l'attribution de l'AAH

#### 4.2.2 L'évaluation de la RSDAE s'appuie sur une connaissance insuffisante des compensations déjà engagées comme du marché du travail

[140] **La fixation du taux d'incapacité dans les MDPH de l'échantillon se fait en présence de ressources médicales ou infirmières, qui recherchent dans les éléments médicaux ceux de nature à caractériser le taux.** Le guide barème est une référence constante. Il permet de distinguer l'entrave majeure, l'atteinte à l'autonomie individuelle ou la gêne notable avec conservation de l'autonomie. Il donne des exemples types mobilisés par les MDPH. Ainsi, la mission a vu une équipe se référer au guide concernant une amputation de la hanche, constitutive d'un taux de 80 % et effectivement mentionnée comme telle dans le guide barème au titre des altérations des membres<sup>225</sup>. Une équipe d'évaluation a confié à la mission être en attente de référentiels plus

<sup>225</sup> DÉFICIENCE IMPORTANTE (TAUX : 50 À 75 P. 100) : Limitant la réalisation de certaines activités de la vie courante ou ayant un retentissement important sur la vie sociale professionnelle ou domestique. Exemple : - amputation de jambe ou de cuisse (appareillée), ou de l'avant-bras, du coude ou de l'épaule, unilatérale. côté non dominant. DÉFICIENCE SÉVÈRE (TAUX : 80 À 90 P. 100). Rendant les déplacements très difficiles ou impossibles ou empêchant la réalisation d'un ou plusieurs actes essentiels. Exemple : - désarticulation de hanche, d'épaule ou du coude dominant ; ou amputation bilatérale des membres supérieurs.

précis, opposables, afin d'harmoniser leurs pratiques. La mission note d'ailleurs qu'en cas de doute sur les éléments médicaux, les MDPH n'hésitent pas à demander des éléments complémentaires, voire à convoquer les usagers pour une visite médicale. Dans le Val-de-Marne ou dans les Bouches-du-Rhône, quelques consultations sont ainsi assurées à cette fin.

[141] **En revanche, la mission peut attester que l'appréciation de la RSDAE s'appuie sur des informations insuffisantes relatives à la situation socio-professionnelle des demandeurs et leur démarche d'insertion.** Le remplissage parfois très faible du formulaire Cerfa est de ce point de vue préjudiciable. En complément de celui-ci, l'équipe peut consulter le Duda, si la personne est suivie par Pôle emploi, pratique que la mission a observée. Néanmoins, pour les usagers allocataires du RSA, les liens avec les services référents, y compris départementaux sont distendus, si bien que l'équipe ne dispose pas d'informations sur le parcours. Aucune MDPH ne peut consulter les logiciels départementaux de suivi RSA, même quand ils reposent sur une base de données commune (de type Iodas). Quelques MDPH mettent en place des fiches de liaison. En fonction des informations disponibles, les MDPH peuvent demander des pièces complémentaires (CV, bilan de formation, bilan de compétences...).

[142] **La RSDAE est majoritairement assurée par les référents d'insertion professionnelle des MDPH, dont la connaissance du marché du travail, des conditions d'emploi et des dispositifs d'accompagnement du droit commun est partielle.** Elle n'est pas nourrie d'une pratique quotidienne partagée avec des professionnels du champ, leur mise à disposition auprès de la MDPH n'ayant pas été prévue par les textes. Plus spécifiquement, l'appréciation des compensations déjà mises en place est peu approfondie. Quelques dossiers sont travaillés en équipes partenariales élargies, les MDPH s'efforçant de soumettre à Cap emploi, aux missions locales et à Pôle emploi des dossiers pour lesquels une expertise est nécessaire. Néanmoins, le traitement de masse ne permet pas d'assurer la bonne association du service public de l'emploi. **Pour une partie des dossiers, les plus évidents en raison de la complétude des informations transmises, la nature du retentissement, du besoin de reconversion, de l'âge du bénéficiaire ou de la nature du dossier, ce déficit n'est pas préjudiciable à l'analyse.**

**JC., 58 ans, demande CMI P et S, AAH et RQTH**

JC. est un agent de la pénitencière au ministère de la justice. En congé longue durée depuis 2019, la médecine du travail signale une retraite pour invalidité à venir. Il souffre de syndrome dépressif, est en situation d'obésité et apparaît isolé. Le contact avec d'autres personnes est difficile et il a pu faire des crises de phobie. Il a besoin de soins. Après vérification de la RSDAE, en lien avec les informations disponibles, l'EP propose d'ouvrir les droits demandés.

[143] **Pour d'autres, une meilleure évaluation de l'employabilité serait de nature à sécuriser le cheminement de l'arbre de décision mais également à améliorer la prise en charge de la personne.** La mission a pu noter, dans les équipes d'évaluation, qu'il était parfois difficile d'isoler les facteurs strictement rattachables au handicap d'autres facteurs restreignant les capacités d'emploi sans être directement rattachables ce qui ne facilite pas la mise en œuvre de l'arbre de décision.

**T., 49 ans, 1<sup>ère</sup> demande AAH CMI P, Esat RQTH**

T. est domiciliée dans le département, mais est en train de déménager. Elle est isolée. Souffrant d'une déficience psychologique lourde, son médecin indique qu'elle a besoin de soins. Réfugiée statutaire depuis 6 ans, elle n'a jamais travaillé en France et sa maîtrise de la langue est limitée. Au RSA, elle est accompagnée par Pôle emploi sans que le Duda ne donne d'informations suffisantes sur son accompagnement. Une proposition favorable concernant l'AAH et la RQTH est émise (les autres demandes sont rejetées).

**4.2.3 Le taux d'accord concernant l'AAH varie du simple au double selon qu'il s'agisse d'une première demande (45 %) ou d'un renouvellement (90 %)**

[144] La CNSA met en avant la variabilité du taux d'accord relatif à l'AAH selon la nature, première ou à renouveler, de la demande<sup>226</sup>. A partir de ces données, la cour des comptes<sup>227</sup> a reconstitué un tableau très synthétique mettant en regard le type de demande et le taux d'accord. **Si l'entrée dans le droit fait l'objet de rejets potentiels, le non-renouvellement est largement minoritaire<sup>228</sup>.**

Graphique 6 : Demandes d'AAH et taux d'accord en 2017

**Tableau n° 11 : demandes d'AAH et taux d'accord (2017)**

	Première demande d'AAH	Renouvellement d'AAH	Total
Part des demandes	42 %	58 %	100 %
Taux d'accord	45 %	90 %	68 %

Source : Cour des comptes, 2019.

[145] La mission regrette que le suivi national et local de ces demandes (primo, renouvellement), ne permette pas de mieux caractériser les allocataires, leurs entrées et leurs sorties.

[146] **Les constats de terrain semblent corroborer les analyses : les rejets d'AAH sur première demande ont été observés quand les prolongations semblent majoritaires sans être exclusives.** La mission a assisté à des présentations de dossiers pour lesquels une suppression d'AAH 2 était proposée faute d'éléments probants concernant l'actualisation de la restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi. La mission a également pu constater que l'EP pouvait réévaluer une AA1 en AAH 2, suite à des informations médicales permettant d'actualiser le taux d'incapacité.

<sup>226</sup> [L'activité des MDPH en matière d'AAH en 2017 \(cnsa.fr\)](https://www.cnsa.fr/activite-des-mdph-en-matiere-d-aaah-en-2017).

<sup>227</sup> L'AAH, rapport public, 2019.

<sup>228</sup> En complément, la mission tient à signaler les données de la DREES relatives aux bénéficiaires de l'AAH. A la fin 2020, 7% d'entre eux ne l'étaient plus par rapport à 2019, ce qui constitue un taux de sortie faible, même s'il s'est légèrement amélioré depuis 2015 (8%) : [MS2023-Fiche 25 – L'allocation aux adultes handicapés \(AAH\).pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/MS2023-Fiche-25-L-allocation-aux-adultes-handicapes-AAH.pdf).

Ce type de décisions a des conséquences pour les usagers, notamment à l'approche de la retraite, puisque seule l'éligibilité à l'AAH 1 permet de la maintenir après l'âge égal.

**B. 59 ans, en invalidité catégorie 2 depuis 2013, demande PCH, AAH, CMI I et S et RQTH**

La demande est une demande simplifiée. Le dossier n'est que faiblement rempli sur la partie vie quotidienne. Il n'est pas rempli sur la partie vie professionnelle. B. vient d'un autre département où son taux avait été évalué à 80 %. Elle a un traitement à vie qui contraint son rythme quotidien mais son certificat médical n'identifie pas de limitation fonctionnelle. Un entretien téléphonique avec B. permet de donner des éléments complémentaires. Dans les 10 années précédentes, B. a été à l'AAH 2, puis a travaillé, puis a été inscrite à PE puis radiée. Elle ne se sent pas en capacité de reprendre un emploi. Suite aux renseignements complémentaires, le TI est réévalué. Une AAH 2 est attribuée, pour 3 ans.

#### 4.2.4 Le critère du mi-temps crée des effets de seuil préjudiciables aux usagers

[147] **Le critère du mi-temps crée des effets de seuil dans la mesure où dès qu'un mi-temps est réalisé ou escompté, la restriction d'emploi ne peut plus être considérée comme substantielle.** Pour des raisons règlementaires, se tenir éloigné de l'emploi est ainsi plus favorable à l'éligibilité de l'AAH, ce qui peut apparaître désincitatif. L'Unafam a transmis à la mission une contribution relative à la meilleure insertion des personnes en situation de handicap<sup>229</sup> : « pour sécuriser et fluidifier les parcours professionnels des personnes handicapées psychiques il est important de leur permettre d'accéder au temps partiel qu'il soit inférieur, égal ou supérieur à un mi-temps, tout en conservant le droit ouvert à l'AAH. »

**L., 51 ans, RAPO AAH**

L. a été licenciée pour inaptitude à son poste, consécutivement à des troubles musculosquelettiques ayant entraîné des arrêts prolongés. L. travaillait dans un EHPAD. Lors de l'évaluation, les éléments médicaux conduisent l'EP à statuer sur un TI inférieur à 50 %, à rejeter l'AAH et à proposer une RQTH SLD et une CMI stationnement. L. introduit un RAPO sur le rejet d'AAH. Elle indique qu'elle s'est engagée dans un CAP d'esthétique, qu'elle suit un accompagnement à la création d'entreprise par Pôle emploi et qu'elle complète sa formation par un diplôme de maquillage semi-permanent. Des éléments nouveaux sont portés à connaissance et le TI est réévalué entre 50 et 79 %. Néanmoins, L. indique qu'elle envisage de travailler à mi-temps, mention qui ne permet pas de caractériser la RSDAE. La CDAPH maintient le rejet d'AAH.

---

<sup>229</sup> L'Unafam s'appuie sur des exemples concrets : « Une personne handicapée ayant un taux entre 50 et 79% travaillant à mi-temps est considérée comme n'ayant pas de restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi et n'ouvre pas droit à l'AAH. Il s'agit là d'un frein majeur à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire. Le cumul de l'AAH et d'un revenu d'activité n'est alors plus possible, cela entraîne une précarisation des travailleurs handicapés qui, ne pouvant vivre avec un revenu inférieur à l'AAH, se voient contraints d'abandonner leur emploi à temps partiel pour revenir à l'Esat ou à domicile sans emploi, parfois en hospitalisation. Un travailleur sortant d'Esat ou d'Esat de transition et qui signe un contrat à mi-temps en milieu ordinaire (dont l'entreprise adaptée) perd l'AAH et ses revenus baissent de moitié. »

[148] Si des règles de cumul existent, par ailleurs pas toujours bien connues des MDPH, celles-ci ne lissent pas la barrière du mi-temps, qui introduit un seuil dans les parcours des personnes. Lors de la conférence nationale du handicap 2023 (CNH 2023), une mesure liée à la facilitation au-delà du mi-temps des règles de cumul de l'AAH avec des revenus professionnels a été annoncée.

### 4.3 En ce qui concerne les dispositifs scolaires, la tension sur les dispositifs conduit à des doctrines peu stabilisées en matière de bonne orientation

[149] **La mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH et la réponse accompagnée pour tous ne figurent pas dans le champ de la mission. Celle-ci a constaté que la difficulté rencontrée par les personnes pour rendre leurs droits effectifs marquait le contexte de travail de l'équipe pluridisciplinaire comme la nature des décisions prises.** Les textes sont clairs : l'exercice d'évaluation se fonde sur le projet de vie de la personne. C'est donc le besoin absolu qui a vocation à être pris en compte dans le cadre de la réponse.

[150] Celle-ci doit néanmoins se décliner en plusieurs niveaux. Le bilan du Geva réalisé en 2010 les précise : *« les réponses « idéales », ce qu'il faudrait faire s'il n'existait aucune contrainte locale de l'offre et si l'ensemble de la palette des dispositifs était disponible sur tous les territoires; les propositions de réponses et décisions prises concrètement par l'équipe pluridisciplinaire et la CDAPH en tenant compte de l'existant; la réalisation, avec la mise en place effective de ces réponses »*. Cette approche par ensemble de propositions a par ailleurs été théorisée par Denis Piveteau dans le rapport Zéro personne sans solution, qui prévoit l'élaboration de plusieurs notifications. La mission note néanmoins que l'étanchéité entre le droit idéal et la mesure possible n'est pas toujours aussi nette que la doctrine ne l'entend, dans un contexte de demande sociale toujours croissante.

#### 4.3.1 La forte demande sociale et l'existence d'une tension sur les solutions est constatée par les MDPH qui réalisent des notifications complémentaires

[151] **Toutes les MDPH ont partagé à la mission la pression ressentie par les équipes d'évaluation concernant les besoins d'accompagnement humain exprimés par les familles, qui apparaîtraient en outre de plus en plus précocement.**

[152] Selon des partenaires de la MDPH rencontrés dans le Finistère, la préoccupation d'excellence scolaire peut conduire à mobiliser fortement les dispositifs handicaps, avec une exigence des familles, voire des médecins, des psychologues ou des orthophonistes. Le président du conseil départemental de la Somme a également indiqué à la mission la difficulté dans laquelle les MDPH se trouvent concernant les besoins d'accompagnement humain car *« il existe une pression de tout le monde pour donner l'aide humaine. Elle répond parfois à des conflits entre maître et famille »*. La MDPH de l'Allier a également pu confier à la mission que l'aide humaine comme une solution d'autant plus difficile à filtrer que le secteur de la pédopsychiatrie est carencé.

**M, 16 ans, première demande d'aide humaine, pour une situation déjà connue**

M. bénéficie de matériel pédagogique adapté depuis le collège qui lui permet d'atteindre les attendus de son âge en termes d'apprentissage. Il a également une AEEH de base. Il souffre de lenteurs et de problèmes de graphisme. Il est en surpoids. Un harcèlement scolaire est évoqué dans son dossier. La demande d'accompagnement humain est soutenue par l'enseignant référent. Il a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique pris en charge en libéral faute de place en CMPP. Ce suivi s'est arrêté car il était couteux pour la famille. Un travail se poursuit avec un ergothérapeute. Son AEEH de base est maintenue, tandis que sa demande d'AESH est rejetée, faute d'un besoin d'accompagnement suffisamment caractérisé dans le Geva-sco et dans les pièces disponibles.

[153] Selon le rapport conjoint IGESR et IGF datant de 2022 sur l'école inclusive, « *le recours croissant aux AESH sur la période 2017-2022 peut être interprété comme la généralisation de l'aide humaine en tant que principale modalité de compensation en vue de garantir l'accessibilité de l'institution scolaire, potentiellement au détriment d'autres types de mesures et sans qu'une réflexion en opportunité ne soit menée de manière suffisamment approfondie* ».

[154] La pression ressentie par les équipes d'évaluation est également alimentée par les difficultés de mise en œuvre. Celles-ci peuvent conduire à la dégradation des situations de vie des enfants.

**E., 14 ans, demande en urgence d'une orientation ULIS**

E. a déjà bénéficié de deux notifications pour une aide humaine mutualisée, non mise en place dans un premier collège de secteur, puis dans un second collège dans lequel il a été transféré à la suite d'une crise. Il comprend les consignes mais a un niveau CE2 en codage et en écriture. Il a été hospitalisé en pédopsychiatrie et est suivi au CMP. Suite à une nouvelle crise au collège, la famille et l'enseignant référent demandent une orientation en Ulis en urgence. L'EP est partagée car un ITEP semblerait plus adapté à la situation. Le collège d'E. proposant le dispositif Ulis, l'orientation est prononcée pour éviter une nouvelle discontinuité dans le parcours de l'enfant.

[155] **La neutralité du raisonnement évaluatif est ainsi mise en tension par la forte demande sociale et la contrainte pesant sur la mise en œuvre.** Celles-ci peuvent peser sur le climat partenarial. La mission a tout à la fois pu entendre que « *la MDPH a une vision extensive du droit des familles* » ou que « *l'école est dépassée par les notifications de la MDPH* ».

[156] **Au regard de la réalité de l'offre disponible, les MDPH pratiquent des propositions complémentaires.** Les Bouches-du-Rhône proposent des orientations en IME et à défaut en ULIS, compte tenu des délais moyens pour entrer en IME. Peuvent également être proposées des AESH. Une même notification peut donc inclure 3 propositions. La Haute-Garonne pratique également des orientations complémentaires concernant les établissements médico-sociaux. Le Finistère propose systématiquement une décision alternative à une décision ESMS ou ITEP.

#### 4.3.2 La définition cible d'une bonne orientation scolaire est actuellement travaillée au niveau national et local

##### 4.3.2.1 Un travail de doctrine, dont le statut est à sécuriser, s'amorce pour rechercher le recours au droit commun avant la compensation

[157] La mission reconnaît la réalité du travail partenarial engagé par les MDPH et l'Education nationale. Le modèle ainsi structuré est un équilibre fragile, ni parfait ni homogène. Il a accompagné le quadruplement du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés entre 2006 et 2022 même s'il bute sur des contraintes de mise en œuvre. Il n'est pas toujours bien compris des familles, qui jugent les délais longs et ont des attentes, légitimes, relatives à l'effectivité des droits. Néanmoins, ce modèle a permis des pratiques professionnelles partagées, facilitées par les mises à disposition et la présence de l'Education nationale dans les instances du GIP comme par l'existence d'un pilotage départemental dans le cadre du comité de l'école inclusive.

[158] A l'échelle nationale, ce travail partagé est accompagné par la CNSA, en lien étroit avec la Dgesco, au titre de l'animation relative aux réseaux des correspondants de scolarisation (voir annexe n°7). Dans ce cadre, la mobilisation des mesures de droit commun avant celle de la compensation est portée. Des groupes de travail se sont structurés. Au regard de la tension concernant les notifications d'accompagnement humain, une fiche technique a été mise à disposition sur l'extranet de la CNSA sans être formellement validée. Elle précise le cadre de leur mobilisation et propose un arbre décisionnel à même de guider le travail de l'équipe d'évaluation.

[159] A l'échelle locale, les MDPH et l'Education nationale s'engagent parfois sur des protocoles locaux pour articuler leurs interventions. Ceux-ci sont hétérogènes. :

- la mission signale que deux MDPH ont indiqué décliner des ratios cibles en matière d'accompagnements humains à la demande des DSDEN<sup>230</sup> ;
- un important travail est territorialement engagé pour décliner la doctrine nationale en matière de mobilisation des dispositifs :
  - le Finistère interroge ainsi la mobilisation du droit commun avant d'attribuer une mesure spécifique. Depuis peu, la MDPH prend des décisions de refus des prises en charge spécifique à l'école si l'équipe pluridisciplinaire constate qu'aucun aménagement pédagogique préalable n'a été mis en place. Un guide de priorisation pour l'admission en ESMS ou un guide de repères sur la scolarisation et l'évaluation des besoins des élèves ont été établis sous l'impulsion conjointe de l'ARS, de l'Education nationale et de la MDPH.

---

<sup>230</sup> Dans un cas 80% d'aides mutualisées, 20% d'aides individualisées ; dans l'autre 70% d'aides mutualisées, 30% d'aides individualisées.



- l'Eure-et-Loir s'efforce de graduer la réponse pour laisser le temps à l'équipe éducative de mettre en place un premier niveau d'accompagnement. Un guide des pratiques partagées a été établi entre MDPH et Education nationale. Il détaille le type d'informations nécessaires à l'évaluation, les outils mobilisables, le référentiel de l'offre de service mais également les critères de ciblage existants. Il reprend l'arbre de décision CNSA pour l'évaluation des accompagnements humains. Les efforts communs de portage et de communication partagés permettent d'avoir des équipes mieux acculturées et un travail plus apaisé en matière d'évaluation.
- en Seine-et-Marne, des calendriers sont partagés pour anticiper les calendriers d'affectation Education nationale, des réunions co-portées ont lieu pour sensibiliser les enseignants référents, des critères scolaires et médico-sociaux ont été précisés concernant certains dispositifs spécifiques (UEM, DAM). La prise en compte des réalités de mise en œuvre est assumée par la MDPH et les discussions sont nourries avec l'Education nationale pour s'accorder sur le cadre de mobilisation des accompagnements humains.

[160] **Ce travail de convergence s'engage sur le fil d'un équilibre complexe à atteindre.** L'évaluation se fonde sur le besoin. Dès lors, toute prise en compte des contraintes peut caractériser un manquement aux droits des usagers. L'ambition du parcours fluide peut, pour sa part, inciter à s'ajuster de manière plus réaliste aux offres disponibles. L'existence de contentieux sur ce point montre que l'équilibre n'est pas encore atteint.

### **Contentieux perdu par la MDPH de Seine-et-Marne, à la suite du rejet d'attribution d'une aide humaine individualisée**

En février 2021, les parents de E., 9 ans, ont déposé une demande auprès de la MDPH concernant, notamment, le renouvellement d'une AEEH et le renouvellement d'une orientation scolaire (avec ajustement vers un accompagnement individualisé). En avril, la CDAPH a accordé les droits relatifs à l'AEEH mais a rejeté le renouvellement de l'orientation scolaire, jugée prématurée. A la suite d'un recours administratif introduit en mai, la CDAPH, à qui de nouveaux éléments ont été communiqués, n'a pas accordé l'accompagnement individualisé mais a renouvelé l'accompagnement mutualisé. En août, la famille s'est engagée dans une démarche contentieuse pour assigner la MDPH à la notification d'une aide individualisée de 21 heures par semaines. En septembre 2021, le pôle social du tribunal judiciaire a ordonné une consultation médicale. Une audience a eu lieu en novembre 2021. L'avocat de la famille a mis en avant qu'après avoir bénéficié d'une aide individualisée de 15 heures par semaine entre 2015 et 2018, E. ne bénéficiait plus que d'une aide mutualisée. L'accompagnement aurait ainsi été réduit par la MDPH alors que les besoins de l'enfant restent soutenus et continus. L'avocat s'appuie sur les conclusions de la visite médicale ordonnée, qui en atteste également. La MDPH fait valoir que sa décision était motivée par l'amélioration constatée dans la scolarité du jeune E., mentionnée au Geva-sco. Le nombre d'heures de présence à l'école a également été pris en compte, une priorisation des accompagnements individualisés sur des temps complets ayant été actée avec l'Education nationale<sup>231</sup>. Du fait de ses absences pour rendez-vous médicaux, en lien avec la prise en charge de ses troubles de nature autistique, E. ne satisfait pas à cette condition. Le jugement rendu fin novembre oppose cette doctrine locale au code de l'Education et enjoint la MDPH à notifier un accompagnement humain pour trois ans de 22 heures 15 par semaine.

#### **4.3.2.2 Des initiatives relatives au périmètre des notifications scolaires sont engagées dans certains territoires**

[161] **L'inefficacité globale d'un système où la MDPH notifie des droits précis qui s'imposent à des opérateurs parfois en difficulté pour les mettre en œuvre a été soulignée auprès de la mission à plusieurs reprises par des partenaires.** Une DSDEN comme une DT ARS ont par ailleurs indiqué souhaiter que les notifications alternatives cessent. Elles contribueraient à l'inadéquation parfois constatée entre les orientations mises en œuvre et les profils des publics.

---

<sup>231</sup> La mission a retrouvé une mention de cette doctrine dans la fiche technique CNSA relative à l'accompagnement humain : « La proposition de l'AESH mutualisé est à privilégier par l'EPE. L'AESH individuel est proposé par principe sur 100% du temps de scolarisation, si l'EPE évalue que le jeune a un besoin d'accompagnement soutenu et continu. »

### C. 13 ans, nouvelle demande d'un maintien en Ulis école

La famille de C. demande son maintien en Ulis et la poursuite de l'accompagnement Sessad. Dans le cadre de l'équipe de suivi de la scolarité, l'enseignant référent identifie le besoin d'un accompagnement plus adapté et individualisé dans un IME. C. ne rentre pas dans les apprentissages. Elle est néanmoins heureuse à l'école. Pour la seconde fois, la CDAPH oriente en IME. Au regard des délais connus sur le territoire, une notification complémentaire permettant le maintien à l'école est décidée ainsi que la poursuite du Sessad.

[162] Quelques évolutions ont pu être signalées à la mission. Le Finistère ne pratique plus de notifications complémentaires dès lors qu'une orientation Ulis est proposée. Dans le Var, une expérimentation a récemment été mise en place dans une commune, visant à renforcer le premier niveau de l'accessibilité scolaire par le recrutement d'un coordonnateur et un plan de formation. L'équipe pluridisciplinaire se prononce désormais sur les besoins de compensation au regard des éléments transmis par la famille comme par le coordonnateur du PAS. En complément des enseignants mis à disposition, ce coordonnateur est associé à l'équipe qui fonde ses propositions sur une appréciation mieux articulée aux réalités de terrain. Le coordonnateur du dispositif rencontre ensuite les familles pour décliner les solutions opérationnelles.

[163] En Eure-et-Loir, une pratique intéressante est assurée. Les notifications complémentaires n'ont plus cours. L'équipe d'évaluation élabore une proposition cible, qui est notifiée par la CDAPH, mais elle construit également une proposition alternative. Celle-ci n'est pas adressée. Le correspondant de scolarisation assure le suivi de la proposition initiale et le plan secondaire est déclenché, sans nouvelle saisie de la MDPH et avec l'accord des familles, si la solution idéale n'est pas mise en œuvre. Les pratiques professionnelles évoluent vers une fonction de suivi de parcours, appréciée par les familles.

[164] La mission a conscience que ces initiatives ne sont pas nécessairement représentatives. Leur évaluation n'a pas été engagée. **Elles sont néanmoins intéressantes à signaler pour caractériser les coopérations inter-institutionnelles utiles à l'effectivité des parcours.**

# ANNEXE 6 : La relation avec les usagers en MDPH

<b>ANNEXE 6 :</b>	<b>LA RELATION AVEC LES USAGERS EN MDPH .....</b>	<b>156</b>
<b>1</b>	<b>LES MDPH ONT INVESTI LES FONCTIONS D'ACCUEIL, D'INFORMATION ET D'AIDE AUX DEMARCHES SANS DIVERSIFIER LEURS MODES DE CONTACT AVEC LES USAGERS .....</b>	<b>158</b>
1.1	LA FONCTION D'ACCUEIL DES MDPH EST GENERALEMENT STRUCTUREE EN TROIS CANAUX D'ACCES ET ASSUREE PAR DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS.....	158
1.1.1	<i>La MDPH assure un accueil physique, téléphonique et mail.....</i>	<i>158</i>
1.1.2	<i>L'accueil est assuré, sauf exception, par des agents administratifs, de catégorie C majoritairement.....</i>	<i>160</i>
1.2	L'ACCUEIL PHYSIQUE EST UN ACCUEIL INCONDITIONNEL ET A VOCATION A OFFRIR UN APPUI AUX DEMARCHES.....	161
1.2.1	<i>Dans la majorité des MDPH de l'échantillon, un accueil sans rendez-vous est proposé, en deux niveaux majoritairement .....</i>	<i>161</i>
1.2.2	<i>Cet accueil doit assurer un ample niveau de réponses, de l'état d'avancement du dossier à l'orientation vers un partenaire.....</i>	<i>162</i>
1.2.3	<i>En complément, la majorité des MDPH de l'échantillon propose des rendez-vous individualisés avec des évaluateurs et des travailleurs sociaux.....</i>	<i>163</i>
1.3	LES STRATEGIES DE TERRITORIALISATION SE DEVELOPPENT, DE MANIERE INEGALE TOUTEFOIS, EN VUE D'OFFRIR UN SERVICE DE PROXIMITE AUX USAGERS .....	164
1.3.1	<i>Un accueil territorialisé de la MDPH s'organise en lien avec les services sociaux des conseils départementaux.....</i>	<i>164</i>
1.3.2	<i>La plupart des MDPH de l'échantillon s'appuient sur des partenaires locaux pour assurer un accueil en proximité.....</i>	<i>164</i>
1.4	LES OUTILS NE SONT PAS A LA HAUTEUR DES ENJEUX D'UNE ADMINISTRATION ATTENDUE SUR LE CONTACT ET LA RELATION AVEC DES USAGERS .....	166
1.4.1	<i>La gestion de l'information s'appuie avant tout sur des outils papier parfois construits au niveau local .....</i>	<i>166</i>
1.4.2	<i>Les MDPH n'ont pas investi suffisamment les canaux numériques d'information .....</i>	<i>168</i>
1.4.3	<i>L'organisation de la réponse téléphonique, fragile, ne s'appuie pas sur des outils permettant une gestion de la relation multicanale .....</i>	<i>170</i>
1.5	LE TELESERVICE NE CONSTITUE PAS AUJOURD'HUI UN ESPACE USAGER AUX FONCTIONNALITE NOMBREUSES .....	171
<b>2</b>	<b>PAR RAPPORT AUX ATTENTES, LA RELATION ENTRE LES MDPH ET LES USAGERS PEUT ETRE QUALIFIEE DE DISTANTE SINON DE DEGRADEE.....</b>	<b>171</b>
2.1	LES DELAIS DE TRAITEMENT ET LE NIVEAU DE DECROCHE SURDETERMINENT LE JUGEMENT PORTE PAR LES USAGERS SUR LES MDPH.....	173
2.1.1	<i>Les délais de traitement, fixés réglementairement à 4 mois, ont des impacts très concrets sur les usagers.....</i>	<i>173</i>
2.1.2	<i>Les taux de décrochés déclarés varient du simple au double et sont corrélés, selon les MDPH, aux délais de traitement.....</i>	<i>175</i>

2.2	LES COURRIERS DE NOTIFICATIONS NE REPONDENT PAS AUX ATTENTES MINIMALES D'UN LANGAGE ADMINISTRATIF CLAIR, COMPREHENSIBLE ET PEDAGOGIQUE .....	176
2.2.1	<i>Le formulaire Impact, de 20 pages, est source de difficultés pour les usagers .....</i>	<i>176</i>
2.2.2	<i>Les notifications adressées aux usagers, très contraintes dans leur format, sont peu compréhensibles pour les usagers .....</i>	<i>177</i>
2.3	L'ASSOCIATION DES USAGERS AUX EVALUATIONS QUI LES CONCERNENT EST TRES FAIBLE .....	184
2.4	LA FACILITATION DES PARCOURS RENVOIE A DES RESPONSABILITES PARTAGEES INSUFFISAMMENT COORDONNEES .....	186
2.4.1	<i>Le socle minimal en matière de suivi, de renouvellement et de gestion des transitions est insuffisamment outillé et investi .....</i>	<i>186</i>
2.4.2	<i>Aucun acteur n'est actuellement légitime ou suffisamment bien positionné pour veiller à la fluidité des parcours .....</i>	<i>189</i>
2.4.3	<i>La question de l'effectivité des orientations témoigne d'une prise en compte des parcours perfectible entre institutions responsables.....</i>	<i>192</i>

[1] L'exposé des motifs de la loi de 2005 entend « *placer la personne handicapée au cœur des dispositifs qui la concernent* ». La maison départementale des personnes handicapées lui offre un guichet unique, « *auprès duquel toute personne handicapée et sa famille doivent pouvoir trouver l'accueil, l'information et les conseils nécessaires et formaliser leurs demandes.* »

[2] Lors de ses déplacements, la mission s'est centrée sur le traitement des demandes individuelles. **Elle a considéré les étapes d'accueil, d'information et d'aide aux démarches en tant qu'elles y concourent.** Son périmètre n'intégrait pas la mise en œuvre des décisions, ni l'accompagnement que les MDPH assurent à cette fin ou encore la participation des usagers. Aussi, la présente annexe s'attache à dresser un tableau de la relation avec les usagers principalement centré sur le traitement de la demande. Cela ne résume ni l'ensemble des liens que les MDPH nouent avec les usagers ni toutes les attentes formées par les personnes concernées à l'endroit des MDPH.

[3] A titre liminaire, la mission rappelle que cette relation est régulièrement qualifiée de dégradée par les associations représentatives rencontrées au niveau national. La présente annexe a pour objectif de mieux caractériser cette relation.

## 1 Les MDPH ont investi les fonctions d'accueil, d'information et d'aide aux démarches sans diversifier leurs modes de contact avec les usagers

[4] Le code de l'action sociale et des familles (CASF) fixe des principes basiques d'organisation l'accueil<sup>232</sup>. **Le référentiel des missions et de la qualité de service (RMQS) en décline les objectifs structurants:** mettre à disposition un socle d'information concernant la MDPH, les prestations et l'offre du territoire, le diffuser de manière proactive (usagers, partenaires) en s'appuyant sur plusieurs canaux (téléphone, mail ou accueil physique), sensibiliser les partenaires et le grand public, offrir un accueil accessible, un conseil individualisé comme une orientation de qualité, informer sur l'état d'avancement du dossier ou encore aider à la formulation du projet de vie.

### 1.1 La fonction d'accueil des MDPH est généralement structurée en trois canaux d'accès et assurée par des personnels administratifs

#### 1.1.1 La MDPH assure un accueil physique, téléphonique et mail

[5] **Toutes les MDPH de l'échantillon assument leurs missions d'accueil, selon trois canaux principaux,** sur le site ou les sites de la MDPH, via une ligne téléphonique dédiée (sauf en Allier, où la ligne est commune avec le conseil départemental) et la gestion de plusieurs boîtes mail.

---

<sup>232</sup> L 467-7 : « *La maison départementale des personnes handicapées organise son activité et fixe ses horaires d'ouverture au public de telle sorte que les personnes handicapées et leurs familles puissent accéder aux services qu'elle propose ou à la permanence téléphonique* ».

[6] **Concernant les accueils physiques et téléphoniques, les MDPH s’efforcent d’assurer une large amplitude.** La MDPH de la Haute-Garonne se distingue néanmoins par un temps d’ouverture physique réduit à deux demi-journées par semaine, en raison de la priorité actuellement mise sur le traitement des dossiers. Trois MDPH se sont engagées dans la structuration d’un accueil téléphonique sans interruption méridienne, les Bouches-du-Rhône, le Finistère et la Haute-Garonne. Cette organisation implique une gestion des plannings très serrée et a nécessité un accompagnement au changement important à l’endroit des équipes.

Tableau 1 : Tableau des horaires d’ouverture physique et téléphonique des MDPH de l’échantillon

	Type d’accueil	Lundi	Mardi	Mercredi	jeudi	Vendredi
Allier	Physique	9h- 12h  13h30 ou 14h 17h  Yzeure Montluçon Moulins	9h- 12h  13h30 ou 14h 17h  Yzeure Montluçon Moulins	9h- 12h  13h30 ou 14h 17h  Yzeure Montluçon Moulins	9h- 12h  13h30 ou 14h 17h  Yzeure Montluçon Moulins	9h- 12h  13h30 ou 14h 17h  Yzeure Montluçon Moulins
	Téléphonique	<i>Idem</i>				
Bouches-du-Rhône	Physique	9h -16h	9h -16h	9h -16h	9h -16h	Fermé
	Téléphonique	8h -17h45	8h -17h45	8h -17h45	8h -17h45	8h -17h45
Finistère	Physique	8h30 -12h 13h30 -16h30	8h30 -12H	8h30 -12h 13h30- 16h30	8h30- 16h30	8h30- 12h 13h30-16h30
	Téléphonique	8h30 -16h30	8h30 -16h30	8h30 -16h30	8h30 -16h30	8h30 -16h30
Haute -Garonne	Physique	Fermé	8h15-12h	Fermé	8h15-12h	Fermé
	Téléphonique	8h -17h	8h -12h	8h -17h	8h -17h	8h -17h
Moselle	Physique	8 h 15 -12 h 13 h 15 -16 h 30	8 h 15 -12 h 13 h 15 -16 h 30	8 h 15 -12 h 13 h 15 -16 h 30	8 h 15 -12 h 13 h 15 -16 h 30	8 h 15 -12 h 13 h 15 -16 h 30
	Téléphonique	<i>Idem</i>				
Somme	Physique	12h30 -16h30	8h45 -12h15 13h30- 16h30	8h45 -12h15 13h30- 16h30	8h45 -12h15 13h30- 16h30	8h45 -12h15 13h30- 16h30
	Téléphonique	<i>i Idem</i>				
Val-de-marne	Physique	9h -12h30 13h30 -16h30	9h -12h30	9h -12h30 13h30 -16h30	9h -12h30 13h30 -16h30	9h -12h30 13h30 -16h30
	Téléphonique	<i>Idem</i>				

Source : Mission, d’après la consultation des sites internet des MDPH

[7] **L’accueil se caractérise par un enjeu de gestion de masse, à l’instar des autres processus des MDPH.** Si les chiffres doivent être considérés avec prudence (voir annexe n°3), ils corroborent les constats faits sur le terrain par la mission. Les accueils pris en charge chaque jour par les MDPH peuvent être conséquents, qu’il s’agisse des mails à traiter, du nombre de sollicitations téléphoniques ou des flux physiques. Dans une MDH de taille importante, comme celle de la Seine-Saint-Denis, l’accueil physique représente 200 à 250 personnes par jour.

