



NOTE DE SYNTHÈSE

Novembre 2018 – Juin 2019



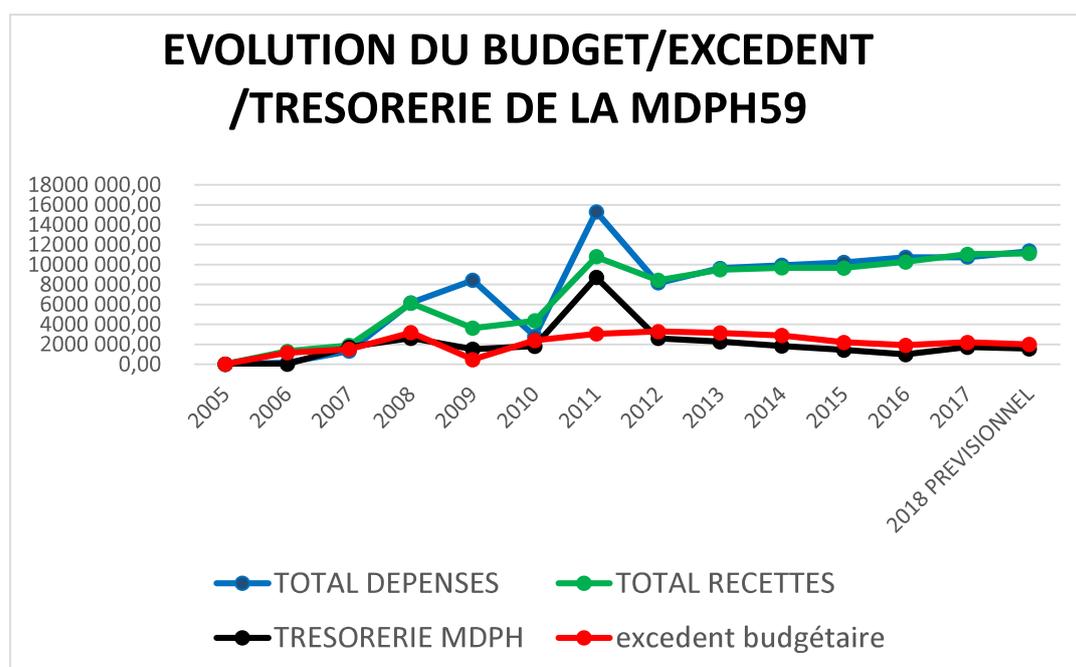
Pour assurer le suivi des droits et des prestations, la MDPH du Nord s'appuie sur une organisation structurée, forte de près de 200 agents. Elle anime un réseau de 230 points d'accueil sur tout le territoire.

La MDPH du Nord est la plus importante de France. La file active de la MDPH, c'est-à-dire les personnes ayant au moins un droit en cours s'élève à 260 000 personnes. Ce chiffre a augmenté de 26% entre 2012 et 2017. Entre 2012 et 2017, le nombre de demandes a augmenté de 51%. Pour autant, le délai moyen de décision est resté stable (autour de 4 mois). Le volume de la PCH augmente quant à lui en moyenne de 6,5 % par an.

La mission d'information et d'évaluation a révélé une MDPH encore jeune qui tend néanmoins à se moderniser et qui est, au regard de sa volumétrie et de sa performance, prise en exemple au niveau national. La mission d'information et d'évaluation questionne initialement l'adéquation des moyens au regard des missions confiées, cette appréciation devant être croisée à l'évaluation de la satisfaction des usagers vis-à-vis du service rendu. Les caractéristiques socio-économiques du territoire départemental et les évolutions démographiques signalent à tous les niveaux une montée en charge croissante pour la MDPH. Le maintien voire l'amélioration de la qualité de service suppose d'engager plusieurs chantiers dans les meilleurs délais dont celui de la simplification et de la juste attribution.

Concernant les moyens humains, la convention de mise à disposition du département du Nord a été modifiée en 2017 et donne la possibilité d'accroître le nombre de mises à dispositions (de 58 postes à 71 postes), et de recourir à des renforts (au nombre de 10). Le Département du Nord a financé également 10 postes GIP sur des profils pour lesquels le Département du Nord ne dispose pas de ressources en interne (infirmières, cadre de santé). Pour ce qui concerne la convention avec l'Etat, celle-ci date de 2006. Il serait opportun de proposer une nouvelle rédaction incluant l'indexation du nombre de postes mis à disposition sur l'activité réelle de la MDPH.

Concernant les moyens financiers, le GIP MDPH est placé sous la tutelle administrative et financière du Département du Nord. Néanmoins, la MDPH demeure autonome en disposant d'une personnalité juridique propre.



