

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

JUIN 2024  
2023-098R

• **RAPPORT (TOME 1)**

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

# SYNTHÈSE

[1] **Ce rapport, établi dans le cadre du programme de travail 2024-2024 de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), évalue le traitement par les Maisons départementales du handicap (MDPH) des demandes qui leur sont adressées par les usagers.** Il analyse plus spécifiquement les étapes d'instruction, d'évaluation et d'attribution des droits. La mission a investigué ce processus qui s'apparente à une chaîne de production de décisions individuelles, en y intégrant l'accueil des usagers. Elle a exclu de son périmètre les modalités de mise en œuvre de ces droits tout en appréciant leur impact sur le traitement des demandes.

[2] Les travaux de la mission se sont fondés notamment sur des échanges avec des collaborateurs et usagers de sept MDPH, la consultation d'un échantillon de dossiers individuels anonymisés et la mobilisation de données remontées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La mission a instruit en particulier :

- la manière dont l'évaluation en MDPH est réalisée ;
- la place accordée aux usagers tout au long du traitement de leur demande ;
- les outils, dont ceux élaborés par la CNSA, utilisés par les MDPH pour traiter les demandes ;
- le rôle joué par les différents acteurs formant l'écosystème des MDPH (conseils départementaux, Education nationale, service public de l'emploi, autres branches de sécurité sociale, associations, en particulier) et la fonction de pilotage exercée par la CNSA ;
- les moyens, la charge et la qualité de service à l'aune des objectifs et indicateurs définis au niveau national.

[3] **Le traitement des demandes a été pensé sur la base d'objectifs ambitieux fixés par la loi du 11 février 2005.** Cette loi a créé les MDPH sous la forme de Groupements d'intérêt public (Gip) sous tutelle des conseils départementaux. Elle leur a assigné des missions larges d'accueil, d'information, d'évaluation globale des besoins, de suivi et d'accompagnement. Dès l'origine, des difficultés ont été constatées avec des stocks de dossiers hérités des Cotorep et CDES, des délais de traitement importants et un fonctionnement complexe du Gip. Cependant, en dehors de quelques ajustements, ce cadre n'a pas à ce jour été remis en cause. Les missions des MDPH ont même été élargies en 2015 à l'accompagnement des situations complexes.

## La charge de travail et les délais de traitement

[4] **Les données disponibles, dont la mission souligne la fragilité, permettent de caractériser la hausse de l'activité des MDPH depuis 2015.** Près de 5 M d'avis et décisions ont été rendus en 2022, soit 12 % de plus qu'en 2015. Cette croissance constitue une décélération par rapport à la période antérieure : le nombre d'avis et décisions aurait été multiplié par près de trois entre 2006 et 2020. La charge de travail des MDPH a été tirée depuis 2015 par l'ouverture de droits relatifs aux enfants (+ 40 %) et à la Prestation de compensation du handicap (PCH, + 36 %). Néanmoins, les Reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et les Cartes mobilité inclusion (CMI) représentent toujours près de la moitié des droits ouverts. En outre, les MDPH se sont

mobilisées pour mettre en œuvre plusieurs réformes récentes, en particulier l'attribution de droits sans limitation de durée et l'élargissement du champ de la PCH, tout en s'efforçant de faire face aux sollicitations des usagers (1 M de visites à l'accueil et 4,6 M d'appels téléphoniques reçus en 2022).

[5] **Environ 5 700 ETP travaillaient en 2022 en MDPH, soit 12 % de plus qu'en 2017 (pour + 3 % d'avis et décisions) et 7 % de plus qu'en 2019 (pour + 8% d'avis et décisions).** Les MDPH s'appuient sur des professionnels internes ou mis à disposition. Elles sont confrontées à des difficultés sur le plan des ressources humaines (turn-over, absentéisme, difficultés de recrutement) qui expliqueraient la part croissante de postes vacants sur le total des effectifs (9,4 % en 2022 contre 1,5 % en 2018). Outre les moyens budgétaires alloués par les conseils départementaux, les MDPH bénéficient de moyens attribués, d'une part, par l'État pour compenser le départ des agents qui étaient mis à disposition (82 M€ en 2024) et, d'autre part, par la CNSA à travers un concours (98 M€). Les modes de calcul respectifs de ces deux financements sont contestés par les MDPH.

[6] **Les MDPH ont réussi à stabiliser le délai moyen de traitement des demandes (4,4 mois en 2022) par rapport à 2015, mais celui-ci est supérieur à la norme légale de quatre mois, avec des disparités qui restent à expliquer.** En moyenne, ce délai est structurellement plus élevé pour la PCH (5,7 mois) Il a augmenté de façon nette pour les demandes liées aux enfants. Par ailleurs, ces délais varient selon les départements (seize d'entre eux affichent un délai moyen supérieur à six mois). Ces disparités se retrouvent également dans les taux d'accord et dans la part des droits accordés sans limitation de durée. Il existe encore peu d'études les investiguant alors que la création en 2020 de la branche autonomie a accentué l'enjeu d'amélioration de l'équité territoriale. Au regard de ces constats, la mission recommande de fiabiliser les indicateurs relatifs à la qualité de service, à la charge et aux moyens des MDPH et de programmer des études visant à mieux éclairer les disparités territoriales de traitement.

### L'évaluation et la relation aux usagers

[7] **L'évaluation, qui constitue le cœur du processus de traitement, a été particulièrement affectée par la massification des demandes.** Les équipes d'évaluation peinent à appliquer l'approche pluridisciplinaire et globale prévue par les textes. L'expertise médicale tend encore à jouer un rôle prééminent. En outre, les évaluateurs se fondent sur un formulaire de demande, introduit en 2019, mal compris et insuffisamment renseigné par les usagers. Le certificat médical associé demeure également mal complété. Les évaluateurs sont donc souvent obligés de solliciter des pièces complémentaires auprès des usagers, au détriment du délai de traitement. Par ailleurs, ils doivent combiner des référentiels très complexes, ce qui suppose qu'ils soient formés à cet effet. La Restriction durable d'accès à l'emploi (RSDAE) qui conditionne l'accès à l'AAH 2, est difficile à apprécier. Le droit applicable aux besoins de compensation des enfants, qui comprend un droit d'option entre l'AEEH et la PCH, est d'une complexité qui dépasse l'entendement.

[8] **Pour contenir les délais, l'évaluation se résume souvent à une appréciation des règles d'éligibilité.** Elle s'opère essentiellement sur dossier et accorde peu de place à l'échange avec les personnes concernées. Dans les MDPH de l'échantillon, le traitement de la PCH est plus approfondi et fait l'objet de visites à domicile et d'envoi de plan personnalisé de compensation. Dans ce contexte de traitement de masse, les Commissions départementales d'attribution des droits (CDAPH) valident les décisions sur liste et ne reçoivent que peu les usagers.

[9] **Outre plusieurs simplifications réglementaires, la mission recommande de construire une stratégie nationale de formation, d'alléger le formulaire de demande comme de mieux associer à l'évaluation les usagers pour les situations qui le nécessitent.** Les partenaires de la MDPH pourraient également être mieux mobilisés à cette étape, avec en particulier l'expérimentation d'un nouveau partage des rôles entre médecins et infirmiers sur le remplissage du certificat médical et une association de France Travail ou Cap emploi à l'appréciation de la RSDAE.

[10] **A la différence des autres branches de sécurité sociale, les MDPH assurent un accueil sans rendez-vous** et ont engagé une démarche de territorialisation de celui-ci en articulation avec les services départementaux et les communes. Cette dynamique doit être encouragée dans le cadre du service public départemental de l'autonomie. Le numérique reste cependant peu mobilisé par les MDPH dans leur relation aux usagers : seuls 7 % des dossiers en 2023 ont été adressés par le téléservice. La mission recommande un plan d'accompagnement des usagers à l'utilisation des outils numériques.

[11] **Les MDPH ne répondent pas suffisamment aux attentes des usagers, pour lesquels le délai de traitement constitue le principal motif d'insatisfaction.** Des faibles taux de décroché téléphonique sont constatés dans certaines MDPH. Les notifications de droits qu'elles adressent ne répondent pas aux attentes minimales de courriers administratifs clairs et intelligibles. Leur refonte doit être priorisée. Enfin, la mission d'accompagnement des MDPH reste définie de façon trop large et imprécise compte tenu des moyens dont elles disposent. Le caractère parfois théorique des droits notifiés joue sur l'appréciation des MDPH par les usagers qui ne distinguent pas ce qui relève de leur responsabilité et de celle d'autres acteurs.

### **Outils de travail, pilotage et partenariats**

[12] **Les outils de travail des MDPH, en particulier le SI harmonisé, restent insuffisants au regard des enjeux de ce traitement de masse.** Le SI harmonisé, qui se déploie par paliers depuis 2015 en lien avec les éditeurs, présente plusieurs faiblesses. Les flux d'échange avec les partenaires ne sont pas encore déployés partout et ils ne permettent pas aux MDPH de récupérer des informations entrantes. Chaque montée de version engendre une charge de travail très conséquente et les évolutions réglementaires sont intégrées avec retard. Le travail quotidien en MDPH se caractérise par une prédominance de la gestion papier et des tâches à faible valeur ajoutée (numérisation, mise sous pli...). Un passage à l'échelle supérieure des outils est donc indispensable. La mission recommande de fournir aux MDPH un outil de pilotage opérationnel et de mettre en place une stratégie SI de récupération de données entrantes. Au-delà des travaux en cours à la CNSA sur un SI outillant l'évaluation, l'opportunité et le périmètre d'un SI national doivent être arbitrés.

[13] **L'appui fourni par la CNSA aux MDPH fait l'objet d'un investissement conséquent. Néanmoins, leur pilotage reste, malgré la création de la branche autonomie, au milieu du gué.** En 2020, à la suite d'un accord entre l'Etat et l'Assemblée des départements de France, une feuille de route MDPH 2022 a été établie pour améliorer la qualité du service rendu. Elle reposait sur la fixation d'objectifs nationaux et sur une démarche de transparence des résultats à travers le baromètre trimestriel des MDPH. Elle s'est accompagnée d'une revalorisation de 25 % du concours alloué par la CNSA. La Cog 2022-2026 de la CNSA conforte cette démarche. Des moyens supplémentaires ont été alloués à la caisse pour appuyer les MDPH les plus en difficulté et mettre en place une démarche de contrôle interne au sein du réseau. La feuille de route MDPH 2027, en cours de finalisation à la date de rédaction du présent rapport, devrait prolonger

cette approche en intégrant de nouvelles mesures (rendez-vous premières demandes et référents de parcours) décidée par la Conférence nationale du handicap (CNH) en 2023. Cependant, ce modèle reste très éloigné du pilotage par les caisses nationales de sécurité sociale de leur réseau : les objectifs fixés dans les conventions avec les conseils départementaux et MDPH ne font l'objet d'aucun suivi ; seule une partie des indicateurs sont assortis de cibles ; les moyens dont dispose la CNSA pour animer ce réseau restent très limités.

[14] **L'action des MDPH s'inscrit dans un cadre partenarial que la mission propose de redynamiser.** Le rôle du conseil départemental dans leur fonctionnement est déterminant. L'Education nationale est fortement impliquée, en particulier à travers la mise à disposition auprès des MDPH de 261 ETP. A l'inverse, les Directions départementales de l'emploi du travail et des solidarités (Ddets) jouent un rôle en retrait. Les relations avec les caisses de sécurité sociale sont inégalement dynamiques. Il existe une convention-type nationale entre les MDPH et le Service public de l'emploi (SPE) mais celui-ci n'est pas membre du Gip, ne met pas d'agents à disposition des MDPH et contribue de façon variable à l'évaluation des droits. Dans la continuité de la CNH 2023, qui a mis l'accent sur la nécessité de mobiliser en première approche les solutions de droit commun, les relations entre les MDPH, France Travail et l'Education nationale devraient être amenées à évoluer. Dans ce contexte, la mission recommande en particulier d'outiller les partenariats locaux (conventions types) et d'arbitrer sur la place des Ddets dans les instances au regard de leurs missions prioritaires.

#### **Hypothèses de transformation du modèle**

[15] **La mission a été invitée par les cabinets à engager une réflexion plus prospective sur le modèle des MDPH.** Les constats dressés illustrent les apports de la création du guichet unique pour accompagner l'accès aux droits des personnes en situation de handicap. Ils traduisent aussi la difficulté à être collectivement à la hauteur de la promesse formulée en 2005, à la fois en termes de délais de réponse comme d'évaluation globale. Par ailleurs, l'accent mis aujourd'hui sur l'inclusion incite à repenser le positionnement des MDPH à l'aune d'évolutions déjà engagées (acte 2 de l'école inclusive, renforcement du rôle de France Travail, transformation de l'offre médico-sociale).

[16] **Un premier axe de transformation du modèle consisterait à aller au bout de la logique de branche, dans une recherche de performance accrue des organisations.** Il s'agirait de doter les MDPH d'un système de production leur permettant d'atteindre l'objectif du juste droit dans les bons délais. Cela implique de sécuriser deux grandes fonctions : d'une part, l'attribution du droit dans une approche industrielle et d'autre part la relation de service à l'usager. La logique de branche conduirait à des mutualisations inter-MDPH et à un positionnement de la CNSA en pilote du réseau.

[17] **Un second axe de transformation consisterait à assumer une offre de service différenciée et une responsabilisation élargie des acteurs d'aval.** En effet, le modèle MDPH a été pensé dans une approche uniforme : un guichet unique, un dossier de demande, une méthode d'évaluation globale et un lieu d'attribution du droit. Il s'agirait alors de prioriser l'attribution des droits les plus complexes, au premier rang desquels l'AAEH, l'AAH, la PCH et d'ouvrir à d'autres acteurs la possibilité d'attribuer des droits plus simples (RQTH, CMI, autres sous réserve d'instruction) ; de revoir les modalités d'orientation à travers une notification générique du besoin, en laissant plus de souplesse aux opérateurs d'aval en matière de mise en œuvre ; d'étendre la logique de la

réponse accompagnée pour tous à des moments charnière et à des publics vulnérables. Cette évolution exigerait des autres acteurs du parcours un renforcement de leur intervention. Cet axe suppose la généralisation des échanges d'information entre l'ensemble des acteurs dans le cadre de SI inter-opérables. Quel que soit le point d'attribution, la MDPH, qui conserverait une fonction de médiation, de recours et de corde de rappel, serait ainsi positionnée dans un rôle d'ensemblier et de garante du bon positionnement de chaque acteur pour améliorer le service rendu aux usagers.

# RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
<b>Indicateurs</b>				
1	Fiabiliser les données relatives aux ETP travaillant en MDPH pour apprécier de façon plus robuste, pour chaque MDPH, leur évolution au regard de celle de la charge de travail	2	CNSA	2025
3	Eclairer l'indicateur relatif au délai de traitement avec des données complémentaires (ex : ancienneté moyenne des dossiers, part des dossiers traités en moins de quatre mois) pour avoir une vision plus complète des résultats atteints	2	CNSA	2025
4	Préciser la définition et le mode de calcul des indicateurs relatifs à la qualité de service figurant dans la Cog ; moderniser la mesure de la satisfaction des usagers des MDPH sur le modèle des enquêtes pratiquées par les autres branches	2	CNSA	2025
5	Développer des études statistiques sur les disparités de résultats constatés entre MDPH en tenant compte des caractéristiques socio-économiques des territoires	1	CNSA	2025
<b>Evaluation, formulaire de demande</b>				
6	Retenir une approche souple de l'évaluation de la demande dans un cadre pluridisciplinaire et privilégier la mobilisation des médecins en expertise de second niveau	1	DGCS CNSA MDPH	2026
7	Actualiser et simplifier le formulaire Cerfa ; à cette occasion, introduire un formulaire spécifique aux renouvellements	1	DGCS CNSA	2025
8	Expérimenter un partage des rôles entre médecins et infirmiers au sein des structures coordonnées pour le remplissage du certificat nécessaire à la demande MDPH	1	DGCS DGOS	2024

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
9	Fixer un délai réglementaire de réception des pièces au-delà duquel un dossier est déclaré irrecevable à l'issue d'au moins un contact direct préalable avec l'utilisateur	2	DGCS	2025
10	Associer systématiquement les usagers à l'évaluation de leurs besoins pour les situations qui le nécessitent	1	DGCS CNSA	2025
28	Ouvrir aux médecins des services de santé et de prévention au travail la possibilité de prononcer la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé pour les personnes qu'ils accompagnent	2	DGCS DGT	2026
11	Garantir l'élaboration des plans personnalisés de compensation sur les situations pour lesquelles leur plus-value est la plus forte et les communiquer directement aux usagers	1	DGCS CNSA MDPH	2025
13	Conduire une étude pour mesurer l'impact de la coexistence de différents référentiels d'évaluation du handicap sur les pratiques professionnelles	2	DGCS CNSA	2025
14	Mettre fin au droit d'option AEEH/ PCH dans le cadre d'une réforme structurelle de la compensation concernant les enfants	1	DGCS DSS	2027
15	Associer France Travail et Cap Emploi à l'évaluation de la RSDAE pour les situations le nécessitant ; à l'occasion d'une double attribution de RQTH et d'AAH 2 de courte durée, proposer aux bénéficiaires un accompagnement adapté en lien avec ces opérateurs	1	DGCS DGEFP France Travail	2025
31	En lien avec la préfiguration des pôles d'appui à la scolarité, élaborer un référentiel national en matière d'orientations scolaires et sécuriser juridiquement le cadre d'attribution des aides humaines	1	DGCS DGESCO CNSA	2025
<b>Organisation et fonctionnement des instances</b>				
12	Compléter les missions de la CDAPH en lui confiant une fonction de supervision des pratiques professionnelles des équipes d'évaluation et d'élaboration de la doctrine de décision	2	DGCS	2026



n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
27	Prendre un arbitrage sur le retrait ou le maintien des Ddets dans les Comex et les CDAPH ; y allouer les moyens afférents le cas échéant	2	SGMAS	2025
30	Ajuster la composition de la CDAPH afin de prévoir la possibilité d'y nommer un représentant de France Travail	2	DGCS DGEFP	2026
<b>Relation aux usagers</b>				
16	Déployer un label accueil MDPH dans le cadre du service public départemental de l'autonomie	1	CNSA MDPH	2025
17	Proposer un plan de médiation et d'accompagnement des usagers aux outils numériques	2	CNSA MDPH	2026
18	En associant les usagers, rendre les notifications de droits intelligibles et développer l'information proactive sur l'état d'avancement des dossier (par SMS, mail...)	1	CNSA MDPH	2026
19	Dresser un bilan de la prorogation des droits sans demande, ajuster le cas échéant la mesure, et instruire les modalités selon lesquelles les MDPH pourraient anticiper les renouvellements de droits	2	CNSA MDPH	2025
20	Clarifier les attentes envers les MDPH en matière d'accompagnement des usagers par rapport aux offres développées par d'autres partenaires (faciliteurs, communautés 360)	2	DGCS CNSA	2025
<b>Outillage, système d'information et partenariats</b>				
21	Mettre en place une stratégie pluriannuelle de déploiement de flux de données entrants en provenance des partenaires de la MDPH pour faciliter l'évaluation (France Travail, médecins, caisses de sécurité sociale...); intégrer cette stratégie dans les Cog de la CNSA et des partenaires	1	CNSA et partenaires concernés	2026
22	Achever la généralisation de la gestion électronique des documents, systématiser l'externalisation des tâches à faible valeur ajoutée (numérisation des dossiers...) et engager une réflexion sur la mobilisation de l'intelligence artificielle à l'étape de recevabilité	2	CNSA MDPH	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
23	Mettre à disposition des MDPH un outil de pilotage opérationnel de leur activité s’inspirant des bonnes pratiques locales et des outils de la Mission d’appui opérationnel	1	CNSA	2025
24	Mettre en place des outils interactifs facilitant l’appropriation des référentiels et construire une stratégie nationale de formation des agents des MDPH assortie des ressources dédiées	1	CNSA	2025
26	Arbitrer l’opportunité et les modalités d’un futur SI national (périmètre, calendrier, coût, conditions de réussite, risques) sur la base d’un bilan du SIH et des perspectives ouvertes par le SI évaluation	1	DGCS DSS	2025
29	Outiller les partenariats locaux : mutualiser les supports de formation, actualiser et suivre les conventions nationales de coopération avec les têtes de réseau, instruire l’élargissement des missions prioritaires des Communautés professionnelles territoriales de santé à la sensibilisation au handicap	1	CNSA et autres branches	2025
<b>Pilotage national</b>				
2	Instruire une réforme des critères de calcul, d’une part, de la dotation de l’Etat aux MDPH et, d’autre part, du concours CNSA avec, pour ce dernier, une modulation à la hausse du montant versé en lien avec les résultats obtenus	1	CNSA DGCS DSS	2025
25	Prioriser et mettre en cohérence les objectifs et les indicateurs figurant dans l’ensemble des documents stratégiques relatifs aux MDPH, en articulation avec les documents cadre des partenaires (Cnaf, Cnam, France Travail)	2	CNSA DGCS DSS	2025

## SOMMAIRE

<b>SYNTHÈSE.....</b>	<b>2</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>7</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>13</b>
<b>1 L'AUGMENTATION DE L'ACTIVITE DES MDPH A CONDUIT A DES RESULTATS EN-DEÇA DES AMBITIONS DE LOI DE 2005 .....</b>	<b>14</b>
1.1 CREEES PAR LA LOI DU 11 FEVRIER 2005, LES MPDH ONT ETE RAPIDEMENT CONFRONTEES A DES DIFFICULTES QUI N'ONT PAS CONDUIT A FAIRE EVOLUER LEUR MODELE .....	14
1.1.1 <i>Les MDPH se fondent sur une approche globale des besoins des personnes en situation de handicap dans le cadre d'une gouvernance atypique .....</i>	14
1.1.2 <i>La difficulté pour les MDPH à atteindre les objectifs fixés en 2005 est apparue assez tôt sans que le modèle ait été remis en cause à ce jour .....</i>	15
1.2 LE PROCESSUS DE TRAITEMENT DES DEMANDES EST MIS EN ŒUVRE DANS UN CONTEXTE D'AUGMENTATION SUR LONGUE PERIODE DE LA CHARGE DE TRAVAIL.....	18
1.2.1 <i>Le traitement des demandes adressées aux MDPH repose sur un processus en trois étapes, très encadré par les textes.....</i>	18
1.2.2 <i>La charge de travail des MDPH a connu une augmentation considérable sur longue période qui tendrait néanmoins à ralentir depuis 2015.....</i>	19
1.2.3 <i>Les effectifs des MDPH et le concours alloué par la CNSA ont augmenté dans les dernières années.....</i>	22
1.3 LES MDPH AFFICHENT DES DELAIS DE TRAITEMENT SUPERIEURS A L'OBJECTIF DE QUATRE MOIS ET DES DISPARITES TERRITORIALES QUI RESTENT A EXPLIQUER .....	24
1.3.1 <i>Le délai de traitement des demandes, stable par rapport à 2015, est un indicateur central mais pas unique de mesure de la qualité de service .....</i>	24
1.3.2 <i>Les disparités constatées, en particulier sur le taux d'accord et la part des droits sans limitation de durée, mériteraient d'être davantage investiguées .....</i>	26
<b>2 LE TRAITEMENT DE MASSE AFFECTE L'EXERCICE D'EVALUATION DU HANDICAP COMME LA RELATION AVEC LES USAGERS EN MDPH.....</b>	<b>28</b>
2.1 L'APPROCHE GLOBALE DE L'EVALUATION SE HEURTE A DES CONTRAINTES DE PLUSIEURS ORDRES .....	28
2.1.1 <i>Les équipes pluridisciplinaires recherchent, sans l'atteindre, un optimum organisationnel....</i>	29
2.1.2 <i>Le dossier de demande n'a pas remédié à la problématique historique de l'accès aux informations pertinentes pour évaluer une situation .....</i>	31
2.1.3 <i>L'évaluation ne permet ni la pleine association des usagers ni la pleine implication des CDAPH .....</i>	34
2.1.4 <i>Encadrée par des références réglementaires complexes, l'évaluation suppose la maîtrise de raisonnements multiples .....</i>	38
2.2 EN DEPIT D'UN INVESTISSEMENT DES MDPH, SUR LA FONCTION D'ACCUEIL EN PARTICULIER, LA RELATION AVEC LES USAGERS DEMEURE PERFECTIBLE .....	42
2.2.1 <i>Les MDPH ont investi les fonctions d'accueil et d'aide aux démarches sans s'appuyer sur une stratégie numérique à la hauteur des enjeux .....</i>	42
2.2.2 <i>Par rapport aux attentes des usagers, la MDPH apparait comme une administration encore trop distante.....</i>	44
<b>3 LES MDPH S'APPUIENT SUR DES OUTILS DE TRAVAIL HETEROGENES ET LEUR PILOTAGE RESTE AU MILIEU DU GUE MALGRE LA CONSTRUCTION DE LA CINQUIEME BRANCHE... </b>	<b>49</b>

3.1	LES OUTILS DE TRAVAIL RESTENT INSUFFISANTS MALGRE LES PROGRES REALISES .....	49
3.1.1	<i>L’outillage, notamment en termes de SI, et l’accompagnement des MDPH font l’objet d’un investissement conséquent.....</i>	50
3.1.2	<i>Les outils à disposition des MDPH ne sont pas encore suffisamment performants pour faire face aux enjeux de qualité et de productivité .....</i>	53
3.2	LA CONSTRUCTION DE LA CINQUIEME BRANCHE N’A PAS FAIT EVOLUER LE POSITIONNEMENT DE LA CNSA PLACEE EN ANIMATION PLUS QU’EN PILOTAGE DES MDPH .....	56
3.2.1	<i>La feuille de route MDPH 2022 a représenté une avancée mais son pilotage a été fragilisé par le manque de ressources dédiées .....</i>	56
3.2.2	<i>Le pilotage des MDPH par la donnée reste embryonnaire malgré les travaux en cours sur les systèmes d’information .....</i>	57
3.3	LE CADRE PARTENARIAL DANS LEQUEL S’INSCRIT L’ACTION DES MDPH EST ENCORE FRAGILE SUR CERTAINS CHAMPS .....	59
3.3.1	<i>Les acteurs au cœur de la gouvernance des MDPH constituent des partenaires avec lesquels la coopération n’est pas toujours à la hauteur des ambitions affichées.....</i>	59
3.3.2	<i>Des partenariats essentiels restent à consolider avec des acteurs, en particulier le SPE, qui ne participent pas à la gouvernance des MDPH .....</i>	61
3.3.3	<i>Le sujet sensible de l’effectivité des orientations affecte la qualité du partenariat autour de l’école inclusive.....</i>	63
<b>4</b>	<b>AU REGARD DES CONSTATS POSES COMME DES EVOLUTIONS EN COURS, UNE TRANSFORMATION PLUS POUSSEE DU MODELE PEUT ETRE ENVISAGEE .....</b>	<b>65</b>
4.1	LE MODELE DU GUICHET UNIQUE PARAIT ATTEINDRE SES LIMITES MALGRE SES APPORTS POUR LES USAGERS.....	65
4.2	UN PREMIER AXE POSSIBLE DE TRANSFORMATION CONSISTERAIT A ALLER AU BOUT DE LA LOGIQUE DE BRANCHE, DANS UNE RECHERCHE DE PERFORMANCE DES ORGANISATIONS.....	67
4.3	UN SECOND AXE ALTERNATIF DE TRANSFORMATION CONSISTERAIT A ASSUMER UNE OFFRE DE SERVICE DIFFERENCIEE ET UNE RESPONSABILISATION DES ACTEURS D’AVAL.....	69
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>72</b>
	<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>73</b>
	<b>LETTRE DE MISSION .....</b>	<b>83</b>

# RAPPORT

## Introduction

[18] Le programme d'activité de l'Igas comportait pour 2023-2024 une mission d'évaluation thématique portant sur les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Cette mission a été confiée en novembre 2023 à Sarah Bartoli, Christine Gardel, Hervé Léost et Irina Schapira<sup>1</sup>. Le pôle data de l'Igas a apporté son concours à la mission.