### 1.1.2 L'accueil est assuré, sauf exception, par des agents administratifs, de catégorie C majoritairement

[8] Dans l'échantillon, cet accueil en flux est assuré par des agents administratifs de la MDPH (16 ETP en Haute Garonne, 5 en Moselle par exemple). L'Allier fait exception puisque l'organisation territoriale, dans des bâtiments partagés avec d'autres services du conseil départemental, conduit à faire assurer l'accueil par des agents également partagés.

[9] **Les MDPH ont fait des choix divers en matière de spécialisation des équipes d'accueil :**

- **quelques MDPH ont des agents spécialisés par canal**, à l'instar des Bouches-du-Rhône et, dans une certaine mesure, du Val-de-Marne. Ces organisations sont plus dépendantes de la disponibilité des ressources humaines. Ainsi le Val-de-Marne a pris du retard sur la gestion de sa boîte mail<sup>233</sup> suite à la vacance d'un des postes dédiés à cette mission ;
- **la majorité privilégie la polyvalence sur les différents canaux, à l'instar de la Somme, de la Moselle ou de la Haute-Garonne**. Des rotations sont organisées quotidiennement permettant d'alterner des temps en contact physique ou téléphonique avec le public et des temps de traitement de mail. Cette plus grande polyvalence recueille l'assentiment des agents avec qui la mission a pu s'entretenir. Elle a le mérite d'assurer une plus grande homogénéité de réponse selon les interfaces.

[10] **Les missions prises en charge par ces agents sont multiples, complexes et nécessitent des compétences multi-dimensionnelles poussées**. En Haute-Garonne, ces agents, considérés comme la vitrine de la MDPH, occupent des postes de conseillers d'information chargés à titre principal d'accueillir le public, d'identifier des situations d'urgence, de répondre par écrit aux mails, d'aider à constituer des dossiers, d'informer et orienter les usagers sur les prestations de la MDPH ou des partenaires, de participer au *reporting* de l'activité. A titre secondaire, ils sont attendus sur la médiation préventive et la lutte contre les incivilités. Ils doivent savoir utiliser les logiciels bureautiques classiques ainsi que le système d'information de la MDPH (SI). La MDPH s'est dotée récemment d'une fonction interne dédiée à l'accompagnement des pratiques professionnelles. Les agents d'accueil ont été les premiers formés à une culture partagée, avec des supports dédiés.

[11] **Ces agents sont plutôt positionnés sur des postes d'adjoints administratifs (catégorie C)**. La Somme a élargi leurs profils à des rédacteurs territoriaux (catégorie B, conseiller administratif et social), tout en intégrant de l'accueil territorialisé dans les quotités de travail de ces agents. Le Val-de-Marne peut encore s'appuyer sur deux travailleuses sociales (catégorie A) qui sont intégrées aux équipes d'accueil et sont spécialisées sur des accueils de niveau 2.

[12] Au regard de leurs profils et des outils dont ils disposent, la mission a pu observer que les agents d'accueil étaient en capacité de donner des réponses sur les circuits de la MDPH comme sur l'avancement du dossier. En revanche, et exception faite du Val-de-Marne, il leur est plus difficile de répondre sur des prestations ou de réorienter vers certains partenaires.

---

<sup>233</sup> Réponses mail constatées par la mission à mi février sur des demandes adressées à la à mi décembre.



## 1.2 L'accueil physique est un accueil inconditionnel<sup>234</sup> et a vocation à offrir un appui aux démarches

### 1.2.1 Dans la majorité des MDPH de l'échantillon, un accueil sans rendez-vous est proposé, en deux niveaux majoritairement

[13] **A la différence de la tendance observée dans d'autres institutions, les MDPH proposent des accueils physiques en flux, sans rendez-vous. Afin de faciliter la circulation des flux, elles ont majoritairement structuré ces accueils en deux niveaux.**

[14] Les caractéristiques des niveaux 1 et 2 sont partagés entre les MDPH. Le niveau 1 assure un premier de niveau de réponse, sans technicité particulière. Il propose un appui à la prise en main et au remplissage du dossier. Le niveau 2 assure une réponse plus spécifique et individualisée, sur des temps plus longs. Il fonctionne principalement par débordement de l'accueil de premier niveau. En revanche, les équipes de niveau 2 sont composés de profils différents selon les MDPH. Le modèle dominant consiste à confier ce deuxième niveau à des agents d'accueil chevronnés et experts du champ, même si certaines MDPH peuvent mobiliser des agents instructeurs (Allier), voire, plus rarement, un travailleur social (Val-de-Marne). Ainsi :

- la Somme propose un accueil de premier niveau (appelé pré-accueil), pris en charge par un service civique. Il réceptionne les dossiers, répond à des demandes simples, saisit des informations dans le dossier individuel si la personne est connue et peut proposer un niveau d'aide basique. Un accueil de second niveau est assuré par un conseiller administratif et social de la MDPH pour apporter des réponses plus approfondies, relatives au circuit du dossier, à l'expression des besoins individuels ou à des problématiques d'orientation vers d'autres professionnels ;
- l'Allier assure un accueil généraliste au niveau de chacun des territoires avec des agents des solidarités territoriales du conseil départemental. Formés sur le volet MPDH, ils ont accès en consultation au SI et peuvent apporter une réponse de premier niveau. Un second niveau est apporté directement par les instructeurs, sauf sur le site de Vichy, où une professionnelle dédiée assure, en plus de ses missions de secrétariat, l'accueil de second niveau.

---

<sup>234</sup> La mission reprend ici la définition cible du guide d'appui à la structuration du premier accueil social de proximité diffusé en 2016 par la direction générale de la cohésion sociale et l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé : « *Le premier accueil social inconditionnel de proximité a pour objectif de garantir à toute personne rencontrant des difficultés ou souhaitant exprimer une demande d'ordre social, une écoute attentionnée de la globalité de ses besoins et préoccupations afin de lui proposer le plus tôt possible des conseils et une orientation adaptée, dans le respect du principe de participation des personnes aux décisions qui les concernent. Cet accueil adapté peut se traduire soit par une information immédiate, soit par une ouverture immédiate de droits, et/ou encore par une orientation vers un accompagnement social. Il constitue une première ligne d'intervenants sociaux coordonnés. Il s'agit d'un accueil neutre (mais pas anonyme), ouvert à tous, gratuit et offrant des temps de réception sans rendez-vous et des temps sur rendez-vous pour s'adapter au mieux aux besoins des personnes et des partenaires.* » Ce guide a été structuré dans le cadre du plan d'action en faveur du travail social et du développement social de 2015.

[15] La mission a fait l'exercice de téléphoner aux 7 MDPH de l'échantillon pour vérifier le caractère inconditionnel de cet accueil en se faisant passer pour un usager en difficulté avec le dossier. Le jour de l'exercice, la mission n'a pas réussi à joindre une MDPH. Pour les 6 autres, les délais d'attente ont été variables (entre 5 et 17 minutes). Toutes ont proposé de venir à la MDPH pour bénéficier d'un appui personnalisé.

### 1.2.2 Cet accueil doit assurer un ample niveau de réponses, de l'état d'avancement du dossier à l'orientation vers un partenaire

[16] Au-delà de la typologie plus haut évoquée, la mission tient à souligner la très grande polarisation des questions auxquelles doivent répondre les agents d'accueil des MDPH :

- **de nombreuses sollicitations concernent l'état d'avancement du dossier** : est-il bien arrivé ? la MDPH a-t-elle pu l'analyser ? quand l'utilisateur connaîtra-t-il la décision prise ? où en est-il car il a été déposé il y a si longtemps ? l'urgence est là, comment la signaler ? Répondre sur ces volets implique de maîtriser l'ensemble des procédures internes de la MDPH et de savoir consulter le SI ;
- **d'autres, également conséquentes, concernent des sujets dont la compétence relève d'une autre institution** : le logement adapté, les versements de prestations sociales, l'emploi pour les personnes en situation de handicap...

[17] Les guides internes de la fonction accueil, produits par les MDPH (voir annexe n°7) et transmis à la mission, témoignent de la variété des sollicitations. Celui de la Réunion présente à la fois la procédure de demande par téléservice et ce que recouvre l'offre des centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents ainsi que sa répartition sur l'île. Selon son directeur, la MDPH reçoit 90 usagers par jour sur son site central. Pour moitié, les questions adressées sont liées à l'activité de la MDPH. Pour l'autre, elles renvoient aux dispositifs de droit commun et aux responsabilités des partenaires.

[18] **Cette ampleur ne permet pas toujours aux agents d'accueil, y compris en deuxième niveau, d'assurer l'entièreté des réponses attendues.** Ils n'ont parfois pas les compétences techniques pour le faire. Ils manquent également d'informations disponibles de la part des autres partenaires. Dans la présentation ci-dessous la mention l'accueil de la MDPH n'est pas en capacité de répondre ne distingue pas les sujets.

### La variété des demandes adressées à l'accueil de la MDPH, quelques exemples

Accueil d'une femme qui demande un duplicata de la carte de CMI ainsi qu'un logement social pour les personnes handicapées en urgence car elle a trois enfants, dont l'un que l'ASE vient de placer, tandis que son mari est incarcéré. La MDPH explique que la carte de CMI ne sera pas imprimée par la MDPH et indique que la démarche à réaliser de manière dématérialisée auprès de l'imprimerie nationale. Elle donne également un formulaire concernant le logement social sans proposer beaucoup d'explications. Elle ne réadresse pas vers une assistante sociale concernant les autres informations transmises.

Accueil d'un couple : Madame, qui a une orientation Esat et bénéficie de l'AAH a repris le travail, car monsieur, au chômage, est en fin de droits. Madame n'a pas dit à la médecine du travail qu'elle était RQTH. Le couple demande si Madame va perdre l'AAH. L'accueil de la MDPH n'est pas en capacité de répondre. Il n'adresse ni à la CAF ni à la polyvalence de secteur.

Accueil d'un grand père qui aide son petit-fils, handicapé depuis longtemps, à chercher du travail. Il a un master de géographie et veut travailler dans le tourisme. Mais il ne trouve pas de travail. Est-ce que la RQTH peut lui donner des droits pour trouver plus facilement un travail ? L'agent d'accueil de la MDPH est en capacité de présenter les dispositifs d'accompagnement professionnel et conseille une inscription à France Travail.

Accueil d'une épouse, qui vient pour son mari qui bénéficie de la CMI stationnement mais qui s'est vu rejeter la CMI priorité alors qu'il a besoin de prendre les transports en commun et de retrouver une autonomie pour faire ses courses. Madame a lu qu'elle pouvait faire un recours mais elle ne sait pas comment faire. L'agent d'accueil de la MDPH est en capacité de répondre, précise les modalités de recours et conseille de réaliser un nouveau certificat médical qui indique mieux les limitations en matière de déplacement.

Accueil d'un fils qui vient déposer le dossier de demande de sa mère qui avait été préalablement rejeté car il n'était pas signé. La MDPH indique qu'elle n'est pas fondée à accepter car il appartient au demandeur de déposer son dossier ou d'autoriser expressément une tierce personne à l'accompagner. L'agent d'accueil est en capacité de répondre et accepte finalement, après discussion, le dossier.

Accueil d'une femme, dont l'AAH 2 a été coupée depuis qu'elle a dépassé l'âge de la retraite et qu'elle a engagé une démarche à la Carsat. L'ASPA n'est pas encore versée mais elle ne touche plus l'AAH. L'agent d'accueil n'est pas en capacité de répondre mais renvoie vers la CAF.

### 1.2.3 En complément, la majorité des MDPH de l'échantillon propose des rendez-vous individualisés avec des évaluateurs et des travailleurs sociaux

[19] Le Val-de-Marne, la Moselle, la Somme, les Bouches-du-Rhône ou le Finistère offrent ce service. Ses contours sont présentés dans la partie qui suit, et notamment au 2.4 dédié au sujet de l'accompagnement, **la mission s'efforçant de distinguer ce qui relève de l'appui à l'accès aux droits, qui peut être pris en charge par des agents administratifs, de ce qui relève de l'accompagnement individualisé, assuré par les travailleurs sociaux**. La mission note les efforts entrepris pour réserver ces rendez-vous aux situations qui en ont le plus besoin. Comme elle a pu

le constater, ceux-ci peuvent également être mobilisés pour bénéficier d'un appui approfondi aux démarches, sur des situations difficiles.

### 1.3 Les stratégies de territorialisation se développent, de manière inégale toutefois, en vue d'offrir un service de proximité aux usagers

#### 1.3.1 Un accueil territorialisé de la MDPH s'organise en lien avec les services sociaux des conseils départementaux

[20] **La majorité des MDPH de l'échantillon propose des accueils sur les territoires, en lien avec les services sociaux du département, selon deux modèles d'organisation :**

- **les services départementaux prennent en charge cette mission**, à l'instar de la Haute-Garonne, où les agents des maisons des solidarités et les maisons de proximité ont été formés à l'accueil MDPH.
- **les MDPH assurent des permanences dans les services départementaux**. A titre d'exemple, la Somme se distingue par 14 points d'accueil en territoires dont 10 sont portés par la collectivité départementale (maisons départementales des solidarités et de l'insertion ou siège de territoire). Pour contribuer aux permanences, un poste de conseiller administratif et social itinérant a été créé. Le niveau d'accueil proposé est celui offert sur site central (aide au remplissage et aux démarches, suivi du dossier, réorientation). Les Bouches-du-Rhône ont indiqué à la mission initier leur territorialisation, en lien avec les maisons départementales du bel âge. Le Finistère vient également d'engager cette démarche avec trois centres d'action sociale. La MDPH de l'Allier est entièrement territorialisée.

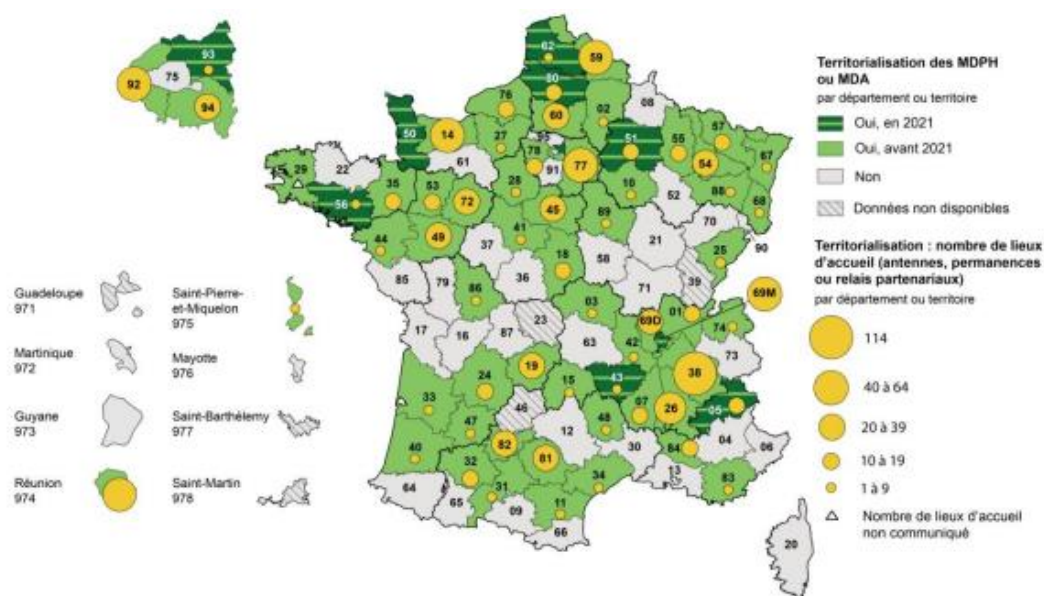
#### 1.3.2 La plupart des MDPH de l'échantillon s'appuient sur des partenaires locaux pour assurer un accueil en proximité

[21] **La majorité des MDPH de l'échantillon outille les partenaires en vue d'assurer un premier niveau de réponse au plus près des usagers**. La Haute-Garonne est en train de former les CCAS volontaires à l'accueil de premier niveau concernant les personnes en situation de handicap et les demandes MDPH. La référente interne récemment nommée sur la formation et le développement des compétences assume ce partenariat et le plan de déploiement afférent. En complément de son réseau départemental (cf *supra*), la Somme s'appuie sur quatre accueils partenaires, en CCAS, en centre social ou dans une maison France service. Le Finistère s'appuie également sur une association, les Papillons blancs. Le Val-de-Marne a enfin formé 20 CCAS de son territoire à un premier niveau de réponse comme à la compréhension des circuits MDPH.

[22] **La MDPH du Nord mobilise des relais autonomie** (en maison nord solidarités, dans des CLIC, dans des CCAS ou des associations), **avec un objectif de 100 relais à fin 2024**. Ces relais ont été formés sur la demande MDPH, ont accès à la base du SI en consultation, afin de renseigner sur l'avancement des dossiers. Ils appuient les usagers dans leurs démarches MDPH, notamment numériques, grâce à des tables tactiles mises à disposition.

[23] La MDPH de Seine-Saint-Denis a pour objectif de s'appuyer sur une antenne par établissement public territorial. Le CCAS de Saint-Denis comme la circonscription de service social de Montreuil assurent aujourd'hui un accueil de premier niveau. Leurs agents ont été formés aux circuits MDPH et à l'aide au remplissage des dossiers. Ils ont accès au logiciel métier. En complément, la MDPH détache dans ces antennes 2 professionnels de l'accueil du site central qui reçoivent sur rendez-vous, mais en proximité, pour des demandes plus complexes. En cible, l'idée est que l'antenne puisse concourir, avec la MDPH, à la structuration d'une communauté de professionnels en première ligne dans la réponse aux usagers.

Carte 1 : La territorialisation des MDPH en 2021



Source : CNSA, données des rapports d'activité des MDPH 2021.

Source : CNSA, synthèse des rapports d'activité des MDPH, mars 2023

[24] **La dynamique qui s'engage dans ces MDPH confirme une tendance nationale mise en avant par la CNSA.** « La territorialisation peut par exemple prendre la forme d'une ouverture d'antennes propres à la MDPH sur le territoire, de l'organisation de permanences d'agents de la MDPH au sein de structures territoriales relais ou encore de l'organisation d'accueils handicap ou autonomie par des partenaires pour le compte de la MDPH. En 2021, 64 MDPH déclarent avoir mis en place de tels relais (échantillon : 98 MDPH). »<sup>235</sup>

[25] En complément, la mission note que les MDPH de l'échantillon peuvent proposer aux associations de tenir des permanences au siège de la MDPH<sup>236</sup>.

<sup>235</sup> Synthèse 2023 des rapports d'activité, [Rapport d'activité 2021 des maisons départementales des personnes handicapées \(MDPH\) \(cnsa.fr\)](https://www.cnsa.fr/rapport-dactivite-2021-des-maisons-departementales-des-personnes-handicapees).

<sup>236</sup> A titre d'exemple, la mission mentionne Vivre dans le Val-de-Marne ou la maison des aidants et l'association répit 57 en Moselle, ou encore l'AFM dans les Bouches-du-Rhône.

## 1.4 Les outils ne sont pas à la hauteur des enjeux d'une administration attendue sur le contact et la relation avec des usagers

### 1.4.1 La gestion de l'information s'appuie avant tout sur des outils papier parfois construits au niveau local

[26] **La mission atteste que ces dernières ont priorisé une gestion matérialisée de l'information** et de la communication auprès des usagers.

[27] Toutes mettent à disposition des plaquettes d'information proposées par la CNSA, et notamment les 47 fiches faciles à lire et à comprendre (Falc). La documentation n'est en général pas en accès libre, elle tend à être remise aux personnes à la suite d'un échange avec un professionnel. De ce point de vue, les accueils physiques sont conçus comme des guichets de dépôt et des lieux de renseignements. Certains ont bénéficié d'une rénovation récente et sont pleinement fonctionnels. D'autres sont plus exigus et laissent peu de place à la confidentialité. **En revanche, ils ne constituent pas des lieux ressource plus larges dans lesquels de l'espace est disponible pour déambuler, choisir des supports, ou visionner des affichages interactifs.**

[28] Par ailleurs, la préférence pour l'information papier comme la stratégie d'accueil individuel ne semble pas avoir conduit les MDPH de l'échantillon à proposer une offre d'informations collectives à même d'aider aux démarches. A cet égard, la mission signale la bonne pratique de la Seine-Saint-Denis qui propose, grâce à la mobilisation de conseillers numériques, des ateliers sur la procédure dématérialisée ou la démarche d'édition des CMI auprès de l'imprimerie nationale.

[29] Enfin, la mission note que quatre MDPH sur sept (Allier, Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Somme) ont construit des guides maison sur le remplissage du formulaire de demande, matérialisé ou dématérialisé, en complément de ceux proposés par la CNSA. Pour les comparer, la mission a produit le tableau ci-dessous. **Ces guides paraissent plus opérationnels que le guide Falc proposé par la CNSA. Ils mettent en exergue le besoin de transmettre un maximum d'informations utiles à l'évaluation de la situation. Ils soulignent la nécessité de bien signer le formulaire ou de fournir des pièces obligatoires spécifiques concernant les demandes enfants.** En revanche, ces documents laissent croire que des pièces règlementairement non obligatoires le sont, information erronée transmise aux usagers. Par ailleurs, la mission souligne que ces guides ne valorisent pas la demande générique qui constitue pourtant le principe originel du formulaire (voir annexe n°5 évaluation).

Tableau 2 : Tableau comparatif des notices de remplissage

	Fiche CNSA Falc	Allier	Bouches-du-Rhône	Somme
Nature de l'incitation au remplissage	Ambivalente « Vous devez remplir » « Vous êtes libre d'écrire »	Forte « Plus le formulaire est complet, plus votre dossier sera traité efficacement et dans les meilleurs délais. » Les parties A, B, C, D sont dites « obligatoires »	Forte « Les informations que vous communiquez à la MDPH vont permettre d'évaluer vos difficultés et apporter les réponses les plus adaptées à votre situation »	Forte « Plus le formulaire est complet, plus votre dossier sera traité efficacement et dans les meilleurs délais. Avant de l'envoyer, vérifiez que vous l'avez bien rempli avec nos conseils ! »
Présentation des 4 pièces justificatives (et alerte sur la signature)	Oui  Pas de mise en visibilité de la nécessité de signer le formulaire	Oui  Mise en visibilité de la nécessité de signer le formulaire	Oui  Mise en visibilité de la nécessité de signer le formulaire	Oui  Mise en visibilité de la nécessité de signer le formulaire
Demande de pièces complémentaires, Exemple sur les dossiers enfants	Rappel des 4 pièces de recevabilité  Pas de mention du Geva-sco qui apparaît dans le formulaire de demande	Oui  Mention du Geva-sco ; des évaluations en cas de projet Segpa, des bilans de stages récents, des bilans psychologiques ou psychométriques, des bilans sociaux et évaluation pédo-psychiatrique en cas de demande d'ITEP, comme de tous les bilans de suivis en cours	Oui  Mention du Geva-sco	Oui  Pas de mention du Geva-sco  Copie des derniers bilans et comptes rendus de consultations spécialisées et d'hospitalisation
Valorisation de la demande générique	Non Valorisation implicite dans la mesure où la partie E du formulaire n'est pas visée comme une partie à remplir	Non Information erronée sur le non traitement du dossier si la partie E n'est pas remplie	Non Incitation à remplir la partie E	Non Incitation à remplir la partie E

Source : Mission, à partir de la consultation des différents sites internet

## 1.4.2 Les MDPH n'ont pas investi suffisamment les canaux numériques d'information

### 1.4.2.1 Les sites internet des MDPH de l'échantillon sont de qualité hétérogène

[30] Les sites internet des MDPH dans lesquelles la mission a réalisé ses déplacements sont de qualité hétérogène. Certains sont portés par le conseil départemental (Val-de-Marne, Allier) et apparaissent, de ce fait, moins visibles<sup>237</sup>.

[31] **Leur accessibilité au sens du RGAA quatre est soit partielle, avec des audits récents dans quatre MDPH indiquant des résultats de conformité allant de 50 % à 91 %, soit non mesurée (Allier, Bouches-du-Rhône, Moselle).**

[32] Les informations relatives aux horaires d'ouverture des accueils, aux formulaires de demande et aux certificats médicaux, au téléservice, aux prestations et aux circuits de demande sont en général disponibles. En revanche, la visibilité de l'offre de service de la MDPH et des partenaires est incomplète. La transparence sur les délais de traitement, qui constitue pour sa part un engagement réglementaire, n'est respectée dans aucune MDPH. Par ailleurs, une seule MDPH communique actuellement sur l'enquête de satisfaction du baromètre de la CNSA. **Aucun site internet de l'échantillon ne renvoie vers le site gouvernemental mon parcours handicap.**

[33] La mission a pu néanmoins, au cours de son travail, prendre connaissance des efforts engagés par d'autres MDH pour structurer une stratégie d'information mobilisant les outils numériques. **Elle tient à mentionner ici le travail de la MDPH de la Gironde dont le site est très complet et renvoie au site national mon parcours handicap.** En complément, il propose des vidéos courtes, explicatives et pédagogiques et notamment une courte série ludique en trois épisodes, pour faciliter l'appropriation du formulaire<sup>238</sup> ou encore un docu fiction sur l'accès aux droits des enfants en situation de handicap<sup>239</sup>. Une page agenda déroule des actualités et activités nombreuses, portées en grande partie par des partenaires. Un cycle de webinaires<sup>240</sup> est assuré avec des partenaires, sur des thématiques très concrètes (la scolarisation des enfants, le circuit de demande, la parentalité...). Ses rediffusions sont disponibles sur le site de la MDPH.

---

<sup>237</sup> L'Allier a indiqué que cette invisibilisation conduisait à des avis google négatifs. La mission a pu vérifier ce point à la lecture de ces commentaires.

<sup>238</sup> [Mini-série « Parlons bien, parlons droits ! » | MDPH33.](#)

<sup>239</sup> [La vie d'Émilie, une aide pour remplir le formulaire enfant | MDPH33.](#)

<sup>240</sup> [Rendez-vous avec votre MDPH, le 14 mai 2024 | MDPH33.](#)



Tableau 3 : Tableau comparatif des sites internet des MDPH de l'échantillon

Thème	Sous-thème	Allier	Bouches-du-Rhône	Finistère	Haute-Garonne	Moselle	Somme	Val-de-Marne
Transverse	Site autonome ou départemental	Départemental	Autonome	Autonome	Autonome	Autonome	Oui	Départemental
	Accessibilité RGAA 4	Non mesurée	Non mesurée	Partielle (91 %)	Partielle (66 %)	Non mesurée	Partielle (91 %)	Partielle (50 %)
	Ergonomie	Très faible	Moyenne	Qualitative	Moyenne	Moyenne	Très qualitative	Faible
Informations sur	Accessibilité	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Formulaire, téléservice	Moyennes, Téléservice	Moyennes, Téléservice	Claires Téléservice	Claires Téléservice	Moyennes Téléservice non référencé	Claires Téléservice	Moyennes Téléservice
	Prestations / Fiches CNSA	Informations très générales	Assez claires et précises	Claires et précises	Claires et précises	Assez claires et précises	Claires et précises	Assez claires et précises
	Offre de service de la MDPH	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
	Offre de service partenariale	Non	Oui, mais incomplet	Oui, claires et précises	Oui, claires et précises	Non	Oui, claires et précises	Oui, mais incomplet
	Procédure de traitement du dossier, RAPO	Non	Oui	Oui, claires et précises	Oui, claires et précises	Oui	Oui, claires et précises	Oui
	Transparence sur les délais	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Renvoi vers	Enquête de satisfaction CNSA	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
	Site gouvernemental mon parcours handicap	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Source : Mission

### 1.4.2.2 Seule une MDPH de l'échantillon répond aux avis google

[34] La mission s'est intéressée à la manière dont les MDPH assuraient une réponse numérique aux avis google qui étaient formulés à son attention. Seule la MDPH de Haute-Garonne s'y attache.

Bjr, dossier déposé en février avec assistante sociale de la CPAM, dossier recevable, j'appelle en juillet on me dit qu'il passe en commission en septembre, aujourd'hui j'appelle pour voir où ça en est, et la dame que j'ai au téléphone aujourd'hui, me dit qu'il faut attendre un an !!! Je suis perdu ! suite à mon AVC je ne peux pas travailler seul avec deux enfants j'aimerais savoir où ça en est !

Cordialement

Mme XXX

Bonjour Mme XXX,

nous avons alerté le service concerné sur votre situation afin que votre dossier soit évalué rapidement. Vous pouvez connaître la date de passage en CDAPH et les droits qui vous ont été attribués en consultant le site <https://usagers.mdp31.fr/>  
Vos notifications papier vous seront envoyées par courrier environ deux semaines après la séance de la CDAPH.

Cordialement,

L'équipe de la MDPH

### 1.4.3 L'organisation de la réponse téléphonique, fragile, ne s'appuie pas sur des outils permettant une gestion de la relation multicanale

[35] **Les outils de réponse téléphonique paraissent parfois obsolètes, se traduisant par des taux de décrochés souvent faibles.** Deux MDH sont dotées de serveurs téléphoniques permettant d'orienter l'utilisateur sur choix. Un seul indique le temps d'attente en ligne. Les autres s'appuient sur un répondeur téléphonique donnant parfois des informations générales. La communication peut être coupée au bout d'un certain temps d'attente.

[36] **Des progrès peuvent néanmoins être accomplis par l'adoption de solutions techniques simples nécessitant un investissement financier.** Le Finistère, avec l'appui de la CNSA, a ainsi mis en place une solution technique permettant aux usagers de s'aiguiller grâce à un menu téléphonique comme de connaître leur temps d'attente. Une organisation cible de l'activité conduit à assurer un premier niveau de réponse téléphonique en 3 minutes puis à passer le relais à un second niveau téléphonique afin de maximiser le taux de décroché global. Cette solution aurait permis de faire passer le taux de décroché de 40 à 60 % puis à 90 %.

[37] **Une réorganisation de la fonction d'accueil peut améliorer le taux de décroché.** Dans la Somme, après les résultats médiocres atteints en 2022, une définition du socle d'ETP absolument nécessaire pour assurer un niveau de réponse satisfaisant a été établie. Deux ETP doivent être disponibles en continu sur les temps d'accueil téléphonique si bien qu'un système de remplacement est assuré, y compris pour les absences momentanées sur poste de travail.

[38] **La MDPH de la Réunion a combiné les leviers techniques et organisationnels en externalisant à un prestataire un premier niveau de réponse téléphonique.** Celui-ci assure un taux de décroché de 95 %, est habilité à répondre à 10 questions clés, le reste étant réadressé vers la MDPH, qui répond, situation par situation.

[39] **Plus spécifiquement, la mission a pu constater que les MDPH ne disposent pas d'outils leur permettant de suivre la réponse multicanale aux usagers.** Les informations transmises dans les accueils peuvent être tracées dans le logiciel métier si les usagers sont connus. Elles peuvent faire l'objet de procédures d'urgence et de signalements. En revanche, elles n'alimentent pas d'outil uniques permettant d'assurer une vision globale sur la demande comme de mesurer des taux de réitération en matière de pilotage et d'amélioration de la qualité de service.

## 1.5 Le téléservice ne constitue pas aujourd'hui un espace usager aux fonctionnalités nombreuses

[40] Les fonctionnalités actuelles et futures du téléservice sont présentées dans l'annexe n° 7 sur les outils. **Au titre de la relation usagers, il ne constitue néanmoins pas encore partout une interface pleinement intégrée, permettant tout à la fois de déposer son dossier, compléter les informations, suivre l'avancement du dossier et consulter ses droits.** Il n'est, par ailleurs, pas interfacé avec d'autres solutions nécessaires à la mise en œuvre des droits, à l'instar de la démarche à engager auprès de l'imprimerie nationale pour disposer d'une carte CMI matérialisée. Si son utilisation est croissante, sa montée en charge au plan quantitatif comme qualitatif est un levier d'amélioration important de l'expérience usagers en MDPH.

## 2 Par rapport aux attentes, la relation entre les MDPH et les usagers peut être qualifiée de distante sinon de dégradée

[41] Les principales attentes des Français envers leurs services publics sont, depuis 2003, évaluées dans le cadre du Baromètre des services publics<sup>241</sup>. Celles-ci sont stables dans le temps : **une réponse dans les délais, une facilité de contact, ainsi qu'un appui aux démarches numériques, une orientation pertinente, un accueil bienveillant, un accompagnement adapté à la situation comme une prise en compte des avis formulés** (voir graphique n°1).

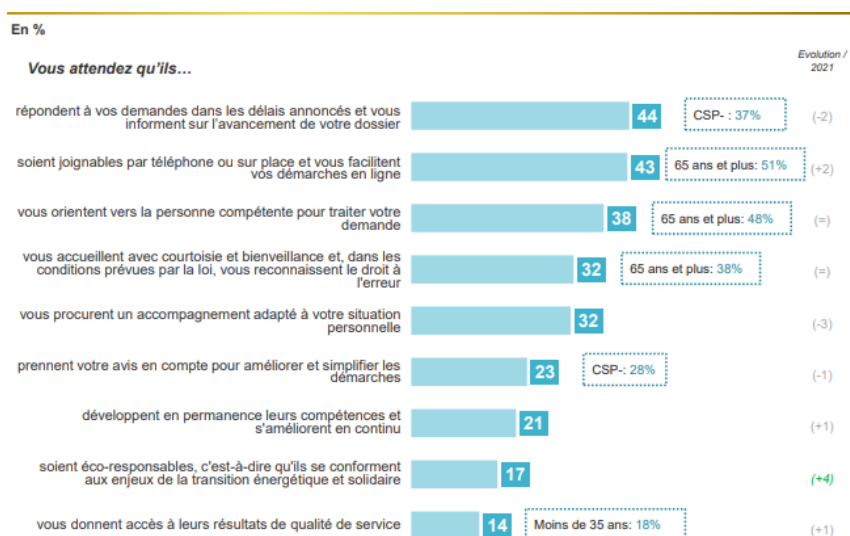
[42] D'autres sondages illustrent plus spécifiquement la relation dégradée entre les MDPH et leurs usagers :

- le baromètre de la complexité administrative, réalisé tous les 2 ans depuis 2008 par BVA pour le compte de la DITP, positionne les démarches liées au handicap parmi les trois plus complexes de l'ensemble des démarches administratives (voir graphique n°2) ;
- selon l'enquête BVA, les démarches administratives auprès de services publics liées à un handicap ou au handicap de l'un des proches, publiée en 2022, il est plus difficile d'entrer en contact avec les MDPH qu'avec les autres administrations.

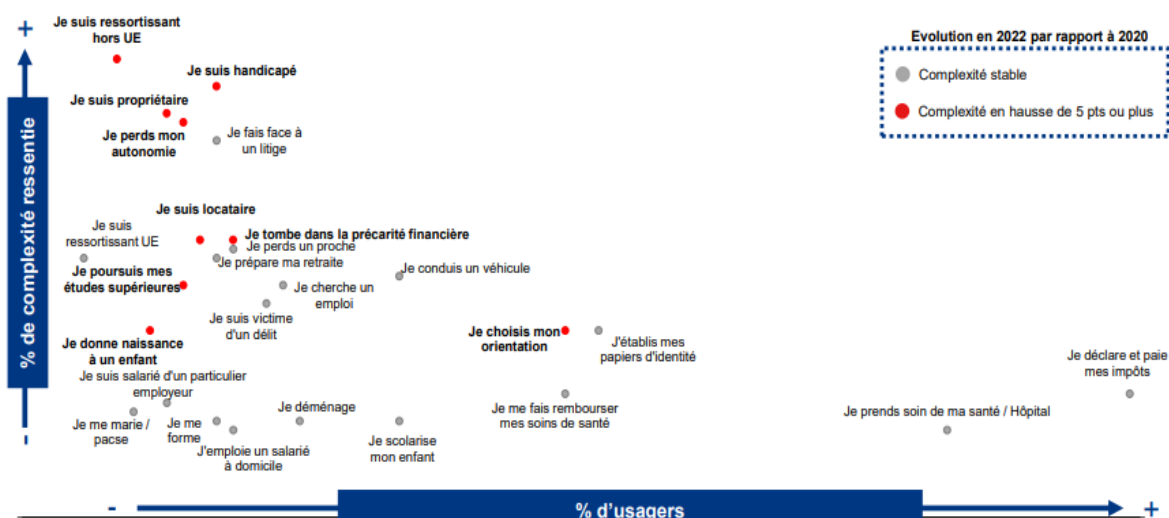
---

<sup>241</sup> Porté par l'institut Delouvrier avec la DITP.

Graphique 1 : Les résultats du 23ème baromètre des services publics, mise à jour de février 2023



Graphique 2 : Les démarches administratives jugées les plus complexes par les Français selon le baromètre de la complexité administrative 2023, enquête BVA DITP



[43] L'annexe n°4 sur la qualité de service propose une mesure de celle-ci, à l'appui des données disponibles. La présente partie s'attachera à en décrire la vision du point de vue de l'utilisateur et principalement dans les sept MDPH dans lesquelles la mission s'est déplacée.

## 2.1 Les délais de traitement et le niveau de décroché surdéterminent le jugement porté par les usagers sur les MDPH

### 2.1.1 Les délais de traitement, fixés règlementairement à 4 mois, ont des impacts très concrets sur les usagers

#### 2.1.1.1 Dans les MDPH de l'échantillon ces délais variaient parfois du simple au triple au troisième trimestre 2023

[44] **Le critère des délais de traitement avait été pris en compte dans le choix des MDPH de l'échantillon (voir annexe n°1).** Pour rappel, ces délais sont fixés règlementairement à 4 mois<sup>242</sup>.

[45] Trois MDPH se distinguent par leurs délais en général inférieurs aux moyennes nationales (Bouches-du-Rhône, Finistère et Somme). Une MDPH se singularise par ses résultats plus dégradés que la moyenne nationale, quels que soient les délais (Haute-Garonne). Les trois autres MDPH connaissent des indicateurs variables, (Moselle, Val-de-Marne, Allier), avec des résultats contrastés selon les publics (délais inférieurs aux moyennes pour les enfants mais supérieurs pour les adultes dans le Val-de-Marne et l'Allier ; délais dégradés pour les enfants mais plutôt meilleurs que la moyenne pour les adultes en Moselle). **Concernant la PCH, le Val-de-Marne et la Haute-Garonne comptent parmi les 10 MDPH au taux le plus dégradé de France.**

[46] La présente annexe ne cherchera pas à analyser les facteurs de cette variabilité mais plutôt à en mesurer les effets concrets sur les usagers.

Tableau 4 : Les délais de traitement dans les MDPH de l'échantillon au T3 2023, baromètre CNSA

	Global	enfant	adulte	PCH
Moyenne nationale	4,8	4,7	4,8	5,9
Allier	5,4	4,1	5,6	4,9
Bouches-du-Rhône	3,5	4,8	3,1	4,1
Finistère	3,2	4,0	2,9	4,0
Haute-Garonne	7,3	5,0	8,0	8,3
Moselle	4,6	6,0	4,3	5,2
Somme	3,9	4,6	3,6	6,3
Val-de-Marne	5,5	3,6	6,3	8,2

Source : Mission à partir des données du baromètre de la CNSA

<sup>242</sup> R 241-33 CASF.

### 2.1.1.2 Ces délais ont des impacts parfois directs sur les usagers

[47] **Dans ses échanges avec les familles, la question des délais est abordée de manière polaire avec des traitements jugés parfois très longs et, inversement, des usagers agréablement surpris.** Il est indéniable que l'approche par délais moyen n'objective qu'imparfaitement la réalité vécue par les usagers. D'une part parce que la demande MDPH ne constitue qu'une étape d'un parcours bien plus long et souvent difficile. D'autre part parce que quantitativement, cet indicateur ne dit rien de la part des demandes traitées dans un délais inférieur ou égal au délais règlementaire voire de la part des demandes traitées très rapidement.

[48] Le retour des associations, rencontrées au national comme au local, signale que les délais sont un marqueur fort de l'insatisfaction adressée à l'endroit des MDPH.

[49] **Les associations soulignent, à juste titre, que les délais moyens de traitement cachent des réalités différentes par prestation.** Une CMI ou une RQTH peuvent être attribuées rapidement. Concernant la PCH, ces délais peuvent mettre les usagers dans des situations non acceptables, même s'ils ne sont pas toujours intégralement imputables à la MDPH. Ils sont ressentis très négativement par les usagers.

#### Echange avec une mère d'enfant de 11 ans pour une demande de PCH

La 1<sup>ère</sup> demande à la MDPH a été adressé quand l'enfant était encore à l'école maternelle. Une carte de stationnement avait été accordée, pour 2 ans seulement.

Une nouvelle demande a été adressée en décembre 2021 pour un aménagement de logement (construction d'un ascenseur extérieur au domicile familial alors que la pathologie musculaire de l'enfant évolue défavorablement). En juin 2022, la MDPH fait un retour et demande deux devis, en fixant un délai de 2 mois pour les transmettre. Le délai n'est pas tenable. Des devis à hauteur de 100 000 € sont transmis à la MDPH. Une visite de l'ergothérapeute a lieu en septembre 2022. La famille demande aussi un aménagement de véhicule. En octobre 2023, la CDA retient un montant de travaux de 40 000€ et un plafond de financement de l'ordre de 10 000€. Une démarche de mobilisation du fond de compensation est engagée sur la base du montant des travaux retenus. La famille annule la demande d'aménagement de véhicule en raison des frais qui vont être engagés pour l'ascenseur

La maman juge la MDPH inefficace, avec des délais trop longs, un avis d'ergothérapeute orthogonal avec celui de son architecte et un forfait de prise en charge trop bas. Elle a trouvé l'accompagnement assuré par AFM Téléthon très efficace.

[50] **Les délais sur les renouvellements de l'AAH peuvent aussi mettre les usagers dans des situations délicates.** De ce fait, un flux maintien a été mis en place au niveau national et mis en production à ce jour dans 94 MDPH. Dès lors que la personne a déposé sa demande de renouvellement, ce flux permet que le versement de l'AAH se poursuive selon un délai laissé à l'appréciation des CAF locales (en général entre 4 et 6 mois). **Ce maintien présente cependant un risque pour les allocataires qui, en cas de refus d'AAH, peuvent se voir signifier un indu par la CAF.** En complément de ce flux, la MDPH du Val-de-Marne a organisé avec la Caf un échange d'informations concernant les situations qui restent à traiter au-delà du délai couvert. Chaque mois, 30 à 40 situations sont signalées par la CAF à la MDPH et priorisées afin que les délais de traitement de la MDPH n'entraînent ni rupture de droits et ni risque d'indus pour les usagers.

Cette bonne pratique n'est néanmoins pas généralisée dans les MDPH de l'échantillon tandis que les associations au niveau national déplorent le manque d'articulations entre MDPH et Caf, conduisant à des ruptures de droits.

[51] **Les MDPH cherchent à s'appuyer sur des procédures d'urgence<sup>243</sup> ou des processus formalisés pour limiter l'impact de ces délais sur les situations individuelles, notamment les plus complexes, les pathologies étant évolutives, les fragilités sociales connues ou les mises en danger réelles.** Comme la mission a pu le constater (voir annexe n°5), ceux-ci ne sont pas pleinement efficaces.

### 2.1.2 Les taux de décrochés déclarés varient du simple au double et sont corrélés, selon les MDPH, aux délais de traitement

[52] Comme le décrit l'annexe n°4 sur la qualité de service, la mission n'est pas en capacité d'apprécier le réel niveau du décroché, les indicateurs disponibles étant fragiles. Ils ne reposent ni sur une définition standardisée, ni sur une méthodologie fiable de décompte (système de croix bâton en Haute-Garonne, calcul du taux par un outil dédié à la MDPH dans la Somme, calcul du taux par la DSI du CD sur l'accueil généraliste en Allier).

Tableau 5 : Le taux de décroché dans les MDPH de l'échantillon selon les données déclarées au RA 2022

MDPH	Allier	Bouches-du-Rhône	Finistère	Haute-Garonne	Moselle	Somme	Val-de-Marne
Taux de décroché (%)	83	67	60	57	51	34	68

Source : Mission à partir des données de la CNSA

[53] La mission dresse les constats suivants :

- **le taux de décroché est volatile** : lors de ses déplacements, la mission s'est parfois vu confier par les MDPH des niveaux de décrochés très différents de ceux indiqués dans leur rapport d'activité 2022. Ainsi, dans la Somme, les indicateurs extraits de l'outil de pilotage témoignaient d'un taux de décroché de l'ordre de 63 % au mois de janvier 2024. Dans le Val-de-Marne, inversement, la cheffe de service accueil a indiqué un taux de décroché de l'ordre de 30 à 40 % sur le premier trimestre 2024. Dans le Finistère, le taux de décroché atteignait au moment du déplacement de la mission 90 %. La dépendance aux ressources présentes, comme les plans d'action engagés expliquent sans doute cette volatilité ;

<sup>243</sup> La mission n'a néanmoins pas connaissance de l'existence d'une ligne d'urgence dédiée, telle que prévue au L 146-7 du CASF : « Pour les appels d'urgence, la maison départementale des personnes handicapées met à disposition des personnes handicapées et de leurs familles un numéro téléphonique en libre appel gratuit pour l'appelant, y compris depuis un terminal mobile. »

- **les MDPH déclarent que le taux de décroché est corrélé positivement aux délais de traitement et signalent un taux de réitération important quoi que non mesuré.** Plusieurs MDPH ont confié à la mission que les délais avaient un impact sur les flux. Dans les Bouches-du-Rhône, l'augmentation des délais de traitement en 2022 aurait généré d'avantage d'appels de la part des usagers comme des partenaires. Le taux de décroché était de 94 % en 2021. Dans le Finistère, inversement, le déstockage des dossiers anciens et la réduction du délai moyen de traitement à compter de l'automne 2021 a réduit de façon très significative le flux d'appels entrants<sup>244</sup> ainsi que les mails entrants. La refonte du site web accessible à plus de 90 % (RGAA) à compter de mars 2022 a également eu un effet favorable sur les flux mails et téléphoniques.

## 2.2 Les courriers de notifications ne répondent pas aux attentes minimales d'un langage administratif clair, compréhensible et pédagogique

[54] Dans la lignée des engagements Marianne, le programme services publics plus du ministère de la transformation publique porte une attention renforcée à « *la clarté, la simplicité et l'accessibilité des informations* » pour améliorer la confiance entre les usagers et l'administration. **Ce langage clair<sup>245</sup> est défini comme suit : « des phrases courtes et simples ; un vocabulaire adapté à l'interlocuteur ; une information organisée avec logique ; une mise en page des écrits qui facilite la compréhension du contenu »**

### 2.2.1 Le formulaire Impact, de 20 pages, est source de difficultés pour les usagers

[55] Sur ce point, la mission renvoie le lecteur à l'annexe évaluation (n°5), qui aborde le sujet. **De manière complémentaire, elle note que la complexité de la demande a été pointée par plusieurs familles lors des entretiens qui ont été menés.**

[56] Ces éléments sont cohérents avec les résultats de l'enquête menée par l'UNAPEI entre janvier et mai 2023 auprès de 3940 parents d'enfants en situation de handicap. La première difficulté rencontrée par les parents est d'entreprendre les démarches administratives. Si le sujet est plus vaste que le strict formulaire MDPH, celui-ci est une première étape dans la complexité de démarches qui se réitéreront. L'enquête s'appuie sur des *verbatim* signifiants<sup>246</sup>.

---

<sup>244</sup> Flux qui est passé de 10 000 appels en moyenne par mois en 2021 à moins de 7 000 en 2022.

<sup>245</sup> Engagement 5 du programme : [Vous disposez d'une information claire, simple et accessible | Services Publics + \(transformation.gouv.fr\)](#).

<sup>246</sup> A titre d'exemple : « *Si j'ai du temps, je vais faire les papiers, pas du sport. Je me sens stressée par rapport au dossier administratif par peur de ne pas bien les remplir.* »



### Echange avec le père d'un petit garçon de 4 ans

« On a fait les demandes et les courriers. Il y avait des questions, j'ai pas compris mais on nous a expliqué. Ce n'est pas facile. Le directeur de l'école ne voulait pas prendre mon fils sans accompagnement. Il m'a aidé à faire le dossier. J'avais un courrier et un nom. Ma demande a été faite en mai j'ai eu la réponse en novembre. Il manquait des éléments. La MDPH a répondu. Il y a des choses à améliorer : les courriers c'est difficile et ils ne sont pas traduits (heureusement je comprends avec le traducteur d'internet).»

## 2.2.2 Les notifications adressées aux usagers, très contraintes dans leur format, sont peu compréhensibles pour les usagers

[57] La mission centre ses constats sur les deux principales notifications adressées par les MDPH et cadrées règlementairement : celles relatives à la recevabilité des pièces et celles relatives aux décisions. Les courriers administratifs adressés par les MDPH à d'autres étapes ne font pas l'objet d'analyses, même si la mission relève qu'ils sont rédigés de manière plus accessible, parce que plus libres dans leur format.

### 2.2.2.1 Travaillées dans un cadre national, les notifications sont difficiles à paramétrer par les MDPH

[58] Dans le cadre du SI tronc commun, un chantier relatif à l'harmonisation des notifications a été engagé depuis 2017. Une méthodologie commune a permis d'aboutir à des documents partagés à la suite d'une analyse règlementaire, d'une capitalisation sur les courriers qui préexistaient dans les MDPH, d'une prise en compte des recommandations de la méthode Falc et d'une co-construction avec des MDPH, des usagers et des associations. Comme l'indique le cahier dédié aux courriers du programme fonctionnel, **« ces courriers sont le résultat d'un compromis entre d'une part la volonté de simplifier et de gagner en lisibilité, et d'autre part la nécessité de conserver les informations obligatoires d'un point de vue règlementaire, et celles utiles aux partenaires pour la mise en œuvre de la décision, voire aux tribunaux lors d'un éventuel recours. »**. Ces notifications harmonisées sont actuellement utilisées dans l'ensemble des MDPH. **Concernant les décisions, celles-ci doivent se conformer à sept obligations règlementaires et onze obligations métier<sup>247</sup>.**

[59] **Chaque droit décidé fait l'objet d'un document spécifique.** La Seine-Saint-Denis a dénombré plus de 200 notifications type, ce qui reflète la multiplicité des situations que les MDPH sont amenées à traiter. Leur paramétrage est complexe tandis qu'en phase de recettage, les MDPH peinent à tester d'éventuelles régressions sur l'ensemble du périmètre.

---

<sup>247</sup> Voir le programme fonctionnel du SI Tronc commun et le cahier dédié à l'harmonisation des courriers. Les 7 obligations règlementaires sont : des décisions motivées, des textes de référence indiqués, la mention des voies de recours, la mention de la possibilité de faire rectifier les informations individuelles, la possibilité de solliciter un PAG, l'identification des coordonnées d'une structure en cas d'orientation en ESMS, pour les PCH 2 à 5, la notification d'un équivalent mensuel du montant total.

### 2.2.2.2 Entre les notifications de recevabilité et de décision, les MDPH n'informent pas les usagers de manière pro-active du traitement de leur demande

[60] Suite au dépôt de son dossier composé des 4 pièces réglementaires requises, l'usager se voit adresser un courrier de recevabilité.

Graphique 3 : Etape 1 - le courrier de recevabilité

**Vous avez envoyé toutes les pièces obligatoires pour une demande à la MDPH. Votre dossier est recevable.  
La MDPH va commencer l'étude de votre demande.**

Si besoin, la MDPH pourra vous demander d'autres documents sur votre situation. Vous recevrez ensuite un courrier de la MDPH pour vous informer de la décision prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour votre demande.

[61] Dans le cas où les pièces de recevabilité ne sont pas réunies, l'usager reçoit un courrier d'irrecevabilité avec la liste des pièces à adresser à la MDPH, dans un délai qui n'est pas fixé réglementairement. Les MDPH de l'échantillon l'établissent généralement entre un mois et deux mois avec une souplesse laissée aux instructeurs au regard des situations. Des relances sont réalisées par certaines MDPH afin d'éviter les rejets sur certains dossiers jugés sensibles, à l'instar des dossiers des enfants de l'aide sociale à l'enfance.

[62] A l'étape d'évaluation, les équipes de la MDPH sont libres de demander des pièces complémentaires à l'usager (voir annexe n°5). Cette étape n'étant pas réglementairement normée, elle ne donne pas lieu à des notifications mais à des courriers administratifs, que les MDPH éditent assez librement. L'évaluation peut également conduire la MDPH à prendre contact directement avec l'usager (téléphonique, visite à domicile). L'usager peut donc disposer de quelques éléments concernant cette étape d'évaluation.

[63] Néanmoins, à l'issue de cette première étape de recevabilité, sauf plan de compensation dument élaboré et adressé, le demandeur n'est destinataire d'aucune information concernant le traitement de sa demande. Un écart réglementaire est ici constaté puisque la date de passage de son dossier en CDAPH n'est pas, à la connaissance de la mission, transmise à l'usager. Le téléservice peut lui indiquer que son dossier est en attente d'évaluation dans les cas où la fonctionnalité est proposée. L'accueil de la MDPH peut également lui communiquer un délai indicatif. Néanmoins, l'usager est dans l'expectative, sans information plus précise. **La mission a noté que cette attente était source de nombreux appels à l'accueil téléphonique. Plus les délais de traitement sont longs, plus cette attente devient anxieuse pour l'usager.**

### M. demande de CMI invalidité, de révision du TI et de PCH

Le dossier est déposé le 6 mars 2023. Le 30 mars, la MDPH adresse un accusé de réception signalant la recevabilité de sa demande.

Le 8 novembre 2023, son dossier est évalué en EP. Le 14 novembre, le dossier est décidé par la CDAPH. Le 15 novembre, la MDPH adresse 3 notifications à M. : un rejet de carte invalidité, un maintien de l'AAH 2, un rejet de PCH.

Entre le 30 mars et le 14 novembre, M. n'a eu aucune information complémentaire de la part de la MDPH.

[64] De ce point de vue, la mission mentionne la bonne pratique de la MDPH de la Réunion qui cherche à aller vers les usagers dans ces temps d'attente, inhérents au processus d'évaluation. Des SMS peuvent ainsi être adressés pour informer sur certaines étapes.

[65] Une fois le dossier passé en CDAPH, l'usager reçoit une notification concernant le droit.

#### 2.2.2.3 Les courriers de notification des droits adressés aux MDPH sont complexes, techniques et peu hiérarchisés

[66] **La lisibilité des notifications de droits est une problématique soulevée par les associations représentatives nationales, par les associations locales comme par les MDPH. L'assemblée des départements de France (ADF) s'est emparée du sujet et a lancé un travail interne dédié à la simplification des notifications.**

[67] Ces notifications se structurent de manière homogène. La mission constate, à l'appui des dossiers qu'elle s'est vu adresser, que les notifications sont similaires, sans être parfaitement équivalentes. La Somme a ainsi engagé un travail de simplification, en lien avec une association d'usagers. Si les notifications respectent le cadre national, des modifications améliorent en partie la cohérence, la lisibilité et le caractère explicatif des informations.

#### Graphique 4 : Trois exemples de notifications de rejet de CMI

##### Rejet de CMI I mais maintien de CMI stationnement

Madame [REDACTED],

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le 06/03/2023.

Le Président du Conseil départemental a examiné votre demande et a rendu sa décision le 14/11/2023.

**Le Président du Conseil départemental rejette votre demande portant sur une carte mobilité inclusion (CMI) mention invalidité ou priorité.**

La carte mobilité inclusion remplace progressivement les anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement. Elle donne les mêmes avantages et répond aux mêmes conditions d'attribution que les anciennes cartes.

Vous bénéficiez d'une carte d'invalidité, de priorité et/ou d'une carte de stationnement en cours de validité, vous pouvez l'utiliser jusqu'à sa date d'expiration.

Vous voudrez bien déposer une demande de carte mobilité inclusion 6 mois avant la date d'échéance de vos droits.

## Rejet de CMI I

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le 30/10/2023.

Le Président du Conseil départemental a examiné votre demande et a rendu sa décision le 25/01/2024.

**Le Président du Conseil départemental rejette votre demande** portant sur une carte mobilité inclusion (CMI) mention invalidité ou priorité.

Votre taux d'incapacité est inférieur à 80%. Vous ne pouvez donc pas bénéficier de la Carte mobilité inclusion (CMI) mention Invalidité.

Par ailleurs, vous ne présentez pas une pénibilité à la station debout ayant des effets sur votre vie sociale. Vous ne pouvez donc pas bénéficier de la Carte mobilité inclusion (CMI) mention Priorité (guide-barème de l'annexe 2-4 et article R. 241-12-1 du code de l'action sociale et des familles).

## Rejet de CMI I

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le 17/08/2023. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre demande et a rendu sa décision.

Après évaluation de votre demande par l'équipe pluridisciplinaire et au vu de l'appréciation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du 20/12/2023,

Votre taux d'incapacité est inférieur à 80%. Vous ne pouvez donc pas bénéficier de la Carte mobilité inclusion (CMI) mention Invalidité. Par ailleurs, vous ne présentez pas une pénibilité à la station debout ayant des effets sur votre vie sociale. Vous ne pouvez donc pas bénéficier de la Carte mobilité inclusion (CMI) mention Priorité (guide-barème de l'annexe 2-4 et article R. 241-12-1 du code de l'action sociale et des familles).

J'ai donc le regret de vous informer du rejet de votre demande carte mobilité inclusion priorité ou invalidité conformément à l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

[68] **Les trois documents présentés ci-dessus attestent que des variations mineures sont observées entre trois courriers de rejet de CMI-I. Celles-ci s'expliquent par des demandes un peu différentes, des systèmes éditeurs distincts mais également quelques choix locaux.** Dans le premier cas, la demande est rejetée sans explication tandis que l'utilisateur conserve son droit en vigueur au titre d'une carte d'invalidité. Le courrier est illisible, informant tout à la fois du rejet de la demande et du maintien du droit préexistant. La référence au président du conseil départemental n'est pas compréhensible<sup>248</sup> alors que l'utilisateur s'est adressé à la MDPH et a reçu un courrier de recevabilité lui indiquant que la CDAPH prendrait une décision. Le deuxième est plus clair, s'agissant d'un rejet simple, mais à nouveau, la référence au président du conseil départemental n'est pas compréhensible. Le dernier est plus cohérent puisqu'il se réfère à une décision de la CDAPH, la référence n'est néanmoins pas conforme.

[69] **Sur cette base, la mission dresse cinq constats transverses.**

---

<sup>248</sup> Elle est néanmoins règlementairement conforme puisque le L241-3 du CASF stipule que la CMI est attribuée par le PCD. Cette version est celle prévue dans le SI TC et le guide des courriers de la CNSA.

[70] **Premièrement, l'information apparait désordonnée.** L'architecture n'est pas toujours logique. La notification ci-dessous démarre par l'attribution du droit, en l'espèce un ESRP, donne des informations pas nécessairement cohérentes (vous devez prendre contact avec cette structure, vous pouvez contacter d'autres structures) voire insécurisantes (votre accompagnement sera réalisé sous réserve de place<sup>249</sup>) avant de revenir au besoin identifié par l'EP (la reconversion professionnelle et un ES RP).

Graphique 5 : Exemple d'un courrier d'orientation en ESRP

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le 07/07/2023.  
La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre demande et a rendu sa décision le 24/07/2023.  
**La CDAPH vous attribue une orientation vers un établissement ou service de réadaptation professionnelle (ESRP) qui est valable du 24/07/2023 au 30/06/2026.**  
Voici les informations sur la formation qui vous est attribuée par la CDAPH : Agent d'Accueil Administratif et Commercial (3AC)  
Dans le(s) CRP :  
ALPHA PLAPPEVILLE  
18, RUE DU GENERAL DE GAULLE  
57050 PLAPPEVILLE  
TEL: 03-87-31-80-70  
Vous devez prendre contact avec cette(ces) structure(s) pour mettre en place cette orientation.  
Vous pouvez également contacter d'autres structures semblables.  
Votre accompagnement par une de ces structures sera réalisé **sous réserve de places disponibles.**  
  
Après évaluation de votre situation, de vos capacités et en tenant compte de vos besoins, la CDAPH a reconnu qu'une formation professionnelle en ESRP pourra vous accompagner dans votre reconversion professionnelle (article R5213-2 du code du travail).

[71] **Deuxièmement, les motifs de rejet ne sont pas clairement expliqués aux demandeurs.** Seuls les motifs réglementaires sont mis en avant par les courriers (évaluation du TI, évaluation de la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE), critères d'attribution de la PCH). Néanmoins, les éléments du raisonnement évaluatif ayant conduit au rejet d'une demande ne sont pas communiqués. Cela est préjudiciable, notamment pour les décisions d'orientations scolaires, qui ne sont pas comprises, alors qu'elles font l'objet de nombreux recours de la part des familles. C'est également regrettable dans le cadre de la PCH, qui constitue une prestation complexe, dont les taux de rejet sont encore très élevés. Le CNCPPH a critiqué ce point lors de son entretien avec la mission.

---

<sup>249</sup> Si la transmission de cette information fait sens au regard de la tension existante sur l'offre, elle est néanmoins très anxiogène puisque l'utilisateur, en même temps qu'il est informé d'un droit qui lui appartient, apprend que celui-ci sera peut-être formel.

## Graphique 6 : Courrier de rejet à la PCH

Madame,

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le 05/05/2023.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre demande et a rendu sa décision le 21/12/2023.

**La CDAPH rejette votre demande** portant sur Prestation de compensation du handicap (PCH).

Après évaluation de votre situation, de votre autonomie et en tenant compte de vos besoins, la CDAPH a reconnu que les difficultés que vous rencontrez ne correspondent pas aux critères d'attribution de la prestation de compensation du handicap (annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles).

La décision de la CDAPH du 21/12/2023 termine le traitement de votre demande portant sur Prestation de compensation du handicap (PCH).

[72] **Troisièmement, la durée des droits ouverts n'est pas justifiée, ni toujours cohérente.** Les notifications sont similaires quelle que soit la durée des droits ouverts. Une AAH 2 ouverte pour deux ans ou pour cinq ans sera libellée de la même manière. Pourtant, en cas de renouvellement la réduction de la durée de cinq à deux ans ou l'augmentation de deux à cinq ans seront diversement appréciées. **De plus, les durées ne sont pas toujours cohérentes et leurs différences ne sont pas expliquées.** La mission a ainsi pu avoir accès à des dossiers où une RQTH était attribuée sans limitation de durée tandis qu'une AAH 2 l'était pour deux ans. Si ce décalage provient du cadre réglementaire, il n'est pas toujours bien compris des usagers qui se voient reconnaître parfois à vie un handicap limitant leur vie professionnelle, sans ouvrir droit à une allocation sur une longue durée.

[73] **Quatrièmement, les notifications sont longues et parviennent en liasse, rendant difficile leur compréhension par les usagers.** Chaque mesure fait l'objet d'une notification si bien que l'utilisateur reçoit autant de pièces qu'il aura de droits ouverts ou rejetés. Une notification de décision fait en général 2 pages, pour les dossiers que la mission a analysés, à laquelle s'ajoute la feuille spécifique aux voies de recours. Pour les cas les plus complexes, avec attribution de plusieurs éléments de la PCH, les liasses sont parfois épaisses. La mission a eu à connaître un dossier de demande de renouvellement de nombreux droits qui a donné lieu à une liasse de huit notifications (soit 16 pages de droits), à la suite d'un PPC adressé et d'un droit d'option exprimé.

**J., petite fille de 7 ans, dépendante pour tous les actes de la vie quotidienne**

Demande de renouvellement AEEH, complément majoration tierce personne/ CMI I et S / réévaluation PCH AH et AT/ prolongation placement établissement polyhandicap/ AVPF

L'ensemble des demandes est attribuée, avec des échéances différenciées

CMI I et S => SLD

Orientation ESMS IME => 2023-33

PCH aide humaine => 2023-28, avec dédommagement aidant + emploi direct + prestataire

PCH aide technique => 2024-34 pour prise en charge immédiate d'un matériel

PCH charges exceptionnelles => 2024-34 pour assistance technique liée au matériel

PCH charge spécifique => 2024-28 (gélifiants, couches)

AEEH de base => 2023-2027, complément 1 suite à option PCH

[74] **Cinquièmement, les chiffrages des plans d'aide figurant dans les notifications de PCH sont d'une précision déroutante.** Le sujet spécifique des notifications PCH est de longue date remonté par les associations représentatives. Si leur complexité est largement liée au cadre réglementaire qui privilégie la stricte individualisation à une logique de forfait, leur précision n'en est pas moins difficilement acceptable pour les usagers.

**Graphique 7 : Exemple d'une notification de PCH aide humaine**

Monsieur [REDACTED],

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le 27/06/2023.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre demande et a rendu sa décision le 06/02/2024.

**La CDAPH vous attribue de l'aide humaine dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH) qui est valable à partir du 01/06/2023 et sans limitation de durée.**

Ce droit vous est attribué tant que votre situation ne change pas. Si votre situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de votre situation.

Le **montant mensuel** qui vous est attribué est de **13641,99 €**.

Si vous bénéficiez de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ou de la majoration tierce personne (MTP), ce montant journalier sera modifié par le Conseil départemental pour en tenir compte.

Cette aide doit permettre la prise en charge des prestations suivantes :

- Actes essentiels de l'existence
- Surveillance régulière

Intervenant	Nombre d'heures
Service Prestataire	593h08 / mois

La somme du montant des prestations vous sera **donnée de façon mensuelle**.  
Les heures d'aide ne peuvent pas servir à financer du ménage ou du repassage.

#### 2.2.2.4 La stratégie d'adressage de ces notifications relève exclusivement d'envois postaux

[75] La mission note le recours exclusif à l'adressage postal par les MDPH. Les notifications ne sont pas couplées à un envoi mail, alors même que les MDPH peuvent connaître l'adresse de l'utilisateur. Elles sont rarement doublées d'un appel aux usagers ou d'un SMS alors que la MDPH dispose souvent de données de contact mobilisables à cette fin. Aucune stratégie multicanale ne vient fluidifier les échanges de notifications avec les usagers.

### 2.3 L'association des usagers aux évaluations qui les concernent est très faible

[76] La mission renvoie pour cette partie aux analyses de l'annexe n°5 qui décrivent le travail majoritairement sur dossiers, les visites à domicile raréfiées (hors PCH) et les plans de compensation minoritairement transmis. La mission tient d'ailleurs à souligner que, lors des déplacements de terrain, les situations difficiles et identifiées faisaient l'objet d'une attention soutenue des MDPH. **L'ensemble des dossiers transmis à la mission ciblant des évaluations complexes de PCH comportaient à ce titre un PPC.** En outre, pour les 9 dossiers portant sur le droit d'option AEEH-PCH, les PPC sont systématisés à l'exception d'un cas (les pièces figurant aux dossiers attestant des itérations MDPH – famille ; voir annexe n°5).

[77] **Néanmoins, le traitement assuré par les MDPH, qui ne reçoivent que peu les personnes, fait l'objet de vives critiques par les associations.** Selon l'APF, l'évaluation téléphonique conduit à passer à côté de situations graves car l'évaluateur ne voit pas la personne. Par ailleurs, ces pratiques sur pièces peuvent conduire à de vives tensions entre usager et MDPH.



**Quelques exemples des tensions que peuvent générer la faible association des usagers aux décisions qui les concernent**

Situation 1 : « *les propos qui sont dans les notifications sont difficilement entendables. Où est le PPC ? Il est prévu par la loi* » : retranscription de la parole d'un usager entendu en CDAPH.

Situation 2 : « *La famille conteste le fait de ne pas avoir reçu de projet de plan personnalisé de compensation, ce qui ne lui a pas permis d'être présente à la CDAPH. Le président le regrette* » PV de CDAPH.

Situation 3 : « *L'AAH de ma fille a été refusée alors qu'elle a une maladie très invalidante. Mais elle n'arrive pas à travailler, ça fait 3 fois qu'elle perd son alternance à cause d'hospitalisations. Elle avait l'AAEH à cause de sa drépanocytose et de sa dépression. Elle a la RQTH. Les employeurs ne comprennent pas par rapport à son handicap. Ma fille n'a pas été vue par la MDPH. On avait mal rempli le dossier.* » Echange de la mission avec la maman d'une jeune fille de 22 ans, dont l'AAH a été refusée.

Situation 4 : « *Il y a beaucoup d'erreurs dans les dossiers, des erreurs pas normales. Un enfant handicapé à 80 %, on vous dit que c'est 50 % et qu'il n'est pas autonome. La MDPH n'a pas échangé sur mon dossier. Elle n'avait pas compris le certificat médical. Ça nous met des claques quand on reçoit ce type de décisions. Le recours a encore duré 4 mois. Ma fille avait besoin d'une orientation vers un IME et AEEH. On a dû refaire un dossier. J'ai vu une assistante sociale car j'avais baissé les bras. J'avais déjà la place IME en attente, j'avais juste besoin de la décision. Ma fille et son frère étaient déjà en établissement. Ça embêtait l'IME parce qu'il gardait la place pour elle. Je voulais vraiment rester dans cet établissement. J'ai failli perdre la place.* » Echange de la mission avec la maman d'une jeune fille.

[78] **Ces éléments constatés, la mission indique avoir assisté à des échanges entre usagers et professionnels qui démontrent la plus-value des contacts directs afin d'expliquer une prestation, d'apporter des conseils précis, de comprendre une situation ou encore de rassurer.**

**Visite à domicile chez M. dans le cadre d'un aménagement de logement pour la PCH**

M. est de moins en moins autonome dans les actes de la vie quotidienne et dans sa capacité à se déplacer. Un droit à la PCH aide humaine est ouvert à la MDPH. Il est marié. Le couple a deux enfants dont l'un bénéficie d'une scolarisation adaptée à son TSA et est également connu de la MDPH. L'épouse s'est retrouvée doublement aidante, depuis que la maladie neurodégénérative de M. s'est déclarée. Un SAVS accompagne M. Lors de la demande de PCH aménagement de logement, Madame a signalé à la MDPH que son mari n'avait pas déclenché les aides humaines qui lui étaient attribuées car il n'acceptait d'aide que de sa femme. Elle a signalé son épuisement.

La visite à domicile est assurée par une ergothérapeute qui s'occupe du besoin technique et donne des conseils très précis sur les artisans en capacité de réaliser un ascenseur extérieur. Elle est accompagnée d'une évaluatrice travailleuse sociale qui vient proposer une révision du plan d'aide humaine à M. et tenter de le convaincre d'accepter de la déclencher au regard de la fatigue exprimée par son épouse.

## 2.4 La facilitation des parcours renvoie à des responsabilités partagées insuffisamment coordonnées

[79] La mission rappelle ne pas avoir intégré dans son périmètre l'aval des décisions ou la réponse accompagnée pour tous ni l'accompagnement à la mise en œuvre des droits. Dès lors, les constats dressés ne caractérisent que partiellement la manière dont les parcours de vie des usagers sont facilités par l'intervention de la MDPH à titre principal, des autres institutions à titre secondaire. **Néanmoins, la métaphore du « parcours du combattant » qui revient régulièrement pour définir<sup>250</sup> le parcours de vie des personnes en situation de handicap et de leurs parents<sup>251</sup> invite la mission à partager ses observations sur ce sujet fondamental en tentant de circonscrire le champ de responsabilité de la MDPH.**

### 2.4.1 Le socle minimal en matière de suivi, de renouvellement et de gestion des transitions est insuffisamment outillé et investi

[80] **Les usagers se voient attribuer un référent administratif de dossiers mais ne disposent pas d'une offre formalisée en matière de suivi ou de « référence » :**

- **les courriers adressés aux usagers mentionnent tous un contact référent.** Néanmoins, ce contact n'a pas vocation à prendre en charge un portefeuille d'usagers. D'ailleurs, les coordonnées figurant sur les courriers correspondent parfois à ceux de la boîte mail générique de la MDPH et de l'accueil téléphonique général. Par ailleurs, la mission note, dans les dossiers qu'elle a analysés, que le référent évolue entre le courrier de recevabilité et celui de notification. Il est alors essentiel que ce contact réponde et dispose, s'il est sollicité, des informations pertinentes ;
- **en complément, quelques MDPH de l'échantillon assurent, à la demande des usagers et hors RAPT, un service en matière d'accompagnement social, quoique limité dans son dimensionnement et varié dans son champ d'intervention.** Dans le Val-de-Marne, deux travailleuses sociales, qui contribuent également aux missions d'accueil, assurent cette offre et disent cibler plutôt les premières demandes enfants ou les situations qui risquent de se trouver sans solutions. La Somme mobilise quant-à-elle des évaluateurs travailleurs sociaux et s'appuie sur l'outil rendez-vous insertion pour organiser des temps plus approfondis avec les personnes qui en font la demande. Les Bouches-du-Rhône ont également une offre de rendez-vous individuels, non formalisée. La Moselle se distingue par une offre de proximité ancienne (2018) et aboutie. 9 travailleurs sociaux assurent des rendez-vous approfondis dans les pôles autonomie des territoires Moselle solidarité (accompagnement aux démarches, aide au remplissage du dossier, aide à la mise en place des droits, animation territoriale) ;

---

<sup>250</sup> Plus simple la vie, rapport Taquet Serres, 2018 ; Mission sur la simplification du parcours administratif des personnes en situation de handicap Contribution de l'Unapei, 2018, [Unapei-Contribution\\_Mission\\_simplification\\_administrative.pdf](#).

<sup>251</sup> Enquête « La voix des parents » engagée par l'UNAPEI auprès de 3940 répondants en 2023, [Présentation PowerPoint \(unapei.org\)](#).

[81] **Par ailleurs, le renouvellement des droits et les transitions sont peu anticipés, même si la pratique des prorogations est à valoriser.** A la connaissance de la mission, la MDPH n'adresse aucun courrier rappelant l'échéance de leurs droits aux usagers. Il est vrai que la MDPH dispose d'une information partielle sur ce point<sup>252</sup> et que la fonctionnalité n'est en conséquence pas prévue par le SI tronc commun. Il n'en demeure pas moins que l'expiration des droits est administrativement mal anticipée, même si la CAF informe, pour sa part, six mois avant la date d'échéance de l'AEEH et l'AAH. La mission a constaté que des demandes de renouvellement sont introduites avec retard au regard de l'expiration des droits. S'y ajoutent des délais de traitement, préjudiciable aux usagers.

#### Réponse à un avis google sur un renouvellement d'AAH

Bonjour Madame,

Nous vous proposons des éléments de réponse à votre sollicitation.

Des procédures existent bien pour différencier les simples renouvellements des autres demandes (nouvelle demande ou demande de réévaluation). Cela permet d'accélérer les temps de traitement des demandes. Pour le dossier de votre mari, vous n'avez pas pu bénéficier de ce renouvellement automatique car votre demande est arrivée hors-délais. L'Allocation aux adultes handicapés touchée par votre mari arrivait en fin de droit le 30 novembre 2022. La Caisse d'Allocations familiales vous a normalement transmis une alerte à ce sujet en mai 2022 avant afin que vous fassiez un nouveau dossier et que vous n'ayez pas de rupture de droits. Or, vous nous avez fait parvenir votre demande de renouvellement en septembre 2023.

Nous allons regarder comment il est possible d'accélérer le traitement de la demande de votre mari, mais cela ne permettra hélas pas de vous attribuer des droits pour la période de décembre 2022 à septembre 2023.