[19] La loi n°2005-10 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé les MDPH en leur confiant une fonction de guichet unique pour les personnes en situation de handicap. Sur la période récente, de nombreux rapports<sup>2</sup> ont mis l'accent sur les progrès accomplis mais aussi sur les difficultés à réaliser les ambitions de la loi de 2005 dans un contexte de traitement de masse des demandes (plus de 4,7 millions de décisions et avis pris chaque année par les MDPH).

[20] La mission est intervenue dans un contexte marqué par la Conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023 qui prévoit le renforcement des missions d'accompagnement de l'utilisateur par la MDPH ainsi que la priorité aux réponses de droit commun dans le champ de l'école et du travail. La déclinaison des annonces de la CNH fait l'objet d'un projet de feuille de route MDPH 2027 dont les travaux ont été pris en compte par la mission.

[21] L'échange avec l'ensemble des parties prenantes au cours de la phase de cadrage a conduit la mission à centrer son analyse sur le traitement des demandes adressées aux MDPH. Ont plus spécifiquement été investiguées les étapes au cœur de la production des décisions individuelles : l'accueil de l'utilisateur, l'instruction du dossier de demande, l'évaluation des besoins et des droits de la personne puis la décision. De ce fait, les enjeux liés à la mise en œuvre de la décision (l'aval) sont pris en considération sans faire l'objet d'approfondissements spécifiques dans le présent rapport.

[22] Pour nourrir les constats, des déplacements de trois jours dans sept MDPH ont été réalisés, complétés par des échanges plus ciblés avec d'autres. La mission tient à remercier l'ensemble des collaborateurs en MDPH avec lesquels elle a échangé et dont elle a observé le travail. Les analyses s'appuient également sur la lecture de dossiers individuels transmis par des MDPH, des échanges avec des familles et la mobilisation de données issues des enquêtes menées par la CNSA.

[23] Vingt ans après la création des MDPH, il subsiste un écart entre les ambitions initiales et les résultats tels qu'ils sont mesurés aujourd'hui (1). La nécessité d'assurer un traitement de masse des dossiers ne permet pas d'atteindre l'objectif d'évaluation globale des besoins de la personne ni d'investir suffisamment dans la relation à l'utilisateur (2). Les outils de travail restent très perfectibles

---

<sup>1</sup> Le Dr Christine Gardel a participé à l'ensemble de la phase d'investigation jusqu'en février 2024 avant de rejoindre une autre mission.

<sup>2</sup> On citera en particulier le rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau en 2015 et le rapport « Plus simple la vie » d'Adrien Taquet et Jean François Serres en 2019.

et le pilotage national apparaît au milieu du gué entre construction de la cinquième branche et pilotage du Gip MDPH par le conseil départemental (3). Enfin, à la demande des cabinets, en complément des recommandations portant sur les leviers d'amélioration à privilégier dans le cadre du modèle actuel des MDPH, la mission a esquissé des orientations qui pourraient être celles d'une évolution plus profonde de ce modèle (4).

## 1 L'augmentation de l'activité des MDPH a conduit à des résultats en-deçà des ambitions de loi de 2005

1.1 Créées par la loi du 11 février 2005, les MDPH ont été rapidement confrontées à des difficultés qui n'ont pas conduit à faire évoluer leur modèle

1.1.1 Les MDPH se fondent sur une approche globale des besoins des personnes en situation de handicap dans le cadre d'une gouvernance atypique

1.1.1.1 La loi du 11 février 2005 leur assigne des missions larges pour répondre aux besoins de compensation des personnes en situation de handicap

[24] **La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a instauré un droit à la compensation et posé l'objectif d'une société inclusive.** Le droit à la compensation s'entend comme celui pour la personne handicapée de compenser les conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Ce droit s'est matérialisé par la création d'une nouvelle prestation, la Prestation de compensation du handicap (PCH). La participation des personnes concernées à l'exercice de ce droit est un aspect central de la réforme. Par ailleurs, la loi a posé le principe de la non-discrimination des personnes handicapées et de l'accès au droit commun. Il se traduit, en particulier, par la reconnaissance pour les enfants du droit d'être scolarisés en milieu ordinaire et pour les adultes de s'insérer sur le marché du travail.

[25] **Les MDPH ont été créées par la même loi pour offrir aux personnes handicapées un accès unique aux droits et prestations.** Elles avaient dès l'origine pour missions<sup>3</sup>:

- l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leurs familles, ainsi que la sensibilisation de tous les citoyens au handicap ;
- l'évaluation des droits à travers la mise en place et l'organisation du fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire ;
- l'apport de l'aide nécessaire à la personne handicapée et à sa famille pour formuler son projet de vie et mettre en œuvre les décisions prises par la MDPH ;

---

<sup>3</sup> Article L. 146-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

- l'accompagnement des personnes handicapées et de leur famille après l'annonce et lors de l'évolution du handicap ;
- l'organisation d'actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées.

### 1.1.1.2 Les MDPH sont des Gip présidés par les conseils départementaux et animés par la CNSA avec une large place reconnue aux associations

[26] **Les MDPH ont été créés sous la forme de Groupements d'intérêt publics (Gip), présidés par les conseils départementaux et associant différentes parties prenantes (cf. annexe n°2).** Elles ont intégré et fusionné les Cotorep et CDES, anciennes commissions placées sous l'autorité de l'État. La gouvernance des MDPH se caractérise par :

- une tutelle administrative et financière du conseil départemental traduisant une nouvelle phase de la décentralisation tout en organisant l'association des principales institutions concernées au pilotage de la MDPH ;
- l'association, au sein de l'instance exécutive des MDPH, la Comex, mais aussi de l'instance décisionnaire des droits, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), de l'ensemble des parties prenantes, avec une place alors inédite accordée aux associations représentant les personnes handicapées qui détiennent un quart des postes en Comex et le tiers en CDAPH ;
- la mise à contribution, en nature ou en espèces, de l'ensemble des membres du Gip sur la base d'une clé de répartition fixée dans les conventions constitutives.

[27] **La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée en 2004, joue dès l'origine un rôle d'animation des MDPH,** fondé en particulier sur le partage de référentiels et de bonnes pratiques, mais aussi le recueil de données aux fins de construction d'indicateurs.

### 1.1.2 La difficulté pour les MDPH à atteindre les objectifs fixés en 2005 est apparue assez tôt sans que le modèle ait été remis en cause à ce jour

#### 1.1.2.1 Des ajustements ont été introduits dans le champ d'action des MDPH en réponse aux dysfonctionnements constatés

[28] **Quelques années seulement après la création des MDPH, le constat de difficultés, en partie préexistantes à leur création, dans l'exercice de leurs missions a conduit à des ajustements.** Les premiers rapports de bilan<sup>4</sup> sur la création des MDPH ont souligné la difficulté à reprendre le stock

---

<sup>4</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°6355 du Sénat déposé le 4 juillet 2012, Loi Handicap : des avancées réelles, une application encore insuffisante.

hérité des anciennes Cotorep/CDES, qui affichaient déjà des délais importants, et à assurer la montée en charge de la PCH. Ils ont également mis en avant le manque de formation d'équipes attendues sur une évaluation globale des besoins de compensation en lien avec le projet de vie des personnes concernées. Par ailleurs, la complexité et le manque de lisibilité du fonctionnement du Gip, ainsi que la participation effective trop faible de l'État, ont rapidement été relevés. En réponse, la loi du 28 juillet 2011 désigne le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) comme organisme de formation des MDPH pour l'ensemble de leurs personnels, attribue au Gip une durée indéterminée et place sous l'autorité de la direction de la MDPH l'ensemble des effectifs, indépendamment de leur statut.

**[29] Par la suite, dans un contexte de montée en charge des demandes adressées aux MDPH et pour améliorer le parcours des personnes handicapées, d'autres évolutions ont été engagées :**

- l'introduction par la loi<sup>5</sup> d'une mission d'accompagnement des situations complexes et de suivi des décisions dans le cadre du dispositif d'orientation permanent) : elle fait suite au rapport Zéro sans solution de Denis Piveteau en 2014, qui préconise une réponse accompagnée pour tous, se traduisant par un accompagnement renforcé des personnes en cas d'indisponibilité des solutions ou d'extrême complexité des réponses ;
- la possibilité depuis 2019 pour les MDPH d'attribuer, pour une partie des prestations, des Droits sans limitation de durée (DSLSD) : elle faisait partie des recommandations du rapport « Plus Simple La Vie », remis en 2018 par Adrien Taquet et Jean-François Serres, qui dressait par ailleurs le constat d'un « système traversé par la défiance » marqué par la persistance d'inégalités territoriales, une multiplication des formalités administratives, un « retard inexplicable sur le numérique » et une complexification des normes applicables, sans que toutes les propositions de simplification réglementaire aient toutefois été suivies d'effets ;
- l'élargissement de la PCH, à partir de 2021, à de nouvelles dimensions (soutien à la parentalité, forfait surdicécité, et soutien à l'autonomie dans le cadre des troubles psychiques, cognitifs, mentaux et troubles du neurodéveloppement - PCMT).

### 1.1.2.2 La création en 2020 de la branche autonomie conforte la fixation d'objectifs et la publication des résultats des MDPH au niveau national

**[30] L'enjeu d'amélioration de la qualité du service rendu par les MDPH s'est aussi traduit par la fixation en 2020 d'objectifs partagés par l'Etat, la CNSA et les conseils départementaux.** Ces objectifs, identifiés par la CNH du 11 février 2020, ont été inscrits dans un accord de méthode signé le même jour par la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et le président de l'Assemblée des départements de France (ADF). Consacré au pilotage et au fonctionnement des MDPH, cet accord a ouvert la voie à l'établissement, en octobre 2020, d'une feuille de route 2020-2022 incluant 38 actions pour construire la MDPH de demain. La déclinaison territoriale de cette feuille de route dans des conventions CNSA-conseils départementaux-MDPH s'est accompagnée d'une augmentation de 15 M€ du soutien financier de la CNSA. Le baromètre

---

<sup>5</sup> Loi santé n°2016-41 du 26 janvier 2016.



trimestriel des MDPH fournit en ligne depuis octobre 2020 des résultats, au niveau départemental, sur une partie des indicateurs permettant d'apprécier la mise en œuvre de cette feuille de route.

[31] **La création par la loi n°2020-992 du 7 août 2020 de la branche autonomie conforte le rôle de la CNSA dans l'amélioration de la qualité de service des MDPH sans remettre en cause leur modèle de gouvernance.** La réécriture des missions de la CNSA s'est traduite par une extension de son champ d'intervention en matière de systèmes d'information<sup>6</sup>. En revanche, la création de la branche n'a pas emporté de conséquences sur l'organisation des MDPH, ni sur leur mode de pilotage. Le cadre de coopération de la branche autonomie, formalisé en 2022, précise que « le pilotage national de l'animation de réseau est assuré par la CNSA en lien avec une instance collégiale CNSA/ARS/CD/MDPH-MDA permettant la co-construction de la programmation des thématiques à aborder ». La CNSA bénéficie, dans le cadre de la Convention d'objectifs et de gestion (Cog) 2022–2026 adoptée en mars 2022, de moyens humains supplémentaires (+ 80 ETP au total par rapport à 2021). Une partie d'entre eux sont alloués à un renforcement de l'appui aux MDPH, en particulier à travers la pérennisation de la Mission d'appui opérationnel (Maop) aux MDPH en difficulté lancée en 2021 et le déploiement engagé en 2024 d'une mission de contrôle interne en MDPH.

### 1.1.2.3 Des évolutions ont par ailleurs été engagées dans le cadre de la CNH 2023 mais elles restent à déployer

[32] **Trois catégories d'évolutions ont été décidées par la Conférence national du handicap (CNH) en avril 2023 :**

- la suppression de l'orientation vers le marché du travail et l'association de France Travail (FT) à l'évaluation de l'orientation en établissement et service d'aide par le travail ou en établissement et service de réadaptation professionnelle : la loi n°2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi décline cette mesure, qui fera l'objet en 2024 d'une expérimentation avant sa généralisation en 2027 ;
- la mise en place en 2024 d'un rendez-vous pour les premières demandes et d'un référent de parcours : ces mesures, qui devraient intégrer la future feuille de route 2027 des MDPH, font, à la date de rédaction du présent rapport, encore l'objet d'un travail d'instruction par la CNSA, la DGCS et la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) ;
- le renforcement de la place de l'Education nationale, dans l'accompagnement des élèves en situation de handicap et de leurs familles avec des réponses de premier niveau à mieux assurer dans le cadre de futurs Pôles d'appui à la scolarité (PAS), qui remplaceront les pôles inclusifs d'accompagnement localisés. Depuis 2006, selon la Dgesco, le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire a quadruplé, passant de 118 000 à 478 000 élèves à la rentrée 2023, rendant nécessaire une structuration plus forte de l'école

---

<sup>6</sup> Dès 2015, le CASF disposait que « 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 ». Depuis 2022, il prévoit que SI commun est « conçu et mis en œuvre par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

inclusive. Les contours des PAS ont été précisés lors du comité interministériel du handicap du 16 mai 2024 : sous réserve de l'adoption d'un projet de loi annoncé pour la fin de l'année 2024, ils pourront prescrire une aide humaine et du matériel pédagogique adapté en premier ressort, sans passage par la MDPH.

## 1.2 Le processus de traitement des demandes est mis en œuvre dans un contexte d'augmentation sur longue période de la charge de travail

### 1.2.1 Le traitement des demandes adressées aux MDPH repose sur un processus en trois étapes, très encadré par les textes

#### 1.2.1.1 Les demandes font successivement l'objet d'une instruction, d'une évaluation et d'une décision

[33] **Le processus de traitement repose sur trois étapes communes à l'ensemble des MDPH :**

- **l'instruction des dossiers de demandes** consiste, à partir du formulaire Cerfa renseigné par les usagers et du certificat médical qui l'accompagne, à identifier la présence des quatre pièces nécessaires à la recevabilité<sup>7</sup>, à enregistrer dans le SI les éléments nécessaires à l'évaluation puis à l'orienter vers une équipe d'évaluation ;
- **l'évaluation**, réalisée en équipe pluridisciplinaire repose sur :
  - la compréhension de la situation de l'usager à partir des éléments de son dossier et parfois d'un échange direct avec lui ou les partenaires qui l'accompagnent (service public de l'emploi ou établissements et services médico-sociaux ESMS, par exemple) ;
  - l'identification de ses besoins, y compris dans le cadre d'une demande générique qui ne coche pas de droits particuliers dans le formulaire, possibilité ouverte depuis 2019 (ex : identification d'un besoin de compensation sans que la PCH ait été demandée dans le formulaire) ;
  - le codage dans le SI des déficiences et des pathologies ;
  - la détermination, à partir de différents référentiels d'éligibilité, des droits susceptibles de répondre aux besoins ;
  - l'élaboration d'une réponse, le cas échéant formalisée dans un plan de compensation transmis à l'usager, et inscrite pour décision à l'ordre du jour d'une CDAPH ;
- **la décision relative à l'ouverture des droits relève formellement de la CDAPH.**

---

<sup>7</sup> Cette liste est fixée par le CASF et inclut le formulaire de demande signé, le certificat médical original, un justificatif d'identité de la personne concernée par la demande ainsi qu'un justificatif de domicile.

### 1.2.1.2 Ce processus unique s'applique à des demandes variées

[34] **Ce processus a pour spécificité de s'appliquer à des demandes de nature très variée :**

- les droits et mesures attribuables par les MDPH obéissent à des règles d'éligibilité inscrites dans quatre codes distincts<sup>8</sup> ;
- ces droits, de portée très différente, recouvrent :
  - des prestations complexes, qui nécessitent une appréciation fine de l'environnement de la personne (AAH 2 PCH et, dans une moindre mesure, AEEH) ;
  - des droits a priori plus simples à appréhender, l'évaluation reposant sur un cadre souple (RQTH) ou relativement paramétrique (Allocation adultes handicapés - AAH 1, Carte mobilité inclusion -CMI<sup>9</sup>) ;
  - l'entrée dans un parcours, répondant à l'identification d'un besoin de prise en charge plutôt qu'à des références réglementaires, en particulier des orientations (professionnelles, scolaires et / ou médico-sociales).

[35] **Depuis 2015, ce processus est davantage structuré par la CNSA**, à travers le Référentiel de missions et de qualité de service engagé (RMQS), préalable à la mise en place en 2017 d'un tronc commun des processus métier et du Système d'information harmonisé (SIH).

### 1.2.2 La charge de travail des MDPH a connu une augmentation considérable sur longue période qui tendrait néanmoins à ralentir depuis 2015

[36] La mission n'a pas eu accès aux données d'activité 2023, qui n'ont pas encore été publiées par la CNSA à la date de rédaction du rapport<sup>10</sup>. En conséquence, l'impact sur l'activité de la PCH PCMT n'a pas pu être observé.

#### 1.2.2.1 Le nombre de personnes ayant déposé au moins une demande en MDPH, soit 1,7 M en 2022, serait stable par rapport à 2015

[37] **Le nombre annuel de personnes ayant déposé au moins une demande en MDPH serait stable, autour de 1,7 M, entre 2015 et 2022 (cf. annexe n°3)**. Le nombre moyen de demandes par usager en 2022 est estimé par la CNSA à environ 2,5.

[38] **Le nombre total de demandes déposées auprès des MDPH est estimé à 4 M en 2022**. Des publications anciennes de la CNSA indiquent que le nombre de demandes se serait élevé à 2,5 M en 2009, ce qui signifierait une augmentation de 80 % entre 2009 et 2019. À partir de 2019,

---

<sup>8</sup> Le code de la sécurité sociale, le code de l'action sociale et des familles, le code de l'éducation et le code du travail.

<sup>9</sup> Pour les trois catégories de CMI, des règles d'éligibilité distinctes, pour partie complexes, demeurent s'appuyant sur l'évaluation du taux d'incapacité dans le cas des CMI invalidité et priorité.

<sup>10</sup> Les données relatives à l'intensité de l'activité des MDPH sont issues d'échanges annuels entre la CNSA et les MDPH qui nécessitent un délai de traitement : les données relatives à l'année 2023 ne seront disponibles qu'à partir de septembre 2024.

l'introduction du formulaire générique et de nouvelles modalités de décompte pour les demandes liées aux enfants engendrent une discontinuité qui ne permet pas d'apprécier l'évolution de l'indicateur jusqu'en 2022.

### 1.2.2.2 Le nombre d'avis et décisions, estimé à 4,9 M en 2022, a augmenté de 12 % par rapport à 2015 et de 8 % par rapport à 2019

[39] **Le nombre d'avis et décisions rendus par les MDPH se situe en 2022 à un niveau supérieur à 12 % par rapport à 2015, ce qui représenterait une décélération par rapport au passé.** En effet, le nombre d'avis et décisions se serait élevé à 1,6 M en 2006, soit une hausse de 156 % entre 2006 et 2022.

[40] **Depuis 2019, il existe un écart entre l'évolution du nombre de demandes et celle du nombre d'avis et décisions.** Il n'est aujourd'hui pas possible de savoir si cet écart s'explique d'abord par l'évolution des modalités de décompte évoquées supra ou par l'impact des facteurs suivants : (i) la prorogation des droits qui arrivaient à échéance pendant la crise sanitaire sans dépôt de demande (ii) le déploiement des droits sans limitation de durée qui a vocation à jouer à la baisse sur le nombre de demandes (iii) la résorption des stocks engagée depuis 2021 dans une vingtaine de MDPH en difficulté accompagnées par la Maop.

### 1.2.2.3 La structure des droits ouverts est globalement stable par rapport à 2015 avec près de 50 % de CMI et RQTH, mais avec une forte progression des droits liés à la scolarisation

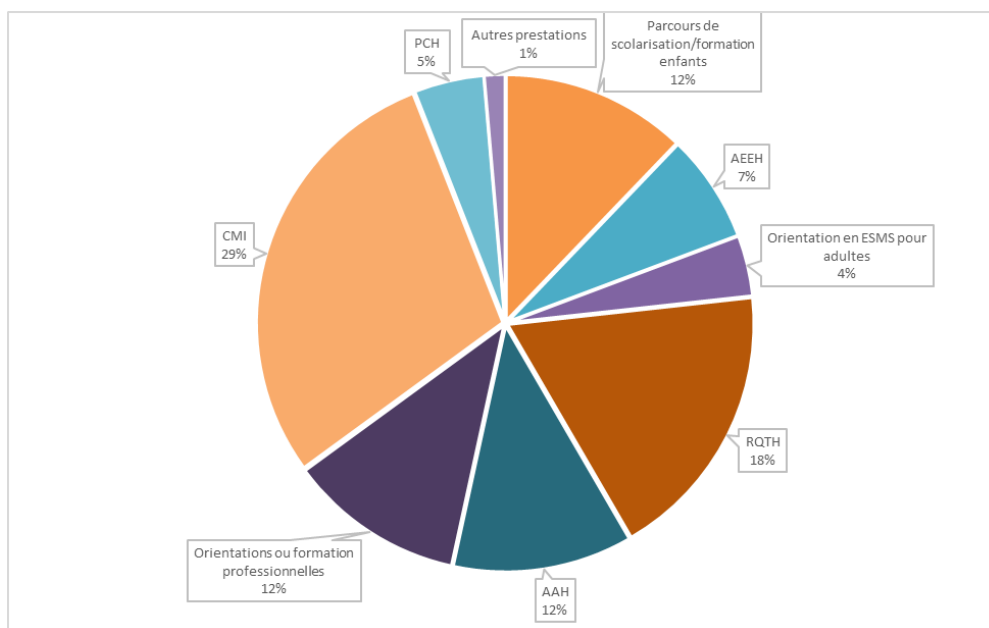
[41] **La structure des droits ouverts par les MDPH en 2022 (cf. graphique n°1), globalement assez proche de celle de 2015 se caractérise par<sup>11</sup> :**

- la part quasi-majoritaire (47 %, comme en 2015) représentée par la RQTH et les CMI, qui sont associés à une charge de travail limitée sur le plan de l'évaluation, même si ces droits sont rarement demandés de façon isolée ;
- la part plus faible (12 % pour l'AAEH et la PCH, comme en 2015) constituée par les droits qui représentent au contraire la charge d'évaluation la plus importante ;
- la part minoritaire (19 %, soit deux points de plus qu'en 2015) des droits attribués aux enfants par rapport à ceux ouverts aux adultes (dont 12 % concernent des AAH).

---

<sup>11</sup> Une analyse par prestation de l'évolution de la charge n'est possible qu'à partir de la structure des droits attribués par les MDPH. En effet, cette maille est la seule qui permette de décomposer les droits par prestation et public (adultes et enfants).

Graphique 1 : Structure des droits attribués par les MDPH en 2022



Source : Mission à partir des données CNSA.

[42] Cette stabilité par rapport à 2015 de la structure des droits ouverts masque des évolutions différenciées selon les publics et les droits :

- le nombre de droits ouverts pour les enfants a augmenté de 40 %, soit quatre fois plus vite que les droits ouverts pour les adultes, avec une hausse particulièrement marquée (+ 69 %) des droits ouverts au titre de l'aide humaine à la scolarisation ;
- le nombre de droits ouverts au titre de la PCH a augmenté de 36 % et celui des droits au titre de la RQTH de 24 %, tandis que les attributions d'AAH ont diminué de 5 %.

#### 1.2.2.4 Les sollicitations des usagers et le déploiement de mesures décidées au niveau national contribuent aussi à la charge de travail des MDPH

[43] Les sollicitations par mail, téléphone ou à l'accueil physique des usagers constituent pour les MDPH une charge de travail mal objectivée au niveau national mais qui tendrait à augmenter :

- plus d'un million de personnes auraient été reçues à l'accueil physique des MDPH en 2022, sans que tous les usagers reçus dans les antennes des services départementaux ou d'autres partenaires soient toujours, selon les MDPH, correctement comptabilisés ;
- 4,6 M d'appels téléphoniques auraient été reçus en 2022, étant précisé que les MDPH comptabilisent de façon hétérogène le nombre d'appels reçus en fonction des outils dont elles disposent et de l'organisation de leur réponse téléphonique ;
- enfin, il n'existe pas de données nationales sur le nombre de mails reçus par les MDPH mais il tendrait à s'accroître de façon corrélée aux délais de traitement des demandes.

[44] **Par ailleurs, les moyens des MDPH ont aussi été mobilisés sur la période 2015-2022 par le déploiement de mesures décidées au niveau national dont :**

- la Réponse accompagnée pour tous (RAPT) qui a nécessité la mise en place au sein des MDPH d'une organisation spécifique et d'une comitologie dédiée avec ses partenaires ;
- les versions successives du SIH, qui a mobilisé les équipes en charge du traitement des demandes dans le cadre de la réalisation de tests préalables à la mise en service ;
- l'appropriation métier nécessaire à la mise en place des nouvelles dimensions de la PCH (parentalité, surdicécité, PCMT).

### 1.2.3 Les effectifs des MDPH et le concours alloué par la CNSA ont augmenté dans les dernières années

#### 1.2.3.1 Environ 5 700 ETP travaillaient en 2022 en MDPH, soit 12 % de plus qu'en 2017, sans que ce chiffre reflète les moyens effectivement mobilisés

[45] **L'appréciation des moyens humains des MDPH repose sur des données communiquées par la CNSA dont la profondeur remonte à 2017, la mission s'étant centrée sur une période relativement récente.** Il n'est donc pas possible, à partir de ces données, d'estimer sur une plus longue période leur évolution en lien avec celle de la charge de travail.

[46] **Par ailleurs, la comptabilisation des moyens humains effectivement mobilisés par les MDPH est un exercice difficile en raison de leur structure hétérogène :**

- **les collaborateurs présentent une diversité statutaire** incluant des personnels mis à disposition par l'Etat, des fonctionnaires détachés, des agents contractuels de droit public ou de droit privé en CDI ou CDD. Les ETP mis à disposition par l'Etat (ministères sociaux et Education nationale) sont les seuls à faire l'objet d'un décompte spécifique : 146 ETP étaient mis à disposition par les ministères sociaux fin 2022 (contre 1 548 en 2006) et 261 ETP par l'Education nationale en 2023 (contre 200 en 2016)<sup>12</sup> ;
- **les ETP mis à disposition ou détachés par les conseils départementaux tendent à être sous-estimés** : ils peuvent relever de missions mutualisées avec d'autres services (ex : accueil de premier niveau, fonctions supports) ou encore de renforts temporaires alloués aux MDPH.