[82] **A ce manque d'anticipation s'ajoute le caractère anxiogène du traitement des renouvellements.** Déjà inquiets d'être à la limite ou en retard de l'échéance, les usagers savent qu'ils connaîtront un nouveau délai de traitement. Mal distingué dans son formalisme, (voir annexe n° 5), le renouvellement constitue *de facto* une nouvelle demande sans garantie d'un traitement accéléré. **Par ailleurs, à la suite de son évaluation, le renouvellement peut être suivi d'une décision administrative défavorable, redoutée par les usagers.** Celle-ci n'est que rarement suivie d'une intervention attentionnée auprès de la personne pour prévenir du changement de situation qui suivra. Même si la mission a pris note de quelques bonnes pratiques en la matière (proposition de rendez-vous ou coup de téléphone à la suite d'une baisse de taux), celles-ci ne sont pas majoritaires.

[83] Au-delà des renouvellements, le processus de transition entre les droits peut être amélioré, notamment lors du passage à l'âge adulte. Cette étape de réévaluation mérite d'être sécurisée car elle peut engendrer des changements de droits. A partir de 20 ans, la personne ne peut plus

---

<sup>252</sup> La MDPH ne récupère pas les informations sur les droits versés par la CAF (AEEH, AAH) ou le département (PCH). Elle ne dispose pas toujours des informations sur l'opérationnalité des orientations réalisées (même si Via trajectoire est à signaler concernant les orientations médico-sociales, la visibilité sur les orientations scolaires et professionnelles est limitée). Elle a en revanche accès aux échéances des droits statutaires qu'elle attribue (RQTH, CMI).

bénéficiaire de l’AEEH. L’AAH repose sur des modalités d’évaluation différentes : dès lors que le taux d’incapacité est compris entre 50 et 79 %, l’évaluation prend en compte l’existence d’une RSDAE (voir annexe n° 5). Cette étape charnière mérite d’être sécurisée car elle emporte des changements de droits. A titre d’exemple, la mission a pu constater que l’évaluation de l’AAH pour les étudiants du supérieur était particulièrement malaisée, puisque ces jeunes se situent au-delà de la barrière des 20 ans et pas encore sur le marché du travail.

**D. 20 ans, 1<sup>ère</sup> demande à la MDPH pour un dossier adulte, après un parcours enfant**

D. a 20 ans et introduit sa première demande adulte à la MDPH. Les retentissements liés à sa pathologie l’ont conduite à être connue de la MDPH en tant qu’enfant. D. a subi des complications post transfusion en 2019 et était mensuellement hospitalisée pour des traitements liés à une déficience sanguine. Elle bénéficiait d’une AEEH de base jusqu’à ses 20 ans ainsi que d’une CMI priorité. Sa demande adulte fait l’objet d’une réévaluation de son taux d’incapacité. Elle a raté son bac en 2023 et à la suite s’est déscolarisée. Elle est suivie par la mission locale et a un projet professionnel (avoir le bac puis s’engager dans des études médicales). Son AAH est rejetée tandis qu’une RQTH et une CMI priorité lui sont accordées sans limitation de durée.

[84] Lors de ce passage, l’évaluation de l’AAH peut être particulièrement délicate, notamment quand elle est conditionnée à la reconnaissance d’une RSDAE (voir annexe n° 5). La mission a pu constater que l’évaluation de l’AAH pour les étudiants du supérieur était particulièrement malaisée, puisque ces jeunes se situent au-delà de la barrière des 20 ans et pas encore sur le marché du travail.

[85] **A un autre moment charnière, le passage à l’âge légal de la retraite, la coordination entre MDPH et CAF peut être renforcée.** La mission a ainsi observé que des usagers interrogeaient les MDPH sur des ruptures d’AAH consécutives à l’arrivée à l’âge légal de la retraite. Si la CAF anticipe cette étape et informe les usagers des démarches à engager pour sécuriser les transitions vers la retraite, force est de constater que la démarche demeure complexe.

[86] **En matière d’anticipation, la mission note également que certaines MDPH de l’échantillon se sont saisies des prorogations de droit sans limitation de durée.** Celles-ci, encadrées par un décret de 2019 et accompagnées par une fiche technique de la CNSA<sup>253</sup>, autorisent des renouvellements sans demande et sans limitation de durée. Depuis 2020, la Somme a stabilisé une requête permettant d’identifier les situations obéissant aux critères. En 2020, 379 personnes ont ainsi pu bénéficier de la mesure, 425 en 2021 et 342 sur 2022. La Haute-Garonne a engagé cette opération pour la première fois en 2023, avec 700 situations répondant au ciblage. Au niveau

---

<sup>253</sup> La fiche technique CNSA du 2 avril 2021 présente les conditions suivantes. 1- disposer de l’un ou de plusieurs des droits suivants : l’allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) au taux de sujétion de 80 % ; l’AAH 1 ; la CMI invalidité ; la RQTH ; une orientation vers le marché du travail ; 2- avoir des droits en cours de validité ; 3- relever d’un handicap non susceptible d’évolution favorable. Pour l’apprécier, des critères sont établis comme l’attribution préalable d’une CMI I sans limitation de durée, ou encore une durée de 15 ans pendant laquelle des décisions nécessitant un taux d’incapacité supérieur à 80 % ont été prises ou des RQTH, des CMI ou des orientations professionnelles ont été notifiées.

national, l'ADMDH salue cette mesure tout en indiquant sa portée encore limitée (moins de 5 % des décisions) et invite à une réflexion sur un périmètre élargi, concernant les CMI notamment.

## 2.4.2 Aucun acteur n'est actuellement légitime ou suffisamment bien positionné pour veiller à la fluidité des parcours

### 2.4.2.1 La responsabilité de la MDPH en matière d'accompagnement des usagers est définie de manière très large

[87] **La mission d'accompagnement de la MDPH est règlementairement définie de manière très large** : elle « assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap<sup>254</sup> ». Plusieurs étapes sont ainsi visées, sans que la MDPH n'ait en réalité la maîtrise des leviers d'action : la survenance du handicap, la formulation d'un projet de vie, l'appui à la mise en œuvre des décisions, l'accompagnement des situations évolutives de handicap.

[88] **A l'inverse, le RMQS délimite une offre de service cible plus précise.** L'appui au projet de vie est constitutif de l'accueil et de l'orientation des personnes et relève de la mission numéro 2<sup>255</sup>. La mission d'accompagnement relève de la mission numéro 6<sup>256</sup> et vise à faciliter la mise en œuvre des décisions (par le développement de partenariats, l'échange d'informations et le dispositif d'orientation permanent), prendre en compte et prévenir les fins de droits et les situations d'urgence (en formalisant des processus cibles avec les partenaires ou en interne à la MDPH). Cette approche, qui renvoie plutôt à des fonctions de coordination, est en tout cas assez éloignée de ce qui relève d'une approche communément admise en matière d'accompagnement social et individuel<sup>257</sup>.

[89] **La mission souligne le caractère polysémique de la notion d'accompagnement**, qui renvoie, pour les MDPH, tout à la fois à l'appui aux démarches, à la formalisation du projet de vie (en amont de la demande), ou encore à la facilitation des parcours (mise en œuvre des droits, médiations institutionnelles) sans explicitement dessiner les contours d'une offre de service individuelle et collective relevant du cadre d'intervention du travail social<sup>258</sup>.

---

<sup>254</sup> L146-3 CASF.

<sup>255</sup> « Accueil orientation et aide à la formulation du projet de vie des attentes et des besoins des usagers ».

<sup>256</sup> « Accompagnement à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH et de leur suivi ».

<sup>257</sup> La mission s'appuie sur le rapport IGAS de 2017, L'accompagnement social. Ce dernier note qu'il n'existe pas de définition stabilisée de l'accompagnement qui « peut s'entendre comme une relation d'aide en direction d'individus ou de groupes en difficulté, afin de contribuer à la résolution de leurs problèmes ».

<sup>258</sup> D 142-1-1 du CASF : « Le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement. »

[90] **En complément, sur la période récente, d'autres acteurs ont été légitimés sur une offre à l'endroit des usagers, ce qui contribue également à rendre peu lisible ce qui est attendu des MDPH.** En 2021, le cahier des charges des communautés 360 a explicitement exclu que les MDPH puissent les porter<sup>259</sup> alors que leurs missions concourent directement à l'accompagnement individuel. En 2022, le cadre de référence de l'intervention des facilitateurs – assistants aux projets et parcours de vie a été diffusé par instruction<sup>260</sup>. Il prévoit l'émergence d'un nouveau métier, l'accompagnateur de la formulation du projet de vie, dans l'objectif de renforcer l'expression des choix et d'assurer les conditions de réponses qui partent des besoins de la personne.

[91] Dans sa contribution préalable à la CNH 2023, l'association des directeurs de MDPH entend conforter la mission d'accompagnement des MDPH. **Elle propose que celles-ci coordonnent les moyens actuellement morcelés** (communautés 360, APPV...), priorisent les accompagnements sur les situations qui le nécessitent (personnes sans solution, en rupture de parcours ou en réorientation) et puissent contribuer à la mise en place d'un service de proximité aux personnes en situation de handicap en s'assurant que « *chaque territoire dispose d'une équipe d'accompagnement en nombre suffisant au regard du public à accompagner* ».

[92] La mission relève qu'en l'état des textes et des dispositifs, **il est actuellement difficile de délimiter ce qui est attendu des MDPH en matière d'accompagnement.**

#### 2.4.2.2 Les articulations avec les professionnels de proximité œuvrant ou pouvant œuvrer dans l'accompagnement des personnes sont à renforcer

[93] **En matière d'accompagnement, d'autres partenaires de droit commun interviennent dans l'appui, le suivi ou en tant que référents de la personne en situation de handicap.** A la suite des déplacements de terrain, les dossiers que la mission a pu consulter attestent qu'une partie des usagers est accompagnée par des professionnels comme un travailleur social de la CARSAT, un travailleur social d'un IME, un conseiller Cap Emploi, un membre d'une association d'usagers, ou encore un professionnel de l'Education nationale (enseignant référent notamment).

##### **Echange avec la mère d'une enfant de 10 ans avec des difficultés scolaires**

Le contexte familial est marqué par des violences intra-familiales.

Les difficultés ont été signalées dès le CP par l'école, conduisant la maman à demander une AVS à la MDPH à deux reprises, refusée. Les difficultés se sont accrues, à la fois concernant les retards scolaires et les comportements violents. Un accident de moto en avril 2023 a conduit l'enfant à faire l'école à la maison jusqu'en juin. A la rentrée 2023, la directrice de l'école a proposé une scolarisation en ULIS. Elle a constitué le dossier que la maman a signé. Celle-ci ne savait pas que l'ULIS nécessitait un passage à la MDPH. L'enfant a obtenu son orientation, les apprentissages progressent depuis.

<sup>259</sup> « Cette communauté rassemble autour d'un organisme porteur qui emploie des conseillers en parcours, les acteurs du territoire qui s'engagent collectivement à lever les freins et mettre en œuvre des actions concrètes pour fluidifier les parcours des personnes. Ces conseillers en parcours s'assurent de la réponse concrète aux personnes en situation de handicap, en recherchant des solutions à partir des attentes et besoins exprimés. », [Cahier-des-charges-communautes-360-2012-12-16.pdf \(handicap.gouv.fr\)](#).

<sup>260</sup> [Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2022/11 du 13 mai 2022 \(sante.gouv.fr\)](#).

[94] **Il existe ainsi parfois autour des usagers de la MDPH une communauté de professionnels de proximité**, sans que leur intervention soit pensée de manière pleinement articulée pour favoriser l'accompagnement des parcours.

[95] Dans d'autres cas, la présence de professionnels de l'accompagnement est apparue moins nettement à la mission. **A titre d'exemple, la mission note que l'accompagnement des allocataires de l'AAH 2 ne relève actuellement de la responsabilité d'aucune institution.** Pourtant, les MDPH de l'échantillon pratiquent régulièrement des attributions d'AAH 2 de courte durée (un à deux ans) au motif qu'elles sont « incitatives »<sup>261</sup> : pour réaliser des soins, pour engager une démarche d'insertion. Elles sont parfois assorties d'une notification SAVS. La mission s'interroge sur les leviers réels de cette incitation, en l'absence de démarche d'aller vers la personne. L'attribution d'une AAH 2 courte ne serait cohérente qu'avec la mise en place d'un accompagnement dédié, formalisé et suivi. En son absence, l'attribution d'une AAH 2 de plus longue durée serait plus conforme avec la réponse effectivement apportée en termes de prise en charge.

[96] **De fait, à rebours de l'objectif incitatif avancé par les MDPH, la mission a plutôt relevé, à chaque expiration de ces droits, le renouvellement de leur attribution, ce qui constitue une charge administrative sans effets sur l'insertion des bénéficiaires.** La mission rappelle ici les critères introduits par la circulaire de 2011 concernant la durée d'attribution de l'AAH 2 : « perspectives d'amélioration ou, à l'inverse, d'aggravation des troubles du handicap ; possibilités ou difficultés de mise en œuvre des mesures de compensation du handicap destinées à faciliter l'accès à l'emploi (ou le maintien dans l'emploi) de la personne ; délais de mise en œuvre de ces mesures de compensation ».

#### Deux cas de renouvellement d'AAH de courte durée

J est autonome dans les actes de la vie quotidienne. Elle a eu un parcours en Ulis et en Sessad, qui lui ont permis d'adapter sa scolarité à son retard psychomoteur. Elle a un CAP cuisine. Elle a déjà bénéficié d'une AAH pour 2 ans pour finaliser son projet professionnel. Elle bénéficiait d'une notification SAVS mais a refusé l'accompagnement. Elle bénéficiait d'une orientation emploi accompagné mais ne l'a pas activée. Elle est sans emploi depuis 2021 et n'a pas de suivi professionnel (n'est pas inscrite en tant que demandeuse d'emploi et n'est pas connue de la mission locale). Elle dit être en attente d'une réponse de la mission locale. Elle souhaite une formation petite enfance. Un PPC lui est transmis, ajoutant, en complément de l'accord sur ses demandes une orientation en ESAT. Elle accepte le PPC sauf l'orientation en ESAT. Une nouvelle AAH est attribuée de 2 ans. Sa RQTH et sa CMI S sont accordées dans limitation de durée.

B souhaite le renouvellement de ses droits AAH et RQTH ainsi que l'attribution d'une CMI-I. La demande est adressée mi août 2023, avec un besoin de prolonger une AAH 2 attribuée pour un an en octobre 2022. Elle n'est accompagnée d'aucun formulaire médical. Fin août 2023, la MDPH demande à B un formulaire médical. Celui-ci est transmis en novembre 2023. La demande d'AAH est prolongée de deux ans, la RQTH est alignée sur cette échéance et la CMI est rejetée. Une orientation vers un SAVS est également notifiée.

<sup>261</sup> Le terme a été évoqué dans plusieurs MDPH à la mission.

[97] Dans ce contexte, la mission souhaite signaler la bonne pratique mise en place dans le Finistère, avec l'association Prométhée, qui porte Cap emploi, relative à l'accompagnement des allocataires de l'AAH. A la suite d'une action de repérage et d'aller vers, certains volontaires se voient proposer un parcours global et intégré. Celui-ci s'appuie sur des rendez-vous fréquents, une aide aux démarches, un travail en coopération avec les services médico-sociaux et les aidants familiaux ainsi qu'un accompagnement des actions de maintien dans l'emploi et des employeurs.

#### 2.4.3 La question de l'effectivité des orientations témoigne d'une prise en compte des parcours perfectible entre institutions responsables

[98] Il est difficile de conclure une partie dédiée à la relation usagers sans mentionner le caractère parfois théorique des droits notifiés, qui joue indéniablement sur la qualité de la relation entre les usagers et les MDPH, sans qu'elles en soient seules responsables.

[99] A la suite du rapport Zéro sans solution, le rapport Plus Simple La Vie mentionnait le caractère formel de certains droits notifiés par les MDPH : « Concrètement, la personne bénéficiaire de la part de la MDPH d'une décision d'orientation, mais qui dans les faits relève plutôt du droit formel que du droit réel : ce n'est pas un droit à une place en établissement, c'est un droit à y prétendre « dans la limite des stocks disponibles. »

[100] Dans chacune des MDPH de l'échantillon, la question de l'effectivité des droits a été abordée avec la mission, par les professionnels, les usagers ou les partenaires : « des élèves sont au domicile faute d'AESH », « les délais d'attente dans des SESSAD spécialisés sont supérieurs à un an », « les délais d'attente en IME se comptent en plusieurs années », « sur le département, des milliers de personnes sont en attente de solutions », « il existe un écart entre le nombre de personnes avec notification et ceux qui disposent d'une solution ». Si ces situations ne font pas toutes l'objet d'un « plan d'accompagnement global<sup>262</sup> », outil règlementaire de la réponse accompagnée pour tous, elles témoignent des limites constatées en matière d'accompagnement à la mise en œuvre des notifications et du manque de coordination inter-institutionnelle à même d'étayer les parcours.

---

<sup>262</sup> L 114-1-1 CASF.



# ANNEXE 7 : Les outils de travail des MDPH

<b>ANNEXE 7 :</b>	<b>LES OUTILS DE TRAVAIL DES MDPH .....</b>	<b>193</b>
<b>1</b>	<b>UNE NUMERISATION DE L'ACTIVITE DES MDPH QUI N'EST PAS ENCORE SUFFISANTE POUR METTRE FIN A LA PREDOMINANCE DE LA GESTION PAPIER.....</b>	<b>195</b>
1.1	LE MAINTIEN DE TACHES A FAIBLE VALEUR AJOUTEE DANS LES MDPH MALGRE LA CONSTRUCTION D'OUTILS ET DE PROCEDURES POUR STRUCTURER LE TRAITEMENT DES DOSSIERS .....	196
1.1.1	<i>Une gestion électronique des documents encore balbutiante dans certaines MDPH.....</i>	<i>196</i>
1.1.2	<i>Des objectifs de productivité sur la phase de recevabilité du dossier et des stratégies différentes de relance selon les MDPH .....</i>	<i>197</i>
1.1.3	<i>La construction artisanale de procédures et d'outils pour préparer l'évaluation des dossiers dès l'étape d'instruction.....</i>	<i>198</i>
1.1.4	<i>La mise sous pli des décisions constitue une étape à faible valeur ajoutée externalisée dans un nombre croissant de MDPH.....</i>	<i>199</i>
1.2	UN SI HARMONISE QUI NE DONNE TOUJOURS PAS SATISFACTION PRESQUE DIX ANS APRES LE LANCEMENT DU PROJET.....	199
1.2.1	<i>Un système d'information harmonisé qui outille les différentes étapes de production de la décision de la MDPH.....</i>	<i>200</i>
1.2.2	<i>Une couverture du territoire encore partielle concernant le palier 2 du SI et en particulier les flux d'échanges avec les partenaires .....</i>	<i>201</i>
1.2.3	<i>Le téléservice représente un progrès mais concerne encore une petite minorité de dossiers .....</i>	<i>204</i>
1.2.4	<i>Un SI harmonisé qui est utilisé par les agents mais dont la succession de versions alimente la lassitude des MDPH.....</i>	<i>206</i>
<b>2</b>	<b>DES OUTILS DE PILOTAGE OPERATIONNEL ET DE CONTROLE INTERNE INDISPENSABLES MAIS ENCORE TRES HETEROGENES SELON LES DEPARTEMENTS .....</b>	<b>209</b>
2.1	UNE FORTE VALEUR AJOUTEE DES INTERVENTIONS DE LA MAOP QUI MONTRE LE BESOIN D'OUTILS DE PILOTAGE PERFORMANTS DANS LES MDPH .....	209
2.2	LA STRUCTURATION EN COURS DE MISSIONS DE CONTROLE INTERNE EN MDPH SOUS L'EGIDE DE LA CNSA.....	211
2.3	DES OUTILS DE PILOTAGE OPERATIONNELS CONSTRUITS AU NIVEAU LOCAL FAUTE D'OUTIL NATIONAL ... ..	212
2.3.1	<i>La construction d'outils de pilotage opérationnel en ordre dispersé par les MDPH.....</i>	<i>212</i>
2.3.2	<i>Des modalités de pilotage interne qui paraissent avoir un véritable impact sur les résultats dans l'échantillon analysé par la mission.....</i>	<i>213</i>
2.3.3	<i>Les travaux de la CNSA pour mettre à disposition des MDPH certaines données de pilotage n'annoncent pas la mise en place à court terme d'un outil national .....</i>	<i>214</i>
<b>3</b>	<b>DES REFERENTIELS DE PRATIQUES DONT L'APPROPRIATION NECESSITERAIT UN INVESTISSEMENT NATIONAL RENFORCE DANS L'OUTILLAGE ET LA FORMATION .....</b>	<b>215</b>
3.1	LE RMQS, SOCLE COMMUN POUR L'ENSEMBLE DE L'ACTIVITE DES MDPH, A FAIT L'OBJET D'UNE ACTUALISATION LIMITEE .....	215
3.2	LA MISSION D'EVALUATION EST PARTICULIEREMENT OUTILLEE PAR DES REFERENTIELS .....	217
3.2.1	<i>Le GEVA et le GEVA-Sco porteurs de l'évaluation globale .....</i>	<i>217</i>

3.2.2	<i>Une multiplicité de référentiels portant spécifiquement sur un volet de la demande, sur une prestation ou sur un type de trouble .....</i>	<i>218</i>
3.3	<i>L'APPROPRIATION DES REFERENTIELS NECESSITE DE PRIORISER LES ACTIONS D'ANIMATION DE RESEAU ET DE FORMATION .....</i>	<i>221</i>
3.3.1	<i>L'animation de réseau par la CNSA vise notamment à renforcer les compétences des professionnels en MDPH mais repose sur des moyens limités.....</i>	<i>221</i>
3.3.2	<i>La formation des professionnels constitue une priorité qui ne s'appuie à ce jour ni sur des ressources ni sur un investissement suffisants .....</i>	<i>221</i>

[1] **La présente annexe adopte une conception large des outils des MDPH** pour désigner tout ce qui est mis à disposition des équipes des MDPH pour accomplir leurs missions. Cela recoupe :

- les outils numériques de travail, les systèmes d'information ;
- les guides et référentiels de pratiques ;
- les outils de développement des compétences ;
- les outils de pilotage interne de l'activité et de contrôle interne<sup>263</sup>.

[2] **L'outillage des MDPH figure parmi les missions essentielles de la CNSA dans son rôle d'agence nationale.** Ainsi, l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit que la CNSA « assure, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie, un rôle d'accompagnement et d'appui » aux MDPH. Pour autant, les outils dont dispose chaque MDPH dépendent également de l'appui qui lui est apporté par le département et des choix réalisés par cette collectivité (choix d'un logiciel par exemple).

[3] **Au regard du volume de demandes que les MDPH doivent traiter chaque année, des outils de travail de qualité sont indispensables pour répondre aux ambitions élevées qui leur sont fixées en matière de délais, de qualité de l'évaluation et d'équité territoriale.** Ils sont aussi essentiels pour assurer de bonnes conditions de travail et l'attractivité des métiers en MDPH. Or, les constats de la mission établissent la forte hétérogénéité des outils de travail et un état des lieux globalement préoccupant, avec des outils parfois obsolètes pour faire face à la charge de travail et aux enjeux de qualité.

## 1 Une numérisation de l'activité des MDPH qui n'est pas encore suffisante pour mettre fin à la prédominance de la gestion papier

[4] **La présente annexe se concentre sur la place du système d'information dans l'activité des MDPH ; l'utilisation du SIH pour le pilotage de la branche par la CNSA est traitée dans l'annexe 7 relative au pilotage des MDPH.** Malgré les progrès réalisés dans la gestion électronique des documents (GED), les MDPH sont encore trop marquées par le règne du papier, a minima au moment de la réception du dossier et parfois tout au long de la chaîne de traitement, jusqu'au moment de la décision d'attribution du droit envoyée à la personne.

---

<sup>263</sup> Les outils dévolus à la relation usager (accueil téléphonique, notifications...) sont évoqués mais sont traités essentiellement dans l'annexe qui porte sur la relation à l'utilisateur.

## 1.1 Le maintien de tâches à faible valeur ajoutée dans les MDPH malgré la construction d'outils et de procédures pour structurer le traitement des dossiers

[5] **La feuille de route MDPH 2022 prévoyait que toutes les MDPH seraient dotées d'une solution de GED pour 2022.** Cet objectif n'a pas été atteint. Selon les données de la CNSA, 16 MDPH fonctionnaient encore sans GED fin 2022 ; elles font toutes l'objet d'un plan d'accompagnement afin de les conduire à se doter rapidement d'une solution de GED.

### 1.1.1 Une gestion électronique des documents encore balbutiante dans certaines MDPH

[6] **93 % des dossiers de demande, constitués a minima du formulaire Impact de 20 pages, du certificat médical et des justificatifs de domicile et d'identité arrivent en format papier à la MDPH.** Les dossiers de demande sont transmis le plus souvent par courrier et dans une moindre mesure par dépôt à l'accueil. A titre d'exemple, 80 % des dossiers sont reçus par courrier papier à la MDPH du Finistère en 2023. Cette prédominance des flux papier en « entrée » concerne toutes les MDPH, y compris celles qui sont les plus avancées dans le téléservice.

[7] **Du fait de la prédominance des dépôts de dossiers papier, la numérisation des documents constitue toujours une étape préalable au traitement de la plupart des dossiers en GED.** Cette étape est gérée diversement dans les MDPH. Trois situations se dégagent dans les MDPH analysées par la mission :

- la numérisation est parfois externalisée dans une logique de recentrage de la MDPH sur son cœur de métier (sauf demandes urgentes qui peuvent être immédiatement numérisées par un agent en interne) ;
- certaines MDPH continuent de faire réaliser en interne la numérisation de l'ensemble des dossiers qui leur arrivent. Selon la synthèse CNSA des rapports d'activité MDPH, 139 ETP seraient chargés de la numérisation des dossiers en MDPH en 2021 ;
- deux des MDPH de l'échantillon (Allier et Bouches-du-Rhône) continuent à fonctionner selon la « numérisation en sortie », c'est-à-dire que l'ensemble de l'examen du droit par la MDPH se fait sur la base du dossier papier, qui ne sera numérisé qu'après la décision de la CDAPH, à des fins d'archivage. Dans les deux cas, la mise en place de la « numérisation en entrée », au dépôt du dossier, est programmée pour 2024. Les MDPH les plus en retard en matière de GED continuent donc de fonctionner par des circuits de papier stockés dans les armoires des différents services dans l'attente de leur traitement. Ce fonctionnement artisanal présente de multiples inconvénients, notamment une absence de vision centralisée sur le stock non traité.

[8] **Dans la grande majorité des MDPH désormais, les équipes d'évaluation et d'instruction travaillent ainsi sur la GED à partir d'une « numérisation à l'entrée » des dossiers.** Dans les MDPH de l'échantillon analysé par la mission, une fiche de liaison ou de synthèse, associée aux documents numérisés, est enregistrée et permet de faire le lien entre les différentes équipes qui

interviennent sur un dossier (recevabilité puis évaluation puis édiction de la décision post-CDAPH).

[9] En parallèle de la GED, les agents doivent également remplir le SI métier qui est essentiel pour alimenter la production de la décision de la CDAPH, assurer la traçabilité et le pilotage. Les pratiques de saisie sont cependant diverses selon les MDPH (*cf. infra sur le SI harmonisé*).

### 1.1.2 Des objectifs de productivité sur la phase de recevabilité du dossier et des stratégies différentes de relance selon les MDPH

[10] **Soumises à l'impératif d'accélérer les délais de traitement, les MDPH ont toutes compris l'intérêt de réduire au maximum la durée nécessaire pour contrôler la recevabilité du dossier.** Les délais entre dépôt du dossier et recevabilité restent cependant variables : la recevabilité peut être prononcée à J+1 ou J+2 dans certaines MDPH (Somme) ; dans d'autres, le délai de recevabilité peut dépasser un mois. Le taux de dossiers recevables dès la réception (présence de toutes les pièces obligatoires), à distinguer du taux de dossiers recevables *in fine*, le cas échéant après relances, varie entre 70 et 88 % dans les MDPH étudiées par la mission, conduisant les MDPH à un travail de sécurisation des dossiers (*cf. annexe 4 sur l'évaluation*)

[11] **La mission a relevé des stratégies diverses en matière de relance de la personne en cas de dossiers non recevables en raison du manque d'une pièce obligatoire.** En effet, il n'existe pas de délai maximum fixé au niveau national avant clôture par la MDPH d'un dossier faute de pièces. Dès lors :

- certaines MDPH ont fixé un délai de deux mois, voire un mois sur certains dossiers, quand d'autres attendent plus longtemps avant de clôturer le dossier. Il peut également être tenu compte de situations spécifiques justifiant de dépasser ce délai (par exemple dossiers d'enfants suivis par l'ASE) ;
- en cas d'absence de réponse au courrier faisant état du manque d'une pièce obligatoire, certaines MDPH font une nouvelle relance quand d'autres déclarent et enregistrent le dossier comme irrecevable et l'inscrivent pour rejet en CDAPH.
- les relances sont faites par courrier sans qu'on relève une stratégie particulière d'utilisation de canaux alternatifs de communication (mail, SMS) à l'exception des dossiers déposés via le téléservice qui peuvent faire l'objet de relances par mail.

[12] **Les déplacements de la mission attestent que cette phase de recevabilité se prête bien à une forme d'industrialisation** au vu du niveau limité des informations contrôlées sur chacune des quatre pièces d'instruction : ainsi sur le certificat médical, l'agent instructeur va simplement contrôler la date et la présence de la signature du médecin et du tampon du cabinet médical.

[13] **La phase de recevabilité fait donc partie de celles qui pourraient faire l'objet d'un encadrement plus fort au niveau national voire d'un traitement plus automatisé.** Des projets sont envisagés dans certaines MDPH pour automatiser les relances et/ou les décisions d'irrecevabilité après un délai en cas de pièce manquante (Nord). Pour aller plus loin, par exemple en introduisant une forme de contrôle automatique sur la présence des pièces du dossier voire sur leur contenu obligatoire (signature...), une réflexion pourrait être conduite au niveau national sur des outils mobilisant l'intelligence artificielle. Une expérimentation est envisagée dans le cadre de la feuille

de route 2027 afin de tester des solutions d'automatisation de tâches administratives<sup>264</sup>, mais une telle perspective pourrait se heurter aux difficultés à faire évoluer les SI des MDPH.

### 1.1.3 La construction artisanale de procédures et d'outils pour préparer l'évaluation des dossiers dès l'étape d'instruction

[14] Au-delà de la vérification des pièces obligatoires pour rendre le dossier recevable, **l'instruction du dossier peut également conduire à contrôler d'autres informations nécessaires à sa bonne évaluation :**

- **En premier lieu, les dossiers recevables sont aiguillés en fonction de la nature de la demande.** L'aiguillage dépend de la structuration interne de la MDPH (par exemple : vie quotidienne / vie professionnelle / scolarisation). Il peut permettre aussi d'orienter certains dossiers vers une réponse rapide quand la MDPH s'est structurée à cet effet (Finistère, La Réunion).
- **En outre, l'examen de la recevabilité peut permettre d'identifier des dossiers présentant un caractère d'urgence en raison de la pathologie du patient ou encore du calendrier de renouvellement des droits.** Ainsi, les MDPH de l'échantillon indiquent avoir mis en place des procédures de traitement de l'urgence distinctes du seul circuit d'urgence pour la PCH encadré par le Code de l'action sociale et des familles<sup>265</sup>. Certains agents en charge de la recevabilité indiquent regarder la pathologie mentionnée dans le certificat médical, en vue de signaler les situations nécessitant une réponse des plus rapides à l'équipe d'évaluation. Quand l'agent en question n'est pas membre de l'équipe pluridisciplinaire, cette pratique n'est toutefois pas conforme aux règles de protection des données médicales.
- **Enfin, certaines MDPH ont construit des outils permettant de mettre à profit l'étape de recevabilité afin d'indiquer à la personne les éventuelles pièces complémentaires qui, sans être obligatoires, sont jugées essentielles pour une bonne évaluation de sa situation.** Cette pratique n'est cependant pas consensuelle dans le réseau des MDPH : d'un côté, elle permet de récupérer des pièces le plus en amont possible ; de l'autre, elle présente le risque que l'équipe d'évaluation identifie d'autres pièces nécessaires lors de l'examen du dossier. Dans cette hypothèse, la personne est destinataire successivement de plusieurs demandes de pièces ce qui est peu compréhensible.

[15] **Plus globalement, ces demandes de pièces, génératrices de délais et parfois d'incompréhension, sont rendues nécessaires par l'absence de flux de données qui permettraient à la MDPH de mobiliser les informations dont disposent ses partenaires dans une logique de « dites-le nous une fois » pour la personne (cf. infra).** A titre d'exemple, la MDPH du Finistère estime qu'environ 40 % des dossiers la conduisent à faire une demande de pièce complémentaire,

---

<sup>264</sup> Le projet de feuille de route 2027 mentionne l'expérimentation de technologies « RPA » pour « automatisation robotisée des processus ».

<sup>265</sup> Article L. 245-2 : « (...) en cas d'urgence attestée, le président du conseil départemental peut attribuer la prestation de compensation à titre provisoire et pour un montant fixé par décret. Il dispose d'un délai de deux mois pour régulariser cette décision, conformément aux dispositions des deux alinéas précédents. »

au-delà des 4 pièces obligatoires. C'est même 75 % pour les dossiers de scolarisation (en raison de l'absence de GEVASCO ou de bilan psychologique par exemple).

[16] **Les listes de pièces nécessaires à l'évaluation sont construites au niveau local.** Ainsi, il peut s'agir de comptes rendus d'examens médicaux ; pour la RQTH, les pièces demandées peuvent être un CV ou une inscription à France travail ; pour la PCH, un devis de travaux ou des attestations de frais. La liste de ces pièces est parfois communiquée aux usagers, comme en Haute-Garonne où la notice d'aide au remplissage du formulaire de demande y renvoie.

#### 1.1.4 La mise sous pli des décisions constitue une étape à faible valeur ajoutée externalisée dans un nombre croissant de MDPH

[17] **Plusieurs MDPH ont investi pour automatiser l'envoi du courrier à la personne suite à la prise de décision par la CDAPH.** Dans les territoires observés par la mission, l'automatisation de la mise sous pli a nécessité soit un investissement en interne par l'achat d'une machine soit l'externalisation vers la Poste ou un autre prestataire.

[18] **A cette étape post-décision, les équipes des MDPH soulignent cependant la nécessité de contrôler le contenu de la décision pour détecter d'éventuelles erreurs ou incohérences.** Les exemples dont la mission a pris connaissance peuvent concerner soit des erreurs humaines notamment sur des durées de droits, introduites mais non détectées au cours de l'examen du droit et apparaissent au moment de l'édition du courrier à l'utilisateur (*Somme*), soit des « bugs » dans la génération de la notification par le SI (*Moselle*).

[19] **Concernant les canaux utilisés pour communiquer à la personne la décision de la CDAPH, la mission relève, là encore, l'utilisation exclusive du courrier papier alors que le cadre réglementaire pourrait permettre un recours à une communication multicanale.** Cette communication par courrier papier soulève aussi des problèmes liés aux défaillances des services postaux, en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Les MDPH disposent pourtant de l'adresse mail pour une partie significative de leurs usagers, qui peut aller jusqu'à 50 % des cas selon une estimation fournie par l'association des directeurs de MDPH.

## 1.2 Un SI harmonisé qui ne donne toujours pas satisfaction presque dix ans après le lancement du projet

[20] L'ensemble des étapes de travail décrites en 1.1. est outillé par le système d'information métier dont les spécifications relèvent de la CNSA. Le choix d'un système d'information harmonisé (SIH) a été introduit en 2015 puis sa mise en œuvre préparée entre 2016 et 2017. La mission a visité des MDPH disposant de chacune des quatre solutions logicielles labellisées par la CNSA (Inetum, Arche Mc2, Worldline, Atol).

### 1.2.1 Un système d'information harmonisé qui outille les différentes étapes de production de la décision de la MDPH

[21] Le périmètre fonctionnel du SIH couvre l'ensemble de l'activité de production de la décision de la MDPH. Le SI vise à outiller, outre les processus métier de la MDPH, les échanges d'information avec les partenaires et avec les usagers (téléservice) jusqu'au suivi des orientations prononcées par la CDAPH.

[22] **Une première version du SI MDPH a été généralisée à la quasi-totalité des MDPH dès 2020.** Les travaux d'élaboration entre 2017 et 2020 avaient porté sur la construction du « tronc commun » du SI portant sur les processus métier. Ont été prévus également dans le premier palier du SIH les échanges avec la CAF et l'Imprimerie nationale (pour les CMI) et la connexion du SI avec l'outil de suivi des orientations.

[23] **Le palier 1 comporte le tronc commun des principaux processus métier d'une MDPH et plusieurs fonctionnalités d'échanges.** Plus précisément, le palier 1 comprend :

- les processus métiers de gestion des individus, d'enregistrement des demandes, d'évaluation des besoins et de construction des réponses, de décision des CDAPH et de notification, de gestion des alertes ;
- l'édition des courriers ;
- les échanges avec les CAF, l'accès au système national de gestion des identités SNGI, les échanges avec les ARS et ESMS (suivi des orientations), avec l'Imprimerie nationale sur les cartes mobilités et avec le centre de données (LCD) pour le pilotage par la CNSA.

[24] **Le contenu du palier 1 a évolué par rapport à ce qui était prévu initialement :** ainsi, la fonctionnalité de transfert de dossier entre MDPH n'a pas été intégrée à ce palier. Inversement, des fonctionnalités non prévues ont été ajoutées, en particulier le téléservice de dépôt de la demande, non prévu initialement mais construit pour respecter l'obligation faite aux services publics de proposer cette fonctionnalité.

[25] **Le rapport Igas-IGF d'évaluation de la COG CNSA 2016-2020 (juin 2021) souligne le fort volontarisme de la CNSA pour mettre en place rapidement ce « palier 1 ».** Le calendrier a conduit à une « association limitée des utilisateurs ». La CNSA a fourni un appui particulièrement développé aux MDPH pilotes, mais là encore le calendrier resserré a obligé à déployer le palier 1 sans tenir compte de l'expérience des premiers déploiements sur sites pilotes. Ce volontarisme s'est traduit par une surcharge de travail des MDPH en raison de la nécessité de revoir leur organisation interne et leurs procédures.



## 1.2.2 Une couverture du territoire encore partielle concernant le palier 2 du SI et en particulier les flux d'échanges avec les partenaires

[26] **La Cog de la CNSA fixe comme objectif de « déployer le palier 2 à toutes les MDPH pour élargir en particulier son périmètre fonctionnel à l'évaluation des besoins ».** Le palier 2 du SI a été alloté en briques 2.1 et 2.2. La brique 2.1. comporte plusieurs fonctionnalités qui visent notamment à améliorer les échanges de flux entre les MDPH et leurs partenaires :

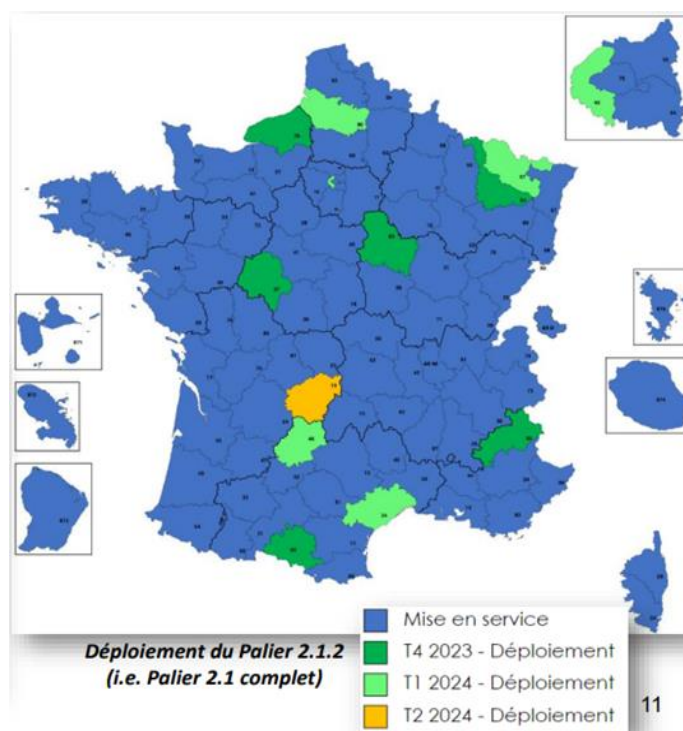
- les échanges avec le ministère de l'Education nationale sur la scolarisation (transmission des décisions de la CDAPH et livret de parcours inclusif permettant notamment la transmission des plans personnalisés de scolarisation),
- les échanges avec Pôle emploi (transmission des décisions de RQTH et d'orientation professionnelle),
- l'amélioration des échanges avec les CAF : « flux 3 » permettant de signaler à la CAF le dépôt d'une demande de renouvellement à la MDPH ce qui permet à la CAF de maintenir ses droits ; flux 4 permettant à la MDPH de transmettre à la CAF les informations du formulaire de demande nécessaires à l'ouverture du droit par la CAF dans une logique de « dites-le nous une fois ».

[27] Outre les nouvelles fonctionnalités d'échange avec les partenaires, le palier 2.1 comporte :

- L'interconnexion entre le téléservice de demande et le SI MDPH,
- Des nouveaux modèles de courriers harmonisés,
- Des nouvelles fonctionnalités sur les recours et conciliations.

[28] La carte n. 1 illustre la quasi-généralisation du palier 2.1 et des fonctionnalités associées à fin 2023.

Carte 1 : Déploiement de la brique 2.1. du SI harmonisé fin 2023



Source : CNSA

[29] **Selon la CNSA, ce déploiement a été permis notamment par le renforcement des référents de proximité (fonction créée en 2021), chargés de l'accompagnement des MDPH sur le déploiement et l'appropriation du SI.** Le constat d'une hétérogénéité entre départements sur le déploiement du SIH a en effet conduit la CNSA à renforcer l'accompagnement territorial des MDPH en particulier par la mise en place de référents de proximité depuis 2021. Ceux-ci sont placés dans les départements et financés par la CNSA par le biais de conventions avec le conseil départemental. Ils ont pour rôle d'assister et de former les utilisateurs du SI. Le réseau de référents de proximité a été renforcé en 2023 (un référent peut intervenir en appui auprès de sept à huit MDPH) mais sa couverture territoriale reste partielle. A fin 2023, on compte sept référents de proximité pour 65 MDPH et 36 MDPH qui ne sont donc pas encore couvertes par un référent.

[30] **La couverture territoriale quasi complète du palier 2.1. ne signifie pas que les flux de données avec les partenaires soient partout opérationnels et utilisés.** Les dernières données de suivi de la CNSA font état, concernant les flux à destination des CAF, d'un taux de 93 % de MDPH en exploitation en routine sur le flux 3 mais seulement 43 % sur le flux 4. Le flux à destination de Pôle emploi est fonctionnel en routine dans 47 % des MDPH.

[31] **Surtout, l'ensemble des flux de données ainsi mis en place sont des flux de données sortantes de la MDPH vers ses partenaires et non pas des flux entrants permettant d'alimenter son travail d'instruction et d'évaluation.** Si la mission a relevé la possibilité d'accéder à des applications fournissant certaines informations sur les usagers ayant déposé un dossier, ces possibilités sont souvent embryonnaires :

- **Concernant les demandeurs d'emploi** : des MDPH mettent en avant l'impact positif de l'accès au dossier unique du demandeur d'emploi (DUDE). Il permet de disposer d'informations sur la personne si elle est inscrite à France travail et l'évaluation du dossier est alors plus rapide.
- **Concernant les allocataires CAF** : dans une dizaine de MDPH, certains agents habilités disposent d'un profil CDAP T1 qui permet de consulter des données sur la personne (accès au dossier, paiements, droits). Cependant, ce profil permet l'accès à un nombre restreint d'informations et surtout, la CNAF indique que la doctrine Cdap actuelle ne prévoit pas l'accès des MDPH à ce service, ce qui fragilise ces situations locales.

[32] **Dans le champ scolaire, le livret de parcours inclusif constitue un exemple d'application partagée permettant aux MDPH de bénéficier d'informations sur le parcours scolaire de l'enfant et d'échanger les informations relatives à ses décisions avec l'Education nationale.** Le LPI a en effet vocation à rassembler l'ensemble des informations concernant la situation de l'élève. Le décret du 29 septembre 2021 relatif au LPI prévoit la possibilité pour les agents habilités des MDPH d'avoir accès aux informations figurant dans ce livret numérique. Réciproquement, après décision de la CDAPH, les agents MDPH peuvent verser l'ensemble des informations contenues dans le PPS dans le LPI consultable par les enseignants.

[33] **L'appropriation de cet outil récent par l'Education nationale et par les MDPH est encore variable.** Certaines MDPH récupèrent des numéros de LPI et peuvent consulter l'appli. En retour, elles l'alimentent également des décisions prises. La cible d'un accès via ce canal au GEVASCO, actuellement transmis par voie papier, comme d'une transmission en flux des décisions prises, paraît néanmoins lointaine. D'une part, le remplissage du LPI par les enseignants n'est pas obligatoire. D'autre part, les MDPH ne peuvent avoir accès au LPI d'un enfant que si elles disposent du numéro de LPI (qui n'est pas toujours transmis par les familles ou inscrit sur le GEVASCO). Selon les données de la CNSA, dans 29 MDPH, l'absence de GEVASCO 1<sup>ère</sup> demande comportant un numéro de LPI ne permet pas à la MDPH d'accéder au livret ou de l'alimenter. La mission a pu s'entretenir avec deux MDPH qui, identifiées dans la cartographie CNSA comme outillées d'une version du SI-MDPH permettant de réaliser l'exports des Plans personnalisés de scolarisation (PPS) vers le LPI, n'utilisaient pas cette fonctionnalité tandis qu'elles ne récupéraient en amont que peu d'informations via cet applicatif. Les circuits préalables d'échange d'informations, numériques ou papier, entre MDPH et Education nationale, continuaient à être mobilisés. L'amélioration des échanges d'informations à l'appui d'un outil partagé demeure un axe de progrès.

[34] **Dans ce contexte, les échanges avec certains partenaires de la MDPH continuent à se faire sur un mode pour partie artisanal faute de flux de données ou d'interface API.** Faute de flux permettant d'accéder à d'autres types d'informations, la mission a relevé différents modèles de « fiches de liaison » avec les partenaires en format « word » dans les MDPH qui cherchent à structurer leurs relations avec les partenaires de l'évaluation. Cela concerne par exemple les échanges avec la médecine du travail, avec des ESMS ou encore le lien avec les travailleurs sociaux du département.

### 1.2.3 Le téléservice représente un progrès mais concerne encore une petite minorité de dossiers

[35] **Comme les autres administrations<sup>266</sup>, les MDPH ont obligation de mettre à disposition de leurs usagers un téléservice permettant de faire une demande en ligne et d'y joindre les pièces nécessaires de manière dématérialisée.** La difficulté à se reposer entièrement sur les éditeurs a conduit la CNSA à développer une solution nationale conformément à l'engagement pris dans la feuille de route MDPH 2022 et dans la COG de la CNSA<sup>267</sup>.

[36] **La CNSA a ainsi mis à disposition gratuitement le téléservice « MDPH en ligne » à l'ensemble des MDPH dès janvier 2019.** Cependant, le niveau national n'a pas été jusqu'à imposer une solution unique, ne disposant pas de base juridique pour le faire. Ainsi, chaque MDPH doit proposer un système de téléservice mais chacune est libre de choisir la solution qu'elle privilégie. En particulier, certains départements disposent d'une solution de dépôt en ligne intégrée pour l'ensemble de leurs politiques sociales, au-delà de la seule MDPH.

[37] **En avril 2024, selon la CNSA, 78 MDPH l'outil de la CNSA et une douzaine d'autres prévoient de l'utiliser.** L'outil MDPH en ligne coexiste donc avec une faible minorité d'autres logiciels proposés par des éditeurs.

#### 1.2.3.1 Une interconnexion entre téléservice et SI de gestion qui n'est pas encore généralisée ce qui limite l'intérêt du téléservice

[38] **Les données CNSA illustrent le caractère très progressif de l'appropriation du téléservice par les MDPH et par leurs usagers.** A sa mise en place, le téléservice n'était pas interconnecté avec le SI de la MDPH de sorte qu'il n'y avait pas de gain de temps pour les instructeurs : le dépôt en ligne était simplement un nouveau mode de remplissage du dossier qui devait ensuite être ressaisi par l'agent dans son logiciel métier au même titre que les dossiers papier.

[39] **Le déploiement de l'interconnexion entre téléservice et SIH a donc été priorisé mais accuse un retard important par rapport aux objectifs initiaux.** L'absence d'interconnexion a encore cours dans une part significative des MDPH fin 2023, en lien avec des priorisations de projets SI qui peuvent différer selon les départements :

- l'objectif de couverture à 100 % fin 2023 a été décalé à fin 2024 avec un fort risque de décalage au-delà de cette échéance selon la CNSA<sup>268</sup>
- seulement 47 services de dépôt en ligne étaient interconnectés avec le SI de la MDPH permettant à leurs agents d'éviter les ressaisies ;
- 12 MDPH n'offraient toujours aucun service de dépôt en ligne.

---

<sup>266</sup> En vertu de l'article L. 112-9 du code des relations entre le public et l'administration issu de l'ordonnance du 23 octobre 2015.

<sup>267</sup> Action 25 de la feuille de route : Mise en place d'un service en ligne de dépôt des demandes, interfacé avec le SI MDPH. Engagement n. 8 de la COG CNSA.

<sup>268</sup> Selon les termes du comité d'orientation stratégique du SI MDPH du 13 décembre 2023.

### 1.2.3.2 Les apports et les limites du téléservice soulignés dans les MDPH les plus avancées

[40] **Plusieurs MDPH de l'échantillon analysé par la mission sont plus avancées que la moyenne dans l'utilisation du téléservice de la CNSA et peuvent proposer un premier retour d'expérience sur son utilisation :**

- l'alimentation du SI métier par le téléservice fait évoluer la mission de l'instructeur d'une tâche de remplissage à une tâche de contrôle/vérification des informations ; selon les observations réalisées par la mission, le gain de temps pour l'instructeur est encore limité mais on peut penser qu'il augmentera avec le nombre de dossiers déposés ce qui facilitera l'appropriation du geste métier par l'instructeur ;
- la montée en charge du téléservice s'est caractérisée par de multiples « bugs » allant jusqu'à des pertes de données voire de dossiers selon certaines MDPH ;
- même dans les MDPH les plus avancées, les agents mettent en avant des limites qui persistent aujourd'hui : des documents reçus en doublon dans le flux de données en provenance du téléservice, l'impossibilité pour l'utilisateur d'ajouter des pièces une fois la demande faite, la difficulté à partager des pièces volumineuses ce qui peut conduire l'utilisateur à les envoyer par mail avec les problèmes de confidentialité et de ré-aiguillage que cela peut induire. Parmi les demandes des MDPH figure également la possibilité de mettre en place une fonctionnalité de suivi en ligne d'un dossier déposé sous format « papier ».

[41] **Des travaux nationaux sont engagés en 2024 pour améliorer l'ergonomie de l'outil « MDPH en ligne »,** en lien avec le changement de l'éditeur chargé de la maîtrise d'œuvre par la CNSA.

[42] **Certaines MDPH ont mis également en avant l'intérêt supposé de solutions alternatives à l'outil « ma MDPH en ligne ».** Ainsi, le suivi en ligne par la personne de son dossier serait facilité dans certains outils autres que celui de la CNSA, y compris quand le dossier est déposé en papier. La CNSA indique que la possibilité de suivre dans l'outil MDPH en ligne l'avancement d'un dossier déposé en papier fait partie des fonctionnalités qui seront intégrées dans une prochaine version de l'outil CNSA. Par ailleurs, le choix d'un téléservice alternatif au téléservice CNSA ne paraît pas toujours probant, comme l'illustrent deux exemples analysés par la mission. Dans le premier cas, la MDPH va reprendre l'outil CNSA, son outil propre étant indisponible depuis plusieurs mois. Dans le second cas, l'outil de la MDPH ne donne pas satisfaction (absence de suivi du dossier en ligne, génération par le téléservice d'un formulaire dont le format est différent de celui du formulaire de demande « papier » ce qui ralentit le traitement par les équipes d'instruction contraintes d'analyser deux formats dissemblables).

### 1.2.3.3 La nécessité d'investir davantage dans des stratégies d'accompagnement et de médiation numérique pour augmenter l'utilisation du téléservice

[43] **Outre les enjeux techniques et d'ergonomie, l'appropriation concrète du téléservice par les usagers nécessite un véritable accompagnement par la MDPH.** Fin 2023, parmi les MDPH offrant un téléservice, 12 % des demandes reçues étaient transmises en ligne. Dans trois MDPH, plus de

20 % des dossiers ont été déposés en ligne en 2023. Le nombre de dossiers déposés en ligne connaît une progression modérée : environ 142 000 en 2023 après environ 86 000 en 2022.

[44] L'exemple du Val-de-Marne montre que l'accompagnement des usagers est susceptible d'accélérer fortement l'usage du téléservice. La MDPH a mis en place des actions de formation des professionnels et usagers ainsi que des tutoriels et le taux de dématérialisation des demandes a triplé en trois ans pour dépasser les 20 %.

[45] **Au-delà de cet exemple, les MDPH de l'échantillon n'ont pas investi sur une stratégie de médiation numérique à même d'accompagner la montée en charge du téléservice.** Dans une MDPH, un conseiller numérique est positionné à l'accueil du bâtiment et intervient en appui des publics usagers de la circonscription d'action sociale. Il a cependant déclaré à la mission ne pas intervenir sur les démarches MDPH. Deux bonnes pratiques ont été identifiées néanmoins lors des échanges ciblés. En Seine-Saint-Denis, deux services civiques sont présents à l'accueil de la MDPH pour aider à la demande par téléservice et pour accompagner à l'impression des cartes CMI (qui ne peut être réalisée que par internet). Des conseillers numériques recrutés par le département interviennent de manière complémentaire. Par ailleurs, le Nord met à disposition de ses antennes partenariales des tables numériques, pour aider aux démarches numériques. Ces tables sont d'autant plus utilisées que des conseillers numériques ou des services civiques sont présents pour assurer la médiation.

#### 1.2.4 Un SI harmonisé qui est utilisé par les agents mais dont la succession de versions alimente la lassitude des MDPH

[46] Quel que soit l'éditeur, le système d'information est, sans exception, une source d'insatisfaction aussi bien au niveau des directions des MDPH que des agents.

##### 1.2.4.1 Un système d'information dont les principales fonctionnalités semblent appropriées par une grande partie des agents

[47] **Sur la base des immersions dans les MDPH, la mission constate que le SI métier est utilisé par les agents, en particulier ceux chargés de l'instruction.**

[48] **A l'inverse, les professionnels en charge de l'évaluation travaillent principalement sur la GED et utilisent moins le SI harmonisé.** En pratique, ils s'appuient sur les pièces enregistrées dans la GED et sur une fiche de synthèse de type word reprenant leur raisonnement. Selon la CNSA, cette pratique serait due pour partie au manque d'ergonomie des SI mis à disposition par les éditeurs, qui ne permettent pas, par exemple, de trouver facilement une pathologie dans une liste déroulante. La saisie dans le SIH des données d'évaluation repose donc souvent sur les agents instructeurs qui interviennent soit au cours de la réunion de l'équipe pluridisciplinaire, soit ex post sur la base de la fiche de synthèse. Le manque d'appropriation du SIH par les évaluateurs peut d'ailleurs influencer les pratiques des agents instructeurs : ainsi, pour accélérer la phase d'instruction, les agents d'une MDPH remplissent dans leur SI métier uniquement les informations de base sur la personne et non l'ensemble des informations figurant dans le formulaire de demande. Les agents en charge de l'instruction anticipent ainsi le fait que les équipes d'évaluation travailleront sur les documents numérisés sur la GED et non pas sur le SI, ce qui limite l'intérêt d'une saisie des informations par les instructeurs.

[49] Concernant les fonctionnalités offertes par le SI, les commentaires des agents portent en particulier sur :

- **le caractère complexe et peu compréhensible des cadres nationaux de notification des décisions imposés par le système d'information.** Un cadre est laissé dans la notification pour permettre à la MDPH d'ajouter des commentaires le cas échéant<sup>269</sup>. Pour autant, les courriers focalisent une partie importante des critiques des usagers devant leur caractère difficilement compréhensible mais aussi des agents face à l'impossibilité de modifier le cadre national implémenté dans le SI.
- **l'intérêt de certains flux de données.** C'est le cas du flux SNGI (système national de gestion des identifiants) qui permet de sécuriser l'identité de la personne lors de la recevabilité et qui paraît fonctionnel dans les situations observées par la mission. La plus-value des flux CAF est également soulignée par les agents, à la fois pour sécuriser le maintien des droits des personnes et pour réduire la charge de travail liée à la transmission des décisions individuelles. En revanche, le fonctionnement concret de ces flux suscite encore l'insatisfaction en raison de la lourdeur de leur déploiement et de leurs évolutions<sup>270</sup>.

[50] La CNSA a réalisé une enquête en 2023 destinée à identifier des « gains rapides » en termes d'ergonomie et d'adaptation du SI, avec pour objectif de mettre en œuvre certains de ces gains en 2024.

#### 1.2.4.2 Des montées de version successives entraînant une forte charge de travail

[51] Les évolutions nécessaires du SIH passent par des montées de version successives afin de mettre en place les différentes « briques » des paliers 1 puis 2.

[52] **Ces montées de version impliquent en premier lieu une charge de travail importante pour chaque MDPH.** Chacune nécessite en particulier une phase de recette. Ce point remonte fortement à la fois des agents et des directions qui l'ont souligné par exemple dans la contribution de l'Association des directeurs de MDPH (ADMDPH) à la CNH 2023 : chaque montée de version implique au moins « *deux mois de test et deux trois mois de stabilisation, opération à reproduire deux voire trois fois par an pour les correctifs* ». L'ADMDPH demande en conséquence l'allègement de la fréquence des montées de version.

[53] Des MDPH sont ainsi parfois amenées à différer les évolutions pour ne pas dégrader leurs délais de traitement des dossiers. La gestion des montées de version est particulièrement complexe dans les départements, comme la Haute-Garonne, ayant choisi un outil métier intégré pour l'ensemble de leurs domaines d'intervention (insertion, ASE, handicap...). Chacune montée crée le risque d'une instabilité sur l'ensemble du SI métier.

---

<sup>269</sup> Voir l'annexe relative à la relation usagers.

<sup>270</sup> Par ailleurs, il n'existe pas à ce jour de flux de ce type vers les caisses de la MSA.

[54] **Malgré les phases de recette, les agents soulignent également les régressions qui peuvent parfois intervenir et suscitent l'incompréhension.** Ainsi, une MDPH souligne les régressions intervenues sur les notifications au moment d'une montée de version récente, conduisant à des notifications « à trous » que la MDPH dit devoir « bricoler » pour les rendre compréhensibles alors même qu'elle n'est pas supposée avoir la main sur les modèles nationaux de notification.

#### 1.2.4.3 Un manque d'agilité par rapport aux évolutions réglementaires

[55] **La forte complexité du champ couvert par le SIH oblige à une programmation pluriannuelle qui se prête difficilement à une prise en compte agile de nouveaux chantiers.** Cela contribue à expliquer la difficulté pour le SI à intégrer les évolutions réglementaires : c'est le cas par exemple pour la PCH PCMT entrée en vigueur en 2023 sans que le SI ait pu être adapté au préalable, obligeant les équipes soit à décaler le traitement des demandes soit à instaurer un traitement hors SI. Selon la CNSA, le décret PCMT a été finalisé sept mois avant l'entrée en vigueur du texte et la mise en service est intervenue six mois après cette entrée en vigueur en moyenne. La mission souligne que ces délais moyens peuvent masquer de fortes disparités selon les éditeurs. Ainsi, à fin 2023, 68 % des MDPH seulement avaient mis en service dans leur SI la fonctionnalité relative à la PCH PCMT et Surdicécité.

[56] En termes de délai de déploiement, il s'agit néanmoins d'un progrès par rapport à la PCH parentalité, pour laquelle le décret a été finalisé juste avant l'entrée en vigueur de la disposition de sorte que la mise en service en MDPH est intervenue beaucoup plus tard, environ un an après l'entrée en vigueur environ.

[57] Comme dans les autres branches, la prise en compte par le SI des modifications réglementaires exige nécessairement un délai, mais la spécificité liée à la pluralité de logiciels renforce la complexité de la mise en œuvre des évolutions de la réglementation, et alimente l'impression d'un SI qui ne répond pas à l'ensemble des besoins métier des agents.

#### 1.2.4.4 Des MDPH peu outillées en compétences SI et des responsabilités partagées entre acteurs qui ne facilitent pas l'avancement du projet

[58] **Les MDPH sont rarement équipées en compétences en matière de systèmes d'information.** Dans les territoires visités par la mission, la MDPH s'appuie le plus souvent sur les équipes du conseil départemental en charge des systèmes d'information faute de ressources propres. Mais les phases de paramétrage, de recette et de corrections éventuelles mobilisent nécessairement une partie des équipes métier de la MDPH.

[59] **Ainsi, pour ces équipes et pour leurs directions, c'est l'impression d'un « chantier sans fin » qui domine dans les MDPH au vu de l'ancienneté du projet du SIH et de la succession des versions.** La mise en place de la première version du SIH reste un souvenir difficile pour beaucoup d'agents et de directions de MDPH, ayant nécessité de mettre à l'arrêt l'activité de la structure pendant plusieurs jours.



[60] **Si les difficultés de déploiement constatées sur le terrain peuvent se rencontrer dans tout projet d'envergure en matière de système d'information, les tensions sont aggravées par le partage des responsabilités entre les acteurs en charge d'accompagner les MDPH dans ce domaine.** La CNSA est pilote national du chantier, édicte les spécifications et construit directement certaines briques (téléservice par exemple) au niveau national. Elle finance des référents de proximité et un prestataire de la CNSA assure un accompagnement mensuel par un échange avec la MDPH. Les éditeurs choisis par les départements sont, quant à eux, chargés de faire évoluer leurs logiciels conformément aux spécifications de la CNSA<sup>271</sup>. Selon les agents, en cas de problème, l'éditeur répond parfois qu'il n'est pas responsable de la défaillance et que le logiciel est conforme aux spécifications de la CNSA. La comitologie nationale impliquant les éditeurs qui a été mise en place par la CNSA vise notamment à mieux structurer cette relation avec les éditeurs pour éviter les risques liés à la multiplicité de relations bilatérales au niveau de chaque département et l'asymétrie d'information qui peut en découler au détriment de chaque MDPH comme de la CNSA. Cet investissement de la CNSA se heurte cependant au fait que la relation contractuelle est établie entre chaque MDPH (ou département) et l'éditeur.

[61] **Ainsi, les choix qui seront faits au niveau national sur la stratégie SI, en particulier le périmètre d'un futur SI national et son calendrier de mise en œuvre, devront s'appuyer sur un bilan étayé du déploiement du SI-H de manière à capitaliser sur un retour d'expérience nécessaire à la conduite du projet comme à la résolution des difficultés de terrain constatées (cf. annexe 6).**

## **2 Des outils de pilotage opérationnel et de contrôle interne indispensables mais encore très hétérogènes selon les départements**

[62] **Pour aider les MDPH à maîtriser leurs processus et piloter leur activité, la CNSA a mis en place deux entités prévues par la feuille de route MDPH et par la Cog, l'une chargée de l'appui aux MDPH les plus en difficulté (mission d'appui opérationnel, MAOP), l'autre en charge de la structuration et de la promotion du contrôle interne dans la branche.** Outre le renforcement de l'appui par la CNSA, les MDPH demandent également de manière récurrente à disposer d'un outil de pilotage opérationnel. Faute de capacité à prioriser cette demande au début de la construction du SI harmonisé, les MDPH se sont progressivement dotées d'outils de pilotage locaux.

### **2.1 Une forte valeur ajoutée des interventions de la MAOP qui montre le besoin d'outils de pilotage performants dans les MDPH**

[63] **La mission souligne la valeur ajoutée de l'action de la MAOP auprès des MDPH en difficulté.** Dix ont été soutenues lors d'une première vague d'appui par cette équipe de professionnels. Parmi eux, cinq disposaient d'une expérience en MDPH ou en département et le sixième d'un

---

<sup>271</sup> Voir l'annexe 7 sur le pilotage pour l'analyse du pilotage du système d'information MDPH par la CNSA.

profil d'ingénieur en excellence opérationnelle, l'objectif étant d'appliquer des méthodes inspirées du « lean management ». Le soutien MAOP a ensuite été étendu à 13 autres MDPH.

[64] **L'intervention de l'équipe de la CNSA s'est traduite systématiquement par l'établissement d'un diagnostic sur les difficultés, en lien étroit avec les équipes de la MDPH.** L'identification de ces difficultés implique d'objectiver certains indicateurs que les MDPH n'ont pas toujours construits ou qu'elles ne suivent pas toujours de manière fiable : comptabilisation du stock de dossiers en souffrance, fiabilisation de la mesure des délais. Sur cette base, un plan d'action est alors établi et inscrit dans une convention entre la CNSA, le département et la MDPH. Ce plan d'action est assorti de moyens supplémentaires accordés à titre temporaire par la CNSA afin d'aider à la résorption du stock de dossiers ou encore d'améliorer la qualité de service (par exemple, financement d'une nouvelle solution d'accueil téléphonique dans une MDPH visitée par la mission)<sup>272</sup>. L'intérêt de la convention avec la CNSA est aussi d'apporter une légitimité du national à des actions qui peuvent parfois susciter les réticences du personnel ou des partenaires associatifs face aux changements apportés dans la culture organisationnelle de la MDPH : accent sur la productivité et la réduction des délais, révision de pratiques historiques dans la relation entre équipe pluridisciplinaire et CDAPH...

[65] **Deux ans après intervention de la MAOP, 75 % des MDPH accompagnées ont vu leurs délais baisser de plus de 10 % dans un contexte global d'augmentation des délais de traitement.** Les effets positifs sur les délais moyens de traitement s'observent généralement un ou deux ans après le début de l'intervention de la MAOP. En effet, à plus court terme, le déstockage des « arriérés de dossiers » augmente souvent le délai moyen dans la mesure où la MDPH enregistre dans son SI des décisions prises sur des dossiers déposés il y a longtemps et qui n'avaient jamais été traités.

[66] **Au-delà des améliorations concrètes qu'apporte son intervention pour les usagers et les professionnels des MDPH, l'intérêt de la MAOP est aussi de fournir une vision plus structurée sur les points d'amélioration systématiques à traiter dans les situations les plus dégradées.** Cette vision est cohérente avec le diagnostic établi par la mission dans le présent rapport. L'analyse de la MAOP fait ainsi ressortir principalement :

- l'existence systématique d'un goulet d'étranglement à traiter au niveau de la phase d'évaluation pluridisciplinaire (cf. annexe 4) ;
- des partenariats trop limités pour permettre à la MDPH de disposer des éléments nécessaires à l'évaluation ; dans un territoire accompagné par la MAOP, le renforcement du partenariat avec l'école a permis de réduire fortement le nombre de pièces complémentaires jugées nécessaires pour l'évaluation (Gevasco en premier lieu) ;
- une formation des agents souvent insuffisante avec des pratiques parfois éloignées des principes et recommandations nationaux, en particulier l'absence d'évaluation globale, l'évaluation de certains dossiers par un professionnel seul ou encore des irrégularités dans le partage des informations médicales ; la MAOP est alors amenée à rappeler le cadre réglementaire

---

<sup>272</sup> Ces moyens sont financés sur l'enveloppe de 10 M€ dédiée aux MDPH en difficulté dans le cadre de la feuille de route 2022.

- une appropriation encore variable du système d'information harmonisé ;
- l'absence d'outils de pilotage opérationnel qui empêche la direction de la MDPH de suivre en continu son activité et de localiser les difficultés éventuelles.

[67] Ce dernier point est essentiel pour permettre à la direction de la MDPH de continuer à piloter sa structure vers la performance une fois achevée l'intervention de la MAOP. Chaque territoire accompagné s'est vu proposer un outil de pilotage afin de pouvoir l'utiliser en routine après le départ de la MAOP.

## 2.2 La structuration en cours de missions de contrôle interne en MDPH sous l'égide de la CNSA

[68] **Créée en 2022, la mission de contrôle interne et de conformité (MCIC) constitue l'autre entité mise en place au sein de la CNSA.** Elle satisfait ainsi à une exigence de la Cour des comptes dans le cadre de la certification des comptes de la branche. Elle décline ainsi l'un des scénarios travaillés en 2019 par l'IGAS concernant la mise en place d'une mission de contrôle interne<sup>273</sup>. Pour rappel, sur la base d'un contrôle réalisé sur une MDPH, l'IGAS avait décliné plusieurs hypothèses de structuration de la mission, Le rattachement à la CNSA a été arbitré dans le cadre de la Cog et la mission se constitue progressivement depuis 2022.

[69] **Les objectifs de la démarche tels que présentés par la CNSA visent à s'assurer que les services rendus par la MDPH :**

- sont conformes (aux lois, règlements, référentiels, etc.) ;
- permettent d'atteindre leurs objectifs (en lien avec les missions), en termes qualitatifs et quantitatifs ;
- reposent sur un bon fonctionnement des processus opérationnels internes ;
- s'effectuent dans le cadre d'une gestion budgétaire et comptable fiable et transparente<sup>274</sup>.

[70] **A ce jour, les travaux de la MCIC sont essentiellement consacrés à la préparation d'outils :** construction en lien avec les MDPH d'une cartographie des processus, d'un kit méthodologique pour la mise en place du contrôle interne et d'un outil d'auto-évaluation sur la maturité de chaque MDPH en matière de contrôle interne. Des référents « contrôle interne » ont été désignés dans chaque MDPH. Un groupe national et 15 groupes thématiques ont été constitués. Les productions de ces groupes présentent l'intérêt de partager entre MDPH les constats sur l'hétérogénéité de leurs pratiques et processus.

[71] **Au premier semestre 2024, afin de tester les outils, six audits thématiques sont prévus, chacun dans une MDPH et sur un thème identifié comme à risque :** attribution de l'AAH, de compléments AEEH, de la PCH. L'objectif est de contribuer à la finalisation du référentiel de contrôle interne qui sera ensuite testé fin 2024 par des audits approfondis dans deux MDPH. Des

---

<sup>273</sup> « Scénarios de construction d'une mission nationale de contrôle et d'audit des MDPH », IGAS, décembre 2019.

<sup>274</sup> Source : CNSA, compte rendu d'un groupe technique national.

campagnes d'audit régulières seraient alors lancées par la CNSA à partir de 2025 sur la base du référentiel qui comportera une cotation nationale des risques établie selon leur criticité, la fréquence de ces risques devant être évaluée par chaque MDPH.

[72] **La participation aux groupes de travail de le MCIC comme au test des outils et référentiels est fondée sur le volontariat.** Selon la CNSA, la démarche de contrôle interne suscite l'intérêt des MDPH. Il s'agit de « favoriser une acculturation facile et rapide du contrôle interne par les MDPH »<sup>275</sup>. Sa diffusion peut désormais s'appuyer sur un article introduit dans le code de la sécurité sociale par la loi XX. Cet article ajoute aux missions de la CNSA « une mission nationale d'accompagnement, de conseil et d'audit ». La loi précise que, dans le cadre de cette mission, les départements comme les MDPH « communiquent à la CNSA tous les documents et les renseignements utiles à la conduite de ses travaux et autorisent l'organisation de missions sur place ». Un décret doit venir préciser les modalités de mise en œuvre de cet article.

[73] Si les productions des groupes de travail traduisent l'implication des MDPH participantes, la démarche est à ce stade fondée uniquement sur le volontariat et la diffusion du contrôle interne à l'ensemble des MDPH reste à sécuriser. Au-delà de la construction des outils nationaux, la mise en place d'un contrôle interne structuré dans chaque MDPH représentera donc un véritable défi pour la période qui vient.

## 2.3 Des outils de pilotage opérationnels construits au niveau local faute d'outil national

[74] La feuille de route MDPH 2022 prévoyait une action d'« amélioration et outillage du pilotage opérationnel des flux et des stocks ». Cette action s'inscrivait dans l'axe global de « maîtrise des délais et de la qualité de service » de la feuille de route. Il s'agit de répondre à une demande récurrente des directeurs de MDPH qui ne disposent pas d'un outil harmonisé pour suivre l'évolution de leurs stocks de demande et de leurs flux. La réponse à ce besoin n'a pas pu être priorisée dans les versions du SI harmonisé mises à disposition à ce jour. Les MDPH ont donc été amenées à se doter de leurs propres outils.

### 2.3.1 La construction d'outils de pilotage opérationnel en ordre dispersé par les MDPH

[75] **Les interventions de la MAOP montrent que des situations parfois très dégradées, en termes de délais ou de respect des principes de qualité de l'évaluation, sont souvent couplées à un manque de visibilité sur les stocks.** La première étape d'une intervention MAOP est donc de fiabiliser les données, notamment concernant les stocks, pour que la direction de la MDPH ait une visibilité sur sa situation de départ<sup>276</sup>. En effet, le seul comptage des délais de traitement ne peut pas suffire à donner un diagnostic de la performance. Par exemple, une MDPH peut avoir des

---

<sup>275</sup> Source : projet de feuille de route 2027.

<sup>276</sup> La fiabilisation du stock est également indispensable pour calibrer les renforts financés par la CNSA qui sont calculés en fonction du nombre de dossiers en souffrance.

délais de traitement rapides en priorisant les derniers dossiers arrivés et donc en laissant en souffrance un stock de vieux dossiers.

**[76] Le besoin d'un outil de pilotage opérationnel portant sur les flux et les stocks concerne aussi bien la majorité des MDPH dont l'activité est numérisée que celles qui fonctionnent encore en circuit papier :**

- dans une MDPH n'ayant pas encore déployé la GED, la mission a ainsi pu constater, lors d'une visite début 2024, la présence de piles de dossiers qui avaient été déclarés recevables à l'été 2023 et étaient en attente d'évaluation. Faute d'outil de suivi des stocks, la direction n'est pas en mesure d'apprécier l'ampleur du phénomène et les agents sont réduits à constater l'accumulation des dossiers ;
- pour la quasi-totalité des MDPH passées en GED, les problématiques sont différentes. Le passage en GED leur a fait perdre la matérialisation des dossiers et donc la vision sur une éventuelle hausse des stocks. Pour fiabiliser la vision sur le stock, la MAOP procède donc à des requêtes sur les bases pour faire apparaître la totalité des dossiers. La numérisation ne garantit pas en elle-même contre les risques de perte d'un dossier, par exemple si un agent clôture par erreur le dossier à une étape comme la mission a pu le constater lors d'un déplacement<sup>277</sup>. Ces erreurs humaines en matière de saisie contribuent au manque de fiabilité des bases de données.

[77] Même si elles sont plus ou moins avancées, toutes les MDPH rencontrées par la mission disposent d'un outil de pilotage ou sont en train d'en construire un. Toutes les directions rencontrées ont conscience du risque d'être aveugles sur leur performance faute d'outil de pilotage opérationnel.