[47] **Par ailleurs, il existait en 2022 un écart de 591 ETP (soit 9,4 % contre 1,5 % en 2018) entre le volume d'ETP théoriques et celui des ETP travaillés** : il traduirait les difficultés rencontrées par les MDPH sur le plan des ressources humaines (turn-over, difficultés de recrutement, absentéisme en particulier).

[48] **L'évolution de + 12 % par rapport à 2017 (+ 7 % par rapport à 2019) du volume d'ETP travaillés doit donc être abordée avec prudence.** Elle peut être liée tant à une fiabilisation du mode de comptabilisation des ETP qu'à un effort de recrutement (pérenne ou temporaire) financé par la CNSA (via la Maop) ou les conseils départementaux, dans le cadre d'une stratégie

---

<sup>12</sup> S'agissant du seul personnel enseignant et psychologue (voir annexe n°2).

de réduction des délais de traitement. Par ailleurs, il est difficile de mettre cette évolution en regard de celle de la charge de travail.

[49] Selon la période de référence retenue, l'évolution des ETP est plus ou moins proportionnelle à celle de la charge. Par exemple, pour la période 2017-2022, le nombre d'ETP a augmenté de 12 % et celui des avis et décisions de 3 %. A l'inverse, pour la période 2019-2022, le nombre d'ETP a augmenté de 7 % et celui des avis et décisions de 8 %.

**Recommandation n°1** Fiabiliser les données relatives aux ETP travaillant en MDPH pour apprécier de façon plus robuste, pour chaque MDPH, leur évolution au regard de celle de la charge de travail.

### 1.2.3.2 Le concours versé par la CNSA a été revalorisé de 25 % en 2021 mais son mode de calcul, comme celui de la dotation de l'Etat, est contestable

[50] **Les ressources financières des MDPH sont constituées en particulier du concours versé par la CNSA et de la dotation de l'État :**

- le **concours**, dont le versement est conditionné à la signature préalable d'une convention entre la CNSA et le conseil départemental, représente la participation de la CNSA au financement des coûts d'installation et de fonctionnement : à ce montant de 97,8 M€, revalorisé de 25 % en 2021 dans le cadre de la feuille de route 2022 , s'ajoutent des financements spécifiques versés à certaines MDPH au titre du déploiement du SI harmonisé ou encore de la Maop ;
- la **dotation de l'État**, qui est également retracée dans les comptes de la branche autonomie et versée par la CNSA, a pour objet de compenser, après leur départ, le coût des agents qui étaient mis à disposition des MDPH et une partie du coût de leur fonctionnement : son montant, qui atteint 82,1 M€ en 2024, a augmenté mécaniquement au gré des départs comptabilisés chaque année par les Ddets.

[51] **Le mode de calcul de ces deux catégories de financement présente des faiblesses pointées régulièrement par les MDPH :**

- le niveau de compensation par la dotation de l'Etat des départs des agents mis à disposition (i) n'a jamais été revalorisé depuis 2006 et reste fixé à un niveau variable selon les catégories qui engendre un reste à charge pour les MDPH ; (ii) il n'est pas égal selon le motif de départ de l'agent avec une compensation forfaitaire, indépendante de la catégorie d'emploi, quand il s'agit d'un retour dans l'administration d'origine ;
- les critères de calcul de la part variable du concours, revus en 2021, se fondent sur des indicateurs (ex : le nombre d'orientations en ESMS) dont la cohérence avec les orientations nationales est perfectible et qui reflètent mal leur charge de travail (ex : le nombre de droits payés au titre de l'AEEH et la PCH plutôt que le nombre de droits ouverts). Par ailleurs, ils ne prennent pas en compte les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés (ex : délais de traitement, part des droits accordés sans limitation de durée).

**Recommandation n°2** Instruire une réforme des critères de calcul, d’une part, de la dotation de l’Etat aux MDPH et, d’autre part, du concours CNSA avec, pour ce dernier, une modulation à la hausse du montant versé en lien avec les résultats obtenus.

### 1.3 Les MDPH affichent des délais de traitement supérieurs à l’objectif de quatre mois et des disparités territoriales qui restent à expliquer

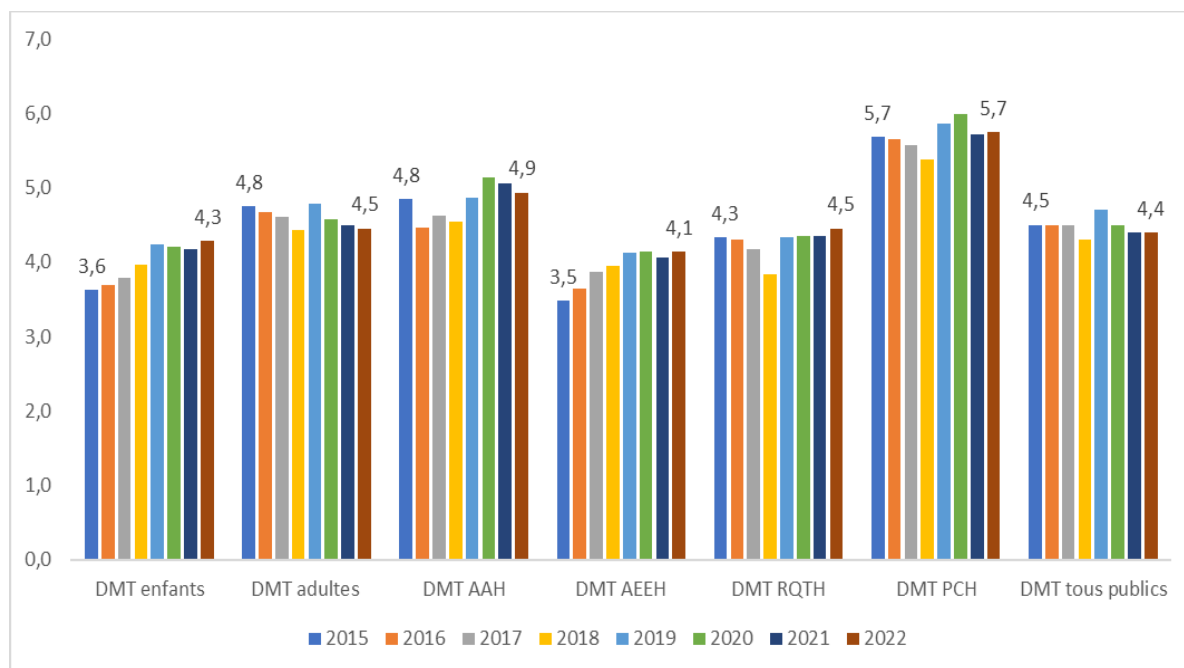
[52] L’analyse des disparités entre MDPH repose sur deux catégories de données : d’une part, celles issues d’échanges annuels, initiés dès 2006 entre la CNSA et les MDPH, qui font l’objet d’un redressement statistique et d’autre part, celles issues du baromètre qui sont remontées, depuis 2020, auprès de la CNSA par les MDPH et dont seule une partie est redressée ex post.

#### 1.3.1 Le délai de traitement des demandes, stable par rapport à 2015, est un indicateur central mais pas unique de mesure de la qualité de service

##### 1.3.1.1 Le délai moyen de traitement a augmenté par rapport à 2015 pour les seules demandes liées aux enfants

[53] **Le délai moyen de traitement des demandes est resté stable autour de 4,4 mois entre 2015 et 2022 mais a augmenté de façon nette pour les demandes relatives aux enfants (cf graphique n°2).** Ce délai est logiquement plus élevé pour la PCH qui, plus complexe à évaluer, nécessite souvent de solliciter des pièces complémentaires.

Graphique 2 : Évolution du délai moyen de traitement (DMT en mois) de différentes catégories de prestations entre 2015 et 2022



Source : Mission.



[54] **Les données disponibles au troisième trimestre 2023 permettent d'apprécier l'hétérogénéité du délai moyen de traitement sur le territoire.** La plus importante dispersion des valeurs autour de la moyenne nationale concerne la PCH. Cette dernière présente également le délai de traitement le plus élevé, supérieur ou égal à six mois dans 40 % des MDPH. Le délai moyen de traitement global reste quant à lui supérieur aux quatre mois réglementaires dans deux tiers des MDPH, dont 16 affichaient même un délai supérieur ou égal à six mois.

### 1.3.1.2 Le délai de traitement des demandes, indicateur central dans le baromètre des MDPH, n'est pas le seul à mesurer la qualité de service

[55] **Le délai de traitement des demandes est un indicateur central qui fait partie de ceux communiqués par MDPH dans le baromètre en ligne (cf. annexe n°4).** Il y est publié au niveau global, par public (enfants et adultes), pour l'AAH et la PCH. Les autres indicateurs retenus dans le baromètre sont :

- le nombre d'avis et décisions rendus annuellement et le taux de satisfaction global, relatif à l'accueil, relatif à l'expression des besoins, relatif aux aides en réponse aux besoins ;
- au niveau trimestriel, la part des droits sans limitation de durée pour les CMI, AAH et RQTH et la durée moyenne des droits ouverts en matière de scolarisation.

[56] **Le délai moyen de traitement dépend des pratiques retenues par les MDPH tout au long du processus de traitement des dossiers,** telles que le temps accordé aux usagers pour compléter un dossier ou encore la priorisation des dossiers à traiter au sein du stock (par exemple, la prise en charge des dossiers les plus anciens a un effet à la hausse sur le délai moyen de traitement). Il justifie la mobilisation d'autres données complémentaires, comme l'ancienneté moyenne du stock de demandes ou encore la part de dossiers décidés en moins de quatre mois.

**Recommandation n°3** Eclairer l'indicateur relatif au délai de traitement avec des données complémentaires (ex : ancienneté moyenne des dossiers, part des dossiers traités en moins de quatre mois) pour avoir une vision plus complète des résultats atteints.

[57] **D'autres indicateurs, inscrits dans la Cog 2022-2026 de la CNSA, ont vocation à éclairer la qualité de service des MDPH :**

- **le taux de satisfaction globale des usagers** (65 % en 2022) est mesuré par une enquête administrée en ligne par la CNSA avec un nombre de participants certes en hausse par rapport à 2020 mais encore trop faible dans près de la moitié des MDPH (inférieur à 100) pour être significatif, d'autant que les résultats ne font l'objet d'aucun redressement statistique, ce qui la distingue des enquêtes confiées à des prestataires par les autres branches de la Sécurité sociale ;
- **le taux de satisfaction par mode de contact, le ressenti de réitération, le taux de courriels traités dans les délais et le taux de réclamations traitées dans les délais** sont quatre indicateurs inscrits dans la Cog de la CNSA, par parallélisme avec celle des autres branches, mais qui ne peuvent pas encore être mesurés faute d'outil et de définition communs ;

- enfin, le **taux d'appels aboutis** fait partie des indicateurs remontés par les MDPH dans leur rapport annuel à la CNSA mais, faute de définition et d'outil de mesure communs, les résultats obtenus, anormalement bas dans plusieurs MDPH, doivent être considérés avec prudence.

**Recommandation n°4** Préciser la définition et le mode de calcul des indicateurs relatifs à la qualité de service figurant dans la Cog ; moderniser la mesure de la satisfaction des usagers des MDPH sur le modèle des enquêtes pratiquées par les autres branches.

### 1.3.2 Les disparités constatées, en particulier sur le taux d'accord et la part des droits sans limitation de durée, mériteraient d'être davantage investiguées

#### 1.3.2.1 La dispersion des taux d'accord est particulièrement prononcée pour la PCH et l'AAEH tandis que la part des droits sans limitation de durée reste très inégale selon les MDPH

[58] **Il existe encore peu d'études sur les disparités de traitement en MDPH alors que l'équité territoriale constituait l'un des principes fondamentaux à leur création**<sup>13</sup>. Comme l'a rappelé en 2020 le rapport Vachey, l'enjeu de réduction de ces disparités préexistait à la création de la branche autonomie et n'est pas propre aux politiques décentralisées. La Cog 2022-2026 de la CNSA réaffirme cet objectif, ce qui suppose dans un premier temps de mesurer et de comprendre les disparités existantes. A cette fin, la fonction statistique a été regroupée au sein d'une même direction de la CNSA. Une étude a été publiée en janvier 2024 sur les disparités constatées entre département dans la part de la population bénéficiant d'une aide humaine à la scolarisation ou d'une RQTH. Le champ des études à réaliser ou actualiser, par exemple sur les disparités d'accès à la PCH ou à l'AAH, le cas échéant en lien avec la Drees, reste cependant vaste.

[59] **Sur la base des données communiquées par la CNSA, la mission a mesuré la dispersion des taux d'accord par prestation et celle de la part des droits accordés sans limitation de durée :**

- **la dispersion des taux d'accord est nettement plus marquée pour la PCH**, qui présente par ailleurs un taux d'accord médian plus faible que les autres prestations (52 %), ce qui peut s'expliquer par la complexité et le caractère individualisé des évaluations plus susceptibles de donner lieu à des pratiques différenciées ; inversement, le taux d'accord de la RQTH (médiane de 97 %) varie peu selon les MDPH, comme celui de l'AAH ;
- **la part des droits accordés sans limitation de durée est particulièrement dispersée pour la RQTH et la CMI priorité** qui sont aussi les prestations pour lesquelles la part des DSLD a le plus augmenté entre le T1 2021 et le T3 2023 ; la distribution des valeurs est plus resserrée pour l'AAH (cf. annexe n°3).

<sup>13</sup> Une étude de la Drees de 2013 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, sanitaires ou économiques du territoire. Un quart des écarts pourrait donc s'expliquer par des différences de pratiques entre acteurs locaux, en particulier les MDPH.

### 1.3.2.2 Des travaux mobilisant l'ensemble des données disponibles pourraient éclairer ces disparités et aider les MDPH à se comparer entre elles

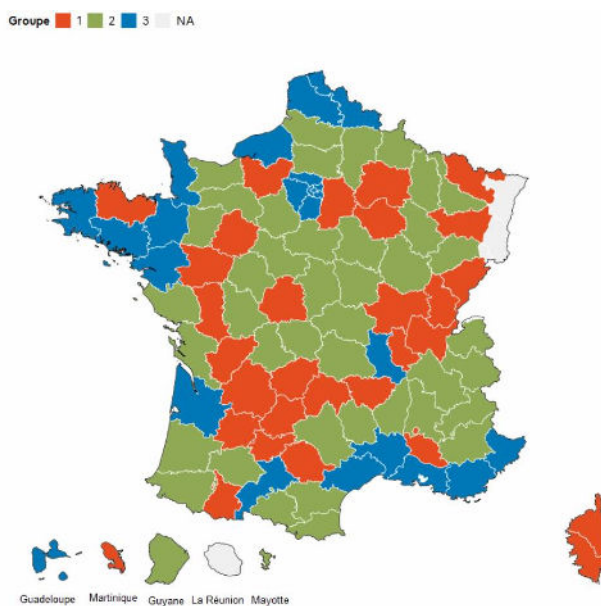
[60] Le pôle data de l'IGAS a également utilisé les données communiquées par la CNSA pour rechercher différentes corrélations entre indicateurs de charge, de moyens et de qualité de service :

- il existe une forte corrélation entre le nombre d'ETP travaillés d'une MDPH et le nombre d'avis et décisions : sur la période récente (2019-2022), l'évolution du volume d'ETP travaillés n'est cependant pas corrélée à celle du nombre de décisions et avis par MDPH ;
- les délais de traitement par MDPH n'apparaissent pas corrélés à leur charge mesurée par le nombre de décisions et avis rendus par ETP : en d'autres termes, à charge de travail égale, les MDPH ont des délais très hétérogènes ;
- les délais de traitement ne sont pas non plus corrélés au taux de recours préalable obligatoire : la rapidité du traitement ne dégraderait pas la qualité des décisions rendues, si on fait l'hypothèse que cette dégradation conduit à une augmentation du taux de recours ;
- en revanche, le niveau de satisfaction des usagers est corrélé négativement avec les délais de traitement.

[61] **Le pôle data de l'IGAS a aussi mobilisé ces variables pour classer les MDPH en trois groupes. Cette classification a ensuite été enrichie avec des indicateurs socio-économiques (cf. carte n°1) :**

- un premier groupe (31 MDPH) est constitué de petites structures qui rendent moins de décisions et avis que la moyenne nationale, avec un nombre d'ETP plus faible et une charge par ETP pratiquement égale. Leurs délais de traitement sont plus courts et le taux de satisfaction globale y est supérieur. Il s'agit de départements avec une population moins dense que la moyenne et plus âgée. Le taux de chômage y est plus faible et peu dispersé ;
- un deuxième groupe (45 MDPH) est constitué de structures de taille intermédiaire. Il se distingue du groupe 1 par un taux d'attribution de droits sans limitation de durée supérieur de dix points à la moyenne nationale. Le taux de satisfaction globale y est aussi supérieur à la moyenne nationale, mais légèrement inférieur à celui du groupe 1. Ces départements présentent la densité de population la plus basse des trois groupes et une disparité plus marquée dans les taux d'équipement en ESMS ;
- enfin, un troisième groupe (27 MDPH) est constitué 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 y est supérieur de deux points à la moyenne nationale, ce qui tendrait à souligner un plus grand nombre de postes vacants. Les délais de traitement des demandes y sont plus longs. Le taux de satisfaction globale est le plus bas des trois groupes, bien inférieur à la moyenne nationale. Contrairement aux groupes 1 et 2, il s'agit de départements très peuplés et jeunes. Le taux de chômage y est plus élevé et plus dispersé. Le taux d'équipement en ESMS y est bien inférieur aux deux autres groupes et à la moyenne nationale.

Carte 1 : Classification des MDPH en trois groupes homogènes<sup>14</sup>



Source : Pôle data de l'Igas.

**Recommandation n°5** Développer des études statistiques sur les disparités de résultats constatés entre MDPH en tenant compte des caractéristiques socio-économiques des territoires.

## 2 Le traitement de masse affecte l'exercice d'évaluation du handicap comme la relation avec les usagers en MDPH

### 2.1 L'approche globale de l'évaluation se heurte à des contraintes de plusieurs ordres

[62] **L'évaluation relève de deux objectifs distincts : la compréhension d'une situation de handicap comme la vérification d'une éligibilité aux droits.** L'augmentation de la charge, comme la complexité inhérente à l'exercice, conduisent la mission à constater des écarts à l'approche globale comme à interroger le réalisme d'une telle ambition appliquée sans distinction à l'ensemble des demandes.

<sup>14</sup> Les données 2022 du Bas-Rhin, Haut-Rhin et de la Réunion sont manquantes. Ces départements sont donc exclus des analyses.

## 2.1.1 Les équipes pluridisciplinaires recherchent, sans l'atteindre, un optimum organisationnel

### 2.1.1.1 Les équipes pluridisciplinaires mobilisent, de façon inégale, des professionnels internes ou externes

[63] **La composition de l'équipe pluridisciplinaire doit permettre d'évaluer tous types de besoins en réunissant des professionnels ayant les compétences à même de les apprécier.** Des professionnels, internes à la MDPH comme externes, composent ces équipes (cf. annexe n°5).

[64] **En interne, elles comptent sept métiers principaux :** médecin, infirmier, ergothérapeute, travailleur social, agent administratif, psychologue, enseignant ou professeur des écoles.

[65] **Des professionnels extérieurs<sup>15</sup> sont également mobilisés.** Lors de ses immersions, la mission a observé leur concours, hétérogène selon les MDPH. L'indicateur du nombre de demi-journées consacrées par les partenaires aux équipes d'évaluation, bien que fragile<sup>16</sup>, permet d'approcher ce degré d'ouverture. Il varie du simple au triple entre le Val-de-Marne (68 demi-journées) et la Haute Garonne (233), de taille comparable. A l'inverse, la Somme, trois fois plus petite que les Bouches-du-Rhône, présente un volume équivalent (plus de 1 000).

[66] En complément, **les professionnels peuvent mobiliser des partenaires pour des expertises spécifiques.** Par exemple, la MDPH de la Moselle peut solliciter les équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (Eqlaat)<sup>17</sup> en amont d'une demande PCH.

### 2.1.1.2 Malgré des efforts d'optimisation, l'évaluation reste marquée par des goulets d'étranglement

[67] **L'optimisation de l'organisation des équipes d'évaluation apparait comme un enjeu majeur pour les directions des MDPH.** Plusieurs grandes lignes se dégagent :

- **la structuration enfant / adulte, qui caractérisait historiquement les services<sup>18</sup>, évolue vers une approche par dominante** (vie quotidienne, qui traite notamment la PCH, vie professionnelle et parcours de scolarisation) même si les MDPH conservent une distinction entre équipes adulte et enfant, avec des unités dédiées dans les plus grandes ;

---

<sup>15</sup> Les L146-27, D312-161-14, D312-161-26, D312-161-3 du CASF en mentionnent plusieurs. En particulier, le L146-27 prévoit la présence obligatoire des enseignants pour toute demande liée à la scolarité. La compilation des rapports d'activité 2022 en présente les profils principaux : enseignants, médecins de l'éducation nationale, gestionnaires d'ESMS, psychologue du travail, conseillers d'orientation du service public de l'emploi, travailleurs sociaux, infirmiers des services du département, ou encore professionnels de soins spécialisés (médecins et psychologues des services hospitaliers ou des centres ressources autisme).

<sup>16</sup> Déclaratif et remontant annuellement du rapport d'activité transmis par chaque MDPH.

<sup>17</sup> Le dispositif relève d'une expérimentation article 51 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.

<sup>18</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.

- **des équipes de premier niveau assurent le traitement d'une part importante des dossiers, les moins complexes.** A l'échelle nationale, en 2022, selon la CNSA, près de 80 % des MDPH, à l'instar de toutes celles de l'échantillon de la mission, avaient mis en place une telle organisation. Pour 51 MDPH, ce premier niveau traite au moins 50 % des dossiers ;
- **des circuits d'urgence sont formalisés**, même s'ils ne garantissent pas toujours son traitement, comme la mission a pu l'observer dans plusieurs situations individuelles.

[68] **Malgré ces efforts de structuration, la phase d'évaluation reste marquée par des goulets d'étranglement** comme le montrent les diagnostics coconstruits dans le cadre de l'intervention de la Maop. Ainsi, dans les MDPH appuyées par la Maop au sein de l'échantillon de la mission, l'étape d'évaluation comptabilise le plus important stock de dossiers restant à traiter (cf. annexe n°5). Au-delà des facteurs liés au manque d'effectifs mobilisables, à la complexité des demandes, aux faiblesses des outils disponibles (cf. partie 3), la mission a identifié deux paramètres propres aux circuits internes : la qualité de l'aiguillage préalable et la rationalisation du nombre d'équipes pluridisciplinaires. La CNSA a engagé un travail de refonte du RMQS, pour capitaliser sur l'intervention de la Maop. La mission préconise qu'il puisse contribuer à rendre plus efficaces les circuits d'urgence.

### 2.1.1.3 Les exigences en termes de pluridisciplinarité et la place des médecins dans l'évaluation doivent être clarifiées

[69] Les textes ne fixent pas de seuil à l'équipe pluridisciplinaire censée évaluer la demande. Dans leur silence, la notion d'équipe minimale s'entend généralement comme un binôme. La doctrine de la CNSA l'entend ainsi. **En pratique, la mission a identifié, dans cinq MDPH de l'échantillon, la prise en charge par un professionnel seul, souvent soignant de profession, d'évaluations de demandes plus simples à évaluer, à l'instar des CMI et des RQTH.**

[70] **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 ». La mission retient cette doctrine d'intervention, l'enjeu étant de mobiliser les bonnes compétences autour de la situation, selon les besoins repérés.

[71] La mission constate que les EP partenariales sont celles qui se rapprochent le plus du cadre principal de la loi de 2005 : un échange pluridisciplinaire où les parties prenantes s'approprient la situation et s'interrogent, par leurs prisme métier, sur les besoins de compensation, avant de décliner des réponses. Toutes les situations ne nécessitent néanmoins pas une telle approche.

[72] **Par ailleurs, dans le cadre de ses déplacements, la mission a constaté le positionnement très varié des médecins dans l'équipe pluridisciplinaire (cf. annexe n°5). Trois MDPH leur accordent un rôle prééminent.** Les Bouches-du-Rhône, la Somme ou le Val-de-Marne privilégient les médecins pour les premières demandes, certains étant appelés à apprécier seuls le taux d'incapacité (TI) ou la Restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE). Dans les Bouches-du-Rhône, les services médicaux adulte et enfant sont distincts des autres pôles d'évaluation. D'autres s'appuient davantage sur des ressources infirmières, parfois en raison de difficultés de recrutement de médecins. **La place accordée aux médecins pose question au regard de la**

**nécessité de fonder l'évaluation sur une approche non strictement médicale mais aussi des tensions sur la démographie médicale<sup>19</sup>.** Dans ce contexte, la mission préconise un positionnement de leur expertise en second niveau.

**Recommandation n°6** Retenir une approche souple de l'évaluation de la demande dans un cadre pluridisciplinaire et privilégier la mobilisation des médecins en expertise de second niveau.

## 2.1.2 Le dossier de demande n'a pas remédié à la problématique historique de l'accès aux informations pertinentes pour évaluer une situation

[73] **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.**

### 2.1.2.1 Le formulaire et le certificat médical qui l'accompagnent font l'objet d'une mauvaise appropriation

[74] Le Cerfa n°15692\*01 (dit formulaire Impact) a remplacé le Cerfa n° 13788\*01 qui avait, en 2009, pris la suite des huit anciens formulaires Cotorep et CDES. Ce formulaire, largement concerté, introduit le principe de la demande générique : **il n'est pas obligatoire de cocher un droit ou une prestation pour que la demande soit recevable.** Il structure les informations en six 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 réduit potentiellement le nombre de pièces complémentaires à adresser par les usagers au cours du traitement de leur demande.

[75] Conçu pour un usage dématérialisé dans le cadre du téléservice, il a été rendu opposable en 2019 sous une forme matérialisée. **Il n'a pas été actualisé malgré les demandes concernant la meilleure prise en compte des troubles psychologiques, cognitifs, mentaux et TND<sup>20</sup> ou les évolutions règlementaires récentes de la PCH.** Il a dès son introduction fait l'objet de critiques<sup>21</sup>. En 2022, l'expérimentation d'une version remaniée a été engagée dans trois MDPH volontaires et évaluée par la Direction interministérielle de l'innovation publique (DITP, cf. annexe n°5).

[76] Les constats de la mission, corroborés par cette évaluation, dont les résultats gagneraient à être partagés, sont les suivants :

- **entre un cinquième et un tiers des dossiers n'est pas recevable à l'arrivée ;**
- **une infime minorité de demandes (entre 3 et 9 % selon l'évaluation de la DITP, environ 6 % selon la CNSA) est exprimée dans le cadre d'un dossier générique ;**

---

<sup>19</sup> Par rapport aux Cotorep, les MDPH étaient attendues sur une sortie d'une approche exclusivement médicale du handicap. Le bilan de l'utilisation du GEVA produit en 2010 par la CNSA indiquait : « *dans les équipes techniques des anciennes Cotorep et CDES, (...), 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.* »

<sup>20</sup> L'Unafam porte de longue date une demande de révision du formulaire impact comme de son certificat médical. En lien avec le CNCPH, un groupe de travail a permis d'élaborer un formulaire spécifique autour d'un volet à destination du médecin et un volet à destination du demandeur.