### 2.3.2 Des modalités de pilotage interne qui paraissent avoir un véritable impact sur les résultats dans l'échantillon analysé par la mission

**[78] Les déplacements conduits par la mission attestent que l'organisation globale de la chaîne de traitement des dossiers avec des outils de pilotage opérationnel fait partie des facteurs de performance d'une MDPH.**

[79] **La mission a ainsi pris connaissance d'outils de pilotage interne performants dans plusieurs MDPH, d'autres plus rudimentaires.** Un pilotage interne efficace passe toujours par un outil centralisé de suivi par la direction. Quel que soit le format de l'outil utilisé par la MDPH, ce suivi porte sur le même type d'indicateurs décliné par prestation : nombre de dépôts, mode de dépôt, nombre de décisions, délai, stock de dossiers (niveau du stock et ancienneté). Ces données permettent même de fournir des prévisions sur les délais des mois à venir, calculées sur la base du stock et du flux de nouvelles demandes. Dans ces MDPH, le pilotage de l'activité se fait à la semaine et au niveau de chaque pôle. Il permet d'identifier et de localiser des risques de dérapages de délai.

---

<sup>277</sup> Des modalités de contrôle sont mises en œuvre dans la MDPH en question ce qui a permis de repérer ce dossier clôturé par erreur : deux fois par an, une requête est passée sur le SI pour ressortir tous les dossiers de plus d'un an déclarés recevables mais non encore évalués.

[80] Dans une MDPH visitée, le suivi à la semaine des stocks et des délais permet de prendre des mesures avec réactivité, en décidant de redéploiements internes pour renforcer les équipes en cas de difficulté à faire face à la charge. Ce type d'outil va souvent de pair avec une organisation plus globale de la performance fondée sur des process et logigrammes nombreux et détaillés sur les différentes étapes de traitement du dossier, qui permettent de guider l'aiguillage des dossiers, le circuit d'évaluation... En complément de l'outil de pilotage interne, la mesure de la performance s'appuie aussi sur le baromètre des MDPH qui, outre sa fonction d'information du public, sert d'outil de benchmark pour les MDPH elles-mêmes par rapport à des MDPH qu'elles estiment comparables pour évaluer leur performance, en particulier en matière de délais de traitement.

[81] **Si certains des outils dont elle a pris connaissance paraissent performants, la mission souligne les inconvénients d'une construction par chaque MDPH de son propre tableau de bord opérationnel** : projet chronophage pour la direction, manque de compétences SI en interne, investissement en temps et en argent en cas d'acquisition sur le marché d'un logiciel de type businessobject... La reproduction dans une centaine de MDPH de cette démarche de construction d'outils de pilotage interne paraît peu rationnelle et peu à même de garantir les objectifs de performance.

[82] **Au-delà de la charge que représente la conception d'outils de ce type pour la direction, l'appropriation par les agents constitue également un enjeu de management interne autant qu'un enjeu technique de système d'information.** L'accent sur la productivité doit être accepté par des professionnels attachés par ailleurs à ne pas dégrader la qualité des pratiques d'évaluation qui font le sens de leur travail. Une MDPH indique ainsi que le pilotage interne peut être « mal vécu par les agents » qui « ressentent une forme de contrôle ». Le contexte général de tension sur les effectifs, de difficultés de recrutement et d'augmentation de la charge de travail contribue à cette perception. Dans les territoires dans lesquels la MAOP est intervenue, l'un de ses axes de travail a été de faire comprendre que l'amélioration des délais ne nécessite pas de dégrader la qualité. Dans les modèles de production promus par la MAOP, la productivité est compatible avec le fonctionnement en équipes pluridisciplinaires notamment. Par ailleurs, l'accent de la direction sur la productivité est mieux accepté quand il est accompagné d'une attention renforcée de la direction aux enjeux de ressources humaines. Dans les exemples analysés par la mission, cela se traduit par la création de postes, par une attention accrue de l'équipe de direction aux risques psychosociaux et par la volonté de marquer les succès avec les équipes. La performance de la MDPH dépend ainsi étroitement du management par la direction.

### 2.3.3 Les travaux de la CNSA pour mettre à disposition des MDPH certaines données de pilotage n'annoncent pas la mise en place à court terme d'un outil national

[83] **La CNSA travaille sur un outil de pilotage opérationnel destiné aux MDPH.** Une première expression de besoin a été formalisée en 2022 sur la base des travaux de la MAOP afin de suivre non seulement les délais mais également les stocks de chaque MDPH. Cependant, le projet de SI national évaluation (SIE)<sup>278</sup> a conduit la CNSA à réorienter cet outil de pilotage opérationnel vers le pilotage du seul processus d'évaluation. Ainsi, l'outil sera mis à disposition en même temps que

---

<sup>278</sup> Voir l'annexe 7 sur le pilotage.

le futur SIE. Du fait de ce choix, les missions de dépôt, d'instruction et de prise de décision sont en dehors du périmètre du projet à ce jour.

[84] **Dès lors, il est peu probable que cet outil national ciblé sur la seule phase d'évaluation réponde suffisamment aux besoins des MDPH pour se substituer aux outils locaux qu'elles ont construits pour piloter l'ensemble de leur activité, de la réception du dossier jusqu'à la décision.** Pour cette raison, la CNSA souhaiterait pouvoir proposer, à terme, un outil de pilotage opérationnel portant sur l'ensemble du traitement du dossier (intégrant donc l'amont et l'aval de la phase d'évaluation). Une telle possibilité dépend cependant du périmètre du futur SI national, qui à ce jour est prévu pour couvrir uniquement la phase d'évaluation<sup>279</sup>.

### **3 Des référentiels de pratiques dont l'appropriation nécessiterait un investissement national renforcé dans l'outillage et la formation**

[85] Les référentiels de pratiques construits par la CNSA visent à donner une base à l'ensemble des actes métier de la MDPH mais se concentrent plus particulièrement sur la mission d'évaluation.

#### **3.1 Le RMQS, socle commun pour l'ensemble de l'activité des MDPH, a fait l'objet d'une actualisation limitée**

[86] En 2015, la CNSA a construit un référentiel de missions et de qualité de service RMQS afin de poser un socle de fonctionnement et de critères de qualité de service à l'ensemble des MDPH dix ans après leur création. Cette construction a été réalisée en lien étroit avec les MDPH et les associations représentant les usagers. Le référentiel pose, pour chaque grande mission, des objectifs d'organisation selon plusieurs niveaux d'ambition : qualité socle, qualité + et qualité ++.

[87] En 2016, le RMQS a été annexé aux conventions avec les départements afin d'engager les territoires dans l'amélioration continue de leur qualité de service à l'égard de ce référentiel. Il a fait l'objet de présentations lors de plusieurs webinaires de la CNSA.

[88] Le RMQS est structurant pour l'activité des MDPH :

- il a servi de base à la construction du « tronc commun » du SI MDPH à partir de 2015 ;
- il a servi de support à un travail d'auto-diagnostic conduit par 97 % des MDPH ;
- plus récemment, les travaux sur les processus engagés par la MCIC s'inscrivent en cohérence avec la description de l'organisation des missions et de l'activité qu'il propose.

---

<sup>279</sup> Voir l'annexe 7 sur le pilotage.

[89] **Des travaux d’actualisation ont été initiés en 2022 par la CNSA avec la contribution des MDPH afin de tenir compte en particulier des évolutions réglementaires.** Dans le projet de RMQS résultant de ces travaux, les évolutions ne sont pas fondamentales ce qui illustre la relative stabilité des missions des MDPH depuis leur création. En revanche, la description du contenu a évolué pour s’ajuster aux évolutions récentes (mise en place de la réponse accompagnée pour tous). Elle assume un ciblage par processus types, capitalisant ici sur les travaux d’accompagnement de MDPH par la Maop. Ces modifications illustrent le renforcement des attentes à l’endroit des MDPH depuis leur création tant dans leur offre de service que dans leur organisation cible. La CNSA envisage que les MDPH s’engagent dans une nouvelle phase d’auto-diagnostic sur la base du RMQS rénové à partir du second semestre 2024.

Graphique 1 : Grandes missions des MDPH selon le RMQS

Version 2015 du RMQS	Projet de version actualisée du RMQS
Information, communication et sensibilisation au handicap	Information et communication
Accueil, orientation et aide à la formulation du projet de vie, des attentes et besoins des usagers	Accueil
Evaluation, élaboration des réponses et des PPC	Instruction administrative
Gestion du fonctionnement de la CDAPH et des décisions	Evaluation
Gestion des litiges	Propositions et décisions
Accompagnement à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH et leur suivi	Gestion des litiges
Management, pilotage et animation territorial	Accompagnement et suivi
	Organisation et pilotage

Source : RMQS, version 2015 et projet de référentiel actualisé



## 3.2 La mission d'évaluation est particulièrement outillée par des référentiels

[90] **L'évaluation des demandes en MDPH est outillée par plusieurs référentiels dont le nombre et la complexité reflètent la multiplicité des types de handicap et le caractère multidimensionnel de l'évaluation demandée aux équipes.** Le principe d'évaluation globale emporte en effet la nécessité pour l'équipe de se prononcer le cas échéant sur des besoins d'aide humaine, d'insertion professionnelle, d'aménagement du logement...

### 3.2.1 Le GEVA et le GEVA-Sco porteurs de l'évaluation globale

[91] Le GEVA constitue l'outil global dont l'objet est de permettre aux équipes pluridisciplinaires de « recueillir les éléments d'évaluation pour définir et décrire les besoins de compensation des personnes handicapées de façon appropriée, équitable, avec un langage commun et en interdisciplinarité » (cf. annexe 4). Ce recueil doit permettre de se prononcer sur l'éligibilité aux différentes prestations et droits des personnes. Fixé par arrêté en 2008, il se fonde sur l'évaluation des activités réalisées par la personne, afin de ne pas se limiter à une approche médicale du handicap.

[92] **Le GEVA est supposé être le « support commun des membres de l'équipe pluridisciplinaire pour le recueil et l'analyse des informations issues de l'évaluation »<sup>280</sup>.** Le langage commun qu'il a vocation à structurer, entre les équipes de la MDPH, avec la CDAPH mais aussi entre MDPH, porte également un objectif d'harmonisation des pratiques. Cependant, le caractère très complet et riche du GEVA le rend difficilement exploitable pour l'usage quotidien des évaluateurs. En outre, plusieurs MDPH soulignent que le GEVA n'a suffi à une culture professionnelle partagée, chaque évaluateur continuant à garder son « prisme » professionnel dans le travail sur un dossier.

[93] **A des fins de simplification, une « version graphique » a été produite sous l'égide de la CNSA pour rendre le GEVA « plus maniable »<sup>281</sup>.** Cette version fait cependant une quarantaine de pages et la mission n'a pas constaté son utilisation par les équipes pluridisciplinaires. Le GEVA irrigue néanmoins l'outil de soutien à l'évaluation du SI harmonisé. C'est pour l'évaluation du droit à la PCH que le GEVA paraît le plus utilisé sur le terrain. Lors des visites à domicile observées par la mission, les professionnels s'appuient sur le GEVA ou sur un outil inspiré du GEVA. Dans la Somme, les professionnelles demandent à disposer d'un GEVA en version tablette pour pouvoir le remplir au domicile et gagner du temps.

[94] **Depuis 2015, les équipes pluridisciplinaires doivent s'appuyer sur les informations figurant au GEVA-sco pour évaluer les besoins de l'élève selon une approche globale<sup>282</sup>.** Le GEVA-sco est renseigné par l'équipe éducative pour une première demande et par l'équipe de suivi de la scolarisation pour un réexamen associant la famille. Aux termes de l'arrêté, « *les échanges entre*

<sup>280</sup> CNSA, mémo n. 5, mai 2018.

<sup>281</sup> CNSA, présentation de la version graphique du GEVA.

<sup>282</sup> Article D. 351-10 modifié par le décret du 11 décembre 2014 portant diverses dispositions relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap et arrêté du 6 février 2015 relatif au document de recueil d'informations mentionné à l'article D. 351-10 du code de l'éducation, intitulé Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco).

les services compétents de l'Education nationale et la MDPH, au sujet d'un élève, se font par l'intermédiaire du GEVA-Sco, qui remplace tous les documents supports de demandes, notamment d'accompagnement, de matériel pédagogique adapté ou d'orientation. » Afin de faciliter son utilisation, la CNSA a coordonné la rédaction d'un manuel d'utilisation du GEVA-sco à destination des professionnels.

[95] **Les observations de la mission tendent à confirmer que le GEVA-sco est devenu une pièce fondamentale au travail d'évaluation.** Les équipes en MDPH font cependant valoir que les dossiers de scolarisation sont encore trop souvent reçus par la MDPH sans qu'y figure le GEVA-sco ce qui ralentit le traitement du dossier dans l'attente de la transmission de ce document. Par ailleurs, le GEVA-sco est parfois mal rempli ou lacunaire. Le rapport IGAS IGESR sur l'acte 2 de l'école inclusive a recommandé une révision du GEVA-sco pour y inclure davantage les mesures d'accessibilité de droit commun<sup>283</sup>.

### 3.2.2 Une multiplicité de référentiels portant spécifiquement sur un volet de la demande, sur une prestation ou sur un type de trouble

[96] En pratique, les équipes d'évaluation sont amenées à utiliser principalement deux types d'outils : des référentiels de nature réglementaire et des guides pratiques et outils d'aide à la décision. Les référentiels réglementaires portant sur l'évaluation sont présentés dans l'annexe 5 (guide-barème, annexe 2-5 du CASF sur la PCH, décret sur la RSDAE).

#### 3.2.2.1 Des guides et outils d'appui à la décision construits par le niveau national pour outiller les MDPH

[97] **Les référentiels réglementaires sont déclinés dans des guides construits par la CNSA, ou la DGCS s'agissant de l'AAH.** Ainsi, un guide d'éligibilité pour l'attribution de la prestation de compensation a été construit en 2011. Un guide complémentaire a été construit plus récemment pour accompagner les équipes pluridisciplinaires dans leur mise en œuvre de l'extension de l'accès à la PCH pour les personnes ayant une altération de fonctions mentales, psychiques, cognitives ou un trouble neurodéveloppemental. Concernant l'attribution de l'AAH, la DGCS a également construit un guide sur la RSDAE en 2015 sur la base de retours du terrain.

[98] **Des guides d'orientation datant de plusieurs années viennent également appuyer le travail des équipes, par exemple pour l'orientation professionnelle.** Dans ce champ un « référentiel de l'orientation professionnelle » a été construit en 2019 pour appuyer les équipes pluridisciplinaires, en application de la convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap 2017-2020. Pour autant, les équipes ne disposent pas de guide ni de référentiel pour la reconnaissance de la RQTH. Dans le champ de la scolarisation, les MDPH disposent également d'un « vademecum de la rentrée scolaire » datant de 2018 et construit par la CNSA en lien avec le ministère de l'Education nationale. En outre, des MDPH s'appuient sur une fiche technique, encore provisoire toutefois, de la CNSA sur les critères

---

<sup>283</sup> IGAS et IGESR, « acte 2 de l'école inclusive », 2023.

d'attribution d'une AESH mais il ne s'agit pas d'un outil réglementaire opposable et son utilisation a donc pu donner lieu à des contentieux avec des familles<sup>284</sup> (cf. annexe 6).

Plusieurs guides ont par ailleurs été construits par la CNSA au cours des années 2010 pour outiller les équipes pluridisciplinaires face à des situations particulières : guide sur les « troubles dys » (2014), guide sur les troubles du spectre autistique (2016). Ces guides comportent parfois des outils très opérationnels : c'est le cas par exemple de l'arbre décisionnel qui figure dans le guide pour l'évaluation des besoins et l'élaboration des solutions pour les personnes souffrant de « troubles dys ».

[99] Enfin, la CNSA a également produit une série de fiches dites « métier », en cours de diffusion aux MDPH, destinées à répondre aux questions qui remontent du réseau des MDPH et à fournir à la fois des éléments juridiques et opérationnels pour le traitement des dossiers. Comme l'indiquent ces fiches, elles ne constituent « pas un outil à caractère opposable mais un outil d'aide à l'appropriation de la réglementation ». Les fiches métier portent par exemple sur le projet de vie, la demande en MDPH, le champ territorial de la CDAPH, la date d'effet et la durée de validité des droits. Certaines portent sur les règles spécifiques propres à une prestation, par exemple l'AEEH.

### 3.2.2.2 Des outils locaux construits en l'absence d'outils nationaux sur certains champs

[100] Plusieurs motifs peuvent conduire une MDPH à construire un outil local d'aide à la décision pour ses agents, comme l'absence d'une doctrine d'intervention nationale ou la méconnaissance d'outils déjà existants.

- **ainsi, il n'existe pas de référentiel pour les décisions prises en matière de compléments d'AEEH.** Certaines MDPH ont donc construit leur propre référentiel d'évaluation pour déterminer quels frais peuvent ou non être pris en considération pour déterminer le complément d'AEEH. La mission IGAS de 2015 sur l'AEEH, avait pointé l'absence de cadrage national sur les référentiels financiers de prise en charge. En résultent des écarts de pratiques, d'autant plus forts que la réglementation est complexe : l'exemple de la prise en charge des vêtements de l'enfant est souvent cité par les MDPH. Le rapport recommandait en ce sens de construire un outil d'aide à la décision pour évaluer la réduction d'activité d'un parent. Le guide PCH comporte des exemples sur ce point, mais la méthode de prise en compte de la réduction d'activité diffère pour l'AEEH et pour la PCH.
- dans le domaine de la scolarisation, l'absence de référentiel actualisé et précis sur le cadre d'attribution des AESH<sup>285</sup> conduit les MDPH à développer des outils propres. Ainsi en Moselle, MDPH et rectorat partagent un arbre décisionnel concernant l'attribution des AESH individuelles et mutualisées. En Bretagne, l'ARS, les MDPH et le rectorat ont construit

---

<sup>284</sup> Fiche technique pour l'attribution d'un AESH répondant aux besoins d'un élève en situation de handicap, CNSA,

<sup>285</sup> La fiche technique dont la mission a eu connaissance est encore provisoire. Toutes les MDPH n'y ont pas recours.

un document « repères sur les modalités de scolarisation » qui permet de structurer une vision commune sur la scolarisation.

- **enfin, concernant l'orientation en ESMS**, un guide de priorisation pour l'admission en ESMS peut être diffusé aux acteurs (Finistère) ou des fiches d'aide à l'évaluation peuvent être construites permettant notamment aux équipes pluridisciplinaires d'identifier les ESMS sur le territoire.

[101] **La construction d'outils locaux peut aussi être rendue nécessaire par une lecture et un maniement jugés complexes des guides nationaux.** Les MDPH conçoivent ainsi localement des outils qu'elles jugent plus opérationnels. Dans les territoires investigués par la mission, on peut citer :

- **sur la base du guide national sur la PCH**, un guide « simplifié » pour aider les agents (Allier). En complément du guide simplifié, les agents indiquent « revenir aux guides de la CNSA dès qu'il y a un doute ».
- des règles harmonisées au sein de la MDPH pour les décisions des équipes en matière **d'aide humaine dans le cadre de la PCH** ainsi que pour la PCH PCMT(Moselle).

[102] **Dans un contexte où les MDPH sont soumises à des impératifs de délais de traitement, les équipes recherchent des outils de travail très directement exploitables.** A titre d'exemple, des agents demandent à disposer d'indications plus « automatiques » en matière d'incapacité, sur le modèle de ce qui existe déjà dans le guide-barème sur la cécité ou la surdité. Cette tendance entre cependant en tension avec le principe consistant à personnaliser l'évaluation globale du handicap de la personne.

[103] **Par ailleurs, les « repères nationaux » construits nécessitent une actualisation permanente et demandée par les acteurs.** L'ADMDPH a ainsi mis l'accent sur un besoin de référentiel plus précis et actualisé dans les domaines de l'orientation professionnelle et de la scolarisation. Elle a identifié en particulier deux axes de travail prioritaires : disposer d'une « matrice d'orientation » actualisée entre les différentes modalités de prise en charge et d'accompagnement des enfants (ULIS, ESMS...) et par la même occasion préciser davantage les conditions d'attribution d'une AESH au niveau national ; disposer d'une matrice d'orientation actualisée entre les différents accompagnements disponibles en matière d'insertion professionnelle (emploi accompagné, ESAT, contrats aidés...) <sup>286</sup>.

[104] **Deux types de besoin sont donc identifiés sur le terrain concernant les référentiels nationaux :** disposer d'outils d'aide à la décision, actualiser certains d'entre eux, pour tenir compte des évolutions réglementaires et outiller le partenariat local. La construction par la CNSA d'arbres de décision ou de logigrammes pour guider l'action des équipes pluridisciplinaires aurait donc une valeur ajoutée importante, voire la généralisation d'outils de type « chatbot » pour permettre aux professionnels de mobiliser rapidement des informations précises au sein d'une grande masse de guides et de référentiels. En s'inspirant des bonnes pratiques locales, la

---

<sup>286</sup> « De l'accès aux droits à l'effectivité des droits, une nouvelle étape dans la société inclusive », Contribution de l'ADMDPH à la CNH 2023.

systématisation de ce type d'outil permettrait de compléter l'outillage national et d'éviter à chaque MDPH de répliquer des outils locaux.

### 3.3 L'appropriation des référentiels nécessite de prioriser les actions d'animation de réseau et de formation

#### 3.3.1 L'animation de réseau par la CNSA vise notamment à renforcer les compétences des professionnels en MDPH mais repose sur des moyens limités

[105] La construction et l'actualisation des référentiels par la CNSA ne peut pas être réalisée indépendamment d'un investissement dans l'animation des compétences des agents. **Le rôle de construction des outils et référentiels dévolu à la CNSA s'accompagne donc d'un rôle d'animation régulière des professionnels.**

[106] **La direction de l'accès aux droits et des parcours de la CNSA en assume la responsabilité avec:**

- des séminaires avec l'ensemble des directions des MDPH (deux séminaires présentiels par an complétés par des webinaires mensuels) ;
- une newsletter info-réseau ;
- une animation des référents MDPH. La CNSA souhaite renforcer cette animation, qui repose aujourd'hui essentiellement sur un référent par thématique ce qui constitue un facteur de fragilité RH. Ainsi, jusqu'en 2023, un seul référent était chargé à la fois des questions de scolarisation et de celles relatives à l'insertion professionnelle à la CNSA.

[107] Le regard des MDPH sur l'évolution de l'animation par la CNSA est contrasté. L'organisation en communautés professionnelles de référents est appréciée mais certaines MDPH témoignent d'un sentiment d'éloignement de la CNSA depuis la constitution de la cinquième branche. Cette impression pourrait être pour partie liée à l'impact conjoncturel négatif du Covid sur les années 2020-2022 mais aussi de l'évolution du positionnement de l'agence avec la démarche de transparence mise en œuvre via le baromètre trimestriel des MDPH. Or, le réseau exprime un besoin de réponses fréquentes et parfois dans l'urgence, y compris sur des points complexes de réglementation, qui appellent nécessairement des réponses rapides pour pouvoir traiter les dossiers dans les délais impartis.

#### 3.3.2 La formation des professionnels constitue une priorité qui ne s'appuie à ce jour ni sur des ressources ni sur un investissement suffisants

[108] **La loi du 28 juillet 2011 (dite « loi Blanc ») a fait du CNFPT l'opérateur des formations des agents des MDPH, donnant lieu à des conventions entre CNFPT et CNSA pour décliner les priorités dans ce domaine.** La feuille de route MDPH 2022 comportait une action 31 portant sur l'« amélioration du dispositif de formation des professionnels ». L'engagement était de revoir le programme de formations du CNFPT à la fois pour mieux tenir compte des besoins des MDPH et

pour s'articuler davantage avec les sessions de sensibilisation / échanges de pratiques organisées par la CNSA.

[109] **Pour décliner cet objectif, la convention-cadre entre la CNSA, l'ADF et le CNFPT, pour la période 2021-2022 a visé à mettre à disposition des agents de MDPH des contenus de formations revus.** La convention mentionne, parmi d'autres actions, la formation des membres des équipes pluridisciplinaires. Le champ des actions prévues à la convention est large : état des lieux des formations existantes, conception de l'offre de formation, formation de formateurs. La convention est assortie d'indicateurs (nombre de stagiaires, nombre de sessions, taux de satisfaction) et d'objectifs précis : fin 2022, 100 % des professionnels des MDPH devaient se voir proposer au moins une formation.

[110] **La convention avec le CNFPT est arrivée à échéance fin 2022 et son bilan est toujours en cours en mars 2024 de sorte que la mission n'a pas pu disposer des indicateurs quantitatifs prévus à la convention, ni même d'un bilan provisoire.**

[111] **La formation des agents et directeurs de MDPH fait également partie des missions d'animation exercées par la CNSA dont le passage à une échelle supérieure se heurte au manque de ressources dédiées.** Un investissement important a été consenti en 2022 avec l'organisation par le CNFPT et la CNSA de webinaires de formation. L'organisation de ces webinaires visait à outiller plusieurs missions essentielles de la MDPH : l'évaluation des besoins, l'utilisation du guide-barème, le codage des pathologies et déficiences, l'enregistrement des demandes, la PCH, l'AAH et l'AEEH. Ces formations ont été nourries en particulier par les constats faits en MDPH par la MAOP sur les lacunes dans la connaissance des textes réglementaires et des référentiels par les agents. Dans les éléments de retour d'expérience sur les interventions MAOP, le manque de formation d'une partie des agents, y compris ceux en charge de l'évaluation, revient en effet fortement.

[112] **Le contenu des supports de formation construits en 2022 est très riche et alterne formation théorique et exemples de cas pratiques.** Les sessions ont réuni, en juin 2022, 2 400 professionnels issus de 96 MDPH. En moyenne, les agents concernés ont suivi trois sessions différentes et la démarche paraît avoir suscité un fort intérêt. Les vidéos issues des webinaires sont toujours disponibles. Selon des données partielles de la CNSA, environ 750 agents en MDPH ont suivi ces formations au premier semestre 2023.

[113] **Au-delà de ces webinaires qui ont permis de former une partie significative du personnel des MDPH en 2022 se pose la question de la reproductibilité de ce type d'actions et du rôle respectif des différents acteurs au niveau national et au niveau local :**

- **au niveau local** : dans ses déplacements, la mission a repéré peu de ressources dédiées à la formation au sein des équipes.

- dans une seule MDPH de l'échantillon (Haute Garonne), un ETP a été dédié à l'accompagnement des pratiques professionnelles. L'agent en question construit des supports internes, dont un parcours de formation pour les nouveaux arrivants, et est chargée de mobiliser l'offre du CNFPT le cas échéant. Elle construit également des supports de formation sur des thèmes qui ne sont pas traités par les webinaires de la CNSA, par exemple sur la connaissance de l'offre en ESMS. Outre ces formations interne, la même référente formation est chargée de développer la formation des partenaires : ceux en charge d'un premier niveau d'accueil (maisons départementales des solidarités) comme ceux dont l'action peut être déterminante pour assurer la qualité du dossier de demande et donc de l'évaluation (travailleurs sociaux des hôpitaux) ;
- dans une autre MDPH (Finistère), un « pôle qualité » est identifié à côté des pôles métiers. Ce pôle construit des procédures et appuie les autres pôles pour harmoniser leurs pratiques s'il y a lieu mais n'est pas spécifiquement chargé d'une stratégie de formation.
- **au niveau national** : la construction des webinaires a été alimentée par le pôle qualité et harmonisation des pratiques de la CNSA sur la base des interventions MAOP, mais il n'existe pas de ressource dédiée à la construction d'une stratégie de formation ou à l'ingénierie de contenus pédagogiques, d'autant moins que la convention avec le CNFPT est arrivée à échéance fin 2022.

[114] La formation des agents (comme celle des directeurs) a été identifiée comme une demande forte des directeurs de MDPH dans les travaux de la DITP préalables à la feuille de route 2027 et inscrite parmi les objectifs de la Cog 2022-2026 de la CNSA<sup>287</sup>. Parmi les sujets prioritaires de formation identifiés par les directeurs de MDPH :

- formation des agents instructeurs et évaluateurs sur le guide barème, le GEVA, l'évaluation de la PCH, etc.
- formation sur l'accueil des personnes en situation de handicap, aussi bien en présentiel que par téléphone.
- formation sur les évolutions du SI, son ergonomie générale et la protection des données.
- formation sur le travail en partenariat et en réseau<sup>288</sup>.

[115] **Des travaux sont en cours à la CNSA pour mettre à disposition des MDPH une « plateforme numérique » de formation dès 2024** pour permettre aux agents de se former de manière continue via des modules d'*e-learning* et de tester leurs connaissances. Au-delà de la mise en place technique de l'outil, son alimentation régulière, l'actualisation des contenus et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de formation nécessiteront un renforcement des ressources consacrées à cette mission par la CNSA. La fonction doit également être renforcée en MDPH, voire instaurée dans les nombreuses MDPH qui ne disposent, dans la grande majorité des cas, d'aucune ressource dédiée à la conception et à la mise en œuvre d'une stratégie de formation.

---

<sup>287</sup> Objectif en 2023 de 40 % des directeurs de MPDH ayant bénéficié d'au moins un temps de formation/information proposé par la CNSA.

<sup>288</sup> Source : enquête conduite par la DITP auprès des directeurs de MDPH en décembre 2024

# ANNEXE 8 : L'inscription territoriale des MDPH et leur pilotage national

<b>ANNEXE 8 :</b>	<b>L'INSCRIPTION TERRITORIALE DES MDPH ET LEUR PILOTAGE NATIONAL .....</b>	<b>224</b>
<b>1</b>	<b>UN ECOSYSTEME COMPLEXE AU NIVEAU TERRITORIAL .....</b>	<b>225</b>
1.1	UN GIP QUI TRADUIT L'ORGANISATION PARTENARIALE DE LA MDPH TOUT EN ETANT PILOTE EN PRATIQUE PAR LE DEPARTEMENT.....	225
1.1.1	<i>La gouvernance du GIP MDPH et le rôle prépondérant du département .....</i>	<i>225</i>
1.1.2	<i>La place en retrait des représentants de l'Etat et une valeur ajoutée du statut de GIP qui est réinterrogée .....</i>	<i>226</i>
1.1.3	<i>Une inscription territoriale de la MDPH qui se matérialise dans la CDAPH .....</i>	<i>228</i>
1.2	DES PARTENARIATS PLUS OU MOINS STRUCTURES SELON LES CHAMPS .....	229
1.2.1	<i>Les partenariats avec l'Etat et ses opérateurs.....</i>	<i>229</i>
1.2.2	<i>Les partenariats avec les organismes de sécurité sociale .....</i>	<i>234</i>
1.2.3	<i>Les partenariats avec les associations .....</i>	<i>236</i>
1.2.4	<i>Les autres partenariats .....</i>	<i>237</i>
<b>2</b>	<b>UN PILOTAGE NATIONAL AU MILIEU DU GUE ENTRE CINQUIEME BRANCHE ET GOUVERNANCE DECENTRALISEE.....</b>	<b>239</b>
2.1	UN MODE DE PILOTAGE DE LA CINQUIEME BRANCHE QUI N'EST PAS COMPARABLE A CELUI DES AUTRES BRANCHES EN RAISON DU ROLE MAJEUR DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX DANS LE CHAMP DE L'AUTONOMIE .....	239
2.2	DES AVANCEES VERS UN PILOTAGE PLUS STRUCTURE DANS LE CADRE DE LA FEUILLE DE ROUTE MDPH 2022 MALGRE DES LIMITES DANS LA MOBILISATION INTERMINISTERIELLE.....	240
2.2.1	<i>La feuille de route nationale MDPH 2022, une méthode structurante pour l'action des MDPH et de la CNSA.....</i>	<i>240</i>
2.2.2	<i>La mobilisation interministérielle reste perfectible malgré la feuille de route 2022.....</i>	<i>241</i>
2.3	UN PILOTAGE NATIONAL QUI SE HEURTE TOUJOURS AU MANQUE DE DONNEES ET A DES RESSOURCES D'ANIMATION LIMITEES.....	242
2.3.1	<i>Le pilotage des MDPH par la donnée reste embryonnaire malgré l'investissement collectif dans la construction du SI harmonisé .....</i>	<i>243</i>
2.3.2	<i>Les relations entre la CNSA et les acteurs territoriaux se fondent sur le conventionnement et sur un travail d'animation reposant sur des ressources limitées .....</i>	<i>249</i>



[1] La réalisation par les MDPH de leurs missions dépend d'une bonne collaboration avec une multiplicité d'acteurs au niveau territorial. Le pilotage des MDPH par les départements, qui détiennent la présidence du GIP, contribue à expliquer l'organisation très spécifique de la cinquième branche, reposant sur acteur, la CNSA, positionné en animation nationale des MDPH plutôt qu'en pilotage.

## 1 Un écosystème complexe au niveau territorial

### 1.1 Un GIP qui traduit l'organisation partenariale de la MDPH tout en étant piloté en pratique par le département

#### 1.1.1 La gouvernance du GIP MDPH et le rôle prépondérant du département

[2] **Le département, l'Etat et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général de sécurité sociale sont membres de droit du GIP<sup>289</sup>.** Ce modèle de GIP construit par la loi de 2005 traduit le caractère partenarial de la MDPH.

[3] **Un rôle prépondérant est donné au département qui préside la COMEX.** Les décisions de cette dernière sont arrêtées à la majorité des voix avec, en cas d'égalité, une voix prépondérante pour le président.

[4] En outre, les MDPH analysées par la mission se caractérisent par une intégration parfois forte dans les services du département :

- selon les cas, le personnel peut être intégralement recruté par le GIP ou comporter une part de personnel employé par le département, voire la totalité (Allier).
- les systèmes d'information reposent souvent sur les services du département, même si certaines MDPH détiennent aussi des compétences SI.
- les départements peuvent apporter aussi un soutien logistique (gestion de la paie, etc.).

[5] Cette intégration de fait n'est pas toujours valorisée financièrement dans la contribution du département au GIP ce qui rend difficile la valorisation financière fidèle de ce niveau de contribution<sup>290</sup>.

[6] **L'intégration avec les services du département est naturellement plus forte encore dans les MDPH ayant pris la forme de maisons de l'autonomie (MDA)<sup>291</sup>.** Cela se traduit par exemple par un accueil mutualisé du public (Allier, Nord) ou une stratégie de communication complètement

---

<sup>289</sup> Voir annexe I. D'autres personnes morales peuvent demander à en être membres, notamment les personnes morales représentant les organismes gestionnaires d'établissements ou de services destinés aux personnes handicapées.

<sup>290</sup> Voir l'annexe 2 sur les moyens.

<sup>291</sup> Tout en conservant la forme juridique du GIP imposée par la loi.

intégrée à celle du département (la MDPH ne disposant pas alors d'un site internet propre mais d'une page sur le site du conseil départemental, Allier).

[7] **Dans le domaine de l'évaluation, les synergies PA / PH paraissent limitées à ce jour dans les MDA analysées par la mission (Nord, Allier).** A titre d'exemple, les équipes APA peuvent être mobilisées pour l'évaluation des demandes « sèches » de CMI, en revanche on n'observe pas de mutualisation sur l'évaluation des demandes de PCH. Dans certaines MDPH non MDA, les évaluations PCH mobilisent des travailleurs sociaux du département, qui réalisent par exemple les visites à domicile (Somme) mais travaillent exclusivement sur la PCH et non sur l'APA.

[8] **Ces liens fonctionnels resserrés avec les départements ne signifient pas pour autant que la transversalité avec les directions métier du conseil départemental soit bien assurée.** Ainsi, la mission a constaté que les liens entre l'activité de la MDPH et les autres politiques conduites par le département sont souvent inaboutis. C'est le cas par exemple des liens avec l'ASE ou avec les directions en charge de l'insertion qui semblent très perfectibles malgré les bonnes pratiques observées (par exemple la désignation d'un référent ASE à la MDPH).

[9] **Au-delà de l'intégration fonctionnelle entre services, dans les exemples analysés par la mission, c'est l'impulsion politique du président de département qui paraît essentielle pour assurer l'atteinte des objectifs fixés à la MDPH en termes de délais et de qualité de service (Finistère, Somme).** Cela se traduit par des moyens supplémentaires attribués par le département à la MDPH et par un pilotage resserré par l'exécutif départemental. Si l'implication politique du département n'est pas aussi forte dans tous les territoires visités par la mission, la MDPH semble toujours considérée en pratique comme l'opérateur du département par ses partenaires territoriaux.

### 1.1.2 La place en retrait des représentants de l'Etat et une valeur ajoutée du statut de GIP qui est réinterrogée

[10] **En regard du rôle de pilote du département, les représentants de l'Etat jouent un rôle limité.** Les sous-préfets handicap, dont la fonction a été créée récemment, ne paraissent pas à ce jour investis dans le co-pilotage des MDPH. Les DDETS ne sont pas toujours présentes dans les instances. Quand elles le sont, elles ne disposent pas d'un cadre d'action qui définisse leur rôle et les priorités à défendre, par exemple sur l'AAH financée par l'Etat. Les autres composantes de l'Etat et de ses opérateurs interviennent chacune pour ce qui concerne son champ de compétence : Education nationale, France travail, ARS, caisses de sécurité sociale. Les collaborations avec ces acteurs donnent lieu à des conventions spécifiques (voir *infra*).

[11] **Le désengagement de l'Etat se matérialise dans le départ progressif des personnels mis à disposition à la création des MDPH par les DDASS et les DDTEFP sur la base des moyens mobilisés auparavant pour les CDES et COTOREP (voir annexe 2 sur les charges et moyens des MDPH)...**

[12] **A rebours de cette évolution, les moyens (enseignants et psychologues) mis à disposition des MDPH par le ministère de l'Éducation nationale ont augmenté régulièrement sur la période récente**<sup>292</sup>. Le total d'ETP mis à disposition est ainsi passé de 200,3 en 2016 à 261,5 en 2023<sup>293</sup>.

[13] La loi du 28 juillet 2011 avait prévu qu'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens serait désormais annexée à la convention constitutive du GIP. Signée entre la MDPH et les membres du GIP, elle devait déterminer pour trois ans « les missions et objectifs assignés à la maison départementale des personnes handicapées, ainsi que les moyens qui lui sont alloués pour les remplir » et en particulier le montant de la subvention de fonctionnement allouée par l'Etat. Cette disposition n'a jamais été mise en œuvre.