<sup>21</sup> Voir Plus Simple La Vie, Adrien Taquet et Jean-François Serres, 2018.



- **le formulaire est mal mobilisé en matière de renouvellement.** La case dédiée, peu visible, ne cible que les droits strictement identiques. De ce fait, elle est mal utilisée par les usagers ayant déjà des droits ouverts auprès de la MDPH mais qui demandent des droits nouveaux<sup>22</sup>. L'ajustement proposé dans le cadre de la version remaniée expérimentale ne permet pas un meilleur remplissage ;
- **le formulaire n'explique pas les prestations et induit parfois en erreur.** Par exemple, il invite les usagers à décrire leurs difficultés y compris dans des champs non couverts par les prestations (comme le besoin de ménage, non éligible à la PCH<sup>23</sup>) ;
- **le principe d'expression individuelle peut discriminer les personnes en difficulté à l'écrit,** soit « un adulte sur 10 » selon l'Insee<sup>24</sup> ou encore les personnes souffrant d'un trouble de métacognition<sup>25</sup> dans le cadre de certaines altérations psychiques ;
- **le caractère uniforme du formulaire ne permet pas d'identifier certains publics, notamment les enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE).**

**Y., 40 ans, rejet de PCH aide humaine demandée pour les courses et le ménage**

Y. est une ancienne adjointe technique, inapte au travail, qui touche une pension d'invalidité de la CNRACL. Elle vit en couple avec des enfants. Elle ne peut porter aucune charge. Elle souffre de déficiences neurologiques, de troubles de l'humeur et de douleurs. Y. exprime ses besoins au titre de la vie quotidienne, « quelqu'un qui m'aide pour mon ménage et mes courses ». Son époux, aidant, indique également avoir besoin de relais pour les déplacements et les courses. Madame n'est pas éligible à la PCH, qui est rejetée.

**Recommandation n°7** Actualiser et simplifier le formulaire Cerfa ; à cette occasion, introduire un formulaire spécifique aux renouvellements.

[77] **Par ailleurs, le certificat médical (CM) associé à la demande MDPH est mal approprié.** La difficulté à mobiliser les médecins et l'incomplétude des informations qui en résulte ont été identifiées par la mission dans ses échanges avec l'ensemble des MDPH. Selon une présidente de CDAPH, par ailleurs praticienne hospitalière, « les médecins ne savent pas remplir le certificat MDPH ». Dans les dossiers transmis par cette MDPH, la mission a repéré un usager signalant ainsi sa « difficulté à trouver un médecin traitant qui accepte de remplir le certificat », après deux ans sans avoir consulté de professionnel. Pourtant, depuis avril 2022, le tarif lié à son renseignement pour une première demande en MDPH est le même que celui des consultations complexes (60€). Dans certains secteurs, des infirmiers Asalée (action de santé libérale en équipe) remplissent ce certificat et le font signer par les médecins.

<sup>22</sup> Les indicateurs nationaux disponibles ne permettent actuellement pas de distinguer les nouveaux usagers. 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). Le reste relèverait de renouvellement de droits. Ces données sont néanmoins fragiles en raison de problèmes de reprise de données liée à la bascule vers le SIH et aux évolutions de décompte de la demande suite à la généralisation du formulaire impact.

<sup>23</sup> L'aide-ménagère du département peut prendre en charge cette dépense. L'élargissement de la PCH à ce besoin est néanmoins une demande ancienne des associations.

<sup>24</sup> Insee Première n° 1993, Avril 2024.

<sup>25</sup> Pouvant se traduire par une difficulté à reconnaître ses propres troubles ou altérations.



[78] Centré sur les altérations physiques et sensorielles, le certificat ne permet pas assez de prendre en compte celles liées aux fonctions mentales selon l’Unafam. **Par ailleurs, ce certificat nécessite une appréhension du retentissement dans la vie quotidienne, que les médecins ne sont pas nécessairement les mieux placés pour réaliser.** Dans le cadre des travaux engagés en 2024 sur l’évolution du champ de compétences des infirmiers, leur rôle pourrait être renforcé afin d’améliorer la qualité du certificat. Une expérimentation pourrait prévoir que, dans les structures coordonnées, les infirmiers remplissent la partie du formulaire relative à l’évaluation du retentissement sur la base d’un diagnostic qui continuerait de relever du médecin. Ce nouveau rôle pourrait relever prioritairement des infirmiers en pratique avancée dans un premier temps. Cette mesure s’inspire de la délégation existante dans les services de santé au travail des médecins du travail vers les infirmiers, encadrée par le décret du 26 avril 2022.

**Recommandation n°8** Expérimenter un partage des rôles entre médecins et infirmiers au sein des structures coordonnées pour le remplissage du certificat nécessaire à la demande MDPH

### 2.1.2.2 Les MDPH collectent les informations nécessaires au traitement de la demande, qui est ainsi parfois rallongé à l’étape d’évaluation

[79] **A l’étape d’instruction, il n’existe pas de délai réglementaire pour déclarer un dossier irrecevable en l’absence des quatre pièces obligatoires.** Le projet de feuille de route MDPH 2027 envisage la fixation d’un délai de recevabilité au niveau national, qui devra reposer sur une base réglementaire. La fréquence des relances adressées aux usagers avant clôture de leur dossier est variable selon les MDPH, ce qui constitue un facteur d’inégal accès aux droits. Les modalités selon lesquelles l’usager est prévenu que son dossier n’est pas recevable sont libres et la mission n’a pas relevé de stratégie alternative au courrier (mail ou SMS) alors qu’une action d’aller vers pourrait permettre de limiter les rejets administratifs préjudiciables aux usagers.

**Recommandation n°9** Fixer un délai réglementaire de réception des pièces au-delà duquel un dossier est déclaré irrecevable à l’issue d’au moins un contact direct préalable avec l’usager.

[80] **A l’étape d’évaluation, les textes ne définissent pas, quant à eux, le socle minimal sur lequel le travail de l’équipe pluridisciplinaire peut s’engager. La recherche des informations et justificatifs pertinents constitue une part non négligeable de l’activité des évaluateurs qui s’apparente à un travail d’enquête** (cf. annexe n°5). L’évaluation de l’expérimentation menée par la DITP a mesuré qu’entre 19 et 25 % des dossiers font l’objet d’une demande de pièces complémentaires dans les trois MDPH participantes. Les pièces les plus fréquemment exigées sont un compte rendu de spécialiste, un avis de la médecine du travail, un CV, des devis ou des factures, ou encore un Geva-Sco<sup>26</sup>. Cette proportion apparaît en-deçà des constats réalisés par les MDPH de l’échantillon. Celles-ci définissent des listes type par droits et cherchent à anticiper leur récupération. Par exemple, en Haute-Garonne, l’envoi du courrier de recevabilité est

<sup>26</sup> Acronyme du guide d’évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation, rempli par les équipes de l’Education nationale en lien avec les familles. Il regroupe les principales informations sur la situation d’un élève, afin qu’elles soient prises en compte pour l’évaluation de ses besoins par la MDPH. Un arrêté interministériel du 6 février 2015 en fixe les contours.

l'occasion d'adresser une notice PCH qui présente la liste des justificatifs de charges susceptibles d'être demandés dans le cadre de l'évaluation.

[81] **Selon le CNCPH, ces pratiques sont d'autant plus abusives que le traitement de leurs demandes associe peu les usagers.** Si ces exigences doivent être strictement proportionnées, la mission atteste du caractère parfois lacunaire des informations transmises. Toute demande de pièce à l'issue de la recevabilité joue sur les délais de traitement<sup>27</sup>. Si un à deux mois sont nécessaires pour récupérer les pièces, les délais globaux sont majorés, sans pour autant que cet impact soit pris en compte dans les indicateurs nationaux. En conséquence, les MDPH s'investissent, auprès de leurs partenaires et de leurs usagers, dans la sensibilisation à la qualité des dossiers. Force est de constater que les efforts en matière d'accueil des usagers, de sensibilisation des partenaires doivent être poursuivis et assortis d'une stratégie nouvelle en matière d'échange de données (voir infra).

### 2.1.3 L'évaluation ne permet ni la pleine association des usagers ni la pleine implication des CDAPH

#### 2.1.3.1 Opérée principalement sur dossier, l'évaluation se rapproche d'une appréciation des règles d'éligibilité

[82] Si le CASF ne proscrit pas l'évaluation sur dossier, il prévoit une large place à l'échange avec les usagers<sup>28</sup>. **Neuf évaluations sur dix sont faites sur dossier** selon la compilation des rapports d'activité 2022 réalisée par la CNSA<sup>29</sup>. **La part de ces analyses s'est donc accrue depuis 2010**, où elle était de 77 %<sup>30</sup>. L'échantillon de la mission est ici représentatif. L'Allier, à l'organisation territorialisée, se singularise toutefois par la part d'évaluations réalisées à domicile (15 %). Les Bouches-du-Rhône et la Haute-Garonne se distinguent par la part des évaluations réalisées sur entretien téléphonique (respectivement 12 % et 20 %).

[83] Par ailleurs, la mission a constaté lors de ses immersions la rapidité de l'évaluation de premier niveau (parfois une dizaine de minutes au plus<sup>31</sup>). A rebours d'une approche globale, ce temps est priorisé sur la vérification de l'éligibilité.

[84] **Cela n'empêche pas l'équipe de se saisir de la logique générique pour évaluer des droits non demandés, en s'appuyant sur des raisonnements évaluatifs cohérents.** A titre d'exemple, pour les dossiers enfants, la description du handicap et de son retentissement permet de considérer un droit à l'AEEH même sans demande cochée en ce sens. **Les équipes examinent aussi la possibilité d'attribuer des droits à vie**, même si la mesure, récente, doit encore être accompagnée selon les

---

<sup>27</sup> Voir partie 1 pour la définition.

<sup>28</sup> L 146- 8 du CASF.

<sup>29</sup> Pour 52 MDPH pour lesquelles ces données sont cohérentes.

<sup>30</sup> Synthèse de la CNSA, MDPH, 5 ans déjà, [CNSA\\_MDPH2011.pdf](#).

<sup>31</sup> Cette estimation est cohérente avec celle réalisée par la Cour des comptes, dans son rapport de 2019 sur l'AAH : « Dans les séquences de travail des équipes pluridisciplinaires auxquelles les rapporteurs de la Cour ont assisté, le délai d'examen moyen était d'un quart d'heure par dossier. Examen le plus court : 10 minutes. Examen le plus long : 31 minutes. »

directions de MDPH. Dans les 36 dossiers auxquels la mission a pu avoir accès, les droits à vie sont très majoritairement décidés en ce qui concerne la RQTH et la CMI.

**M., 59 ans : attribution d'une RQTH sans limitation de durée et d'une AAH**

M. a travaillé toute sa vie, en tant que maçon ou couvreur. Il est en arrêt maladie depuis deux ans suite à une opération qui a laissé des séquelles. Son inaptitude va être prononcée sous peu. Il est accompagné par le service social de la Carsat. M. envisage une reconversion. A la suite de l'évaluation, ses droits sont décidés et ouverts sans limitation de durée pour la RQTH. Une AAH 2, non demandée, est également attribuée.

[85] La profondeur du raisonnement évaluatif apparaît, de fait, bornée par la gestion du temps et la maîtrise des référentiels réglementaires (cf. annexe n° 5). En définitive, les EP partenariales sont celles qui se rapprochent le plus du cadre posé par la loi de 2005 : un échange pluridisciplinaire où les parties prenantes s'approprient la situation et s'interrogent, par leur prisme métier, sur les besoins de compensation, avant de décliner des réponses. Toutes les situations ne nécessitent néanmoins pas une telle approche.

[86] Par ailleurs, **cinq MDPH de l'échantillon assurent des visites à domicile (VAD) pour évaluer la PCH**. Pour rappel, la PCH compte pour 7 % des demandes annuelles reçues par les MDPH et fait l'objet de 5 % des décisions. Les VAD (mobilisées dans 4 % de l'ensemble des évaluations) sont vraisemblablement concentrées sur la PCH mais il n'est pas possible de reconstituer la part des demandes de PCH évaluées à la suite d'une VAD.

**Visite à domicile chez M. dans le cadre d'un aménagement de logement pour la PCH**

M. est de moins en moins autonome dans sa vie quotidienne. Son droit à la PCH aide humaine est déjà ouvert. Il est marié. Il a deux enfants dont l'une bénéficie d'étayages, en lien avec son trouble du spectre autistique (TSA). Son épouse est donc doublement aidante depuis que la maladie neuro-dégénérative de M. s'est déclarée. M. s'appuie sur un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). A l'occasion d'une demande de PCH aménagement de logement, son épouse a signalé à la MDPH que M. n'avait pas déclenché l'aide humaine qui lui était attribuée car il n'acceptait d'aide que d'elle. Elle a signalé son épuisement. La visite à domicile est assurée par une ergothérapeute qui s'occupe du besoin technique et par une travailleuse sociale qui tente de convaincre M. d'accepter l'aide humaine au regard de la fatigue de son épouse. Elle propose une révision à la hausse du plan d'aide humaine.

[87] **La plus-value de ces contacts directs est pourtant essentielle à la compréhension des besoins comme à l'activation des droits**. Il apparaît donc nécessaire que les situations le nécessitant fassent plus systématiquement l'objet d'un contact ou d'une rencontre avec les usagers : outre la PCH, il s'agirait des dossiers complexes à appréhender, des demandes d'orientations médico-sociales, des premières demandes d'AAH pour lesquelles l'appréciation de la RSDAE doit être affinée.

**Recommandation n°10** Contacter ou rencontrer systématiquement les usagers lors de l'évaluation de leurs besoins pour les situations qui le nécessitent.

### 2.1.3.2 Les plans personnalisés de compensation sont priorisés sur la PCH

[88] Les équipes pluridisciplinaires doivent élaborer un plan personnalisé de compensation<sup>32</sup> (PPC) qui regroupe leurs propositions et le transmettre aux usagers, préalablement à la CDAPH, afin qu'ils puissent faire connaître leurs observations et être associés aux décisions qui les concernent. Pour les dossiers scolaires, le plan doit intégrer un plan personnalisé de scolarisation (PPS)<sup>33</sup>. **Lors de ses déplacements, la mission a constaté que la réalisation des PPC était marginale, inférieure à 3 % sauf dans la Somme.**

[89] **Leur élaboration est majoritairement priorisée sur la PCH** (cf. annexe n°5). La mission a vérifié que, dans les 14 dossiers PCH auxquels elle a eu accès, 11 incluaient un PPC en bonne et due forme et pour les trois autres, différentes pièces témoignent d'échanges itératifs au cours du processus évaluatif. **D'autres décisions peuvent, plus marginalement, donner lieu à un PPC, à l'instar d'une baisse du taux d'incapacité ou du refus d'accompagnement humain dans un dossier de scolarisation.** Cette approche plus large est une bonne pratique.

[90] L'élaboration des PPC pour les situations pour lesquelles la compréhension des droits ou la médiation à assurer par rapport à la demande (plan d'aide PCH, baisse de taux, refus de demandes liées à la scolarité) apparaît nécessaire à la mission. Dans ce même objectif, le recours à des modalités de communication plus rapides et directes qui ont pu efficacement être utilisées pendant le Covid, à l'instar du téléphone, de la visio-conférence, ou du SMS, pourraient faciliter le contact et l'appropriation de la proposition.

**Recommandation n°11** Garantir l'élaboration des plans personnalisés de compensation sur les situations pour lesquelles leur plus-value est la plus forte et les communiquer directement aux usagers.

### 2.1.3.3 La validation des dossiers sur listes limite le rôle de la CDAPH

[91] **La CDAPH a la responsabilité de prendre les décisions individuelles sur la base des propositions de l'EP.** La mission note que la fréquence des CDAPH prévient l'allongement des délais à l'étape de décision. Les commissions mobilisent néanmoins des évaluateurs, affectant en ce sens la capacité évaluative de la MDPH.

[92] Toutes les CDAPH de l'échantillon décident massivement sur liste. A titre d'exemple, une CDAPH valide plus de 1000 dossiers en Haute-Garonne ou entre 250 et 350 dans la Somme. **Dans ce traitement industriel, la CDAPH enregistre de facto les propositions de l'EP.** Les membres de la CDAPH n'ont pas toujours accès aux informations individuelles concernant ces listes. En complément, quelques dossiers sont présentés pour échanges, sur la base de critères établis dans les règlements intérieurs. Ils ne représentent in fine qu'une faible part des décisions. **La**

<sup>32</sup> R146-29 CASF : Il « 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 ».

<sup>33</sup> Selon les données de la Dgesco, à l'échelle de la France métropolitaine, moins d'un PPS sur deux aurait été rédigé à la rentrée 2022.

présentation des Recours administratifs préalables (RAPO) en CDAPH est apparue à la mission comme une tendance nette dans l'échantillon<sup>34</sup>.

[93] Par ailleurs, la CDAPH n'a que peu de marges décisionnelles concernant des droits fortement règlementés.

**F., enfant de 7 ans, rejet d'une 1<sup>ère</sup> demande de PCH dans un contexte familial difficile**

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 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 réglementaire. 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 cadres territoriales des services départementaux s'engagent à aller à nouveau au contact de la famille.

[94] **Les usagers ne sont que rarement informés du passage de leur dossier en CDAPH. Seuls ceux qui en font la demande sont reçus. Leur présence en CDAPH est minoritaire au regard du nombre de décisions.** Sur la base des procès-verbaux transmis, la mission ne peut pas objectiver la part des propositions de l'EP qui sont modifiées quand les usagers sont présents. Cet accueil a néanmoins une vertu médiatrice, la CDAPH expliquant ses décisions à des usagers préalablement peu associés. Cette fonction pourrait cependant être assurée dans le cadre de rendez-vous dédiés avec des évaluateurs afin d'éviter de mobiliser des ressources aussi conséquentes que celles de la CDAPH. De ce point de vue, **la mesure des référents de parcours**, annoncée par la CNH 2023, prévoyant notamment que l'équipe d'évaluation puisse contacter à l'issue de la décision le demandeur de manière pro-active pour lui expliquer la notification et ses implications pourrait aussi contribuer à couvrir ce besoin de médiation.

[95] La présentation des dossiers ou la présence des usagers permettent néanmoins aux institutions parties prenantes d'appréhender la réalité des parcours mais également de partager une culture commune et une doctrine d'intervention, fonctions qui semblent essentielles.

[96] En définitive, le rôle décisionnel de la CDAPH apparaît limité par la réalité du traitement sur liste comme par l'encadrement réglementaire des droits. Il convient donc de prendre acte des modalités actuelles de fonctionnement de la CDAPH. Néanmoins, elle pourrait voir ses missions

---

<sup>34</sup> Le taux de RAPO varie entre 1 et 4% des décisions dans la majorité des MDPH. Il s'agit d'une donnée déclarative.

élargies à une fonction d'orientation et de surveillance des pratiques professionnelles (égalité de traitement, contrôle sur échantillon, déclinaison des référentiels nationaux).

**Recommandation n°12** Compléter les missions de la CDAPH en lui confiant une fonction de supervision des pratiques professionnelles des équipes d'évaluation et d'élaboration de la doctrine de décision.

#### 2.1.4 Encadrée par des références règlementaires complexes, l'évaluation suppose la maîtrise de raisonnements multiples

[97] Si la mission ne s'est pas concentrée sur le cadre des droits ouverts par les MDPH, elle constate néanmoins la complexité de l'édifice<sup>35</sup>. **Sa maîtrise constitue une compétence spécifique des évaluateurs.**

##### 2.1.4.1 L'évaluation du handicap repose sur plusieurs outils de mesure

[98] **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 permet de « décrire les besoins de compensation des personnes handicapées de façon appropriée, équitable, avec un langage commun et en interdisciplinarité »<sup>36</sup>. Son exhaustivité le rend difficilement exploitable pour l'usage quotidien des évaluateurs. En outre, plusieurs MDPH soulignent qu'il n'a pas suffi à développer une culture commune, chaque professionnel continuant à garder son prisme métier. En pratique, la mission n'a pas constaté son utilisation ou celle de sa version simplifiée dans les équipes pluridisciplinaires (hors cas de la PCH).

[99] **Par ailleurs, le Geva n'a pas conduit à unifier les règles d'appréciation du handicap** (cf. annexe n°6). Pour les deux prestations principales pour les adultes, l'AAH, et la PCH, deux annexes du CASF<sup>37</sup> proposent des approches différentes en la matière :

- se substituant en 1993 au barème des anciens combattants et victimes de guerre afin d'intégrer des concepts internationaux<sup>38</sup>, révisé en 2007, **le guide barème a vocation à fixer un taux d'incapacité (TI) préalable à l'attribution de l'AAH** (mais aussi de l'AEEH et de la CMI priorité). Il analyse huit types de déficiences et définit deux seuils majeurs, l'entrave à la vie sociale (TI compris entre 50 et 79 %) ou **l'atteinte à l'autonomie** (TI > 80 %) ;
- la PCH **repose sur une approche intrinsèquement plus individualisée du besoin**. En raison des critiques dont il faisait l'objet<sup>39</sup> et des effets de seuil introduits par les fourchettes de

<sup>35</sup> Voir rapport Plus simple la vie, 2018 ou la contribution à la conférence nationale du handicap 2023 de l'association des directeurs de MDPH (ADMDPH): « lorsque la complexité domine pour les usagers comme pour les professionnels (...), nous proposons de faire évoluer certains droits ».

<sup>36</sup> Manuel d'utilisation du Geva, 2008, [manuel GEVA mai 2008 \(cnsa.fr\)](http://manuel.GEVA.mai.2008.cnsa.fr).

<sup>37</sup> Annexe 2-4 et 2-5 du CASF.

<sup>38</sup> Plus spécifiquement ceux de déficience, d'incapacité et de désavantage social, introduits en 1980 dans la classification internationale du handicap (CIF) établie par l'organisation mondiale de la santé pour proposer un premier cadre uniforme d'appréciation du handicap.

<sup>39</sup> Voir IGAS, 2004, L'évaluation du handicap: « Le barème intègre peu le désavantage social, la restriction éventuelle de participation à la vie sociale et professionnelle et ne prend pas en compte les facteurs

taux, le guide barème n'a pas été mobilisé pour son évaluation. Celle-ci repose sur l'appréciation des difficultés à réaliser des activités, qui se fait par comparaison avec une personne du même âge sans pathologie et dans une approche fonctionnelle. Sur le plan conceptuel, la mission relève le caractère abstrait de cette méthode. Par ailleurs, la nature des charges couvertes, très large, (humaines, techniques, d'aménagement du logement, exceptionnelles ou encore aides animalières) obéit à des référentiels très complexes.

[100] **Alors même que l'évaluation du handicap doit être globale, elle repose sur des outils distincts.** Ainsi, dans le Geva, un évaluateur doit d'abord recueillir les informations de toute nature sur la personne, notamment concernant sa capacité effective à réaliser des activités. Pour apprécier l'AAH, il doit qualifier l'entrave à la vie quotidienne ou l'atteinte à l'autonomie tout en considérant le diagnostic médical, qui détermine dans certains cas le niveau de taux (la trisomie ou la surdité dépistée avant trois ans donnant lieu à un taux de 80 %). Pour apprécier la PCH, il doit identifier l'existence d'une difficulté absolue ou grave pour au moins une ou deux activités, en raisonnant dans un environnement théorique, sans prise en compte des aides ou facilitateurs déjà mobilisés. Les évaluateurs développent donc une expertise d'usage. Il n'est pas à exclure que la variété des outils engendre, par construction, une hétérogénéité dans les pratiques professionnelles.

[101] Dans un contexte où la révision du guide barème pourrait être inscrite dans le cadre de la prochaine feuille de route MDPH, la mission recommande une étude pour apprécier l'impact de la juxtaposition de ces outils, sur les pratiques professionnelles en particulier.

**Recommandation n°13** Conduire une étude pour mesurer l'impact de la coexistence de différents référentiels d'évaluation du handicap sur les pratiques professionnelles.

#### 2.1.4.2 Le cadre juridique applicable aux besoins de compensation des enfants est particulièrement sédimenté et complexe

[102] **Par construction, la réponse financière aux besoins de compensation des enfants, qui mobilise essentiellement l'AEEH<sup>40</sup>, se distingue de la compensation adulte :**

- elle suppose la reconnaissance d'un taux d'incapacité d'au moins 50 %<sup>41</sup> ;
- elle repose sur six compléments dont les critères sont majoritairement forfaitaires. L'exercice évaluatif dépend alors des informations dont dispose l'équipe pour apprécier des dépenses, des temps de réduction d'activité parentale ou de recours à une tierce personne ;
- elle ne vise pas précisément le type de charges que les compléments peuvent couvrir, dans une logique souple adaptée à la nature évolutive des besoins de l'enfant.

---

*environnementaux (...) 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 ».*

<sup>40</sup> Selon la DREES, fin 2020, 25 800 enfants bénéficiaient de la PCH et 372 000 bénéficiaires de l'AEEH.

<sup>41</sup> L245-1 CASF.



[103] Depuis l'élargissement de la PCH aux enfants en 2008, des règles d'option et de cumul ont perduré alors que la convergence entre les deux systèmes était prévue. Une famille qui touche l'AAEH de base peut bénéficier de la PCH, à condition d'être éligible au premier complément d'AAEH. Une famille qui touche un complément d'AAEH ne peut toucher de PCH, sauf pour l'élément trois (aménagement de logement ou de véhicule) qui est spécifique dans son objet.

[104] Les MDPH sont appelées à expliquer ce droit d'option inintelligible pour les familles. La mission a constaté que des plans personnalisés de compensation étaient transmis dans tous les dossiers étudiés sur ce sujet. Cela ne suffit pas à éclairer la décision car les efforts pédagogiques se heurtent au caractère incompréhensible des règles applicables. **La complexité dépassant ici l'entendement, la mission souscrit aux recommandations anciennes pour mettre fin au droit d'option dans le cadre d'une réforme plus globale de la compensation concernant les enfants**<sup>42</sup>.

**Recommandation n°14** Mettre fin au droit d'option AEEH/ PCH dans le cadre d'une réforme structurelle de la compensation concernant les enfants.

### 2.1.4.3 L'évaluation de l'AAH2 repose sur une notion difficile à apprécier, la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi

[105] **L'approche des restrictions professionnelles se caractérise également par la coexistence de plusieurs outils de mesure :**

- le constat d'une réduction des possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi du fait d'une altération préside à la RQTH, sans outil défini (cf. *supra*) ;
- la réduction de deux tiers de la capacité de travail par rapport à une capacité normale ou supérieure à un tiers mais assortie de besoins de soutiens, fonde l'orientation en Esat <sup>43</sup> ;
- l'existence d'une RSDAE conditionne l'ouverture de l'AAH 2.

[106] Introduite en 2006, la notion de RSDAE a succédé à celle d'impossibilité de se procurer un emploi. Elle a ensuite été encadrée **par un décret et une circulaire d'application<sup>44</sup> de 2011, qui rattachent les restrictions aux seuls effets du handicap** (cf. annexe n°6). Un guide pratique d'attribution de l'AAH a également été publié par la DGCS et la CNSA en 2017 pour outiller les professionnels, plus spécifiquement sur la RSDAE. Au quotidien, ce guide et l'arbre de décision qui y est proposé sont utilisés par les équipes. La capacité de la personne à compenser son handicap ou la possibilité d'aménager le poste de travail comptent parmi les critères d'analyse.

---

<sup>42</sup> Plusieurs options seraient à expertiser. Le rapport Plus simple la Vie préconisait de ramener l'AAEH à sa seule dimension d'allocation, en la complétant par une PCH ajustée aux besoins de l'enfant. Le rapport de l'IGAS de 2018. Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants, proposait une réforme autour d'une spécialisation des prestations. L'ADMDPH, dans sa contribution à la CNH 2023, dessinait deux scénarios, la spécialisation exclusive de la compensation enfant par l'AAEH ou la fusion des deux prestations.

<sup>43</sup> R243-1 CASF.

<sup>44</sup> CIRCULAIRE N° DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 2011 relative à l'application du décret n° 2011-974.



[107] **Les MDPH mobilisent des référents d'insertion internes, en l'absence de disposition réglementaire relative à la mise à disposition de professionnels du service public de l'emploi.** Ce dernier peut être associé à ces évaluations dans le cadre d'équipes élargies. Néanmoins, l'appréciation de la RSDAE s'appuie généralement sur une connaissance partielle de la situation socio-professionnelle du demandeur. L'expertise des référents n'est pas nourrie d'une connaissance approfondie du marché du travail ou des dispositifs de maintien dans l'emploi.

[108] **Si les primo-demandes font pour plus de la moitié l'objet de rejets (55 %), le non-renouvellement d'une AAH est plus rare comme l'a montré la Cour des comptes (10 %)<sup>45</sup>.** Qui plus est, la mission a observé à plusieurs reprises l'attribution d'AAH 2 de courte durée, au motif qu'elle serait incitative à l'engagement dans une démarche de soin ou d'insertion. En l'absence d'accompagnement dédié et formalisé consécutif à une décision de cet ordre, ces droits courts ne satisfont ni l'objectif de sécurisation des parcours ni celui d'optimisation du traitement. Expérimenter un accompagnement global des bénéficiaires d'une l'AAH 2 de courte durée pourrait être cohérent avec la fonction incitative recherchée par les professionnels.

#### **J 21 ans : attribution d'une AAH courte pour deux ans**

J. est autonome dans les actes de la vie quotidienne. Elle a eu besoin d'une scolarité adaptée à son retard psychomoteur et, à la suite d'un parcours en Ulis, a obtenu un CAP cuisine. Elle a déjà bénéficié d'une AAH 2 pour deux ans pour finaliser son projet professionnel. Elle s'était également vu notifier d'un accompagnement SAVS et une orientation emploi accompagné mais ne les a jamais activés. Elle est sans emploi depuis 2021 et n'a pas de suivi professionnel. Disant être en attente d'une réponse de la mission locale, elle souhaite une formation petite enfance. Un PPC favorable lui est transmis, ajoutant, en complément une orientation en Esat. Elle refuse l'orientation en Esat. Une nouvelle AAH est attribuée pour deux ans.

#### **B, 39 ans : attribution d'une AAH courte pour deux ans avec orientation vers un SAVS**

B. souhaite le renouvellement de ses droits à l'AAH, qu'elle avait obtenue pour un an et l'attribution d'une CMI-I. La demande est adressée mi-août 2023, anticipant l'échéance d'octobre. Le dossier n'est accompagné d'aucun certificat médical. A la demande de la MDPH, celui-ci est transmis en novembre 2023. La demande d'AAH est prolongée de deux ans, elle est assortie d'une orientation vers un SAVS.

[109] **La mission signale la bonne pratique mise en place dans le Finistère, avec l'association Prométhée, qui porte Cap emploi.** Un accompagnement renforcé est proposé aux allocataires de l'AAH volontaires à la suite d'une action d'aller vers. Le parcours s'appuie sur des rendez-vous fréquents, un appui aux démarches, un travail en coopération avec les services médico-sociaux et les aidants, mais également un soutien aux actions de maintien dans l'emploi des employeurs.

[110] L'article 6 de la loi plein emploi prévoit qu'en lien avec Cap Emploi, France Travail propose, à l'issue de la RQTH, aux personnes qui souhaitent s'inscrire dans un parcours d'insertion professionnelle et être inscrites en tant que demandeurs d'emploi, un accompagnement adapté. Une attention soutenue pourra être portée à cette occasion aux titulaires d'une AAH 2 de courte durée, pour concrétiser l'incitation qui leur est faite. Elle pourrait se traduire par des courriers

---

<sup>45</sup> L'AAH, rapport public, 2019, *op.cit.*.

revus pour présenter l'offre de service de France Travail et de Cap emploi et par une mise en lien plus directe en vue de leur proposer un accompagnement individuel socio-professionnel.

**Recommandation n°15** Associer France Travail et Cap Emploi à l'évaluation de la RSDAE pour les situations le nécessitant ; à l'occasion d'une double attribution de RQTH et d'AAH 2 de courte durée, proposer aux bénéficiaires un accompagnement adapté en lien avec ces opérateurs.

## 2.2 En dépit d'un investissement des MDPH, sur la fonction d'accueil en particulier, la relation avec les usagers demeure perfectible

### 2.2.1 Les MDPH ont investi les fonctions d'accueil et d'aide aux démarches sans s'appuyer sur une stratégie numérique à la hauteur des enjeux

#### 2.2.1.1 Les MDPH assurent un accueil inconditionnel et développent sa territorialisation

[111] **Toutes les MDPH de l'échantillon assurent leurs missions d'accueil selon trois canaux principaux, physique, téléphonique et mail.** Concernant les accueils physiques et téléphoniques, la majorité assure une amplitude horaire large (cf. annexe n°6). Cet accueil est assuré par des agents administratifs de catégorie C.

[112] **A la différence de la tendance observée dans d'autres institutions, les MDPH proposent des accueils physiques très majoritairement sans rendez-vous.** Ils peuvent engendrer des flux importants, de l'ordre de 200 à 250 personnes par jour en Seine-Saint-Denis ou 90 à la Réunion. **Afin d'organiser la circulation, les MDPH ont majoritairement structuré leurs accueils en deux niveaux.** Un premier niveau apporte des réponses sans technicité particulière ou un appui simple au remplissage du dossier. Un second niveau assure une réponse plus spécifique et individualisée, sur des temps plus longs. Des permanences associatives peuvent aussi contribuer à cet accueil.

[113] Pour vérifier le caractère inconditionnel de cet accueil, la mission a fait l'exercice de téléphoner aux sept MDPH de l'échantillon en se faisant passer pour un usager en difficulté avec le dossier. **Le jour de l'exercice, une MDPH n'a pu être jointe. Pour les six 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.**

[114] **La mission constate que les agents à l'accueil physique des MDPH sont confrontés à des questions très variées, dont une partie conséquente relèvent d'autres institutions** (l'autre concernant souvent l'état d'avancement du dossier).

**La variété des demandes adressées à l'accueil physique de la MDPH : quelques exemples**

Accueil d'une femme qui demande un duplicata de la carte de CMI ainsi qu'un logement social réservé en urgence car elle a trois enfants, dont l'un vient d'être retiré par l'ASE, tandis que son mari est incarcéré.

Accueil d'un couple dont l'épouse, qui bénéficie d'une orientation ESAT et de l'AAH, a repris le travail, car le mari arrive 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.

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. Est-ce que la RQTH peut lui donner des droits pour trouver plus facilement un travail ?

Accueil d'une épouse, dont le mari veut faire un recours contre la décision de rejet de la CMI priorité. Madame ne sait pas comment s'y prendre.

Accueil d'un fils qui vient déposer le dossier de sa mère rejeté car il n'était pas signé.

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.

[115] Pour assurer une réponse de proximité, les MDPH se sont engagées dans une démarche de territorialisation de leurs accueils. A l'échelle nationale, 64 MDPH déclarent avoir mis en place de tels relais en 2021<sup>46</sup>. Ce mouvement s'appuie sur trois dimensions :

- **les services départementaux prennent en charge cette mission**, à l'instar de la Haute-Garonne, où les agents des maisons des solidarités et maisons de proximité ont été formés à l'accueil ;
- **les MDPH assurent des permanences**, telle celle de la Somme qui couvre 14 points d'accueil, 10 portés par le conseil départemental et 4 partenariaux (CCAS ou maison France services) ;
- **les MDPH outillent leurs partenaires, et notamment les CCAS**, à l'instar du Nord, qui vise 100 relais autonomie à la fin 2024.

[116] **La mission insiste sur la nécessité de renforcer l'accueil et l'appui aux démarches dans un objectif d'accès aux droits.** La mise en place de rendez-vous pour les primo-demandeurs, annoncée lors de la CNH 2023, devrait y contribuer. Les missions du programme France service pourraient également intégrer un appui aux démarches MDPH. Par ailleurs, le Service public départemental de l'autonomie (SPDA) serait l'occasion d'accompagner la montée en compétences des partenaires sur ce sujet. Un label accueil MDPH pourrait ainsi être introduit sur la base d'un référentiel type structuré autour d'une fonction d'accueil de premier niveau formalisée, d'un socle de formation et d'un contact privilégié avec la MDPH.

**Recommandation n°16** Déployer un label accueil MDPH dans le cadre du service public départemental de l'autonomie.

<sup>46</sup> CNSA, Synthèse des RA 2021 des MDPH, 2023.

### 2.2.1.2 La relation aux usagers ne fait pas l'objet d'une stratégie numérique ambitieuse

[117] **Les MDPH de l'échantillon ne se sont pas engagées dans la digitalisation de la relation avec les usagers.** Les supports de communication demeurent matérialisés. Les accueils physiques, parfois rénovés, sont avant tout des lieux de renseignements. Ils ne constituent pas des espaces ressources dans lesquels des affichages interactifs informent ou des bornes donnent accès aux grandes interfaces utiles (téléservice, site mon parcours handicap, applicatif de l'imprimerie nationale). Peu d'actions de médiation ont été repérées par la mission (la présence dans la MDPH de Seine-Saint-Denis de conseillers numériques pour des ateliers collectifs étant à valoriser).

[118] **Les sites internet sont de qualité très hétérogène. Leur accessibilité au sens du RGAA 4 est soit partielle<sup>47</sup> soit non mesurée.** Les informations relatives aux horaires d'ouverture des accueils, aux dossiers de demande, au téléservice, aux prestations et aux circuits de traitement 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 n'est pas assurée. Par ailleurs, un seul site communique actuellement sur l'enquête de satisfaction du baromètre de la CNSA, celui de la Somme. **Aucun site ne renvoie vers le site gouvernemental mon parcours handicap.** La conception d'un site internet en marque blanche, interfacé au téléservice et au site mon parcours handicap, mis à disposition des MDPH, constitue un projet que la mission préconise d'instruire.

[119] La mission a pu néanmoins prendre connaissance de certains efforts engagés. La MDPH de la Haute-Garonne s'astreint ainsi à répondre aux avis google qui sont formulés à son attention. La **MDPH de la Gironde, au site très complet, propose des vidéos courtes et pédagogiques<sup>48</sup>, pour moderniser l'information à destination des usagers (mini-série ludique, docu fiction).**

[120] La digitalisation de l'accès aux droits étant d'ores-et-déjà engagée, l'accompagnement aux usages numériques dans le champ du handicap doit faire l'objet d'un investissement plus fort. A titre d'exemple, la MDPH du Val-de-Marne 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 %.

**Recommandation n°17** Proposer un plan de médiation et d'accompagnement des usagers aux outils numériques.

### 2.2.2 Par rapport aux attentes des usagers, la MDPH apparaît comme une administration encore trop distante

[121] Les principales attentes des Français envers leurs services publics sont, depuis 2003, évaluées dans le cadre du baromètre des services publics<sup>49</sup>. Celles-ci sont stables dans le temps : **une réponse dans les délais, une facilité de contact, un appui aux démarches numériques, une orientation pertinente, un accueil bienveillant, un accompagnement adapté à la situation comme**

<sup>47</sup> Avec des audits récents dans 4 MDPH indiquant des résultats allant de 50% à 91%.

<sup>48</sup> [Mini-série « Parlons bien, parlons droits ! » | MDPH33, La vie d'Émilie, une aide pour remplir le formulaire enfant | MDPH33.](#)

<sup>49</sup> Porté par l'institut Delouvrier avec la DITP.

**une prise en compte des avis formulés.** Le baromètre de la complexité administrative, réalisé tous les deux ans depuis 2008 par BVA pour le compte de la DITP, positionne le handicap parmi les trois thématiques les plus complexes de l'ensemble des démarches administratives. Il constitue également le premier champ de saisine du défenseur des droits en 2023.

### 2.2.2.1 Les délais de traitement, aux impacts très concrets, et le taux de décroché, surdéterminent le regard porté sur les MDPH

[122] Selon l'infographie réalisée fin 2023 par la CNSA à partir de l'enquête annuelle de satisfaction<sup>50</sup>, six personnes sur dix sont insatisfaites du délai de réponse de leur MDPH tandis que quatre sur dix jugent difficile de la contacter.

[123] Les délais ont des impacts directs sur les usagers. Dans ses échanges avec les familles, la mission a constaté que les délais sont abordés de manière contrastée avec des traitements jugés parfois très longs et, inversement, des usagers parfois agréablement surpris du temps de réponse. Les associations, rencontrées au national comme au local, signalent que les délais sont un marqueur fort de l'insatisfaction à l'endroit des MDPH. Elles soulignent, à juste titre, que les délais moyens cachent des réalités différentes par prestation. Concernant la PCH, les retards peuvent mettre les usagers dans des situations peu supportables. Même s'ils ne sont pas toujours imputables intégralement aux MDPH, ils sont très mal ressentis par les usagers.

#### **Délai pour une demande de CMI invalidité, d'AAH et de PCH**

Le dossier est déposé par M. le 6 mars 2023. Le 30 mars, la MDPH adresse un accusé de réception signalant la recevabilité de sa demande.

Le 8 novembre 2023, le 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.

#### **Délai pour une demande de PCH logement : le ressenti d'une mère d'un enfant de 11 ans**

La première demande à la MDPH a été adressée quand l'enfant était encore à l'école maternelle. Une carte de stationnement avait été accordée, pour deux ans seulement.

Une nouvelle demande est introduite en décembre 2021 pour un aménagement de logement (construction d'un ascenseur extérieur au domicile familial). Le retentissement du handicap, lié à une maladie du système musculaire, s'accroît à mesure que l'enfant grandit. En juin 2022, la MDPH demande deux devis, en fixant un délai de transmission de deux mois, difficilement tenable. A la suite de leur transmission, une visite de l'ergothérapeute a lieu en septembre 2022. La CDAPH retient un montant de travaux de 40 000€ et un plafond de financement de l'ordre de 10 000€. Une démarche de mobilisation du fonds de compensation est engagée.

La mère 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.

<sup>50</sup> [20240307\\_Infographie resultats MSU2023.pdf](#).

[124] **Les délais sur les renouvellements d'AAH sont également évoqués par les associations nationales comme générateurs de ruptures de droits.** Si les flux d'informations adressés aux Caf leur permettent de conserver les droits sur une durée qu'elles sont libres d'apprécier, ceux-ci ne suffisent pas toujours à assurer le maintien. Par ailleurs, ces maintiens peuvent également générer des indus pour les usagers en cas de refus de renouvellement.

[125] Pour limiter l'impact des délais sur les situations individuelles les plus sensibles, les MDPH s'appuient sur des procédures d'urgence, qui demeurent perfectibles (voir supra).

[126] **Enfin, les MDPH de l'échantillon soulignent que ces délais pèsent sur leur capacité à répondre à l'ensemble des appels qui leur sont adressés.** Dans les Bouches-du-Rhône, l'augmentation des délais en 2022 aurait généré davantage d'appels et fait chuter le taux de décroché (passant de 94 % en 2021 à 67 % en 2022). 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<sup>51</sup>.

### 2.2.2.2 Les notifications de décisions ne répondent pas aux attentes minimales d'écrits administratifs clairs et compréhensibles

[127] **A la suite du dépôt de sa demande, l'utilisateur est dans l'attente d'une réponse.** S'il peut recevoir une nouvelle de son traitement (notification de recevabilité, demande de pièce, appel téléphonique), il est rarement associé à l'évaluation (cf. supra) ou informé de manière claire et pro-active de l'étape précise<sup>52</sup> à laquelle se trouve sa demande et de la date à laquelle la décision sera prise. Cette attente, anxiogène, peut le conduire à appeler plusieurs fois la MDPH, et parfois à se présenter à l'accueil.

[128] **A l'issue de la décision, un courrier lui est adressé** (cf. reproductions en annexe n°6). **Relevant d'une notification opposable, il est très encadré par le SI tronc commun et peu adaptable localement.** Les associations représentatives, l'ADF, comme les présidents ou les directeurs de MDPH, déplorent qu'il ne satisfasse pas aux exigences basiques de l'accessibilité écrite, constat que la mission partage :

- l'information y est présentée de façon désordonnée ;
- les motifs précis de rejets ne sont pas expliqués aux demandeurs ;
- la durée des droits ouverts n'est ni justifiée, ni toujours cohérente du point de vue de l'utilisateur. Si ce décalage relève souvent des textes, il n'est pas toujours bien compris ;
- chaque droit faisant l'objet d'une notification unique, mise en forme sur deux pages, l'utilisateur est parfois destinataire de véritables liasses administratives.

---

<sup>51</sup> De 10 000 appels en moyenne / mois en 2021 à moins de 7 000 en 2022.

<sup>52</sup> De ce point de vue, la mission mentionne la bonne pratique de la MDPH de la Réunion qui veut aller vers les usagers dans ces temps d'attente. Des SMS peuvent ainsi être adressés pour assurer la relance concernant les demandes de pièces complémentaires ou informer sur certaines étapes.

**Détail des notifications de droits pour J., 7 ans, dépendante pour tous les actes de la vie quotidienne**

Demandes : 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 attribué, avec des échéances différenciées :

- CMI I et S => sans limitation de durée
- 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, suite à option PCH

**Le courrier de la MDPH comportait ainsi huit notifications, soit 16 pages.**

[129] Si la notification d'une ouverture PCH est l'exemple le plus connu, la lecture de droits plus simples, comme la CMI n'est pas aisée non plus. Par ailleurs, la notification du taux d'incapacité, qui ne constitue pas un droit mais un seuil d'éligibilité, n'est que rarement comprise des usagers<sup>53</sup>.

[130] **Selon une enquête Ipsos<sup>54</sup> réalisée en décembre 2023 à la demande de la DITP pour préparer la feuille de route, un usager sur cinq a eu des difficultés à comprendre ces courriers.** L'ADF a amorcé un travail dans l'objectif de les rendre plus lisibles. Le cadre réglementaire et la spécificité des nombreux droits ouverts par la MDPH expliquent en grande partie leur caractère peu intelligible. La mission recommande une simplification drastique de ces notifications formatées, en associant les usagers dans le cadre d'une méthode d'amélioration continue (comité de liaison par exemple). Les référents de parcours pourront utilement contribuer à une meilleure compréhension de ces courriers (cf. supra).

**Recommandation n°18** En associant les usagers, rendre les notifications de droits intelligibles et développer l'information pro-active sur l'état d'avancement des dossier (par SMS, mail...).

### 2.2.2.3 La mission d'accompagnement des MDPH, définie très largement, est insuffisamment investie

[131] La mission rappelle n'avoir intégré dans son périmètre ni l'aval des décisions ni la réponse accompagnée pour tous ni l'accompagnement à la mise en œuvre des droits. **Néanmoins, la métaphore du « parcours du combattant », qui revient régulièrement pour caractériser la réalité**

<sup>53</sup> Voir sur ce point le travail de Xavier Ramette, 2023, Rapport individuel d'expertise, INSP, « Peut-on évaluer une situation de handicap, l'exemple du taux d'incapacité ».

<sup>54</sup> Enquête sur les personnes ayant effectué des démarches auprès des maisons départementales pour les personnes handicapées, menée sur un échantillon représentatif de 300 personnes ayant effectué une démarche auprès d'une MDPH au cours des 3 dernières années.



vécue par les personnes en situation de handicap et leurs parents<sup>55</sup>, concerne aussi l'évaluation du droit et son articulation avec le parcours de vie.

[132] **La mission d'accompagnement de la MDPH est règlementairement définie de manière très large** : l'aide à la formulation du projet de vie, l'aide à la mise en œuvre des décisions ou encore « l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap »<sup>56</sup>. A l'inverse, le RMQS délimite une offre de service plus restrictive<sup>57</sup>, tournée vers une **fonction de coordination**.

[133] Pour leur part, les MDPH s'engagent, diversement, sur un socle limité :

- **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 ;**
- **rare sont les MDPH de l'échantillon qui assurent, à la demande des usagers, une offre d'accompagnement social.** La Moselle se distingue ainsi par une offre de proximité ancienne (2018) et relativement aboutie. Neuf travailleurs sociaux assurent des rendez-vous approfondis dans les pôles autonomie territoriaux ciblés sur un accompagnement aux démarches et une aide à la mise en place des droits. Ils impulsent une animation territoriale inter-institutionnelle utile aux parcours individuels ;
- **l'anticipation des besoins est balbutiante, d'abord incarnée par le levier des prorogations de droits sans demande.** La mission a observé que les MDPH déclinaient pour ceux-ci un cadre précis en matière d'antériorité<sup>58</sup>, limitant les situations éligibles. Un bilan de la mesure apparaît nécessaire avant d'élargir, le cas échéant, son ciblage. Une intervention pro-active au moment des transitions apparaît également essentielle. Si les échanges d'information avec les Caf se sont améliorés (accord d'une AEEH ou d'une AAH), ils demeurent perfectibles. De plus, la sécurisation de certaines bascules (enfants / adulte, arrivée à l'âge légal de la retraite) ou encore la préparation des fins de droits ne sont pas suffisamment investies par les MDPH en lien avec les organismes payeurs. En effet, elles ne disposent pas actuellement de toutes les informations requises pour prévenir les usagers des échéances.

**Recommandation n°19** Dresser un bilan de la prorogation des droits sans demande, ajuster le cas échéant la mesure, et instruire les modalités selon lesquelles les MDPH pourraient anticiper les renouvellements de droits.

---

<sup>55</sup>Mission sur la simplification du parcours administratif des personnes en situation de handicap Contribution de l'Unapei, 2018, [Unapei-Contribution Mission simplification administrative.pdf](#). Enquête « La voix des parents » engagée par l'UNAPEI auprès de 3940 répondants en 2023, [Présentation PowerPoint \(unapei.org\)](#).

<sup>56</sup> L146-3 CASF.

<sup>57</sup> Mission 6 : 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).

<sup>58</sup> Une fiche technique de la CNSA de 2021 pose des critères d'antériorité que les MDPH mobilisent. Ainsi, la Somme a stabilisé une requête pour identifier les situations : depuis 2020, entre 350 et 420 personnes par an ont bénéficié de la mesure, chiffre à rapporter aux 40 000 décisions et avis annuels. La Haute-Garonne a engagé une première opération en 2023, avec 700 situations répondant au ciblage, à rapporter aux plus de 90 000 décisions et avis annuels. L'ADMDH, estimant que les prorogations concernent moins de 5% des décisions, invite à une réflexion sur un périmètre élargi, concernant les CMI notamment.



[134] Par ailleurs, d'autres acteurs, tels que les communautés 360 et les facilitateurs<sup>59</sup>, ont récemment été identifiés par les pouvoirs publics pour accompagner les usagers, ce qui contribue également à rendre peu lisibles les attentes envers les MDPH. Dans sa contribution préalable à la CNH 2023, l'ADMDPH insiste sur l'enjeu de conforter la mission d'accompagnement des MDPH. Alors que celles-ci sont appelées à développer deux nouvelles mesures, les rendez-vous primo-demandeurs et la référence de parcours, il apparaît essentiel que leur rôle par rapport aux acteurs émergents soit clarifié.

**Recommandation n°20** Clarifier les attentes envers les MDPH en matière d'accompagnement des usagers par rapport aux offres développées par d'autres partenaires (faciliteurs, communautés 360).

[135] 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 avec les usagers. Au 7 mai 2024, sur le site internet spécialisé dans le lancement de pétitions (change.org), 426 pétitions mentionnaient la MDPH (contre 382 pour les Caf, à titre de comparaison) sur des sujets variés (les délais de traitement, les refus, les non-renouvellements de droits...) dont certains ne relèvent pas principalement de la MDPH (une école pour tous, un IME pour mon fils, pour le respect du droit de la notification). Dans chacune des MDPH de l'échantillon, cette question a été abordée, 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 ».

### 3 Les MDPH s'appuient sur des outils de travail hétérogènes et leur pilotage reste au milieu du gué malgré la construction de la cinquième branche

[136] Les spécificités de la cinquième branche emportent des conséquences à la fois sur l'outillage des MDPH et sur leurs modalités de pilotage.

#### 3.1 Les outils de travail restent insuffisants malgré les progrès réalisés

[137] L'outillage des MDPH figure parmi les missions essentielles de la CNSA. Ainsi, l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale (CSS) 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. Les outils dont dispose chaque MDPH dépendent aussi du conseil départemental et des choix qu'il réalise.

---

<sup>59</sup> Le cahier des charges des communautés 360 a exclu en 2021 un portage par les MDPH. Les facilitateurs (ou assistants aux projets et parcours de vie) doivent être portés par un service médico-social.

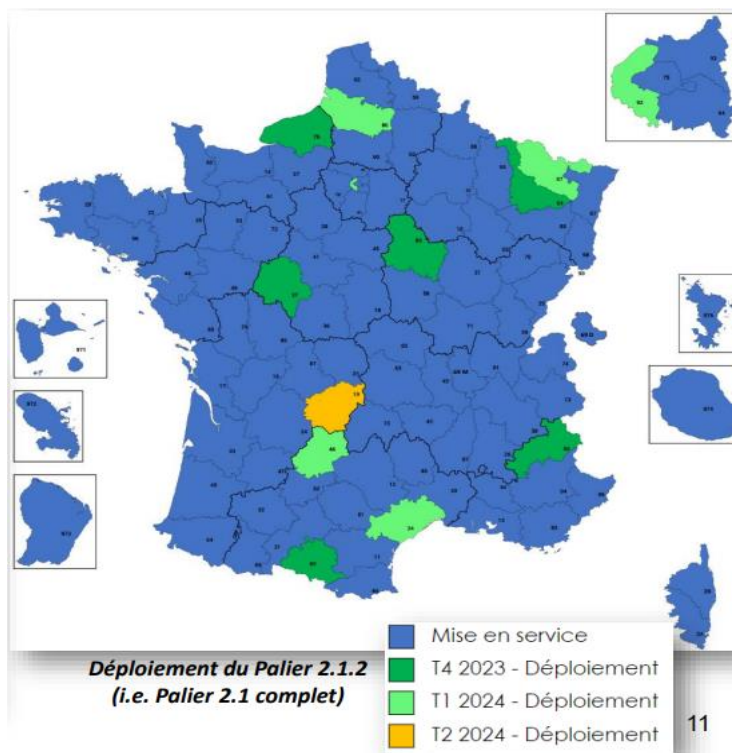
### 3.1.1 L’outillage, notamment en termes de SI, et l’accompagnement des MDPH font l’objet d’un investissement conséquent

#### 3.1.1.1 Le déploiement des outils numériques a été progressif et reste inachevé

[138] **Le choix a été fait en 2015 de la mise en place d’un SI harmonisé et non unique, reposant sur le respect par les éditeurs de logiciels de chaque MDPH des spécifications fixées par la CNSA.** Le périmètre du SIH couvre aujourd’hui l’ensemble de l’activité de production de la décision en MDPH. Outre les processus métier, le SI outille les échanges d’information avec les partenaires et avec les usagers (téléservice).