[14] **Le choix du statut de GIP, qui avait donné lieu à débat lors de l'examen de la loi de 2005**<sup>294</sup>, **continue de susciter la discussion sur sa plus-value au bout de vingt années de fonctionnement.** L'intérêt du GIP réside en particulier dans le fait de formaliser l'implication des principaux partenaires de la MDPH et de garantir la participation des associations à la gouvernance de la MDPH. En outre, par rapport à l'hypothèse dans laquelle la MDPH serait un simple service du département, le statut de GIP permet aussi d'afficher une forme de « neutralité » en introduisant un minimum de distance de la MDPH avec le département, qui est aussi financeur de la PCH ou de certains ESMS.

[15] **A contrario, les échanges avec les MDPH ou les départements ont mis en lumière plusieurs inconvénients non négligeables associés au statut de GIP, en particulier en matière de gestion interne :**

- la complexité interne de gestion qui repose en particulier sur la direction de la MDPH, notamment en matière de gestion du personnel. Selon les territoires, les départements sont plus ou moins disposés à mettre à disposition des ressources pour appuyer les fonctions support des MDPH. Parmi les difficultés citées par des MDPH, la gestion de la paie parfois internalisée dans la MDPH ou l'élection des représentants du personnel doit être organisée en interne alors même qu'en raison de leur taille, les MDPH ne disposent pas de service RH pour la plupart d'entre elles.
- le problème d'attractivité des MDPH qui offrent dans certains cas peu de perspectives de parcours de carrière dans des structures souvent de taille limitée, avec des problématiques de gestion RH spécifiques à sa qualité de GIP (détachements statutaires, recours aux contractuels...).
- les échanges de données entre MDPH et services du département, qui auraient vocation à se développer pour faciliter l'intégration entre les différentes politiques départementales, sont rendues plus complexes par l'existence d'une structure distincte du département,

---

<sup>292</sup> Ce total ne comprend donc pas les personnes hors enseignants et psychologues, notamment médecins, autres personnels administratifs.

<sup>293</sup> Source : DGESCO.

<sup>294</sup> Voir par exemple le débat du 21 octobre 2004 au sénat entre partisans des différentes solutions institutionnelles, GIP, service départemental ou établissement public local. Le GIP est considéré comme permettant une « souplesse d'organisation en évitant les solutions institutionnelles trop rigides » par l'un des intervenants.

nécessitant la signature de conventions entre département et GIP pour l'échange de données (Finistère).

[16] **Ces différents inconvénients conduisent certains interlocuteurs de la mission, directeurs de MDPH ou représentants des départements, à plaider pour une intégration des MDPH au sein des services du département.** Ils soulignent que le principal apport du GIP, l'implication des associations dans la gouvernance, pourrait être préservé par la création d'une instance ad hoc. Ce point n'est pas consensuel y compris au sein des MDPH. Certains directeurs mettent en avant la plus-value du GIP en termes d'implication partenariale. Ils craignent un affaiblissement de la mobilisation des différentes institutions en cas de transformation de la MDPH en service départemental.

### 1.1.3 Une inscription territoriale de la MDPH qui se matérialise dans la CDAPH

[17] **La CDAPH constitue une instance partenariale d'une nature différente de la Comex par sa compétence décisionnaire sur l'ensemble des situations individuelles et demandes adressées à la MDPH.** Elle donne une place importante aux associations. L'article L. 241-5 du CASF prévoit que la CDAPH comprend « des représentants du département, des services et des établissements publics de l'Etat, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves et, pour au moins un tiers de ses membres, des représentants des personnes handicapées et de leurs familles désignés par les associations représentatives, et un membre du conseil départemental consultatif ». Des représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou de services siègent avec voix consultative.

[18] **La mission a participé en observatrice à une CDAPH dans chacun des sept territoires visités ce qui a permis de constater la grande diversité d'organisation comme de fonctionnement de l'instance**<sup>295</sup>. En termes d'organisation, certains départements ont fait le choix de territorialiser la commission sur plusieurs antennes quand d'autres ont une commission départementale, le cas échéant spécialisée (par exemple enfant / adulte).

[19] **La distribution des présidences et des vice-présidences au sein de la CDAPH permet d'impliquer les différents partenaires locaux.** Dans l'échantillon de la mission, les présidences de CDAPH relèvent : d'un élu ou salarié du département (Finistère, Moselle, Allier, Haute Garonne) ; d'une association (Val de Marne, Somme). L'Education nationale est positionnée en présidence de CDAPH spécialisées sur la scolarisation dans plusieurs départements. En Seine-et-Marne, où la MDPH loue son partenariat avec l'Education nationale (cf annexe 4 sur l'évaluation), celle-ci a longtemps présidé la commission dédiée à la vie scolaire et a assuré, à ce titre, la vice-présidence de l'instance plénière. Selon la MDPH, cela permet de positionner l'Education nationale au bon niveau au regard de son rôle, entier, dans la mise en œuvre des décisions. En revanche, le positionnement des DDETS paraît plus en retrait au sein de la CDAPH, hormis sur un territoire visité par la mission où la DDETS est systématiquement représentée dans cette instance et se

---

<sup>295</sup> Les développements qui suivent portent uniquement sur la dimension partenariale de la CDAPH. Le rôle propre de la CDAPH, en particulier vis-à-vis de l'équipe pluridisciplinaire, est analysé dans l'annexe 4 portant sur l'évaluation.

déclare investie d'une fonction spécifique de veille sur la pertinence des décisions en matière d'AAH.

[20] **Le poids des associations au sein des CDAPH est hétérogène.** Les différences de fonctionnement observées entre commissions paraissent tenir en partie au positionnement des représentants associatifs qui s'attachent dans certains cas à garantir le respect de la définition du handicap (« ne pas faire entrer n'importe qui dans le handicap ») et dans d'autres cas à défendre la réponse la plus qualitative possible aux demandes exprimées par la personne ou sa famille.

[21] **Plusieurs MDPH mettent en avant une volonté de développer ou d'actualiser les compétences des membres de la CDAPH :** cela passe par des formations des membres (Moselle : formation sur le concept de RSDAE par le référent insertion professionnelle de la MDPH), des temps d'échange sur des points de doctrine ou sur l'activité de la MDPH afin de ne pas cantonner la CDAPH à la seule étude des cas individuels (Finistère). Enfin, la difficulté à atteindre le quorum est réelle dans certains départements alors qu'il ne paraît pas s'agir d'un enjeu dans d'autres territoires.

## 1.2 Des partenariats plus ou moins structurés selon les champs

[22] **L'article L. 146-3 du CASF prévoit la possibilité pour la MDPH de conventionner avec l'ensemble des acteurs qui interviennent dans son champ de compétence :** « pour l'exercice de ses missions, la maison départementale des personnes handicapées peut s'appuyer sur des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ou des organismes assurant des services d'évaluation et d'accompagnement des besoins des personnes handicapées avec lesquels elle passe convention ». L'action de la MDPH est en effet étroitement dépendante de sa capacité à s'insérer dans les partenariats sur chacun des champs de son intervention (école, emploi, travail, santé, accompagnement médico-social...).

[23] Les développements qui suivent visent à décrire la structure des principaux partenariats conclus par les MDPH, leur contribution à la mission d'évaluation étant décrite plus précisément dans l'annexe 4 sur l'évaluation.

### 1.2.1 Les partenariats avec l'Etat et ses opérateurs

[24] France travail comme l'Education nationale sont des partenaires majeurs de la MDPH aussi bien au moment de la phase d'évaluation de la situation de la personne qu'au moment de la mise en œuvre de la décision de la CDAPH.

#### 1.2.1.1 Le partenariat avec l'Education nationale

[25] **Sur le plan institutionnel, le partenariat avec l'Education nationale est illustré par les éléments suivants :**

- la **convention constitutive du GIP MDPH** à laquelle le recteur est partie ;
- cette convention se traduit notamment par la **mise à disposition de personnel** de l'Education nationale (*cf. supra*) ; dans les équipes pluridisciplinaires observées par la

mission, les dossiers étaient analysés a minima par un binôme soignant / enseignant ; les conditions de mise à disposition ne sont pas encadrées au niveau national (temps de travail / congés, indemnités...) ce qui donne lieu à des choix variables selon les territoires ;

- les MDPH disposent systématiquement d'un **correspondant de scolarisation** qui peut être un enseignant, un psychologue... Le réseau des correspondants de scolarisation est animé par la CNSA ;
- la **participation de représentants à la Comex et à la CDAPH** ; dans l'ensemble des CDAPH observées par la mission, les représentants de l'Education nationale jouaient un rôle important sur l'examen des décisions relatives aux enfants ;
- des **conventions relatives à l'échange de données** entre la MDPH, les services départementaux de l'Education nationale et l'enseignement privé le cas échéant. Dans les exemples consultés par la mission, la convention prévoit l'accès des enseignants référents habilités au système d'information de la MDPH, et réciproquement la possibilité pour ces professionnels de déposer sous format informatique les éléments en leur possession nécessaire à l'instruction des dossiers MDPH.

[26] **Le décret du 4 mai 2020 a créé dans chaque département un comité départemental de l'école inclusive CDEI coprésidé par le directeur général de l'ARS et le recteur**<sup>296</sup>. La MDPH est membre du CDEI aux côtés de représentants des collectivités territoriales, des associations et des gestionnaires. Ce comité doit réaliser un état des lieux annuel sur la scolarisation et l'accompagnement médico-social des élèves en situation de handicap et « examine, en vue de leur coordination et d'un maillage territorial cohérent, les programmations et les déploiements nécessaires pour l'accueil, la formation et l'accompagnement des élèves en situation de handicap ». Au niveau national, plusieurs directeurs de MDPH participent également au comité national de suivi de l'école inclusive présidé par les ministres en charge du handicap et de l'Education.

[27] **La réussite du partenariat MDPH / Education nationale est évidemment essentielle pour la réponse aux besoins de l'enfant concerné.** Dans les entretiens conduits par la mission avec des usagers, les familles ne font pas nécessairement la distinction entre ce qui relève de la responsabilité de l'Education nationale, qui est leur premier interlocuteur, et ce qui relève du rôle de la MDPH, l'important étant la réponse aux besoins de leur enfant.

[28] **Dans les territoires approfondis par la mission, le partenariat entre la MDPH et l'Education nationale est apparu à chaque fois comme un axe prioritaire qui se traduit dans plusieurs types d'actions concertées :**

- des **commissions d'affectation partagée** des élèves concernés, mises en place de manière disparate sur le territoire ;
- **l'organisation de chaque rentrée scolaire**, notamment en diffusant auprès des enseignants et des familles un calendrier prévisionnel pour anticiper la rentrée de leur enfant ;

---

<sup>296</sup> Ces CDEI ont pris la place des groupes techniques de suivi de la scolarisation des enfants, adolescents ou jeunes adultes handicapés.

- **la participation de l'Education nationale à des réunions de concertation sur des situations complexes** (réunissant l'ensemble des acteurs concernés en aval de la décision de la CDAPH) ;
- **des actions de sensibilisation des enseignants** en particulier pour expliquer le caractère stratégique du GEVA-sco et l'importance de veiller à son bon remplissage. Le rectorat et la MDPH sensibilisent également les enseignants au rôle respectif de l'équipe pédagogique et de la MDPH dans la réponse aux besoins de l'enfant.

[29] **Pour autant, la coopération entre MDPH et services départementaux de l'Education est rendue plus complexe par le contexte national de tensions relatives à la mise en œuvre de l'école inclusive**<sup>297</sup>. Comme l'a indiqué le rapport IGAS IGESR sur l'acte 2 de l'école inclusive, l'Education nationale apparaît comme « prescriptrice cachée » des droits attribués par la MDPH, à travers la rédaction des GEVA-sco, « qui incluent peu de données d'accessibilité, mais souvent des demandes d'aide humaine, et sur lesquels les MDPH appuient leurs décisions et la rédaction des PPS. » Le rapport met en lumière la diversité de la qualité des GEVA-sco selon le degré d'appropriation des équipes éducatives. Dans l'échantillon de la mission, les MDPH regrettent que certains enseignants soient d'abord tentés par l'identification d'un besoin d'AESH sans engager préalablement un travail sur l'adaptation du droit commun. Une MDPH indique avoir mis en place récemment des décisions de refus pour le motif que les aménagements pédagogiques n'ont pas été mis en place avant d'adresser à la MDPH une demande de compensation.

[30] Dans ce contexte de tensions, les représentants de l'Education nationale expriment parfois leurs regrets que la MDPH ne produise pas de plan personnalisé de scolarisation sauf dans des cas particuliers, notamment sur demande expresse de la famille (Finistère). En effet, en l'absence de PPS, l'enseignant dispose uniquement de la décision de la CDAPH sans disposer de plus de précisions sur l'analyse des besoins de l'enfant ayant conduit à la décision. Cela rend plus difficile la mise en œuvre de la décision, par exemple en cas d'attribution d'AESH.

[31] En outre, l'échange de données avec l'Education nationale s'appuie sur des outils encore très perfectibles. A terme, le livret de parcours inclusif pourra être le support de l'ensemble des informations concernant la situation de l'élève mais sa montée en charge est très progressive<sup>298</sup>. Le LPI devra permettre les échanges d'informations mutuelles, permettant par exemple aux MDPH de disposer d'une visibilité sur la mise en œuvre de leurs décisions par l'Education nationale.

### 1.2.1.2 Le partenariat avec le service public de l'emploi

[32] **Le partenariat avec le service public de l'emploi n'a pas été structuré de la même manière que celui avec l'Education nationale à la création des MDPH.** Ainsi, la participation du service public de l'emploi aux CDAPH n'est pas prévue dans les textes. La présence d'un représentant du SPE aux équipes pluridisciplinaires se prononçant dans le domaine de l'insertion professionnelle n'est pas requise contrairement celle des représentants de l'Education nationale<sup>299</sup>. Dans le

---

<sup>297</sup> Voir le rapport IGAS / IGESR sur l'acte 2 de l'école inclusive.

<sup>298</sup> Voir l'annexe 6 sur les outils.

<sup>299</sup> Article R. 146-27 du CASF sur l'équipe pluridisciplinaire : « lorsqu'elle se prononce sur des questions relatives à la scolarisation, elle comprend un enseignant du premier ou du second degré ».

domaine de l'insertion professionnelle, il est simplement prévu que l'équipe pluridisciplinaire comprend des professionnels ayant des « compétences dans les domaines de l'emploi et de la formation ».

[33] La coopération actuelle entre la MDPH et le service public de l'emploi s'inscrit dans un cadre de coopération nationale constitué en particulier par la convention nationale pluriannuelle multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés 2017-2020<sup>300</sup>. Cette convention a fait l'objet d'avenants de prolongation en 2020 puis fin 2022 et fin 2023. Elle est déclinée dans des plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés et dans des plans départementaux.

[34] **Une convention type de partenariat entre le service public de l'emploi et chaque MDPH est déclinée dans l'ensemble des territoires.** Signée par le préfet, Pôle emploi, Cap emploi, les missions locales et la MDPH, elle mentionne comme objectifs principaux la synergie entre ces acteurs dans la construction et le suivi des parcours des travailleurs handicapés, l'amélioration de l'évaluation et de l'orientation des personnes, les échanges de données entre opérateurs. La convention type nationale a fait l'objet de plusieurs avenants, le dernier modèle communiqué par la CNSA est destiné à tenir compte des évolutions portés par la loi du 18 décembre 2023. Un bilan national de la mise en œuvre de cette convention a été réalisé par la CNSA entre juillet et septembre 2022 mais seules 28 MDPH ont répondu au questionnaire.

[35] **Les actions prévues dans cette convention sont ambitieuses.** Elles portent sur la participation du SPE aux travaux de l'équipe pluridisciplinaire, à la délégation au SPE de la prescription de mises en situation professionnelle en ESAT<sup>301</sup> et aux transmissions de données. La possibilité pour le SPE de saisir la MDPH en urgence est également prévue par la convention pour les situations dans lesquelles l'accès à un emploi ou une formation est conditionné à l'obtention de la RQTH. En outre, les échanges de données entre MDPH et SPE font l'objet d'une seconde convention qui prévoit la transmission par la MDPH des données relatives à l'orientation professionnelle de la personne et la récupération par la MDPH des données relatives à l'accompagnement des demandeurs d'emploi travailleurs handicapés soit par l'accès au DUDE soit par la transmission d'informations dans le cadre des équipes pluridisciplinaires.

[36] **Les pratiques observées par la mission illustrent une déclinaison plutôt restrictive du cadre conventionnel.** Les MDPH ont toujours désigné en interne au moins un référent insertion professionnelle conformément à la réglementation. Des intervenants du SPE (Pôle emploi, Cap emploi) sont bien associés aux équipes pluridisciplinaires ouvertes aux partenaires, qui interviennent souvent en deuxième niveau quand l'équipe de premier niveau l'estime nécessaire. En amont de la demande, la personne peut parfois être accompagnée par un acteur du SPE (Cap emploi en particulier). Enfin, la mission a observé ponctuellement la mobilisation de prestations d'orientation professionnelle spécialisée (POPS) par des MDPH : ces prestations sont réalisées par le service public de l'emploi afin d'accompagner les personnes pour préciser leur projet d'orientation professionnelle.

---

<sup>300</sup> Qui avait succédé à une première convention nationale multipartite sur la période 2013-2017. La convention est signée par la DGEFP, Pôle emploi, la DGAFP, l'AGEFIPH, le FIPHFP, CHEOPS, l'UNML, Régions de France, la CNSA, la CNAM, la CCMSA.

<sup>301</sup> La délégation de la prescription des MISPE fait l'objet de conventions ad hoc par ailleurs.



[37] **Des marges de progrès sont identifiées par la mission dans l'articulation avec le service public de l'emploi.** Ainsi, des équipes pluridisciplinaires internes aux MDPH examinent parfois des demandes en matière d'insertion professionnelle ou d'AAH (en particulier la condition de restriction substantielle et durable à l'emploi pour accéder à l'AAH 2) avec des informations parfois limitées dans le formulaire de demande et sans systématiquement mobiliser les compétences du service public de l'emploi (voir l'annexe 4 relative à l'évaluation). La possibilité pour le SPE de saisir en urgence la MDPH pour les situations le nécessitant n'est pas opérationnelle dans tous les territoires selon une association nationale rencontrée par la mission.

[38] **Enfin, les flux de données en cours de mise en place dans le cadre du SIH sont encore largement perfectibles.** Une cinquantaine de départements avaient mis en production la transmission des données au SPE sur l'orientation et la RQTH fin 2023<sup>302</sup>. S'agissant des flux entrants pour alimenter l'évaluation, selon plusieurs MDPH interrogées, l'accès au DUDE a une véritable valeur ajoutée pour enrichir les informations disponibles sur la personne. Un accès similaire aux informations des missions locales n'a pas été organisé.

### 1.2.1.3 Le partenariat avec les ARS

[39] Les agences régionales de santé sont membres du GIP et de la Comex. Elles co-président le comité départemental de l'école inclusive. Leurs représentants participent aux CDAPH. Leur présence en CDAPH est inégale dans les situations observées par la mission.

[40] **Les relations de travail entre la MDPH et l'ARS recouvrent en particulier les compétences de l'ARS en matière de régulation et de financement des ESMS.** L'ARS est donc particulièrement impliquée dans la mise en œuvre des décisions de la CDAPH :

- construction de guides sur la priorisation des admissions en ESMS destinés aux directeurs des établissements (Finistère) ;
- participation aux différents dispositifs en place pour accompagner les situations complexes (communautés 360, groupes opérationnels de synthèse) ;
- déploiement du SI Viatrajectoires auprès des ESMS pour le suivi des décisions de la CDAPH.

[41] Les décisions prises par la CDAPH suscitent parfois les interrogations des ARS par leur caractère très prescriptif dans certains territoires, susceptible de rendre difficile la réponse aux besoins (Haute Garonne). Ce ressenti s'inscrit cependant, au-delà des pratiques de certaines CDAPH, dans un contexte global de tension sur l'offre et donc de difficulté à répondre aux besoins des enfants.

[42] **Parmi les missions de la MDPH, celle d'observatoire du handicap pourrait être particulièrement utile à l'ARS, comme au département, pour les appuyer dans l'évolution de l'offre en réponse aux besoins du territoire.** Cette fonction d'observatoire est peu investie par les MDPH qui doivent prioriser leurs missions de production et qui ne parviennent pas, à ce jour, à exploiter les nombreuses données présentes dans leur SI à des fins d'observation statistique. Des représentants des ARS rencontrés par la mission regrettent le manque de visibilité sur le territoire

---

<sup>302</sup> Voir l'annexe 6 sur les outils des MDPH.

qui en résulte. La mission note cependant plusieurs bonnes pratiques qui pourraient être valorisées, ainsi des travaux très riches de la MDPH de la Réunion sur les caractéristiques des personnes bénéficiaires de droits à la MDPH dans ce territoire. Les analyses produites chaque année permettent de disposer d'une vision sur la structure d'âge, la répartition par déficience ou encore le mode d'accompagnement des personnes concernées. De même, l'implication des MDPH dans les diagnostics territoriaux partagés impulsés par les ARS dans le cadre de la préparation de la mesure des 50 000 nouvelles solutions a également pu être l'occasion de s'appuyer sur leur connaissance des publics pour alimenter une stratégie locale.

## 1.2.2 Les partenariats avec les organismes de sécurité sociale

[43] Les représentants des organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales sont membres du GIP MDPH. Des conventions avec les organismes de sécurité sociale portent sur des échanges de données mais aussi sur l'articulation des offres de services de chaque partenaire.

### 1.2.2.1 Les relations avec les CPAM et les CARSAT se fondent sur une recherche d'articulation des offres de service des MDPH et de la branche maladie

[44] **Les relations avec le régime général d'assurance maladie sont encadrées par une convention nationale CNSA / CNAM qui porte sur l'ensemble des relations entre les deux caisses au-delà de la question des MDPH.** S'agissant spécifiquement des MDPH, l'action n. 2 de la convention fixe les modalités de participation des CPAM aux groupes opérationnels de synthèse pilotés par les MDPH. L'action n. 5 porte sur la prévention de la désinsertion professionnelle après un accident du travail, avec l'expérimentation d'une procédure accélérée de RQTH. L'action n. 7 évoque en termes généraux les échanges de données dans le cadre du projet SI MDPH. Cette convention est arrivée à échéance en 2019 sans être renouvelée.

[45] **A partir de ce cadre national entre CNSA et CNAM, les relations MDPH / CPAM sont régies par une convention type nationale** ambitieuse diffusée par lettre-réseau CNAM à l'ensemble des caisses locales d'assurance maladie. Selon la CNAM, la convention type serait déclinée dans environ 70 départements à ce jour.

[46] **Les principales actions prévues par la convention sont les suivantes :**

- chaque institution oriente vers son partenaire en cas de besoin identifié. Pour cela, l'assurance maladie ouvre son « espace partenaire » aux MDPH afin de permettre des échanges sécurisés d'informations sur des situations individuelles. De fait, la mission a observé des conventions destinées à ouvrir à la MDPH l'accès à l'espace Partenaires de la CPAM afin de signaler des situations particulières à la caisse (Haute Garonne), mais cette pratique n'est pas encore généralisée
- la CPAM doit également participer aux réunions de certaines équipes pluridisciplinaires en tant que financeur de dispositifs de préorientation.
- il est prévu également une collaboration dans le cadre du fonds de compensation qui peut nécessiter de mobiliser les crédits de la CPAM.

[47] **Dans les territoires visités par la mission, des bonnes pratiques ont été mises en avant, sans qu'elles n'apparaissent systématiques et sans que la mission ne puisse les quantifier :**

- orientation vers la CPAM quand la MDPH identifie un sujet d'accès aux droits à l'assurance maladie chez une personne ayant déposé un dossier ;
- participation de la CPAM aux équipes pluridisciplinaires de niveau 2 (« partenaires ») sur l'insertion professionnelle (*Finistère*) ;
- échange avec la CPAM quand la personne indique ne pas trouver de professionnel de santé pour établir son certificat médical (*Somme*).

[48] **Malgré ces bonnes pratiques, les partenariats locaux restent à dynamiser.** La CNAM et la CNSA ont organisé un premier webinar national en 2023 avec les MDPH et les CPAM. L'objectif affiché au niveau national est d'organiser un séminaire national par an.

[49] En outre, la **collaboration entre MDPH et service social de l'assurance maladie (CARSAT) est formalisée dans certains territoires** sur les axes suivants (*Haute Garonne*) : information des usagers sur l'offre de service du partenaire, notamment les actions de la CARSAT en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, information réciproque sur les dispositifs des deux partenaires, participation de la CARSAT à une pré-instruction de dossiers pour ses usagers, prise en compte par la MDPH. Dans un dossier transmis à la mission, une assistante sociale de la CARSAT accompagne la personne dans sa démarche MDPH.

[50] **Dans les territoires observés par la mission, ces collaborations restent rares alors même que des informations en provenance des services en charge de l'invalidité pourraient venir alimenter les équipes pluridisciplinaires de la MDPH.** La mission a ainsi pu observer des évaluations par les MDPH de personnes en invalidité sans disposer des informations dont dispose l'assurance maladie. Des équipes sont amenées à refaire une évaluation complète de personnes déjà classées en invalidité catégorie 2 (soit une capacité de travail et de gain réduite de plus de 66%) voire de catégorie 3<sup>303</sup>.

### 1.2.2.2 Les relations avec les CAF portent sur des échanges de flux de données visant à sécuriser les parcours

[51] **Concernant l'AAH, les conventions signées avec les CAF portent sur les flux de données** en provenance de la MDPH et permettant d'ouvrir ou de maintenir les droits en cas de renouvellement d'AAH (flux 3) ainsi que de transmettre les informations liées à la demande et à la décision de la CDAPH à la CAF dans une logique de « dites-le nous une fois »<sup>304</sup>. Concernant les renouvellements, les textes n'encadrent pas le délai maximum pour maintenir le versement de l'allocation dans l'attente de la décision de la CDAPH, ce qui donne lieu à des pratiques

---

<sup>303</sup> Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession, et, en plus, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

<sup>304</sup> Voir l'annexe 6 sur les outils pour la description des flux entre MDPH et CAF. Le flux 3 ne concerne que l'AAH mais le flux 4 porte à la fois sur l'AAH et l'AEEH.

hétérogènes selon les CAF. Par ailleurs, en cas d'absence de renouvellement du droit, le maintien préalable du droit peut générer des indus pour les usagers concernés.

[52] **Plus globalement, plusieurs moments du parcours de vie de la personne nécessiteraient une articulation plus étroite entre les deux structures** (voir l'annexe 5 sur la relation aux usagers) :

- la situation des personnes demandant l'AAH et pouvant relever d'une pension d'invalidité ;
- le passage entre AEEH et AAH avec des procédures pour éviter des ruptures de droit dans ces situations ;
- le moment de la retraite (enjeu d'une information précoce de l'allocataire pour éviter une rupture de droit).

### 1.2.2.3 Les relations avec la branche vieillesse ne s'appuient pas sur un cadre national formalisé comportant des engagements spécifiques aux personnes en situation de handicap

[53] Les relations entre CNSA et branche vieillesse sont régies par une convention CNAV/CNSA/MSA qui est arrivée à échéance en 2019 sans être renouvelée. Cette convention porte exclusivement sur l'accompagnement des personnes âgées et la prévention de la perte d'autonomie alors que la collaboration entre MDPH et branche retraite pourrait être renforcée sur les questions liées au passage à la retraite, notamment concernant les allocataires de l'AAH. L'accompagnement de ce moment du parcours nécessite la coordination entre CAF, MDPH et CARSAT au titre de la branche vieillesse.

### 1.2.3 Les partenariats avec les associations

[54] Outre le rôle des associations au sein des COMEX et des CDAPH, les relations avec le tissu associatif peuvent prendre la forme de **conventions qui prévoient la contribution des associations aux différentes missions conduisant à l'évaluation de la demande** :

- présence d'une permanence associative sur des lieux d'**accueil** de la MDPH (Bouches du Rhône) ;
- appui à la constitution des dossiers, qu'il s'agisse du **remplissage du formulaire** de demande ou plus spécifiquement de la rédaction du projet de vie ;
- participation à **l'évaluation des besoins** pour le compte de la MDPH, notamment pour l'attribution de la PCH (Bouches du Rhône), cette pratique étant décrite comme plus rare sur la période récente par certains interlocuteurs associatifs de la mission sans qu'il ne soit possible d'objectiver ce constat.

[55] Ces rôles sont tenus par les bénévoles ou par des salariés des associations qui sont parfois financés à cet effet par le département (Bouches du Rhône).

## 1.2.4 Les autres partenariats

### 1.2.4.1 Les MDPH s'investissent dans l'animation de réseaux pouvant concourir à la montée en compétences d'un premier niveau de partenaires

[56] La mission ne s'est pas concentrée sur la manière dont les MDPH outillaient les réseaux de proximité afin d'assurer un premier niveau de réponses. Néanmoins, à l'occasion des échanges, plusieurs MDPH ont indiqué mener des actions « hors les murs » pour sensibiliser les partenaires à la reconnaissance du handicap et aux missions de la MDPH.

[57] Le Finistère assure des temps de formation / information pour ses partenaires institutionnels à l'instar des agents du département (travailleurs sociaux et professionnels des PMI), ou des conseillers du SPE. Une démarche similaire existe dans le Val-de-Marne où la MDPH assure des rencontres techniques, avec les équipes d'enseignants référents des élèves en situation de handicap, avec les plateaux techniques hospitaliers, avec les travailleurs sociaux de l'ASE.

[58] **L'objectif de territorialisation de l'accueil de la MDPH la conduit à s'appuyer sur des relais de proximité qui dépendent parfois du département (cf. *supra*) ou d'autres collectivités territoriales (en particulier les communes et leurs CCAS).** Ces collaborations peuvent prendre la forme de conventions qui formalisent les engagements réciproques (Val de Marne entre MDPH et CCAS). Dans la Somme, une action est ciblée vers les partenaires en charge de l'accueil afin de mieux faire connaître la MDPH, les droits et prestations et de conduire à terme à un meilleur remplissage des dossiers. Cette action de formation est conduite en collaboration avec des associations gestionnaires du territoire et destinée aux agents du département, des CCAS, de France services.

### 1.2.4.2 Des partenariats encore peu structurés avec la médecine du travail

[59] **Parmi les territoires approfondis par la mission, les relations avec les services de santé au travail paraissent peu structurées.** Certaines MDPH prévoient une fiche de liaison dont le remplissage par la médecine du travail est requis si la personne a un employeur, en sus des pièces obligatoires prévues par la réglementation. Un formulaire de « RQTH accélérée » à adresser par la médecine du travail à la MDPH a également été construit en Ile de France.

[60] **Dans un cas (Somme), la mission a relevé un partenariat structuré par une convention prévoyant la participation d'un médecin du travail, « référent handicap »** du service inter-entreprises de santé au travail départemental, à une équipe pluridisciplinaire de la MDPH. La même convention prévoit la réalisation par ce même médecin d'une pré-évaluation de la demande de RQTH des personnes suivies par le service de santé au travail. Fondé sur une collaboration ancienne, ce partenariat apparaît efficace : la MDPH souligne l'impact positif à la fois sur la qualité des dossiers reçus et sur le délai de traitement.

### 1.2.4.3 Une volonté des MDPH de renforcer leurs actions à destination des professionnels de santé et opérateurs du champ médico-social et sanitaire

[61] **Dans le champ médico-social, les relations avec les ESMS sont naturellement étroites.** Cela vaut en particulier pour la mise en œuvre des décisions de la CDAPH. En amont, les ESMS peuvent également être mobilisés pour participer aux évaluations des besoins : la mission a relevé quelques conventions en ce sens, par exemple la participation d'un ESMS à l'évaluation de demandes pour des personnes présentant un handicap sensoriel (Val de Marne) avec une contribution financière de la MDPH. Sans que cela ne donne lieu à des conventions, les ESMS sont également parfois sollicités pour contribuer (échanges téléphoniques) voire participer à des équipes pluridisciplinaires. Les ESMS sont également associés à la préparation des décisions de renouvellement de droits pour les personnes qu'ils accueillent. Les associations gestionnaires se mobilisent enfin pour des actions de formation en collaboration avec la MDPH à destination des partenaires du territoire (cf. *supra*).

[62] **Les MDPH mettent également en avant des collaborations avec des établissements de santé.** Cela vaut notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques (Seine Saint Denis, Bouches du Rhône) ou pour le traitement de demandes urgentes (cancer, SLA). Dans le cadre de ces collaborations, les MDPH peuvent échanger avec les praticiens hospitaliers. Plusieurs MDPH mettent cependant en avant les difficultés à structurer des partenariats avec les services de psychiatrie et en particulier de pédopsychiatrie en raison du manque de ressources dans ces services (Allier). Outre les médecins, les assistantes sociales des établissements de santé sont également des interlocutrices parfois citées, ce qui renvoie là aussi à l'enjeu de formation au handicap pour ces professionnelles. Plusieurs MDPH mettent en avant des actions de formation à destination des assistantes sociales d'établissements de santé (Bouches du Rhône, Haute Garonne).

[63] **Dans le champ sanitaire, la mission a également relevé des actions ponctuelles et rarement formalisées en direction des professionnels libéraux du territoire :**

[64] Plusieurs MDPH font ainsi état d'actions de sensibilisation en direction de l'ordre des médecins ou des CPTS. Ce type d'actions avait déjà été entrepris lors de la refonte du certificat médical en 2009 afin de sensibiliser les médecins à l'importance d'un bon remplissage du certificat. Cette sensibilisation est jugée d'autant plus nécessaire en 2024 que les MDPH se rejoignent sur le constat d'une dégradation dans la qualité du remplissage du certificat médical, à partir d'une situation de départ elle-même peu satisfaisante en termes de qualité du certificat<sup>305</sup>.

[65] Outre les actions en direction des professionnels en exercice, plusieurs MDPH ont mis en place des interventions dans la formation initiale des étudiants en santé (*Somme, Finistère*)

[66] **Le retour des MDPH sur ces actions de sensibilisation demeure qu'elles sont chronophages sans atteindre nécessairement les bonnes cibles. Au regard des enjeux identifiés sur le remplissage du certificat médical (cf annexe 4), ce type d'actions gagnerait à être davantage outillé par le niveau national. Cela éviterait en outre de répliquer les mêmes supports de**

---

<sup>305</sup> Selon certaines MDPH, cela renvoie à une dégradation de la relation avec les médecins traitants dans un contexte de déficit dans la démographie médicale.

**communication ou de formation.** Certaines MDPH soulignent un besoin d'outils de communication simples (capsules video) qu'elles n'ont pas les moyens de produire en interne.

## 2 Un pilotage national au milieu du gué entre cinquième branche et gouvernance décentralisée

### 2.1 Un mode de pilotage de la cinquième branche qui n'est pas comparable à celui des autres branches en raison du rôle majeur des conseils départementaux dans le champ de l'autonomie

[67] **Le pilotage d'un réseau par un opérateur national repose sur plusieurs types d'outils :**

- des directives au réseau ;
- des conventions fixant les objectifs territorialisés et les modalités de suivi de l'atteinte de ces objectifs pouvant prévoir des modalités d'intéressement le cas échéant ;
- la structuration d'une direction chargée du pilotage du réseau ;
- un système d'information ;
- une stratégie en matière de ressources humaines du réseau.

[68] **Si ces différentes fonctions se retrouvent dans l'ensemble des autres branches de sécurité sociale, la nature spécifique de la cinquième branche conduit à de fortes adaptations de ce modèle s'agissant du rôle de la CNSA.** Ainsi, ses missions légales vis-à-vis des MDPH, telles que définies depuis la création de la branche, tiennent compte du contexte spécifique décrit en première partie de la présente annexe, marqué par une présidence des GIP MDPH par les départements. La CNSA est ainsi chargée « *de piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. (...) Elle assure, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie, un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 du code de l'action sociale et des familles et aux maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3 du même code ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées* »<sup>306</sup>.

[69] **La question d'une évolution de gouvernance avait été posée au moment de créer la cinquième branche en 2020.** Un an après le rapport de 2019 issu de la concertation sur le grand âge qui avait inscrit ses propositions dans le respect des compétences de chaque acteur, le rapport de préfiguration de la branche remis par Laurent Vachey en 2020 avait envisagé des évolutions sur le modèle des MDPH : celles-ci seraient devenues des « maisons de l'autonomie »

---

<sup>306</sup> Article L. 223-5 du code de la sécurité sociale.

sous la forme d'établissements publics locaux présidés par le département et intégrant les associations à leur conseil d'administration, sur le modèle de la CNSA au niveau national. Le choix du statu quo a cependant prévalu concernant la gouvernance des MDPH. Le même rapport envisageait par ailleurs une hypothèse de modulation du concours CNSA en fonction des résultats des futures MDA. Cette dernière hypothèse a été intégrée dans la Cog sous la forme d'une expérimentation non encore mise en œuvre (*cf. infra*).

[70] **Dès lors, le « cadre de coopération entre la CNSA, les ARS et les conseils départementaux » adopté en novembre 2022 structure les priorités de la branche à gouvernance constante.** A l'issue d'une démarche de construction participative, il fixe, outre les priorités stratégiques de la branche, des grands principes d'animation. Le cadre de coopération mentionne la notion de « *pilotage de la branche* » sans attribuer le rôle de pilote à un acteur particulier. Ce « *pilotage optimisé basé sur la confiance* » repose sur des priorités stratégiques nationales et un conventionnement unique entre acteurs au niveau territorial. La CNSA demeure positionnée dans un rôle de « *pilotage national de l'animation* ». Le rôle d'animation, dont elle dispose déjà depuis sa création, est précisé par le cadre de coopération, avec pour objectifs d'harmoniser les pratiques professionnelles, de diffuser les bonnes pratiques, de créer une culture commune et de déployer des projets structurants (SPDA, système d'information...)