[139] **Le palier 1 du SI a été généralisé dès 2020 et la brique 2.1 du palier 2 est en cours de généralisation.** Cette brique comporte plusieurs fonctionnalités qui visent notamment à améliorer les échanges de flux entre les MDPH et leurs partenaires : échanges d’information avec le ministère de l’Education nationale, transmission des décisions de RQTH et d’orientation professionnelle à France Travail et amélioration des transmissions d’informations aux Caf pour leur signaler une demande de renouvellement de droit afin de leur permettre de maintenir le versement des prestations. La carte ci-dessous illustre la quasi-généralisation de la brique 2.1. Celle-ci s’est appuyée notamment sur le déploiement depuis 2021 de référents SI placés dans les MDPH ou les services départementaux et financés par la CNSA. Parmi les fonctionnalités offertes, les professionnels soulignent notamment la valeur ajoutée des échanges de flux avec les Caf, à la fois pour diminuer leur charge de travail et pour sécuriser la situation des usagers (voir supra).

Carte 2 : Déploiement de la brique 2.1 du SI harmonisé fin 2023



Source : CNSA.

[140] **La couverture territoriale quasi-complète du palier 2.1 ne signifie pas que les flux d'échanges avec les partenaires soient partout opérationnels.** Ainsi, le flux à destination de Pôle emploi est en routine dans 47 % des MDPH tandis que les flux Caf ne sont pas encore opérationnels partout. Surtout, les flux ainsi mis en place concernent des données sortantes de la MDPH vers ses partenaires et non des données entrantes qui permettraient de compléter les informations du formulaire et de faciliter le travail des évaluateurs (cf. partie 2).

[141] **Alors que le SI harmonisé ne reçoit pas de flux entrants de la part des partenaires,** les équipes d'évaluateurs, peuvent consulter des applicatifs partenariaux dédiés : le Dossier unique du demandeur d'emploi (Dude) principalement et le profil CDAP des Caf très marginalement. L'accès au livret de parcours inclusif qui a vocation, à terme, à rassembler l'ensemble des informations concernant l'élève, est embryonnaire. Dans ce contexte, les échanges avec la plupart des partenaires de la MDPH continuent à se faire sur un mode artisanal. Le constat est le même s'agissant des médecins généralistes faute d'accès de la MDPH à l'espace numérique de santé.

**Recommandation n°21** Mettre en place une stratégie pluriannuelle de déploiement de flux de données entrants en provenance des partenaires de la MDPH pour faciliter l'évaluation (France Travail, médecins, caisses de sécurité sociale...) ; intégrer cette stratégie dans les Cog de la CNSA et des partenaires.

[142] **Quel que soit l'éditeur, le système d'information constitue une source d'insatisfaction en MDPH.** Les directions comme les agents mettent en avant :

- **la charge que représentent les montées de versions successives** pour les MDPH dont les ressources SI sont parfois inexistantes et dont les équipes métier doivent se mobiliser sur des phases de recette qui ne suffisent pas toujours à éviter les régressions. Certaines sont parfois amenées à différer les montées de version pour ne pas dégrader leurs délais de traitement ;
- **la difficulté pour le SI à intégrer les évolutions réglementaires** : c'est le cas 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. Fin 2023, 68 % des MDPH seulement avaient mis en service dans leur SI la fonctionnalité relative à la PCH PCMT et surdicécité. Les calendriers de déploiement diffèrent selon les priorités départementales (voir annexe n° 8) ;
- **le caractère peu compréhensible et peu adaptable des cadres nationaux de notifications des décisions imposés par le système d'information (cf. partie 2).**

[143] **Ces constats ont conduit la CNSA à engager des travaux sur des briques nationales dont le premier exemple est le téléservice Ma MDPH en ligne.** Depuis janvier 2019, la CNSA le met gratuitement à disposition des MDPH pour leur permettre de respecter l'obligation de fournir aux usagers un outil à même de réaliser une demande en ligne. Les MDPH restent cependant libres de privilégier d'autres outils sur le marché. Fin 2023, 90 % d'entre elles utilisent ou prévoient d'utiliser l'outil de la CNSA.

[144] **La montée en charge du téléservice CNSA s'est heurtée dans un premier temps à l'absence d'interconnexion avec le SI métier des MDPH, ce qui a limité fortement son intérêt et son appropriation (7 % des dossiers transmis par cette voie en 2023).** Les agents instructeurs étaient en effet contraints de ressaisir l'ensemble des informations dans le SIH, comme s'ils avaient reçu un dossier papier. Début 2024, seules 52 MDPH disposaient de l'interconnexion et l'objectif d'en couvrir 100 % fin 2024 sera probablement décalé. D'autres problèmes techniques ont pu conduire certaines MDPH à ne pas faire la promotion du téléservice auprès de leurs usagers. Qui plus est, certains conseils départementaux disposent de solutions intégrées de téléservice pour l'ensemble de leurs interventions sociales.

[145] **Dans les immersions qu'elle a réalisées, la mission a constaté le potentiel du téléservice lorsque l'outil fonctionne :** nouvelle modalité d'accès à la MDPH pour l'utilisateur et gain de temps pour l'instructeur. Des travaux sont engagés par la CNSA pour améliorer son ergonomie. Son déploiement pourra s'appuyer sur le plan d'accompagnement aux usages que la mission recommande (cf supra).

### 3.1.1.2 La CNSA cible depuis 2020 son appui sur les MDPH les plus en difficulté et a engagé en 2024 une démarche de contrôle interne

[146] L'intervention de l'équipe de la Maop, dans une vingtaine de MDPH depuis sa création, et sur la base de méthodes inspirées du lean management, s'est traduite systématiquement par :

- l'établissement d'un diagnostic sur les difficultés rencontrées, en lien étroit avec les équipes de la MDPH : comptabilisation du stock de dossiers en souffrance, fiabilisation de la mesure des délais ;
- un plan d'action inscrit dans une convention entre la CNSA, le conseil départemental et la MDPH, 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.

[147] **La mission souligne la valeur ajoutée de cette intervention constatée lors de déplacements dans des territoires qui avaient fait l'objet d'un appui.** Elle impulse un déstockage des dossiers les plus anciens, qui peut conduire à court terme à augmenter les délais de traitement, mais permet à moyen terme une réduction du stock au bénéfice des usagers. Ainsi, deux ans après l'appui Maop, 75 % des MDPH accompagnées ont vu leurs délais baisser de plus de 10 %.

[148] **Surtout, l'appui de la Maop permet d'identifier des difficultés structurelles et récurrentes dans les MDPH :** une formation insuffisante des agents conduisant parfois à des pratiques éloignées du cadre réglementaire, l'absence d'outils de pilotage opérationnel de l'activité, la faiblesse de certains partenariats et une organisation des équipes d'évaluation qui peut conduire à des goulets d'étranglement (voire partie 2).

[149] **La seconde structure mise en place par la CNSA dans le cadre de la Cog est la Mission de contrôle interne et de conformité (MCIC)**<sup>60</sup>. Ses premiers travaux portent sur les MDPH même si

---

<sup>60</sup> Mise en place conformément à une recommandation de la Cour des comptes dans le cadre de la certification des comptes de la cinquième branche et aux principes méthodologiques figurant dans le rapport IGAS « Scénarios de création d'une mission nationale de contrôle et d'audit des MDPH », 2019.

elle a vocation à outiller l'ensemble du contrôle interne de la branche. Les échanges avec les MDPH dans le cadre de la structuration de l'audit interne permettent d'établir l'hétérogénéité des pratiques sur certains thèmes, par exemple l'attribution de l'AAH. Les outils en cours de construction (cartographie des processus, kit méthodologique) doivent être testés au cours de l'année 2024 dans certaines MDPH avant de pouvoir lancer des campagnes d'audit récurrentes au niveau national en 2025. Le développement du contrôle interne est à ce stade fondé sur le volontariat et ne repose pas sur des ressources dédiées en MDPH.

### 3.1.2 Les outils à disposition des MDPH ne sont pas encore suffisamment performants pour faire face aux enjeux de qualité et de productivité

[150] Malgré l'investissement considérable consenti à la fois par la CNSA et par les MDPH elles-mêmes depuis les premiers travaux sur le SIH, leur activité quotidienne est encore marquée par un fonctionnement largement artisanal et très éloigné de la cible d'une MDPH numérique affichée par l'accord de méthode de 2020.

#### 3.1.2.1 Des moyens restent consommés par des tâches à faible valeur ajoutée et la réplication d'outils locaux sur certaines étapes de traitement

[151] **Le fonctionnement des MDPH se caractérise par la prédominance de la gestion papier.** Cela vaut en entrée du processus de traitement en raison d'une faible part de dossiers reçus via la téléservice. Ainsi, la numérisation des documents constitue toujours une étape préalable au traitement de la plupart des dossiers. Cette mission est parfois externalisée mais 147 ETP d'agents en MDPH en seraient toujours chargés en 2021 selon les données de la CNSA<sup>61</sup>. Dans deux MDPH visitées, l'ensemble de l'examen du droit se fait sur la base du dossier papier, qui n'est numérisé qu'après la décision de la CDAPH. Malgré l'appui apporté par la CNSA aux MDPH les plus en retard pour les aider à se doter de solutions de GED, certaines continuent donc de fonctionner en 2024 avec des dossiers stockés dans les armoires des différents services dans l'attente de leur traitement. La prédominance du papier vaut aussi en sortie, entraînant des tâches de mise sous pli des courriers de décision, même si cette activité est parfois automatisée ou externalisée.

[152] **Les impératifs du traitement de masse conduisent les MDPH à mettre l'accent sur la maîtrise des délais et la productivité dans la phase d'instruction du dossier.** L'objectif est de réduire au maximum le temps nécessaire pour contrôler la recevabilité du dossier au regard des quatre pièces obligatoires. 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. 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.

**Recommandation n°22** Achever la généralisation de la gestion électronique des documents, systématiser l'externalisation des tâches à faible valeur ajoutée (numérisation des dossiers...) et engager une réflexion sur la mobilisation de l'intelligence artificielle à l'étape de recevabilité.

<sup>61</sup> Source : synthèse CNSA des rapports d'activité

### 3.1.2.2 Les tableaux de bord opérationnels, condition de la performance des MDPH, restent des outils construits au niveau local

[153] **Afin de disposer d'une vision sur la performance de l'ensemble des étapes de traitement, les MDPH ont besoin de tableaux de pilotage opérationnel de leur activité.** La feuille de route MDPH 2022 prévoyait une action d'« amélioration et outillage du pilotage opérationnel des flux et des stocks ». Faute de capacité à prioriser cette demande dans le SIH, les MDPH se sont progressivement dotées d'outils locaux permettant de suivre leurs stocks et leurs flux. Il s'agit d'un besoin à la fois pour celles qui fonctionnent encore en papier et pour celles qui ont dématérialisé leur activité. En effet, ne plus stocker ses dossiers dans une armoire peut conduire à perdre de vue une accumulation de dossiers en souffrance.

[154] **Dans plusieurs MDPH, la mission a pris connaissance d'outils interne performants, et d'autres plus rudimentaires. Ces outils vont parfois de pair avec une culture de la performance portée par la direction, mais aussi avec des postes supplémentaires accordés par le conseil départemental pour faire face à la charge.** Quel que soit le format de l'outil adopté, les données suivies sont les mêmes : nombre de dépôts de dossiers, mode de dépôt, nombre de décisions, délai, stock de dossiers (niveau du stock et ancienneté). Dans ces MDPH, le pilotage hebdomadaire de l'activité permet de renforcer les moyens des équipes soumises à une forte charge. L'accent mis sur la productivité doit cependant s'accompagner d'un dialogue avec les équipes qui peuvent mal ressentir cette forme de contrôle de gestion.

[155] **La construction par chaque MDPH de son propre outil de pilotage est loin de constituer une solution optimale :** projet chronophage pour la direction, manque de compétences SI en interne, achat par chaque MDPH d'un logiciel sur le marché. La CNSA travaille sur un outil opérationnel destiné aux MDPH mais les missions de dépôt, d'instruction et de prise de décision sont en dehors du périmètre du projet qui est ciblé, à ce stade, sur la seule évaluation. Dès lors, le risque de ne pas répondre suffisamment aux besoins des MDPH pour se substituer aux outils locaux développés. Les tableaux produits par la Maop pour ses interventions pourraient pourtant servir de base à la construction d'un outil de pilotage à mettre à disposition de toutes les MDPH.

**Recommandation n°23** Mettre à disposition des MDPH un outil de pilotage opérationnel de leur activité s'inspirant des bonnes pratiques locales et des outils de la Mission d'appui opérationnel.

### 3.1.2.3 Le déploiement des outils nationaux d'aide à la décision doit s'accompagner d'un investissement renforcé dans la formation des équipes

[156] **Une des missions historiques de la CNSA est la mise à disposition de référentiels et guides à destination des MDPH, en déclinaison ou en complément des outils réglementaires en matière d'évaluation, de fixation du taux d'incapacité ou d'attribution d'une prestation.** Aux outils

historiques<sup>62</sup>, se sont ajoutés plus récemment des guides pour appuyer les équipes face à des situations particulières : guide sur les « troubles dys », guide sur les troubles du spectre autistique. Les fiches métier de la CNSA visent en outre à répondre aux questions du réseau. Elles fournissent des éléments notamment juridiques, par exemple sur la date d'effet et la durée de validité des droits ou encore les règles spécifiques de l'AEEH.

[157] **Les déplacements de la mission ont conduit à constater l'utilisation par les MDPH de nombreux guides locaux d'aide à la décision.** Si la construction d'outils partagés au niveau local peut être l'occasion d'engager un travail partenarial utile, ce type d'initiatives pourrait s'appuyer davantage sur des outils nationaux pour fonder par exemple les pratiques d'orientation en matière scolaire ou entre les différentes modalités d'accompagnement professionnel.

[158] **La construction d'outils locaux est en effet liée à :**

- l'absence d'actualisation de guides nationaux désormais datés au regard des évolutions récentes, comme le référentiel de l'orientation professionnelle construit en 2019 ou le vademécum de la rentrée scolaire datant de 2018 ;
- un manque de repères nationaux sur certains champs (orientation en ESMS, frais à comptabiliser pour déterminer le complément d'AEEH) ;
- un maniement jugé complexe de certains outils nationaux : ainsi, le besoin de disposer d'un Geva en version tablette est parfois exprimé par les professionnels, d'autres évoquant l'idée d'un chat bot pour appuyer les pratiques.

[159] **Surtout, l'appropriation des référentiels de nature réglementaire comme des guides métier nécessite de faire de la formation une priorité.** Alors que la loi du 28 juillet 2011 a désigné le CNFPT comme organisme de formation des MDPH, il n'existe pas de bilan de la dernière convention-cadre le liant à la CNSA, pourtant arrivée à échéance fin 2022.

[160] **La principale réalisation récente est constituée par les webinaires de formation construits par la CNSA en juin 2022** (2 400 professionnels formés, issus de 96 MDPH selon la CNSA). Le contenu des supports est riche et la démarche paraît avoir suscité un fort intérêt. La reproductibilité de ce type d'actions et sa déclinaison dans les MDPH se heurtent au manque de ressources à la fois au niveau local et national. Ainsi, dans ses déplacements, la mission n'a pas repéré de ressources dédiées à la formation en MDPH, à une exception près (Haute-Garonne). De même, au niveau national, il n'existe pas de ressource dédiée à la construction d'une stratégie de formation ou à l'ingénierie de contenus pédagogiques.

[161] Ainsi, compte tenu du nombre et de la complexité des référentiels à maîtriser par les MDPH, il est indispensable **d'une part de construire des outils plus modernes et interactifs pour faciliter leur appropriation (agents conversationnels, capsules vidéo...), d'autre part de mettre en place une véritable stratégie nationale de formation de branche** avec les ressources dédiées à la CNSA comme en MDPH.

---

<sup>62</sup>A titre d'exemple, la mission signale le manuel d'utilisation du GEVA, 2008, le guide d'éligibilité pour l'attribution de la PCH 2011, le guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées, 2013.



**Recommandation n°24** Mettre en place des outils interactifs facilitant l'appropriation des référentiels et construire une stratégie nationale de formation des agents des MDPH assortie des ressources dédiées.

[162] Au-delà de la formation, la mission d'animation de réseau remplie par la CNSA au sein de la direction de l'accès aux droits et des parcours s'appuie encore sur des ressources limitées. Sur chaque thème, l'animation d'un réseau de référents en MDPH repose sur un seul professionnel, ce qui constitue un facteur de fragilité. Ainsi, jusqu'en 2023, un unique référent était chargé à la fois des questions de scolarisation et de celles relatives à l'insertion professionnelle à la CNSA.

### 3.2 La construction de la cinquième branche n'a pas fait évoluer le positionnement de la CNSA placée en animation plus qu'en pilotage des MDPH

[163] Le pilotage d'un réseau par un opérateur de sécurité sociale repose sur plusieurs types d'outils : la structuration d'une direction de réseau, la transmission de directives, des conventions fixant des objectifs et des indicateurs, un système d'information.

#### 3.2.1 La feuille de route MDPH 2022 a représenté une avancée mais son pilotage a été fragilisé par le manque de ressources dédiées

[164] **La nature spécifique de la cinquième branche, qui se déploie dans un champ en partie décentralisé, conduit à de fortes adaptations du modèle classique de pilotage d'un réseau afin de tenir compte de ce contexte particulier.** Les missions légales ont cependant évolué avec la création de la branche. Alors que l'article L. 14-10-1 du CASF donnait à la CNSA le rôle « d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les MDPH », l'article L. 223-5 du CSS charge la CNSA de « piloter et d'assurer l'animation et la coordination » des acteurs. En pratique, la construction de la cinquième branche n'a pas remis en cause le mode de pilotage par la CNSA qui s'appuie essentiellement sur des recommandations ou des guides. Ainsi, le cadre de coopération entre la CNSA, les Agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux adopté en novembre 2022 positionne la CNSA dans un rôle de « pilotage national de l'animation ». Le rôle de la caisse reste d'harmoniser les pratiques professionnelles, d'en diffuser les meilleures, de créer une culture commune et de déployer des projets structurants (SPDA, système d'information...)

[165] **La feuille de route 2022 a cependant été marquée par des avancées vers un pilotage plus structuré fondé sur l'accord de méthode de 2020.** La feuille de route s'est révélée mobilisatrice à la fois pour le national et pour les MDPH permettant de mettre en place des projets importants en matière d'accès aux droits des usagers, à l'instar des droits sans limitation de durée.

[166] **La feuille de route 2022 a été déclinée dans des conventions départementales prévues par la loi<sup>63</sup> qui n'ont fait l'objet d'aucun suivi.** Malgré le travail important réalisé pour préparer leur signature, ces conventions 2020-2024 ne servent que peu de cadre à l'action des MDPH. Chaque

---

<sup>63</sup> 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 ».



convention est assortie d'un foisonnement d'indicateurs que la CNSA n'est pas en mesure de suivre pour cent conseils départementaux.

**[167] Les vellétés de renforcement du pilotage national se heurtent donc, outre à la tutelle des MDPH par les conseils départementaux :**

- **aux ressources limitées dont dispose la CNSA.** La caisse ne possède pas une direction du réseau. Les structures nouvelles créées au sein de la direction de l'accès aux droits et des parcours, la Maop et la MCIC, disposent de quatre à six ETP. Les ressources consacrées à l'animation de réseau restent fragiles (cf. supra) ;
- **à l'absence de relais territoriaux,** alimentant l'impression d'éloignement entre la caisse nationale et les MDPH qui regrettent parfois l'absence de relais régional.

**[168] Ce dernier constat a conduit la CNSA à mettre en place des rencontres régionales annuelles des MDPH et à préparer une nouvelle vague de contractualisation impliquant désormais les ARS.** L'implication de celles-ci présente l'intérêt de croiser leurs compétences et celles des conseils départementaux, en particulier sur la régulation de l'offre d'accompagnement médico-social et ses enjeux de transformation. Les ARS pourraient donc jouer un rôle de relais territorial de la CNSA mais leur action ne portera que sur une partie du champ de compétence des MDPH. En particulier, les missions entrantes plus particulièrement dans le champ du présent rapport, en amont de la décision de la CDAPH et non directement liées à l'offre médico-sociale, ne sont pas celles qui se rapprochent le plus du cœur de métier d'une ARS. Les futures conventions, signées à compter de 2024, devront intégrer les priorités nationales issues de la feuille de route MDPH 2027 en cours de finalisation.

**Recommandation n°25** Prioriser et mettre en cohérence les objectifs et les indicateurs figurant dans l'ensemble des documents stratégiques relatifs aux MDPH, en articulation avec les documents cadre des partenaires (Cnaf, Cnam, France Travail).

**[169] Le Service public départemental de l'autonomie (SPDA) constitue une seconde évolution importante dans la mise en œuvre locale des principes de la branche autonomie.** En cours d'expérimentation en 2024 dans 18 territoires, il a vocation à intégrer les différentes offres de service en matière d'accueil, d'évaluation, de prévention, de solutions concrètes et d'aller vers. Au regard des marges de progrès constatées sur les partenariats impliquant les MDPH, le SPDA pourrait constituer un levier fort de rapprochement mais il est trop tôt pour évaluer son apport.

**[170] Pour autant, le SPDA ne répondra pas à lui seul aux enjeux de pilotage de branche posés par le présent rapport :** c'est un investissement renforcé dans le pilotage assorti de ressources nationales dédiées qui est nécessaire pour prolonger l'appui aux MDPH en difficulté, systématiser les collaborations des MDPH avec ses partenaires (cf. infra).

### 3.2.2 Le pilotage des MDPH par la donnée reste embryonnaire malgré les travaux en cours sur les systèmes d'information

**[171] Le système d'information, structurant pour l'ensemble de l'activité de la MDPH, est également essentiel pour l'efficacité du pilotage par la CNSA.** Le SI permet en particulier l'implémentation des évolutions réglementaires et la remontée de données sur l'activité des

MDPH. Ainsi, une étude s'appuyant sur les exemples du Royaume Uni, de l'Allemagne et de la Suède montre que dans ces pays, la prise en charge de l'autonomie allie une forte décentralisation de la mise en œuvre avec un pilotage par les données au niveau national<sup>64</sup>.

### 3.2.2.1 Le périmètre du projet de système d'information unique doit être clarifié

[172] **Le SI harmonisé ne constitue pas à ce jour un instrument de pilotage suffisamment puissant des MDPH.** La coexistence des éditeurs conduit à un SI à plusieurs vitesses et la lenteur de la prise en compte des évolutions réglementaires par le SIH est une source d'insatisfaction pour l'ensemble des acteurs. Qui plus est, la CNSA estime que le projet représente un coût élevé alors que les éditeurs restent propriétaires des solutions logicielles.

[173] **La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a introduit une évolution forte en prévoyant que le SI des MDPH est « conçu et mis en œuvre » par la CNSA.** L'exposé des motifs de l'article précise que le « modèle harmonisé atteint ses limites et il est désormais proposé de basculer vers un SI unique pour les MDPH » en permettant à la CNSA « de développer progressivement des briques nationales (modules évaluation, portail usagers) ». Sur cette base, les travaux de préparation d'un SI national à l'étape d'évaluation (SI évaluation ou SIE) sont en cours à la CNSA.

[174] **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 ;
- la possibilité de mettre en place des fonctionnalités indispensables aux MDPH comme les tableaux de bord opérationnels ou encore le développement de flux de données entrants, deux évolutions que la mission appelle de ses vœux.

[175] **Toutes les difficultés dans la mise en œuvre du SI des MDPH ne seront pas résolues pour autant par la mise en place d'un SI évaluation unique.** Ce dernier suscite des inquiétudes en MDPH car les professionnels en charge de l'évaluation sont aujourd'hui ceux qui saisissent le moins les données dans l'outil métier. Or la fiabilité des données saisies continuera de dépendre des pratiques des agents. En outre, le SIE devra être interfacé avec les logiciels locaux qui continueront d'outiller les étapes d'instruction et de décision et dépendront toujours de l'action des éditeurs.

[176] Par ailleurs, la mission note que, dans d'autres champs de politiques publiques, la stratégie de système d'information n'est pas fondée sur la mise en place d'un SI unique, à l'image de France Travail qui prévoit un SI plateforme fondé sur l'interopérabilité entre plusieurs systèmes d'information ou encore de la stratégie du numérique en santé dans laquelle le rôle de l'Etat est de construire les référentiels et services socles, charge aux acteurs privés de les déployer.

---

<sup>64</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.

[177] **Dès lors, au-delà de la seule étape d'évaluation qui fait aujourd'hui l'objet de travaux approfondis de la CNSA, la perspective d'un SI unique des MDPH mériterait d'être instruite et arbitrée de manière globale, sur la base d'une analyse de l'ensemble des apports et des conditions de réussite d'un tel projet.** Une telle évolution serait cohérente avec la création d'une cinquième branche de sécurité sociale dédiée à l'autonomie qui requiert un pilotage renforcé. Il serait nécessaire d'y intégrer les exigences d'urbanisation des systèmes d'information des différentes branches de sécurité sociale mais également celles régissant les systèmes d'informations des politiques sociales départementales. Cette vision globale du périmètre pourrait s'appuyer sur des ressources expertes de l'Etat, par exemple à la Dinum, et aurait vocation à éclairer la CNSA et ses tutelles dans la perspective de la prochaine Cog.

**Recommandation n°26** Arbitrer l'opportunité et les modalités d'un futur SI national (périmètre, calendrier, coût, conditions de réussite, risques) sur la base d'un bilan du SIH et des perspectives ouvertes par le SI évaluation.

### 3.2.2.2 La remontée de nombreux indicateurs n'est pas encore associée à un pilotage par la donnée des MDPH

[178] **La mise en place du centre de données (LCD) par la CNSA a vocation à fournir au niveau national des données de pilotage tout en remplaçant, à terme, la plus grande partie des enquêtes que remplissent les MDPH.** Malgré le lourd travail technique consenti, l'alimentation du LCD, qui se fonde sur un export de l'ensemble de la base de données de la MDPH, est encore hétérogène.

[179] **La mise en transparence de plusieurs indicateurs dans le baromètre MDPH a constitué un progrès important en 2020 mais ni ce dernier ni les enquêtes annuelles ne donnent lieu à des actions spécifiques à destination des MDPH dont les résultats sont les plus atypiques, par exemple en matière de délais ou de droits sans limitation de durée.** En dehors des interventions Maop, le constat des écarts territoriaux dans le service rendu aux usagers ne donne pas lieu à des actions correctives de la part du niveau national.

[180] 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 les exploiter afin d'éclairer les écarts territoriaux et d'engager des plans de remédiation.

## 3.3 Le cadre partenarial dans lequel s'inscrit l'action des MDPH est encore fragile sur certains champs

[181] L'action de la MDPH est étroitement dépendante de sa capacité à mobiliser les partenaires sur chacun des champs de son intervention.

### 3.3.1 Les acteurs au cœur de la gouvernance des MDPH constituent des partenaires avec lesquels la coopération n'est pas toujours à la hauteur des ambitions affichées

[182] **La Comex comme la CDAPH sont composées de représentants du conseil départemental, des associations, de l'Etat, d'organismes de sécurité sociale et de l'Agence régionale de santé**

(ARS). En participant à une CDAPH dans chacun des sept territoires visités, la mission a noté la grande diversité d'organisation comme de fonctionnement de l'instance. La distribution des présidences et des vice-présidences au sein de la CDAPH permet d'impliquer les partenaires locaux : la mission a relevé par exemple des présidences confiées à l'Education nationale sur des commissions dédiées à la vie scolaire ou encore des présidences associatives.

### 3.3.1.1 Une implication politique du conseil départemental qui est déterminante et un rôle plus en retrait des représentants de l'État

[183] **Le conseil départemental, qui préside la Comex du Gip, est le pilote de fait de la MDPH.** Dans plusieurs territoires visités par la mission, l'impulsion politique de son président paraît déterminante (voir annexe n°8). De plus, la MDPH semble toujours considérée en pratique comme l'opérateur du conseil départemental par ses partenaires.

[184] **Les MDPH analysées par la mission se caractérisent par une intégration parfois forte dans les services du conseil départemental.** Ce dernier emploie dans certains cas le personnel de la MDPH. L'intégration fonctionnelle concerne plusieurs domaines : soutien en matière logistique ou de systèmes d'information, accueil mutualisé du public voire constitution en maisons de l'autonomie ou recherche de synergies dans les pratiques d'évaluation. Pour autant, les liens entre la MDPH et les autres services de la collectivité paraissent perfectibles, qu'il s'agisse des directions en charge de l'aide sociale à l'enfance ou de l'insertion.

[185] **Les déplacements de la mission confirment le rôle en retrait des représentants de l'Etat (hors Education nationale) :** absence des sous-préfets en charge du handicap et présence inégale des Ddets dont le cadre d'action et les priorités ne sont pas définis au niveau national. Un arbitrage sur la place actuelle des Ddets et leur positionnement au sein des Comex et des CDAPH apparaît indispensable, en cohérence avec la revue de missions préconisée par la Cour des comptes<sup>65</sup>. Les 0,4 ETP affectés aux publics en situation de handicap par Ddets ne leur permettent ni d'assurer un rôle effectif en matière d'orientation stratégique ni de prendre leur part dans le pilotage de l'AAH. Dès lors, il est nécessaire d'arbitrer entre le retrait des Ddets de ces instances et leur maintien assorti des moyens nécessaires à l'exercice de missions clarifiées.

**Recommandation n°27** Prendre un arbitrage sur le retrait ou le maintien des Ddets dans les Comex et les CDAPH ; y allouer les moyens afférents le cas échéant.

[186] **L'Etat est également représenté par le ministère de l'Education nationale qui occupe une place importante au sein du Gip par la mise à disposition de personnels prévue par les conventions constitutives.** Ces mises à disposition se sont accrues sur la période récente sans que leurs modalités soient encadrées au niveau national (temps de travail / congés, indemnités...), ce qui donne lieu à des choix variables. La mission a constaté la forte implication des professionnels de l'Education nationale dans les équipes d'évaluation. Dans celles observées par la mission, les dossiers étaient analysés a minima par un binôme constitué d'un soignant et d'un enseignant. Au sein des CDAPH, les représentants de l'Education nationale jouent également un rôle majeur sur l'examen des décisions relatives aux enfants. Les comités départementaux de l'école inclusive, créés par le décret du 4 mai 2020 et coprésidés par le directeur général de l'ARS et le recteur,

---

<sup>65</sup> Cour des comptes, « La création des DREETS et des DDETS », 2024.

voient les MDPH siéger aux côtés de représentants des collectivités territoriales, des associations et des gestionnaires.

### 3.3.1.2 Les relations sont étroites avec les associations et plus variables avec les autres membres de la Comex

[187] **Les associations jouent historiquement un rôle important dans la gouvernance de la MDPH, via la Comex, et au sein des CDAPH.** Des conventions peuvent prévoir la contribution des associations aux différentes missions de la MDPH : permanence associative sur des lieux d'accueil de la MDPH (Bouches-du-Rhône), appui à la constitution des dossiers de demande, participation à l'évaluation des besoins pour le compte de la MDPH, notamment pour l'attribution de la PCH. Les collaborations avec des associations gestionnaires peuvent également intégrer la participation d'ESMS à des équipes pluridisciplinaires.

[188] **Les représentants des organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales sont également membres du Gip MDPH et conventionnent avec les MDPH :**

- **les relations des MDPH avec les Cnam** s'appuient sur une convention nationale CNSA/Cnam non renouvelée depuis 2019 et sur une convention-type Cnam/MDPH signée dans environ 70 départements. Des bonnes pratiques peuvent être relevées sans être systématiques : orientation vers la Cnam quand la MDPH identifie un sujet d'accès aux droits à l'assurance maladie chez une personne ayant déposé un dossier, ouverture à la MDPH du site espace- partenaires de la Cnam ;
- **la collaboration entre MDPH et service social de l'assurance maladie (Carsat)** est parfois formalisée pour prévoir l'information réciproque sur les dispositifs des deux partenaires ou la participation de la Carsat à une pré-instruction de dossiers pour ses usagers (Haute-Garonne). L'analyse de dossiers atteste également de la place de ces services dans l'accompagnement des personnes. Pour autant, les collaborations ne sont pas toujours structurées pour permettre aux services en charge de l'invalidité d'alimenter les équipes pluridisciplinaires dans leur évaluation des personnes concernées ;
- **les relations avec les Caf portent principalement sur des échanges de flux de données visant avant tout à assurer l'ouverture rapide des droits comme leur maintien (cf. supra) ;**

[189] **Enfin, l'ARS est également membre de la Comex et représentée en CDAPH.** L'articulation entre ARS et MDPH porte principalement sur la mise en œuvre des décisions de la MDPH en termes d'orientation médico-sociale.

### 3.3.2 Des partenariats essentiels restent à consolider avec des acteurs, en particulier le SPE, qui ne participent pas à la gouvernance des MDPH

[190] **Le partenariat avec le service public de l'emploi n'a pas été conçu de la même manière que le partenariat avec l'Education nationale à la création des MDPH : pas de mise à disposition de personnel ni de participation du SPE à la Comex ou à la CDAPH.** La présence d'un représentant du SPE dans les équipes pluridisciplinaires se prononçant dans le domaine de l'insertion professionnelle n'est pas non plus requise. Il est simplement indiqué que l'équipe pluridisciplinaire

comprend des professionnels ayant des « compétences dans les domaines de l'emploi et de la formation » dont a minima un référent insertion professionnelle. Une convention type de partenariat entre le service public de l'emploi et chaque MDPH, déclinée dans l'ensemble des départements, prévoit les modalités de coopération et les échanges de données.

**[191] Les pratiques observées par la mission illustrent les avancées et les marges de progrès dans cette collaboration entre MDPH et SPE :**

- les intervenants de Pôle emploi ou Cap emploi sont insuffisamment associés aux évaluations touchant à la sphère professionnelle (absence dans les équipes de niveau 1, présence dans des EP partenaires de niveau 2, voir supra pour la RSDAE) ;
- les échanges d'informations restent perfectibles, qu'il s'agisse des flux de données de la MDPH au SPE qui ne sont opérationnels que dans la moitié des MDPH, ou de l'accès limité de ces dernières aux informations du SPE (reposant principalement sur le Duda).

**[192] La loi plein emploi prévoit l'élaboration d'une nouvelle convention entre la MDPH et France Travail,** pour l'associer aux décisions d'orientation en Esat ou en ESRP. Celle-ci sera l'occasion de renforcer le partenariat avec l'opérateur, en matière de partage d'informations notamment.

**[193] Toujours dans ce champ, les partenariats avec les services de santé au travail paraissent peu structurés.** Dans la Somme, la mission a relevé la participation d'un médecin du travail à une équipe pluridisciplinaire et la réalisation par ce dernier d'une pré-évaluation de la demande de RQTH des personnes qu'il suit, avec une vraie valeur ajoutée en termes de délai et de qualité de traitement. Pour les personnes dont il assure le suivi, la mission estime que le médecin du travail pourrait aller au bout de la démarche en accordant la RQTH sans passage par la MDPH. Cela permettrait un accès plus rapide à ce droit pour les travailleurs dans le cadre des parcours déjà engagés avec les services de médecine du travail et, le cas échéant, d'accélérer l'aménagement du poste ainsi rendu nécessaire. Le service de santé au travail devrait alors transmettre à la MDPH l'information sur l'attribution de la RQTH. En cas de décision négative, la personne pourra toujours déposer un dossier auprès de la MDPH.

**Recommandation n°28** Ouvrir aux médecins des services de santé et de prévention au travail la possibilité de prononcer la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé pour les personnes qu'ils accompagnent.

**[194] Les MDPH cherchent à renforcer leurs actions à destination des professionnels de santé et opérateurs du champ sanitaire.** Des collaborations sont nouées avec des établissements de santé notamment pour le traitement de demandes urgentes (cancer, SLA). Plusieurs MDPH mettent en avant des actions de formation à destination des assistantes sociales d'établissements de santé. La sensibilisation des médecins libéraux est également jugée prioritaire pour améliorer le remplissage du certificat médical. Des actions sont engagées à l'endroit des ordres départementaux ou des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sans que l'impact en soit jugé satisfaisant. L'organisation de parcours pluriprofessionnels autour des patients en situation de handicap figure déjà dans les missions prioritaires des CPTS. Les actions prévues dans les contrats entre CPTS, ARS et assurance maladie pourraient prévoir plus spécifiquement une sensibilisation des médecins au handicap et notamment à la qualité de remplissage du certificat médical.

[195] Tous ces partenariats gagneraient à être davantage outillés par le niveau national, qu'il s'agisse de supports de formation à destination des partenaires, d'outils de communication simples, de l'actualisation des conventions nationales afin de relancer le partenariat avec certains réseaux voire de l'engagement de travaux nationaux sur certains champs (médecine du travail).

**Recommandation n°29** Outiller les partenariats locaux : mutualiser les supports de formation, actualiser et suivre les conventions nationales de coopération avec les têtes de réseau, instruire l'élargissement des missions prioritaires des Communautés professionnelles territoriales de santé à la sensibilisation au handicap.

[196] **Si la mission n'avait pas vocation à se prononcer sur la pertinence du statut de Gip, ses travaux montrent que ses instances contribuent à inscrire le partenariat dans les pratiques des différentes institutions.** Pour cette raison, l'hypothèse d'une suppression du Gip au profit d'une intégration dans les services du conseil départemental ne fait pas consensus : si elle est défendue par certains interlocuteurs de la mission pour des raisons de clarification et de simplification de la gouvernance, d'autres craignent l'affaiblissement de la mobilisation des partenaires qui pourrait en résulter. Quelle que soit l'option retenue sur le devenir du Gip, une instance ad hoc devra nécessairement être maintenue pour faire vivre les partenariats. A cet égard, les propositions du présent rapport visant à une meilleure implication des partenaires du réseau pour l'emploi (ex-SPE) pourraient se traduire par une révision du décret portant sur la composition de la CDAPH afin de prévoir explicitement la participation possible d'un représentant de France Travail<sup>66</sup>.

**Recommandation n°30** Ajuster la composition de la CDAPH afin de prévoir la possibilité d'y nommer un représentant de France Travail.

### 3.3.3 Le sujet sensible de l'effectivité des orientations affecte la qualité du partenariat autour de l'école inclusive

[197] **Le caractère parfois théorique des droits notifiés affecte la relation partenariale entre la MDPH et les autres institutions responsables, au détriment de la prise en charge des usagers, spécifiquement des enfants.** Les entretiens conduits avec des familles montrent que celles-ci ne font pas la distinction entre ce qui relève de l'Education nationale, leur premier interlocuteur, et ce qui relève du rôle de la MDPH, l'important étant la réponse aux besoins de leur enfant.

[198] **Des questionnements, soulevés par les interlocuteurs de la mission, attestent que la définition d'une bonne évaluation n'est pas toujours partagée :** la MDPH notifie-t-elle trop de droits ou des droits formulés de manière inadéquate ? les institutions d'aval ne sont-elles pas en capacité de mettre en œuvre les notifications ? A titre d'exemple, les MDPH regrettent que certains enseignants identifient directement un besoin d'AESH pour un enfant dans la demande qui leur est adressée, sans commencer par travailler sur l'adaptation du droit commun à l'école. Réciproquement, dans un département, les représentants de l'Education nationale soulignent que l'absence de plans personnalisés de scolarisation établis par la MDPH rend difficile la mise en œuvre de ses décisions.

---

<sup>66</sup> Article R. 241-24 du CASF.



[199] **Pour anticiper les difficultés de mise en œuvre, les MDPH rédigent des propositions alternatives comme la doctrine les y incite**<sup>67</sup>. Cela conduit, par exemple, les Bouches-du-Rhône à proposer des orientations en IME et à défaut en Ulis, compte tenu des délais moyens pour entrer en IME. Des AESH peuvent également être notifiées. Trois décisions peuvent donc être adressées à la famille, renforçant la complexité des notifications par ces droits gradués : le plan A, le plan B voire le plan C. Selon l'Education nationale, cette pratique conduit à une adéquation dégradée entre un dispositif et ses bénéficiaires. Selon la MDPH, elle permet d'avoir au moins une solution, y compris par défaut. La mission retient que cette pratique n'assure pas toujours la prise en compte du souhait de la famille.

### **C., 13 ans : maintien en Ulis école tout en prononçant une orientation en IME**

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 d'entrée en IME connus sur le territoire, une notification complémentaire permettant le maintien à l'école est décidée ainsi que la poursuite du Sessad.

[200] La mission tient cependant à mettre en exergue des bonnes pratiques plus ou moins systématiques : commissions d'affectation partagée des élèves, réunions de concertation sur les situations complexes, sensibilisation par la MDPH des enseignants, en particulier sur l'importance du bon remplissage du Geva-Sco. **Elle atteste que les évaluations dont elle a pris connaissance sont réalisées en présence de l'Education nationale.**

[201] **L'attention aux parcours nécessite ainsi une meilleure articulation entre la MDPH, responsable de la décision, et les opérateurs d'aval, chargés de la décliner, dans un équilibre complexe à atteindre.** L'évaluation se fonde sur les besoins. Trouver une réponse effective à ces besoins peut inciter à s'ajuster de manière réaliste aux offres disponibles mais toute prise en compte des contraintes peut caractériser un manquement aux droits des usagers. L'existence de contentieux récents en matière de scolarisation, concernant l'attribution des aides humaines notamment, montre qu'un nouvel équilibre doit être recherché.

[202] **En matière d'orientations scolaires, la mission n'a pas connaissance d'un référentiel cible, mais d'un vademecum construit par la CNSA avec la Dgesco.** En complément, les MDPH peuvent s'appuyer sur une fiche de la CNSA, encore provisoire, sur les critères d'attribution d'une AESH (cf. annexe n°6). Des bonnes pratiques peuvent néanmoins être valorisées :

- l'eure-et-Loir s'efforce de graduer la réponse pour laisser le temps à l'équipe éducative d'assurer un premier niveau d'accompagnement. Après avoir revu le cadre d'orientation vers des dispositifs intégrés médico-sociaux, la MDPH a fait évoluer sa pratique des

<sup>67</sup> Le bilan du Geva réalisé en 2010 décline : « 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 ».



notifications alternatives de scolarisation qui ne sont transmises que si l'orientation cible n'a pas été mise en place ;

- 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. 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. Ce dernier est associé à l'équipe qui fonde ses propositions sur une appréciation mieux articulée aux réalités de terrain. Il rencontre ensuite les familles pour décliner les solutions opérationnelles.

[203] L'expérimentation de quatre PAS à compter de septembre 2024 doit mieux articuler les interventions autour de l'enfant. Ils doivent préfigurer un premier niveau de réponses de la part de l'Education nationale, pour proposer des solutions immédiates (aménagements pédagogiques, matériel adapté, soutien pédagogique et éducatif). Ils déclineront également les décisions de la CDAPH, en recherchant la complémentarité avec les actions déjà mises en place. A l'issue d'un processus législatif annoncé dans le cadre du CIH de mai 2024, ils ont vocation à permettre l'accès à des accompagnements humains et du matériel adapté sans passer par la MDPH.

**Recommandation n°31** En lien avec la préfiguration des pôles d'appui à la scolarité, élaborer un référentiel national en matière d'orientations scolaires et sécuriser juridiquement le cadre d'attribution des aides humaines.

## 4 Au regard des constats posés comme des évolutions en cours, une transformation plus poussée du modèle peut être envisagée

[204] Dans le cadre de cette mission, l'IGAS a été invitée par les cabinets ministériels à engager une réflexion plus prospective sur le modèle des MDPH. Elle a donc esquissé les orientations suivantes qui peuvent renvoyer à des évolutions de long terme du modèle mais doivent être pensées dès aujourd'hui afin que les choix de court terme n'obèrent pas leur mise en œuvre.

### 4.1 Le modèle du guichet unique paraît atteindre ses limites malgré ses apports pour les usagers

[205] **La mise en place d'un guichet unique à destination des personnes en situation de handicap, au fondement de la création des MDPH, a accompagné un ample mouvement d'accès aux droits pour les personnes en situation de handicap :**

- les MDPH ont fait face à une augmentation considérable de leur activité en parvenant à contenir les délais de traitement ;
- elles ont assuré le déploiement de la PCH qui bénéficiait en 2020 à 347 000 personnes, à mettre en regard des 137 000 bénéficiaires de l'ACTP en 2005 ;

- les MDPH et la CNSA se sont fortement investies en matière d'optimisation des processus, d'harmonisation des SI et de développement des compétences ;
- la constitution des MDPH sous forme de Gip a permis de structurer les partenariats locaux, dans un modèle de gouvernance inédit.

**[206] Néanmoins, ce modèle atteint ses limites et l'objectif d'un traitement individualisé dans un contexte de masse n'est pas réalisé :**

- les délais restent supérieurs aux quatre mois réglementaires dans deux tiers des MDPH et dépassent six mois pour la PCH dans 40 % des MDPH ;
- attendues sur une large place laissée à l'utilisateur, les MDPH opèrent massivement sur dossier ;
- l'organisation et les outils ne sont pas assez performants ;
- le fonctionnement du Gip reste une source de complexité.

**[207] Par ailleurs, près de vingt ans après la loi de 2005, l'accent mis sur l'inclusion incite à repenser le positionnement des MDPH à l'aune d'évolutions déjà engagées :**

- les MDPH, qui étaient garantes de l'entrée dans le champ du handicap, ne sont plus un passage obligé pour un certain nombre de droits (CMI, emploi accompagné, équivalences RQTH) ; en outre, le développement des droits à vie devrait rendre ce passage moins nécessaire. Cette tendance a vocation à s'amplifier ;
- l'offre médico-sociale se transforme dans une logique de fluidification des parcours et de solutions modulaires et intégrées dont la mise en œuvre doit pouvoir s'affranchir d'une validation systématique par la CDAPH ;
- l'éducation nationale poursuit sa structuration pour offrir un niveau de réponse de plus grande proximité dans le cadre des PAS, sans mobilisation systématique de la MDPH ;
- dans le cadre de la réforme France Travail, le milieu ordinaire devient le droit commun de l'orientation professionnelle et le rôle de l'opérateur est renforcé en matière d'accompagnement et d'orientation vers les dispositifs spécifiques (Esat, ESRP).

**[208] Dans ce contexte, le présent rapport propose deux axes possibles de transformation. La mission souligne que :**

- cette réflexion porte d'abord sur les missions et l'organisation des MDPH, et non sur leur gouvernance dont les évolutions ne doivent pas être un point de départ mais une résultante des réflexions ;
- il est nécessaire de définir une stratégie qui priorise l'un ou l'autre axe de transformation, plutôt que de démultiplier les objectifs fixés aux MDPH, élément de fragilité historique.

## 4.2 Un premier axe possible de transformation consisterait à aller au bout de la logique de branche, dans une recherche de performance des organisations

[209] **L'objectif est de doter les MDPH d'un système de production leur permettant d'attribuer le juste droit dans les bons délais.** Depuis 20 ans, les MDPH constituent des unités de traitement en masse des droits, sans que leurs organisations ou leurs outils soient calibrés dans une logique de performance. L'industrialisation de leurs processus n'est pas achevée. 102 MDPH de taille très variée, certaines inférieures à 20 ETP, d'autres supérieures à 150 voire 200, prennent actuellement en charge des missions similaires. Leur mise en réseau ne permet pas de substantielles économies d'échelle. Prioriser l'attribution du juste droit dans les délais légaux nécessite un changement de modèle organisationnel.

[210] **Deux grands domaines auraient vocation à être sécurisés :**

- **l'attribution du droit**, recouvrant les processus d'instruction, d'évaluation et de décision qui feraient l'objet de modèles homogènes définis et imposés en distinguant par exemple des niveaux d'urgence et de complexité. Des indicateurs communs de suivi de la production et des stocks seraient définis au niveau national et produits à échéance régulière par un système d'information performant. La production des droits doit être assumée comme prioritaire ;
- **la relation de service**, recouvrant les processus d'accueil, d'aide aux démarches, d'appui à la mise en œuvre et d'accompagnement ferait également l'objet d'une structuration type. Plusieurs niveaux d'offres pourraient être définis à partir d'un socle commun, auquel s'ajouteraient des services complémentaires sur le territoire (en fonction de la taille du département et de l'historique).

[211] **Dans une recherche de performance, une réflexion sur la bonne échelle d'intervention est nécessaire pour identifier :**

- les activités qui ne peuvent être assurées qu'en proximité et, le cas échéant, la taille critique pour les mener efficacement ;
- les missions à faible valeur ajoutée qui peuvent faire l'objet d'une mutualisation entre MDPH, à l'instar d'un standard téléphonique de premier niveau, de la numérisation des dossiers ou encore de la mise sous pli ;
- les missions à forte expertise, également mutualisables, à l'instar de l'appui juridique, de la production statistique et de la communication.

[212] A l'instar de ce qui se pratique dans les Cnam ou les Caf, une solidarité inter-MDPH pourrait être développée. Elle permettrait de tester, avant leur généralisation, les évolutions nationales et de mettre en place des équipes volantes, en renfort pour des opérations spécifiques. Ces dernières pourraient être portées au niveau national ou à l'échelle régionale par une MDPH volontaire et financée à ce titre.

[213] **Cet axe de transformation est porteur de plusieurs conséquences :**

- la CNSA doit assurer le pilotage du réseau. Elle aurait plus spécifiquement en charge de structurer le nouveau système de production et de relation de service, de piloter directement les missions mutualisées et d'animer le réseau pour appuyer les métiers et faire converger les pratiques ;
- le cadre de travail entre le national et le local doit faire l'objet de conventions d'objectifs et de gestion pluriannuelles fixant aux MDPH leurs moyens et suivies sur la base d'indicateurs avec un intéressement au résultat. Les directeurs, nommés par la CNSA, en seraient responsables ;
- un SI national a vocation à être déployé car il est le seul à pouvoir soutenir un système de production nouveau, fondé sur un pilotage resserré et uniformisé comme sur la mutualisation de certaines tâches ;
- en matière de gouvernance, la transformation de chaque MDPH en un établissement ad hoc, autonome des conseils départementaux, serait l'option la plus proche du modèle actuellement en vigueur dans les caisses de sécurité sociale. Le rééquilibrage des pouvoirs au sein du Gip pour organiser les conditions effectives d'un co-pilotage entre conseil départemental et représentant de la CNSA serait une autre piste. Concernant ce dernier, l'ARS est la seule à ce stade en mesure de jouer ce rôle, selon des modalités à instruire.

[214] **Une telle structuration en branche aurait l'avantage de préserver la logique du guichet unique** tout en renforçant la capacité des MDPH à améliorer leurs délais et à assurer un traitement équitable des demandes sur l'ensemble du territoire, répondant ainsi à deux sources d'insatisfaction récurrentes.

[215] **La mise en œuvre de cette orientation nécessitera de mettre en place a minima les conditions de réussite suivantes, en particulier en termes de gouvernance et de financement :**

- sécuriser les financements des MDPH dans un contexte où les conseils départementaux verront leur rôle limité dans la gouvernance des MDPH, ce qui pourrait les conduire à se désengager d'opérateurs qui seront désormais pilotés directement par le niveau national ;
- préserver les partenariats territoriaux, ce qui suppose le maintien d'un portage politique fort au niveau local assuré aujourd'hui par le conseil départemental ;
- instruire l'adéquation des missions et des moyens des MDPH : les MDPH disposeront de moyens limités par comparaison avec d'autres branches. L'industrialisation ne garantit pas à elle seule l'atteinte des résultats et il ne sera donc pas possible de faire l'économie de cette réflexion ;
- limiter les coûts de transition engendrés par la transformation des MDPH en établissements locaux dans un contexte où elles continueront à être attendues sur la production des droits pour l'utilisateur.

### 4.3 Un second axe alternatif de transformation consisterait à assumer une offre de service différenciée et une responsabilisation des acteurs d'aval

[216] **Le modèle MDPH a été pensé dans une approche d'unicité : un guichet unique, un dossier de demande, une méthode d'évaluation globale et un lieu d'attribution du droit.** Ce faisant, il tend à gommer les différences entre catégories de droits, étapes du parcours et situations individuelles. Même si les processus ont pu être différenciés dans la pratique, le modèle en lui-même ne reconnaît pas la différence entre des droits paramétriques qui obéissent à une analyse simple, et des droits individualisés qui nécessitent une très bonne connaissance de la situation. La fixation des mêmes objectifs de délais de traitement à la RQTH ou à la PCH est de ce point de vue édifiante. Ce modèle ne distingue pas spécifiquement les orientations dont la portée est très différente des autres droits. Qui plus est, la fonction d'orientation n'a pas été réajustée alors que les frontières s'estompent entre milieu ordinaire et spécifique.