[71] **Ainsi, la fonction de pilotage que doit assumer la CNSA est originale. Elle légitime avant tout une animation, un accompagnement et des recommandations à destination de structures dont la présidence relève d'une collectivité territoriale.** En tant que tête de réseau, la CNSA anime les acteurs territoriaux et ne les pilote pas, à la différence du fonctionnement en vigueur dans les autres branches de sécurité sociale.

## 2.2 Des avancées vers un pilotage plus structuré dans le cadre de la feuille de route MDPH 2022 malgré des limites dans la mobilisation interministérielle

### 2.2.1 La feuille de route nationale MDPH 2022, une méthode structurante pour l'action des MDPH et de la CNSA

[72] La feuille de route MDPH 2022 a présenté l'intérêt de mettre en cohérence l'ensemble des actions prévues pour renforcer et simplifier l'accès aux droits en MDPH, parmi lesquelles certaines étaient déjà en préparation depuis plusieurs années. C'est le cas par exemple du baromètre de la qualité de service en MDPH ou encore de la mise en œuvre des droits sans limitation de durée. Une partie significative des actions relevait du niveau national. Pour celles relevant du local, chaque MDPH devait sélectionner trois priorités.

[73] **La méthode de la feuille de route s'est révélée mobilisatrice à la fois pour le national et pour les MDPH, selon l'appréciation de la CNSA comme des directions de MDPH et comme l'illustrent à la fois les résultats obtenus sur les « projets phares » de la feuille de route.** Le suivi de la feuille



de route s'est appuyé sur une comitologie permettant des points réguliers, associant l'ADF, l'association des directeurs de MDPH, les associations représentatives<sup>307</sup>.

**[74] Qui plus est, la feuille de route a intégré deux évolutions matérialisant le renforcement du pilotage national :**

- une augmentation des crédits apportés par la CNSA matérialisant ainsi le renforcement de l'engagement de l'Etat (15 M d'euros en 2021) ;
- des actions de la feuille de route contribuant directement à renforcer le rôle d'animation de la CNSA et son positionnement de « pilote de l'animation » des MDPH : renforcement de l'appui national aux MDPH en difficulté par la création d'une structure dédiée à la CNSA, la mission d'appui opérationnel (MAOP) ; création d'une mission de contrôle interne à la CNSA (MCIC) afin d'appuyer le développement du contrôle interne en MDPH<sup>308</sup>.

**[75] Ces actions ont été reprises dans la Cog CNSA** préparée en 2020-2021 et signée en 2022, ce qui a permis de tenir compte des actions de la feuille de route et d'assurer la cohérence des deux exercices, la Cog prévoyant notamment des moyens humains complémentaires pour conduire ces actions.

**[76] Ainsi, les apports de la MAOP et la structuration plus récente de la MCIC illustrent la mise en place de fonctions qui relèvent d'un véritable pilotage de réseau avec cependant des limites qui tiennent au caractère atypique de la cinquième branche, en particulier des moyens humains encore limités dévolus à ces fonctions au niveau national et des fonctions nouvelles qui s'appuient uniquement sur l'adhésion des MDPH volontaires.**

## 2.2.2 La mobilisation interministérielle reste perfectible malgré la feuille de route 2022

**[77] La DGCS comme la CNSA ont souligné la difficulté à mobiliser d'autres ministères sur certains chantiers malgré la comitologie interministérielle mise en place pour le suivi de la feuille de route<sup>309</sup>.** Cela contribue à expliquer que plusieurs des simplifications réglementaires qui avaient été identifiées dans la feuille de route n'aient pas été mises en œuvre. Parmi les évolutions réglementaires destinées à lever des « irritants » figuraient par exemple l'adaptation des durées d'attribution de l'AEEH et de ses compléments (pilote identifié DSS) ou encore la facilitation de l'accès à l'AVPF (pilote identifié CNAF) qui n'ont pas abouti.

**[78] Au-delà des simplifications réglementaires, une articulation étroite est nécessaire entre les pilotes nationaux des différentes politiques au carrefour desquelles se trouvent les MDPH, par exemple en matière de scolarisation ou d'insertion professionnelle.** Sur ces deux champs, les ressources dont disposent la CNSA comme la DGCS sont limitées et l'implication des autres directions et opérateurs nationaux est essentielle. C'est le cas dans le champ de l'école avec le rôle de la DGESCO notamment pour préparer la mise en place des PAS dans les territoires pilotes.

---

<sup>307</sup> Avec un COSTRAT à un niveau politique et un COPIL au niveau technique.

<sup>308</sup> Voir l'annexe 6 sur les outils sur ces deux volets MAOP et MCIC.

<sup>309</sup> Comité de pilotage réunissant l'ensemble des administrations impliquées dans les actions identifiées : DGCS, CNSA, DGEFP, DSS, DGESCO, CNAF, MSA.

Dans le champ de l'insertion professionnelle, France travail pilote également la préparation des expérimentations de mise en œuvre de la CNH en lien avec la DGEFP.

[79] Dans ce contexte et au regard de l'étroite coopération entre acteurs nécessaire au niveau local, **un approfondissement des collaborations au niveau national est nécessaire afin de mettre à disposition des MDPH et de leurs partenaires des outils actualisés :**

- ainsi, les MDPH ne disposent pas de référentiels ou de guides suffisamment à jour pour les aider dans le champ de l'orientation professionnelle ni de l'orientation scolaire.
- autre exemple dans le champ de l'assurance maladie, la convention nationale de la CNSA avec la CNAM est arrivée à expiration en 2019, et la vitalité des conventions locales entre CPAM et MDPH est inégale, alors même que de nombreux enjeux nécessiteraient une coordination étroite pour améliorer l'évaluation des demandes (invalidité et AAH, RQTH, problématiques sanitaires pour des personnes ayant déposé un dossier à la MDPH...).
- la convention de la CNSA avec la CNAV est également arrivée à expiration et son champ concerne exclusivement les personnes âgées en perte d'autonomie alors même que la transition vers la retraite des allocataires de l'AAH nécessite une bonne articulation entre MDPH, CNAF et CNAV.
- la convention nationale avec le service public de l'emploi a vocation à être revue au regard des évolutions engagées avec la création de France Travail et la loi du 18 décembre 2023 en faveur du plein emploi<sup>310</sup>.
- des bonnes pratiques identifiées par la mission nécessiteront un pilotage national renforcé, par exemple afin de systématiser les partenariats avec les services de santé au travail (ce qui nécessite d'impliquer leurs représentants au niveau nationaux, comme l'association Presanse).

### 2.3 Un pilotage national qui se heurte toujours au manque de données et à des ressources d'animation limitées

[80] La CNSA a fait réaliser une comparaison internationale s'appuyant sur les exemples du Royaume Uni, de l'Allemagne et de la Suède qui tend à montrer que la prise en charge de l'autonomie allie une forte décentralisation de la mise en œuvre de cette politique avec un pilotage par les données au niveau national<sup>311</sup>. Le pilotage par la donnée permet de structurer un cadre de redevabilité pour les structures locales. Ainsi, le système d'information, structurant pour

---

<sup>310</sup> L146 9 CASF : Une convention conclue entre la maison départementale des personnes handicapées, l'opérateur France Travail et les organismes mentionnés à l'article L. 5214-3-1 du code du travail, dont le modèle et le contenu minimal sont définis par décret, précise les conditions dans lesquelles, par dérogation au premier alinéa du présent article, la commission se prononce, en matière d'orientation vers les établissements ou les services d'accompagnement par le travail et les établissements ou les services de réadaptation professionnelle, sur le fondement de propositions formulées par cet opérateur et ces organismes.

<sup>311</sup> Appui à la transformation de la CNSA dans le cadre de la réforme de la 5<sup>ème</sup> branche, benchmark international des politiques d'autonomie, EY, OpenCO, Bluenove, juillet 2022.

l'ensemble de l'activité de la MDPH, est également essentiel pour l'efficacité du pilotage de la CNSA<sup>312</sup>.

### 2.3.1 Le pilotage des MDPH par la donnée reste embryonnaire malgré l'investissement collectif dans la construction du SI harmonisé

#### 2.3.1.1 Un choix d'un système d'information harmonisé plutôt qu'unique illustre la forte spécificité de la branche autonomie

[81] **Les compétences de la CNSA sur les systèmes d'informations des MDPH ont été renforcées en 2015.** La loi du 28 décembre 2015 introduit une nouvelle mission dans le champ des missions CNSA fixé par l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) : elle a désormais pour mission « 13° De concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de la mise en œuvre de ce système d'information, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes ».

[82] **Cette disposition législative de 2015 était compatible à la fois avec l'existence d'un SI unique et avec celle d'un SI harmonisé (SIH), c'est-à-dire un ensemble de spécifications fixées par la CNSA auxquelles les logiciels des MDPH doivent obéir.** C'est ce deuxième choix qui a été fait en 2015.

[83] **L'harmonisation du SI MDPH repose sur plusieurs documents de référence construits par la CNSA que les logiciels doivent respecter pour être labellisés par la CNSA :**

- **le « tronc commun »**, document métier de référence à destination des MDPH, qui décrit les grandes étapes et processus d'une demande. Il comporte en outre les modèles de courriers harmonisés, de motivations harmonisées...
- **le « référentiel fonctionnel et technique »**, qui traduit le tronc commun en spécifications à destination des éditeurs ainsi que des MDPH « autonomes » qui éditent leur propre logiciel. Il a été construit par un groupe de travail réunissant la CNSA, les 4 éditeurs, une vingtaine de MDPH, des départements.

[84] La construction de ce tronc commun fondée sur les référentiels nationaux et notamment le RMQS, induit nécessairement une forme d'harmonisation dans l'exercice par les MDPH de leurs missions. La mise en place du SIH a obéi à plusieurs paliers, dont le palier 1 généralisé en 2020 a impliqué une forte surcharge de travail des MDPH<sup>313</sup>. La Cog CNSA 2022-2026 a prévu le déploiement du palier 2 à toutes les MDPH. Le pilotage du projet a fait l'objet d'un fort

---

<sup>312</sup> L'annexe 6 sur les outils décrit les avancées et les limites du système d'information harmonisé, pour les différentes étapes allant de la création d'un dossier jusqu'à l'attribution du droit.

<sup>313</sup> Voir l'annexe 6 sur les outils qui précise la mise en œuvre de ces différents paliers et les limites rencontrées.

investissement des équipes de la CNSA en charge des SI et du métier, traduit dans le schéma directeur des systèmes d'information 2022-2026.

[85] Pour autant, le pilotage du SIH par la CNSA tient compte de la spécificité de la cinquième branche. En effet, la construction du SIH et ses évolutions par la CNSA doivent composer avec les contraintes et priorités de plusieurs acteurs, en premier lieu les départements et leurs éditeurs. Les logiciels des MDPH dépendent essentiellement de quatre éditeurs dont les solutions sont labellisées. La CNSA doit également travailler avec les autres opérateurs, notamment les autres caisses de sécurité sociale, s'agissant des flux de données à mettre en place avec ces organismes (caisses nationales qui disposent de moyens SI beaucoup plus développés que la CNSA au demeurant)<sup>314</sup>. Une comitologie à plusieurs niveaux est mise en place au niveau national avec l'ensemble de ces acteurs.

[86] **Outre les limites fonctionnelles du SIH mises en avant par les MDPH, la CNSA met en avant les difficultés inhérentes à l'existence de plusieurs logiciels :**

- l'absence de maîtrise du calendrier de déploiement des évolutions qui dépend des priorités de chaque département comme des autres caisses, parfois pour répondre à d'autres priorités de politiques publiques fixées avec l'Etat. A cet égard, il n'existe pas d'instance de régulation des demandes de l'Etat à destination des départements qui permettrait d'évaluer leur impact SI et d'essayer de mettre en cohérence leur calendrier. Ainsi, un département peut être amené à déprioriser des évolutions du SI MDPH pour faire avancer des chantiers SI propres à d'autres politiques territorialisées (SI APA, ASE, RSA, mise en place de la réforme France travail...);
- un pilotage complexe, qui doit s'adapter à 4 éditeurs avec pour résultat des systèmes d'information à plusieurs vitesses ;
- des éditeurs qui restent propriétaires des solutions logicielles malgré les moyens engagés par la CNSA en faveur de la construction du SIH (26 M€ environ selon les données de la CNSA pour le seul palier 1 du SI<sup>315</sup>) ;
- un label CNSA qui ne préjuge pas des aspects ergonomiques des solutions (les éditeurs restent libres de déterminer la manière de mettre en œuvre les fonctionnalités attendues).

### 2.3.1.2 Le projet de SI Evaluation constitue une première brique d'un potentiel SI unique des MDPH

[87] **La création de la branche au 1<sup>er</sup> janvier 2021 se traduit par une réécriture de ses missions notamment dans le domaine des systèmes d'information.** Le CASF prévoit désormais à l'article L. 1410-1 qu'en tant que gestionnaire de la branche autonomie, la CNSA « conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. »

---

<sup>314</sup> Voir annexe 6 sur les outils.

<sup>315</sup> Source : comité d'orientation stratégique, programme SI MDPH, 11 décembre 2019.

[88] La LFSS pour 2023 introduit une évolution plus forte en prévoyant explicitement que le SI des MDPH est « conçu et mis en œuvre » par la CNSA. L'article L247-2 du CASF prévoit ainsi que les MDPH « doivent utiliser un système d'information commun, conçu et mis en œuvre par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, interopérable avec les systèmes d'information des départements, ceux de la Caisse nationale d'allocations familiales et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions précisées par décret ». L'exposé des motifs de l'article expose clairement les objectifs de la disposition introduite : le « modèle harmonisé atteint ses limites et il est désormais proposé de basculer vers un SI unique pour les MDPH ». L'article doit alors permettre à la CNSA « de développer progressivement des briques nationales (modules évaluation, portail usagers etc...) ». Le financement du SI commun « à la charge de la CNSA » s'inscrit « en cohérence avec la création d'un SI unique consacré au versement de l'APA ». Le tableau suivant présente les différentes versions de l'article afin d'illustrer le renforcement progressif des compétences de la CNSA dans ce domaine.

Tableau 1 : Evolutions de l'article relatifs aux compétences de la CNSA sur le SI des MDPH

Période	Rédaction de l'article L. 247-2 du CASF
2005-2009	<p>Dans le cadre d'un système d'information organisé par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les maisons départementales des personnes handicapées transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, outre les données mentionnées à l'article L. 146-3, des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relatives à leur activité, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en oeuvre des décisions prises ;</li> <li>- relatives à l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie ;</li> <li>- relatives aux caractéristiques des personnes concernées ;</li> <li>- agrégées concernant les décisions mentionnées à l'article L. 241-6.</li> </ul>
2009-2015	<p>Dans le cadre d'un système d'information organisé par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les maisons départementales des personnes handicapées transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, outre les données mentionnées à l'article L. 146-3, des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relatives à leur activité, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en oeuvre des décisions prises ;</li> <li>- relatives à l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie ;</li> </ul>

	<p>-relatives aux caractéristiques des personnes concernées ;</p> <p>-concernant les décisions mentionnées à l'article L. 241-6.</p>
2015-2022	<p>Les maisons départementales des personnes handicapées doivent utiliser un système d'information commun, interopérable avec les systèmes d'information des départements, ceux de la Caisse nationale d'allocations familiales et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions précisées par décret.</p>
2022-	<p>Les maisons départementales des personnes handicapées doivent utiliser un système d'information commun, conçu et mis en œuvre par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, interopérable avec les systèmes d'information des départements, ceux de la Caisse nationale d'allocations familiales et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions précisées par décret.</p>

[89] **Sur la base de cet article, les travaux de préparation du SI évaluation sont en cours à la CNSA.** Parmi les missions de la MDPH, la phase d'évaluation a été priorisée car elle constitue le cœur de métier de la MDPH, mais elle pourrait constituer la première brique d'un futur SI national unique des MDPH.

[90] La CNSA estime que le SI évaluation présentera plusieurs avantages majeurs qui faciliteront son appropriation par les MDPH :

- un accent sur l'ergonomie de l'application alors que la CNSA n'a pas la main aujourd'hui sur les choix ergonomiques faits par les éditeurs ;
- une capacité à traduire beaucoup plus rapidement les évolutions réglementaires.
- le développement des flux, notamment les flux entrants en provenance d'autres opérateurs pour contribuer à l'évaluation, devrait être facilité par l'existence d'un seul SI alors qu'aujourd'hui, de tels flux doivent être construits avec chaque logiciel, entraînant une démultiplication des coûts.
- enfin, le développement de tableaux de bord opérationnels, qui constitue une demande de longue date des directeurs de MDPH, serait facilité s'il peut s'appuyer sur un système d'information unifié<sup>316</sup>.

[91] **La mission souligne cependant que toutes les difficultés dans la mise en œuvre du système d'information des MDPH ne seront pas résolues pour autant par la mise en place d'un SI évaluation unique.** Ainsi, la mise en place du SIE comme de ses évolutions dépendront toujours des éditeurs et des priorités des départements puisque le SIE devra être interfacé avec les logiciels

<sup>316</sup> Voir l'annexe 6 sur les outils pour l'analyse des outils existants en matière de pilotage opérationnel.

pré-existants qui continueront d'outiller la phase d'instruction. Par ailleurs, un lien devra être fait avec les outils départementaux concernant la mise en paiement de la PCH.

[92] Par ailleurs, la construction d'un système d'information national ne garantit pas, à elle seule, la qualité du remplissage du SI par les agents des MDPH. Or, le SIE suscite des inquiétudes en ce qu'il rajoute un nouveau projet informatique pour des MDPH qui ont souvent mal vécu la mise en œuvre du SIH depuis cinq ans. Les équipes s'interrogent sur l'articulation entre le futur SIE et les autres interfaces métiers de la MDPH (la GED et le logiciel en charge des autres phases de l'activité de la MDPH qui continuera d'exister) avec la crainte d'une complexité supplémentaire. Enfin, des MDPH craignent les évolutions de pratiques métiers liées au SIE, notamment parce que les données d'évaluation seraient saisies par les évaluateurs et non plus par les agents instructeurs comme dans beaucoup de MDPH aujourd'hui. La CNSA souligne cependant qu'une saisie par l'instructeur sera toujours possible. Ce type d'inquiétude témoigne de la nécessité d'un accompagnement au changement pour l'appropriation du SIE par l'ensemble des MDPH (au-delà des seules MDPH qui seront choisies comme pilotes de la mise en œuvre).

[93] Plus globalement, la mission remarque que, dans d'autres champs de politiques publiques, la stratégie de système d'information n'est pas toujours fondée sur la mise en place d'un SI unique. Le projet de SI plateforme de France Travail comme la stratégie nationale du numérique en santé mettent plutôt l'accent sur la mise en réseau de systèmes d'information sur la base de référentiels nationaux et de services socles.

[94] **Ainsi, l'hypothèse d'un SI national unique mériterait d'être instruite et arbitrée de manière globale, sur la base d'une analyse de l'ensemble des apports de ce type de solution et des conditions de réussite d'un tel projet.** La mission n'a pas été destinataire d'un document formalisant les arguments ayant conduit au choix de construire un SI Evaluation et présentant la stratégie d'atteinte d'un SI unique au niveau national. En outre, la question de l'opportunité d'un SI commun national outillant l'ensemble du traitement du dossier, au-delà de la seule phase d'évaluation, a été renvoyée à la prochaine Cog.

### 2.3.1.3 Le pilotage des MDPH par la donnée reste embryonnaire malgré le foisonnement des indicateurs

[95] Comme indiqué dans l'annexe 3 relative à la mesure de la qualité de service, l'activité et les résultats des MDPH sont suivis par des indicateurs définis au niveau national et transmis notamment dans le cadre des rapports d'activité.

[96] **La mise en place du centre de données (LCD) par la CNSA doit permettre, à terme, de remplacer une partie significative des enquêtes que les MDPH doivent remplir mais également de leur fournir des données de suivi et d'évaluation de leur activité.** L'alimentation du LCD, qui se fonde sur un export de l'ensemble de la base de données de la MDPH, est encore hétérogène et globalement incomplète. Le nombre de MDPH ayant transmis régulièrement des données sur le LCD a diminué sur l'année 2023 en raison de difficultés techniques. Selon la CNSA, 48 MDPH avaient leurs données complètes exportées dans le LCD en septembre 2023 contre 84 en mars de

la même année<sup>317</sup>. Pour 11 d'entre elles, la qualité des données transmises via le LCD est suffisamment bonne pour se substituer à d'autres enquêtes.

[97] **En termes d'usage du LCD, selon la CNSA, 77 MDPH avaient accès fin 2023 aux tableaux de bord AAH et OVQ qui leur ont été ouverts en 2023.** Il s'agit d'un premier exemple de données mises à disposition par le LCD mais les MDPH ne s'en sont pas encore emparées dans les territoires visités par la mission.

[98] **Outre les difficultés techniques d'automatisation des remontées des MDPH, plusieurs limites empêchent actuellement d'exploiter les indicateurs qu'elles transmettent à des fins de pilotage :**

- **l'absence de définition au niveau national**, comme dans le cas du taux de décroché dont la définition relève de chaque MDPH ;
- **des différences de conception entre le niveau national et le niveau local sur certains indicateurs** : par exemple le taux de recevabilité est calculé par la CNSA en comptabilisant la totalité des demandes recevables alors que les MDPH calculent aussi en interne des taux de recevabilité « à l'arrivée » des dossiers, excluant ceux pour lesquels manque une pièce obligatoire ;
- **le foisonnement d'indicateurs** sur une même prestation, par exemple l'AAH qui fait l'objet de multiples indicateurs de à des fins de comparaison entre MDPH sans que des cibles n'y soient associées<sup>318</sup> ;
- **la fragilité du remplissage** de certains indicateurs par les MDPH, par exemple la part des évaluations réalisées selon les différentes modalités possibles (sur dossier, en visite à domicile...).

[99] A titre d'illustration de ce dernier point, la CNSA considère que le taux de saisie des données de codage n'est pas suffisant pour en proposer une exploitation à ce jour. Dès lors, les équipes en charge du codage dans les MDPH saisissent des données sans avoir de retour sur leur exploitation. Il est vrai que les modalités de ce codage sont hétérogènes selon les MDPH : un ciblage sur la PCH dans les Bouches-du-Rhône ; sur les entrées en ESMS et la PCH pour la Haute-Garonne ; la PCH, les entrées en ESMS et l'AAH comme l'AEEH dans le-Val-de-Marne ; tous les types de pathologies et déficiences dans l'Allier et la Moselle<sup>319</sup>. Les MDPH exploitent peu ces données, jugeant leur accès difficile, et regrettent que la CNSA n'en partage pas d'analyse consolidée. De son côté, celle-ci considère que seule la mise en place du SIE, par les apports ergonomiques qu'il représentera pour les équipes, serait susceptible de favoriser la complétude des données et donc leur exploitation locale comme nationale.

[100] **La synthèse CNSA des rapports d'activité des MDPH présente les différents indicateurs et fournit des éléments sur leur dispersion, sans que des actions ne soient entreprises à destination**

---

<sup>317</sup> Parmi les difficultés techniques invoquées par la CNSA : le non-renouvellement de certificats de sécurité en MDPH ne permettant plus la connexion avec le LCD, ainsi qu'un changement d'environnement technique du côté de la CNSA.

<sup>318</sup> Voir l'annexe 3 sur la mesure nationale de la qualité de service.

<sup>319</sup> Cet acte métier, pris en charge par des ressources infirmières ou médicales, prend entre 2 et 4 minutes, selon les retours des professionnels comme les observations menées par la mission.



**des MDPH dont les résultats sont les plus atypiques.** La seule cible nationale réglementaire concerne les délais de traitement fixés à 4 mois et des cibles nationales sont également mentionnées dans la COG de la CNSA mais sans être déclinées dans les conventions départementales signées avec les MDPH (cf. infra).

[101] **La difficulté à attacher des cibles aux indicateurs pour chaque MDPH tient pour partie à l'impossibilité, à ce jour, de faire la part entre le résultat de l'action de la MDPH et les spécificités de la situation territoriale de chaque département.** En effet, la connaissance des déterminants externes des résultats des MDPH est lacunaire. S'agissant des écarts territoriaux souvent mis en avant dans le champ du handicap, le rapport de Laurent Vachey a souligné la nécessité de mieux les objectiver, première étape pour progresser vers l'équité territoriale. Or, les études visant à isoler la part des facteurs exogènes dans les différences de résultats entre MDPH sont anciennes. Ainsi, une étude de la DREES a montré que les trois quarts des écarts entre départements concernant la part des allocataires de l'AAH parmi les personnes de 20 ans et plus s'expliquent par des facteurs sociodémographiques (âge, état de santé de la population, comportements à risques), sanitaires (offre d'hébergement dans les établissements dédiés aux personnes handicapées) et économiques (chômage, niveau de vie) du territoire. Un quart des écarts peut donc s'expliquer par des différences de pratiques entre acteurs locaux<sup>320</sup>. Enfin, l'impossibilité à ce jour pour les MDPH à se comparer avec d'autres groupes homogènes de MDPH partageant les mêmes caractéristiques (ex : évolution démographique, pauvreté) ne favorise pas la mobilisation de ces indicateurs à des fins d'éclairage de leur action.

[102] La Cog 2022-2026 de la CNSA prévoit la réalisation de travaux relatifs aux différences de pratiques sur les territoires. Toutefois, ils n'ont pas encore été engagés. La direction de la prospective et des études, de création récente, a priorisé à ce stade les travaux de fiabilisation des données. Faute d'études récentes sur le sujet, il n'est pas possible d'éclairer ce qui, dans les écarts de résultats entre MDPH, tient réellement à l'action de ces structures.

[103] Ainsi, la mise en place d'un véritable cadre de redevabilité pour le niveau local se heurte à ce jour à la fois aux difficultés à faire remonter des données fiables et au manque de ressources pour exploiter les données existantes afin d'éclairer les écarts territoriaux.

### 2.3.2 Les relations entre la CNSA et les acteurs territoriaux se fondent sur le conventionnement et sur un travail d'animation reposant sur des ressources limitées

#### 2.3.2.1 Un conventionnement entre département et CNSA qui ne sert de référence ni au niveau local ni au niveau national

[104] L'article L14-10-7-2 du CASF dispose qu'une « convention pluriannuelle signée entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département fixe leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées », notamment sur « le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales, tenant compte d'objectifs de qualité de service et du bilan de réalisation des

---

<sup>320</sup> Voir l'annexe 3 sur la mesure nationale de la qualité de service.

objectifs antérieurs », des « objectifs de qualités » et les modalités de répartition des crédits et de versement des concours.

[105] **Afin de tenir compte de l'impact du Covid sur le plan de charge des différents interlocuteurs, le conventionnement 2020-2024 entre CNSA et départements a été réalisé en deux temps sur la période 2020-2021** : la signature d'une convention socle en 2020 qui a permis le versement du concours CNSA puis la construction d'une feuille de route signée avec chaque département en 2021-2022 et portant sur l'ensemble du champ de l'autonomie, personnes âgées et personnes handicapées<sup>321</sup>. La signature a impliqué les MDPH aux côtés des départements pour la première fois depuis la création de la CNSA.

[106] **Cette génération de conventionnement a nécessité un travail conséquent de la part des équipes de la CNSA et des départements concernés, passant en particulier par un entretien stratégique tenu avec chaque territoire.** La CNSA a réalisé un retour d'expérience sur ce conventionnement, impliquant les MDPH. Ce RETEX souligne la qualité du contenu des feuilles de route, intégrant les priorités stratégiques nationales (accord de méthode, feuille de route 2022), mais aussi le volume trop élevé d'indicateurs.

[107] **De fait, les échanges de la mission avec les conseils départementaux comme avec les MDPH témoignent du fait que ces conventions ne servent pas systématiquement de cadre à leur action.** Chaque convention comporte en annexe de très nombreux indicateurs qui font l'objet d'aucun suivi au niveau local ou au niveau national. La CNSA n'était pas en mesure de suivre cent conventions au niveau national faute de relais territoriaux pour assurer ce suivi. De plus, les conventions ne sont pas assorties d'une modulation du concours financier en fonction de la réalisation des objectifs ce qui a sans doute limité l'enjeu de leur suivi au-delà de leur signature<sup>322</sup>. De plus, les conventions ont été signées avant la finalisation de la COG de la CNSA dont les indicateurs relatifs aux MDPH ne sont pas toujours les mêmes que ceux qui ont été intégrés dans les conventions départementales<sup>323</sup>.

### 2.3.2.2 Un investissement de la CNSA dans l'animation des MDPH qui repose sur des moyens limités et sans relais territoriaux

[108] **La CNSA ne dispose pas d'une direction de réseau à la différence d'autres caisses nationales.** La direction de l'accès aux droits et des parcours met en œuvre un mode d'animation, décrit dans l'annexe 6 sur l'outillage des CNSA, fondé sur des échanges et séminaires réguliers avec les MDPH.

[109] **La CNSA dispose cependant d'un niveau de ressources humaines limité au regard des missions d'animation de réseau qui lui sont confiées, en dépit du renforcement de ses moyens par la Cog.** En premier lieu, les missions créées dans le cadre de la feuille de route et qui ont un rôle opérationnel important vis-à-vis des MDPH disposent de ressources limitées. C'est le cas de la MAOP, désormais intégrée dans le pôle harmonisation et qualité des pratiques de la CNSA : cette mission avait à sa création un nombre d'ETP prévisionnel de 6 ETP, chiffre qui n'a jamais été

---

<sup>321</sup> 100 feuilles de route signées à janvier 2023.

<sup>322</sup> Voir l'annexe 2 sur l'évolution des charges et des moyens.

<sup>323</sup> Voir l'annexe 3 sur la mesure nationale de la qualité de service.

atteint. C'est le cas également de la MCIC, chargée de l'animation du contrôle interne des MDPH, qui devrait compter en cible 6 ETP. La formation des agents et directeurs de MDPH fait également partie des missions d'animation exercées par la CNSA dont le passage à une échelle supérieure se heurte au manque de ressources dédiées. Enfin, la fonction d'appui au pilotage des MDPH s'appuierait selon la CNSA sur 0,2 ETP.

[110] **L'impression d'éloignement entre 101 structures départementales et une équipe nationale aux moyens limités est difficilement évitable faute de relais territoriaux de l'action de la CNSA.** Le manque d'échelon intermédiaire, par exemple au niveau régional, est parfois regretté par des directeurs de MDPH. Cela contribue au regard contrasté porté par certains sur le mode d'animation de la CNSA, regrettant une forme d'éloignement dans la relation au terrain par rapport à la situation qui préexistait à la création de la branche<sup>324</sup>. Le diagnostic d'un besoin de relais territorial a conduit la CNSA à mettre en place, depuis deux ans, des rencontres régionales, en associant les MDPH et l'ARS concernée (*cf. infra*).

[111] **En outre, la CNSA finance désormais des référents SI de proximité dont la mission est d'appuyer les MDPH dans le cadre d'une structuration originale. Agent d'une MDPH volontaire pour exercer la fonction, le référent intervient dans le cadre de missions confiées par la CNSA auprès de plusieurs MDPH relevant de son même parc éditeur. Il assure une assistance aux utilisateurs et un appui au déploiement** Le premier retour d'expérience sur ces référents paraît positif mais le réseau de référents reste limité (sept personnes au niveau national) et sa couverture territoriale partielle. La feuille de route 2027 prévoit de viser une couverture territoriale complète par les référents SI.

[112] Cette stratégie illustre l'orientation très forte du pilotage national sur les enjeux de systèmes d'information qui sont les seuls à être concernés par ce type de référents alors que d'autres enjeux pourraient gagner à bénéficier d'un appui interdépartemental : par exemple, enjeux juridiques et de traitement des contentieux ou encore gestion des ressources humaines et des formations.

### 2.3.2.3 La préparation d'une nouvelle vague de contractualisation impliquant désormais les ARS

[113] **La préparation des nouvelles conventions pluriannuelles entre CNSA et départements, prévues par la loi, s'inscrit dans le « cadre de coopération entre la CNSA, les ARS et les conseils départementaux » adopté en novembre 2022.** De ce cadre partagé découle une implication croissante et mieux formalisée des ARS comme relais de la CNSA. Cela se traduit depuis 2023 par l'organisation de rencontres territoriales annuelles à l'échelle régionale et interdépartementale, impliquant les ARS, qui ont vocation à se tenir annuellement. Les ordres du jour de ces rencontres portent notamment sur les thèmes de la transformation de l'offre, les bonnes pratiques de coopération territoriale, etc. Les rencontres traitent donc à la fois de chantiers nationaux (exemple en 2024 : le SPDA) et de bonnes pratiques locales.

---

<sup>324</sup> Voir l'annexe 5 sur les outils.

[114] **En outre, il est prévu la signature de conventions tripartites CNSA / ARS / départements à partir de 2024 qui se substitueront aux conventions entre ARS et départements**<sup>325</sup>. La CNSA a animé un groupe de travail national au second semestre 2023 pour converger avec les départements et les ARS sur les objectifs et le format de ces conventions sur la base du retour d'expérience de la vague précédente de conventionnement. Les grands principes en seraient les suivants : un nombre limité de priorités, des actions relevant des compétences croisées des ARS et des départements et sur lesquelles le soutien CNSA serait essentiel, des engagements opérationnels pris notamment sur la base des schémas territoriaux existants. Plusieurs vagues de conventionnement sont prévues à compter de 2024, l'objectif étant de signer l'ensemble des conventions avant la fin 2025. Il sera nécessaire de s'assurer de la cohérence entre ces conventions et les programmations territoriales déclinant la feuille de route 2027 pour les MDPH.

[115] Outre l'intérêt de croiser les compétences entre ARS et départements, l'implication des ARS est susceptible de faire évoluer l'animation de la branche. Cela revient en effet à impliquer désormais un acteur de niveau régional dans les relations entre la CNSA et les départements, répondant à l'impression d'un éloignement de la CNSA par rapport aux réalités départementales. Cette évolution est cependant peu susceptible de répondre totalement au besoin d'un relais territorial entre CNSA et MDPH car le champ de compétence des ARS et celui de la MDPH ne se recoupent pas. En particulier, les missions des MDPH entrant plus particulièrement dans le champ du présent rapport, en amont de la décision de la CDAPH, ne sont pas celles qui se rapprochent le plus du cœur de métier d'une ARS.

[116] La mission note par ailleurs que la Cog de la CNSA prévoit (action 33) l'expérimentation d'un dispositif de « majoration de concours en fonction d'objectifs qualitatifs », susceptible également de faire évoluer les relations entre la CNSA et les MDPH. La Cog prévoit ainsi de concevoir avec les acteurs, départements et MDPH, un dispositif de majoration de concours sur la base des écarts constatés chaque année avec les objectifs définis dans les conventions. Cette action est reprise dans le projet de feuille de route MDPH 2027.

#### 2.3.2.4 Les perspectives du SPDA

[117] **Suite au rapport « vers un service public territorial de l'autonomie » de mars 2022, la création du service public départemental de l'autonomie fait l'objet d'une préfiguration territoriale en 2024.** S'inscrivant en cohérence avec la création de la branche autonomie, le SPDA sera constitué d'un socle comportant quatre blocs d'action :

- la garantie d'un accueil, d'un accès à l'information, d'une orientation et d'une mise en relation avec le bon interlocuteur sans renvoi de guichet en guichet ;
- l'évaluation de la situation, l'attribution des prestations ;
- des solutions concrètes pour tous les usagers, grâce à un appui et une coordination des professionnels ;
- la réalisation d'actions de prévention et d'aller vers les personnes les plus vulnérables.

---

<sup>325</sup> Ce qui nécessiterait une base légale pour modifier l'article du CASF sur les conventions pluriannuelles CNSA / CD afin d'intégrer les ARS comme signataires.

[118] **Les blocs d'actions identifiés pour le SPDA recourent donc directement certaines des missions dévolues aux MDPH.** Le SPDA n'a pas vocation à les remettre en cause mais à les intégrer dans une méthode de travail intégrée entre acteurs, en investissant notamment dans l'accompagnement de l'accès aux droits pour les personnes.

[119] **L'expérimentation du SPDA au cours de l'année 2024 dans 18 territoires pilotes<sup>326</sup> doit permettre de déboucher sur un cahier des charges coconstruit avec les acteurs territoriaux.** Le calendrier de la mission n'a pas permis d'analyser la mise en œuvre du SPDA mais uniquement les dossiers de candidature retenus par la CNSA dans le Finistère et la Somme. Le dossier de candidature SPDA est porté par le préfet, le président du département et le DG ARS. Dans les dossiers consultés, les actions concernant le handicap et plus spécifiquement la MDPH consistent à renforcer les articulations entre acteurs, développer la participation des personnes, mettre davantage en visibilité des projets déjà en cours notamment en matière d'accueil territorialisé.

[120] **Sans remettre en cause l'intérêt d'un renforcement de l'intégration des offres d'accompagnement autour de la personne, plusieurs MDPH soulignent le risque que le SPDA soit perçu comme une nouvelle structure, à rebours de l'objectif de simplification pour l'utilisateur.** Une MDPH souligne cependant que la mise en place du SPDA présente l'intérêt d'encourager à une coopération multipartite entre les différents partenaires alors que les partenariats actuels autour des MDPH sont surtout fondés sur des relations bilatérales (MDPH / CAF, MDPH / France travail, MDPH / CPAM...).

[121] Il n'est donc pas possible à ce stade d'évaluer l'apport du SPDA. Il est clair cependant que la mise en place de cet échelon départemental de la branche autonomie n'a pas vocation à résoudre les difficultés de pilotage de la branche identifiées aujourd'hui, qu'il s'agisse de l'absence de relais territorial, du manque de ressources au niveau national ou des lacunes dans le pilotage de la donnée.

---

<sup>326</sup> Sélectionnés sur la base de l'appel à manifestations d'intérêt de juillet 2023.