[217] **Prendre acte de ces constats invite à assumer quatre priorités dans l'offre de service de la MDPH :**

- **prioriser l'attribution des droits les plus complexes**, au premier rang desquels l'AEEH, l'AAH, la PCH qui nécessitent une appréhension fine de la situation de la personne assortie de la maîtrise de référentiels. C'est sur cette fonction que les évaluateurs de la MDPH ont la plus forte valeur ajoutée, même si leur expertise doit être renforcée sur le volet RSDAE. En conséquence, d'autres lieux d'attribution pourraient être ouverts pour les droits sur lesquels la plus-value des MDPH n'est pas avérée, à l'instar de la RQTH et de la CMI, sous réserve d'une étude de faisabilité. Cela ne signifierait pas que les MDPH n'attribuent plus ces droits, mais que d'autres acteurs pourraient également en être chargés ;
- **repositionner les MDPH dans le système d'orientation** : actuellement, que ce soit en matière professionnelle, scolaire ou médico-sociale, leur responsabilité s'apparente à une prescription. Ainsi, elles désignent les établissements et spécifient les quotités horaires en matière d'accompagnement individualisé à l'école. Elles ne disposent pourtant pas d'une fine connaissance de tous les dispositifs ni de la capacité effective des opérateurs à décliner les notifications réalisées. La maîtrise d'une telle expertise est d'ailleurs de plus en plus difficile dans le cadre du décloisonnement à l'œuvre entre milieux ordinaire et spécifique. Il s'agirait donc de repositionner les MDPH sur un aiguillage global dans le parcours de vie, à travers une notification générique du besoin, en laissant plus de souplesse aux opérateurs d'aval (Education nationale, ESMS...) en matière de mise en œuvre. Concernant les orientations médico-sociales, la mission s'appuie sur les travaux du rapport de l'IGAS de 2021, Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap, des outils pour la transformation des ESMS, qui préconisait de faire évoluer l'orientation vers une décision plus globale du droit à l'accès aux ESMS, assortie de précisions sur la nature des besoins, selon la nomenclature Serafin PH<sup>68</sup>. Cette évolution est d'autant plus nécessaire qu'une

---

<sup>68</sup> Ou services et établissements réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées, réforme engagée depuis 2014 sous le pilotage de la DGCS et de la CNSA pour construire un nouveau modèle de financement des ESMS.

nouvelle étape de transformation de l'offre est engagée dans le cadre du plan 50 000 solutions ;

- **associer effectivement les usagers à l'évaluation de leurs besoins.** Déchargées des droits paramétriques simples et allégées dans leurs fonctions d'orientation, les MDPH pourraient recevoir les usagers au moins pour toute première demande d'AEEH, de PCH ou d'AAH et élaborer des plans de compensation individualisés ;
- **étendre la logique de la réponse accompagnée pour tous à des moments charnière et à des publics vulnérables :** il s'agirait de structurer une offre d'accompagnement des transitions (entrée dans le handicap, bascule entre l'enfance et l'âge adulte, approche de l'âge légal de la retraite) et de renforcer la capacité des MDPH à accompagner les personnes sans solutions.

[218] **Cette conception de l'offre de service transformerait le rôle des MDPH comme celui de leurs partenaires.** Ceux-ci verraient leur responsabilité accrue dans la mise en place des parcours : ils auraient à renforcer leur intervention de premier niveau, accompagner les personnes, éclairer les MDPH de leurs connaissances des situations, décliner opérationnellement les orientations génériques notifiées et informer les MDPH des solutions retenues. Les MDPH, dans une fonction d'ensemblier, assureraient un rôle d'observatoire et de centre de ressources à l'échelle du territoire, partageant l'information disponible sur les dispositifs et sur les bénéficiaires. Elles impulseraient une stratégie d'accueil de proximité. Elles assureraient également une fonction de corde de rappel pour les usagers afin d'éviter les ruptures ou les situations sans solution.

[219] **Cet axe de transformation suppose de faire évoluer :**

- les cadres de coopération locaux pour les adapter au nouveau partage des rôles ;
- la stratégie numérique pour prioriser la généralisation des échanges d'information dans un cadre inter-opérable, permettant aux MDPH de jouer ce rôle d'ensemblier ;
- la réglementation et l'architecture des droits en vue de :
  - préciser les modalités de leur attribution par d'autres acteurs que la MDPH ;
  - rendre les orientations plus génériques ;
  - rénover le support de demande, le formulaire unique actuel n'étant pas adapté à ce modèle.

[220] **Une telle orientation présente l'avantage de positionner les MDPH sur le cœur de leur plus-value tout en responsabilisant les acteurs de premier niveau conformément au principe de l'inclusion des personnes handicapées.**

[221] **La mise en œuvre de cette orientation nécessitera de mettre en place a minima les conditions de réussite suivantes :**

- adapter de manière fine l'intervention des institutions généralistes (Education nationale, France Travail), qui assureront une réponse de premier niveau, aux besoins des personnes handicapées, faute de quoi celles-ci seront en difficulté pour faire valoir leurs droits ;
- positionner les MDPH dans une fonction de médiation et de recours dans l'attribution des droits, ce qui permettra également de préserver leur rôle par rapport aux institutions d'aval ;

- déployer une stratégie numérique reposant sur des systèmes d'information interopérables permettant un suivi par la MDPH de l'ensemble des droits de la personne : il faut éviter que l'ambition d'un fonctionnement en réseau de l'ensemble des acteurs se traduise par un surcroît de complexité faisant reposer in fine sur les personnes elles-mêmes la coordination entre les institutions.

[222] Ce second axe de transformation, comme le premier, nécessitera une réflexion sur les moyens des MDPH indispensables pour assumer les quatre priorités esquissées. **Plus globalement, la mission estime que la fiabilisation des données sur les ressources des MDPH (cf. recommandation n°1) doit permettre de conduire une analyse sur l'adéquation entre leurs missions et leurs moyens en cohérence avec les priorités qui leur seront fixées à l'avenir.**

[223] Enfin, cette seconde orientation est compatible avec le maintien du Gip comme avec d'autres montages administratifs. Il nécessitera de revitaliser les partenariats et de réaffirmer le principe d'une gouvernance partagée, garante du bon positionnement de chaque acteur, et assurant une place centrale aux usagers.

Sarah BARTOLI

Hervé LEOST

Irina SCHAPIRA

## LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 : METHODE D'INVESTIGATION
- ANNEXE 2 : CADRE D'INTERVENTION DES MDPH
- ANNEXE 3 : ÉVOLUTION ET REPARTITION DE LA CHARGE ET DES MOYENS DES MDPH
- ANNEXE 4 : MESURE NATIONALE DE LA QUALITE DE SERVICE ET DE L'EQUITE DE TRAITEMENT EN MDPH
- ANNEXE 5 : L'EXERCICE D'EVALUATION DU HANDICAP EN MDPH
- ANNEXE 6 : LA RELATION AVEC LES USAGERS EN MDPH
- ANNEXE 7 : LES OUTILS DE TRAVAIL DES MDPH
- ANNEXE 8 : L'INSCRIPTION TERRITORIALE DES MDPH ET LEUR PILOTAGE NATIONAL



# LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

## Cabinets ministériels, administrations et opérateurs

### Présidence de la République

Katia JULIENNE, conseillère santé, handicap et personnes âgées

### Cabinet du Premier ministre

Nicolas SCOTTE, conseiller Protection sociale

Mathilde MARMIER, conseillère santé des populations, produits de santé et bioéthique

### Cabinet de la ministre déléguée chargée des personnes âgées et des personnes handicapées

Maëlig LE BAYON, Directeur du cabinet de la Ministre déléguée chargée des personnes handicapées

Marianne CORNU-PAUCHET, Directrice adjointe du cabinet de la Ministre déléguée en charge des personnes handicapées

Sandrine MICLON-HAUTBOIS, Conseillère en charge de la simplification des parcours et des prestations sociales

### DGCS

Benjamin VOISIN, Chef du service des politiques sociales et médicosociales,

Denis DARNAND, sous-directeur de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté

Arnaud FLANQUART, sous-directeur de l'autonomie, des personnes âgées et des personnes handicapées

François-Mathieu ROBINEAU, adjoint au sous-directeur des personnes handicapées et des personnes âgées

Frédéric CONTE, chef du bureau droits et compensation

Delphine ALBERT, adjointe au chef de bureau droits et compensation

Emilie VERGOTE, chargée de mission minima sociaux

Margot BURIDAR, chargée de mission AAH

Katarina MILETIC LACROIX, adjointe du sous-directeur des affaires financières et de la modernisation

Nelly BOUSSYGUINE, chargée de mission « tutelle de la CNSA »

## **DSS**

Delphine CHAMPETIER, cheffe de service

Claire VINCENTI, sous-directrice 4<sup>ème</sup> SD

Nohmie BEN REKASSA, cheffe du bureau pilotage budgétaire et performance des organisations de sécurité sociale

Véronique GOBY, chargée de mission

Hugues BELAUD, bureau 1A

Guillaume BOUILLARD, bureau 1A

## **DGESCO**

Edouard GEFFRAY, directeur général de l'enseignement scolaire

Rachel-Marie PRADEILLES DUVAL, cheffe du service de l'instruction publique et de l'action pédagogique

Sébastien MOUNIE, chef du bureau de l'école inclusive

## **DGEFP**

Pascal JEAN CHARLES, chef de la mission emploi des travailleurs handicapés

## **DGT**

Marie-Lise CARTON ZITO, adjointe à la sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail

Vincent JIMENEZ, chef du bureau des acteurs de la prévention en entreprise

## **DNS**

Odile JAMET, directrice du secteur médico-social

## **DITP**

Nicolas ROBIN, chef de projet conseil interne

Ines BELLARA, cheffe de projet conseil interne

Elise POTTIER, cheffe de projet simplification

## **CNSA**

Virginie MAGNANT, directrice générale

Aude MUSCATELLI, directrice générale adjointe

Benedicte AUTIER, directrice de l'accès aux droits et des parcours

Etienne DEGUELLE, directeur adjoint de l'accès aux droits et des parcours

Hocine MADAOUI, directeur adjoint en charge des SI parcours

Aurélien FORTIN, directeur de la direction de la prospective et des études

Amandine WEBER, pôle analyse et production statistique

Jean Etienne DEMOULIN, Chef de projet AMOA

Jean-Michel LAMIAUX, responsable du pôle "Expertise et appui métier" à la CNSA

Anne MARSEAULT, Responsable du pôle qualité et harmonisation des pratiques, direction de l'accès aux droits et des parcours

Andres RUBEN, appui au pilotage et à la coordination des MDPH (pôle accès aux droits et parcours)

Nicolas PAZOLD, chargé de mission insertion professionnelle (pôle qualité et harmonisation des pratiques QHP)

Florence LEROY WARIN, chargée de mission enfance et scolarisation

Pauline MERGIER, juriste, direction de l'accès aux droits et parcours

Isabelle MASSOU, chargée de mission, direction générale

## **France Travail**

Aymeric MORIN, adjoint au directeur général adjoint

Caroline DEKERLE, directrice du programme Handicap

Jean Christophe BONIN, chef de projet personnes handicapées

Julien CHAROLS, directeur de projet

## **Cap emploi**

Frédéric MARTIN, directeur Cap Emploi Calvados

## **CNAF**

Sylvain GRENARD, directeur du département ingénierie des échanges et des prestations

Sandrine GIRE, cheffe de projet MOA

Isabelle BROHIER, direction des politiques familiale et sociale

Guillaume AUTOUR, direction des politiques familiale et sociale

Priscilla CALANDRA, direction des politiques familiale et sociale

## **CNAM**

Sandrine DUBERT cabinet de la direction déléguée aux opérations

Elodie NAFFRECHOUX, cabinet de la direction déléguée aux opérations

Fanny RICHARD, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins

Remi PECAULT CHARBY, médecin conseil

Jérémy BUISSON, médecin conseil

## **ANCT**

Guillaume CLEDIERE, directeur du programme France services

## **Représentants nationaux des collectivités territoriales et des MDPH**

### **Assemblée des départements de France**

Eric BELLAMY, Directeur délégué Solidarités, Santé et Travail

Silva SAHAKIAN, Conseillère en charge des Relations internationales, de l'Europe, des Outre-mer et du Handicap

Laurette LE DISCOT, Conseillère Enfance

### **Association des directeurs de MDPH**

Laetitia BARRET, vice-Présidente directrice de la MDPH du Var

Carine BARTHE, directrice de la MDPH de Haute-Vienne

Florence MAGNE, présidente de l'AMDPH et DGA autonomie et directrice de la MDPH du nord

### **Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé**

Anne TROADEC, DGA pôle social, conseil départemental de la Savoie

Stéphane CORBIN, DGA pôle solidarité, conseil départemental de la Seine-Saint-Denis

Pierre SUC-MELLA, DGA autonomie, conseil départemental de la Haute-Garonne

## **Associations d'usagers et de leurs familles**

### **APF France handicap**

Malika BOUBEKEUR, Conseillère Nationale Compensation / Autonomie / Accès aux droits / MDPH

Nathalie RENARD, Directrice Pôle domicile APF France handicap 06

### **CNCPH**

Julia TABATH, AFM Téléthon, Vice-Présidente du CNCPH, en charge de la commission compensation

Stéfany BONNOT-BRIEY, Fédération Auto-PH

Danielle LANGLOYS, présidente d'Autisme France

Vincent ASSANTE, association nationale pour l'intégration des personnes handicapées moteur

Miroslava KACHLER, coordinatrice du CNCPH

Sabine POIRIER-CLAVERIE, coordinatrice du CNCPH

### **UNAFAM**

Marie-Jeanne RICHARD, présidente de l'UNAFAM

Roselyne TOUROUDE, vice-présidente de l'UNAFAM

## **FNATH**

Sophie CRABETTE, secrétaire générale

## **UNAPEI**

Luc GATEAU, président

Hélène LE MEUR, directrice du pôle Expertise

Cassandra PLATEL, Chargée de mission droit des personnes handicapées et de leur famille.

## **Conseil national de l'ordre des médecins**

Claire SIRET, présidente de la section santé publique

Patricia ESCOBEDO, vice-présidente de la section éthique et déontologie

Carline NICET BLANC, juriste

## **Comité interministériel du handicap**

Céline POULET, secrétaire générale du CIH

Maxime OILLAUX, Chef de projet « Transition inclusive - participation des personnes »

## **Personnalités qualifiées**

Pascale GILBERT, ancienne médecin de santé publique à la délégation de Seine-et-Marne de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Dominique LAGRANGE, ancien directeur de MDPH

Dominique LIBAULT, président du comité stratégique du service public départemental de l'autonomie

Denis PIVETEAU, conseiller d'Etat

Adrien TAQUET, co-auteur du rapport Plus Simple La Vie, 2018, ancien secrétaire d'Etat

Marie-Christine PHILBERT ancienne secrétaire générale de la FNASEPH

Pascale FLAMANT, inspectrice générale des affaires sociales

## Collectivités territoriales, MDPH et partenaires dans les territoires visités par la mission

### Département de l'Allier

Michel TOURNAIRE, Sous-préfet de Vichy, référent handicap inclusion  
Evelyne VOITELLIER, vice-présidente du département déléguée au handicap,  
Marilyn LABROUSSE, DGA solidarités  
Adriane BARROSO-CONTE directrice autonomie et MDA, directrice GIP MDPH  
Sandrine MOUNIER cheffe du service enfance  
Marie-Christine DA RIVA, cheffe du service adulte, antenne de Vichy  
Céline ROUSSAT, cheffe du service adulte, antenne de Montluçon  
Jean-Pierre VILLENEUVE, coordonnateur méthode et communication  
Christelle THUIZAT, cheffe du service aide sociale  
Marie-Neige BERDER, infirmière évaluatrice  
Béatrice BERGER-GUENZI, référente insertion professionnelle évaluatrice  
Marie Hélène FAURE CHATAIGNON, médecin, évaluatrice  
Rebecca ZYGMUNT, évaluatrice secteur enfant  
Marie LE CORRE, responsable des ressources internes  
Nadia FIDAH, référente administrative  
Catherine PICOT, ergothérapeute évaluatrice  
Julia SABATIER, assistante sociale, évaluatrice autonomie PH  
Ludivine COUCHARD, assistante sociale, évaluatrice autonomie PH  
Caroline MAURIN, assistante administrative  
Cécile BERAUD, assistante administrative  
Laurence BOICHE, assistante administrative  
Denis MOCHET, référent scolarité, évaluateur

### Département des Bouches-du-Rhône

Valérie LAUGAUDIN, directrice de la MDPH  
Marie MUZZARELLI, directrice adjointe  
Alain SANNA, chef du service SI  
Odile ICART-DUPONT, directrice adjointe de l'administration et des RH  
Eric MARTINEZ, directeur adjoint en charge du dispositif d'accompagnement global  
Audrey GUES, cheffe du service enfants  
Xavier DE CASTELLO, chef du service socio-professionnel  
Nathalie ANOTO-MEANO, cheffe du service enregistrement et accompagnement des personnes  
Sylvie CHAMONAL, référente insertion professionnelle  
Michel CHATZOPOULOS, chef du service 16-25 ans  
Laurent BALIGUIAN, chef de la plateforme téléphonique  
Colette PEYRON, cheffe du service médical adultes

## Département du Finistère

Nathalie CARROT TANNEAU, vice-présidente du département en charge du handicap

Monique PORCHER, présidente de la CDAPH

Emmanuelle AUGROS, directrice générale des services

Delphine BOURDAIS, directrice de la MDPH

Nathalie THOUËLLE, directrice adjointe de la MDPH

Véronique THIERION, responsable du pôle accueil instruction

Anne Marie FERTIL, responsable du pôle insertion professionnelle

Brigitte NOTIN, référente qualité et CDAPH

Dominique SERRAILLE, responsable du pôle évaluation courte

Evelyne CORNIC, responsable du pôle scolarisation

Laurianne LE GALL, travailleuse sociale

Sophie LASSERRE, évaluatrice

Myriam CHAPUS, infirmière

Gwenola PRIME COTTO, agence régionale de santé

Manuel BOCK, inspecteur de l'Éducation nationale

Emmanuel BRAUD, inspecteur de l'Éducation nationale

Pierre DUBOIS, président du collectif des associations du 29

Jean VINCO, Olivier SEITE, Anne CARRES, membres du collectif

## Département de la Haute-Garonne

Pierre-André DURAND, préfet de Haute-Garonne

Hélène LESTARQUIT, SGA sous-préfète à la ville, sous-préfète de l'arrondissement de Toulouse, référente handicap inclusion

Alain GABRIEL, vice-président en charge des personnes âgées et personnes handicapées

Christine COURADE, présidente de la CDAPH

Pierre SUC-MELLA, directeur général délégué à l'autonomie

Quitterie BELONCLE-DARBOIS, directrice de la MDPH 31

Sandrine BOTTEAU, directrice adjointe en charge des affaires générales

Guylaine PECH, directrice adjointe en charge de l'évaluation

Didier LANGOLFF, directeur des systèmes d'information du CD 31

Thierry CARDOUAT, DT ARS 31

Charlotte HAMMEL, directrice adjointe DT ARS 31

Jean-Luc ABITTEBOUL, Cheops Occitanie

Silvia LEBAUPIN, Cap Emploi 31

Virginie TAILHAN, cheffe du service adultes-seniors

Jérôme SUDREZ, chef du service gestion des droits

Maxime DOLLE, chef du service accueil

Brigitte FOSSE, conseillère en pratique professionnelle

Carine PASQUET, ergothérapeute, évaluatrice

Mélanie CABOT, ergothérapeute, évaluatrice

Corinne BLANC, instructrice

Marie-Claude MAGDALOU, instructrice

Christelle DEGREMONT, instructrice  
Claudine FAUCHEUX, médecin, évaluatrice  
Caroline BERNOU-BONHOMME, référente d'insertion professionnelle, évaluatrice  
Gaelle ALBERTI, travailleuse sociale, évaluatrice  
Muriel SIMON, travailleuse sociale, évaluatrice  
Sophie PAILLARD, travailleuse sociale de la RAPT  
Gaëlle BONNEVA, travailleuse sociale de la RAPT

## Département de la Moselle

Richard SMITH SG de la préfecture, sous-préfet de Metz, référent handicap inclusion  
Martine AARTZ directrice de la DDETS  
Sophie PRESTAT cheffe de service protection et insertion des personnes vulnérables  
Valérie ROMILLY, présidente du GIP MDPH  
Laurent ZAKRZEWSKI, DGA solidarité  
Jean-Claude BICEGO, directeur de la politique de l'autonomie  
Catherine MATHIEU- CHAMPEVAL, présidente de la CDAPH  
Alain BEAUCOURT, directeur de la MDPH  
Audrey KAZMIERCZAK, directrice adjointe de la MDPH  
Coline LAUROUAA, coordonnatrice du pôle gestion des droits  
Isabelle LABASTIE, coordonnatrice du pôle évaluation  
Céline BOURGUIGNON, cheffe du pôle accueil  
Frédéric ROHOWYJ, référent SI  
Fabienne PARADISI, médecin, évaluatrice  
David REZETTE, référent insertion professionnelle, évaluateur  
Delphine HOUZELLE, infirmière évaluatrice  
Marc WODEY, infirmier évaluateur  
Gaëlle DEFOOR, ergothérapeute, évaluatrice  
Sandrine Kieffer, ergothérapeute, évaluatrice  
Alison LARDENET, agente d'accueil  
Cindy PRESTI, agente d'accueil  
Sophie STEPANOFF, travailleuse sociale, référente handicap, pôle autonomie de Metz  
Laetitia DUPONT, médecin, évaluatrice  
Marine Suaire, référente projet de scolarisation, évaluatrice  
Alexandra GUTH, référente juridique  
Antoine SOLIMINE, président APEI Moselle  
Muriel FRANCK, vice-présidente APEI Moselle  
Hadj REZIG, DG APEI Moselle  
Michèle FRANOZ, présidente de l'association envol Lorraine  
Jean-Claude JACOBY, président de l'UNAPEI Lorraine  
Cécile MICHEL, administratrice de l'association du comité mosellan de sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes



## Département de la Somme

Christine ROYER, Sous-préfète d'Abbeville, référente handicap inclusion

Stéphane HAUSSOULIER, président du département

Pauline VERMEIRSH, directrice de la MDPH

Alexandra THOMAS, directrice adjointe de la MDPH

Hélène ROGNON, coordinatrice du pôle évaluation

Elodie POTIEZ, cheffe du service accès aux droits

Isabelle DEPOORTER, responsable du pôle accès aux droits

Bruno DESVAUD, agent ressource accueil courrier

Sophie PICAVET, chargée de gestion administrative, secrétaire de la CDAPH

Alexandre GIEL, technicien informatique

Simon GOASGEN, coordonnateur parcours de l'enfant, évaluateur

Nathalie BOUDOUX, référente ESMS adulte, référente RAPT

Valérie JOVELET, agente instructrice

Noémie ROELENS, agente instructrice

Karine DEHEZ, coordonnatrice vie professionnelle, évaluatrice

Marguerie LONDI, conseillère administrative et sociale

Annette LARIVIERE, infirmière, évaluatrice, conseil départemental

Audrey DHEILLY, assistante sociale, évaluatrice, conseil départemental

Marie-Aude GUDIN de VALLERIN, médecin du travail, coordonnatrice de la cellule Prévention de la désinsertion professionnelle, ASMIS

## Département du Val-de-Marne

Odile SEGURE, présidente de COMEX de la MDPH, vice-présidente en charge de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Colette CARREE, vice-présidente de la CDAPH

Benjamin BADIA, directeur de la MDPH

Isabelle LEPINEY, cheffe du service accueil

Mylène LIMBE, cheffe du Service Analyse des Demandes et Systèmes d'Information

Daniel COURTOIS, chef du service Evaluation (Adultes-Enfants)

Catherine NIZET, cheffe adjointe du service Evaluation (Adultes-Enfants)

Nora HOUFFEL, responsable du pôle courrier numérisation

Christine CASANOVA, chargée de médiation et des relations à l'utilisateur

Monique ALAZARD, travailleuse sociale, accueil approfondi

Mélanie FOURNIE, responsable du pôle orientation professionnelle

Chloé PEIS, responsable du pôle adultes vie quotidienne

Laurie DACLINAT, infirmière évaluatrice

Stéphane CORRE, directeur adjoint Caf 94

Thierry TOUSSAINT, Caf 94

Véronique CHASSARD, Cap Emploi 94

Frédéric PAQUET, conseiller Emploi Cap emploi94

Catherine COTTEN, chargée de Mission DT France Travail 94  
Sylvie DELISLE, chargée de Mission DT France Travail 94  
Anaïs VALENTE, psychologue du travail France Travail 94  
Christine ADAMCZYK, psychologue du travail France Travail 94  
Florence COSTES, inspectrice d'académie, DSDEN 94

## **Autres MDPH**

Florence MAGNE, DGA autonomie et directrice de la MDPH du Nord  
Gwenaëlle CARBAJAL, MDPH du Nord  
Vincent MIROU, directeur de la MDPH de Seine-Saint-Denis  
Armelle ROUSSELOT, directrice de la MDPH de Seine-et-Marne  
Agnès DOMINIAK, directrice adjointe de la MDPH de Seine-et-Marne  
Christina QUERMELIN, responsable du pôle vie scolaire, MDPH de Seine-et-Marne  
Laetitia BARRET, directrice de la MDPH du Var  
Déva RADAKICHENIN, directeur de la MDPH de la Réunion  
Morgane LE BRIS, Directrice adjointe de l'autonomie en charge de la Maison départementale de l'autonomie de l'Eure-et-Loire  
Elodie LORSON, Responsable pôle enfants, référente insertion scolaire, MDPH Meurthe-et-Moselle

# LETTRE DE MISSION

Paris, le - 2 JAN. 2024

Le chef de l'Inspection générale des affaires  
sociales

à

Sarah BARTOLI  
Christine GARDEL  
Hervé LEOST  
Irina SCHAPIRA

**Objet : mission portant sur les leviers d'amélioration de la production des décisions par les MDPH**

Les difficultés d'accès aux droits des personnes handicapées et les délais associés ainsi que l'hétérogénéité des pratiques entre MDPH sont régulièrement rappelés par les représentants du monde du handicap et ont fait l'objet de plans d'action portés par l'Etat et les collectivités depuis plusieurs années (à l'instar de la feuille de route MDPH 2022). Dans ce contexte, l'IGAS, dans le cadre de son programme de travail, s'est donné pour objectif de dresser un état des lieux de la situation et de conduire une évaluation visant à améliorer la qualité du service rendu par les MDPH aux usagers.

Suite aux échanges avec les cabinets ministériels, les représentants des départements, les représentants d'associations au niveau national, les administrations centrales, la CNSA et l'association des directeurs de MDPH, la mission ciblera cette évaluation sur les phases d'instruction et d'évaluation des situations des personnes par les MDPH.

La mission devra, sur la base d'un diagnostic, identifier les leviers d'amélioration des processus mentionnés, en questionnant à la fois l'organisation et les pratiques des MDPH, la réglementation, le pilotage national, les charges et les moyens ainsi que la capacité des systèmes d'information à répondre aux besoins des différents acteurs. Pour étayer ses constats, elle se déplacera dans plusieurs MDPH aux caractéristiques différentes.

La mission devra également veiller à inscrire ses travaux dans une vision prospective, en lien avec les priorités de la CNH et la déclinaison opérationnelle de ses principales mesures pour les MDPH.

La remise du rapport est attendue pour le mois d'avril 2024.

Le Chef de l'inspection générale  
des affaires sociales



Thomas AUDIGE