On constate un excédent quasi constant mais à la baisse depuis 2012, favorisé par le fonds de compensation qui limite les marges de manœuvre. La trésorerie suit la courbe de l'excédent

et oblige à des débuts d'année tendus. Enfin, on note une légère amélioration en 2017 grâce au transfert des participations départementales au Fonds de Compensation au bénéfice du GIP et des prévisions 2018 qui tendent vers la baisse de l'excédent et de la trésorerie au 1/01/2019.

Concernant la satisfaction des usagers, majoritairement, les personnes auditionnées saluent les efforts conduits par la MDPH pour contenir les délais d'instruction à deux nuances près : les délais d'intervention pour l'évaluation à domicile dans le cadre d'une demande de PCH et les délais relatifs à l'orientation scolaire et l'obtention d'une AVS.

Les représentants associatifs des usagers soulignent aussi les efforts conduits depuis 2015 pour améliorer la relation et l'information aux personnes. Dans les 39 Relais Autonomie répartis dans sur le territoire départemental, on trouve de vrais professionnels qui ont été formés. La MDPH a formé plus de 150 professionnels sur la question des prestations pour accroître leurs compétences et leurs connaissances des dispositifs existants. Ce coût de formation de 46 000 € a été supporté par la MDPH. La plus-value des Relais Autonomie concerne aussi la réduction de la file active de la MDPH. Toutefois ce rôle de filtre, ainsi que l'augmentation de l'activité liée à un champ de compétence élargi aux problématiques du handicap (pour les 16 anciens CLIC) font l'objet de certaines réserves.

Dans le cadre de la Maison Départementale de l'Autonomie, l'accueil physique s'accompagne d'un accueil dématérialisé et d'un accueil téléphonique. Pour être plus performant sur ce point, la MDPH a procédé à un test l'année dernière en multipliant par deux les effectifs de l'équipe de l'accueil (de 6 à 12 agents). Avec cet effectif, le taux de décroché est passé de 30% à 95%.

Les caractéristiques sociographiques et territoriales du département signalent une montée en charge dans les années à venir pour la MDPH.

Premièrement, « l'effet métropole » a été invoqué de nombreuses fois. Il existe effectivement un « effet métropole ». La densité de la population fait que le nombre de dossiers est mathématiquement plus important. Aussi, la concentration des équipements médicaux en métropole joue un rôle sur la concentration des personnes handicapées dans ce secteur.

Deuxièmement, les Relais Autonomie constituent, sur tous les territoires, un outil de proximité favorisant l'information et l'accès aux droits donc une potentielle montée en charge pour la MDPH.

Troisièmement, vient la question des frontières de la reconnaissance du handicap. Il n'y a pas de limite posée à la considération d'un handicap. Le champ du handicap est, aujourd'hui, mal défini. Le handicap s'est vulgarisé, il n'y a plus d'a priori sur la reconnaissance du handicap, et cela conduit à plusieurs excès. Il est estimé que 10% de la population Nordiste est concernée par une prestation ou un droit délivré par la MDPH. Se pose d'une part, la difficulté d'identifier un réel besoin et d'autre part la question du basculement des dispositifs « Personnes handicapées » vers les dispositifs « personnes âgées ». Sur les personnes accompagnées par la MDPH, 42% ont plus de soixante ans alors que 48% ont entre 20 et 59 ans.

Enfin, la logique qui sous-tend l'attribution de la PCH est une logique de compensation, donc un droit à être compensé pour ses diminutions. La perception de tout à chacun sur sa propre diminution ne peut être objective et la compensation obtenue ne peut être suffisante. Le travail engagé vers un département inclusif et solidaire devrait accompagner ce changement de paradigme.

Ainsi, nombreux sont les facteurs aggravants qui pèsent ou pèseront sur l'activité de la MDPH. Afin de maintenir la qualité de services mise en exergue, la mission d'information et

d'évaluation suggère d'engager dans les meilleurs délais le chantier de la régulation par la juste attribution pour mieux accompagner les Nordistes dont les besoins sont réels.

Pour ce faire, la MDPH est invitée à poursuivre les efforts de modernisation au service de l'efficacité, notamment à travers la démarche PHARE (Projet Horizon Amélioration Réorganisation), le dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT), le formulaire IMPACT, le Système d'Information (SI) tronc commun et la Maison Départementale de l'Autonomie. Toutefois, quelques écueils sont révélés tant par les professionnels que par les usagers dans cette modernisation. En effet, le formulaire IMPACT permet une approche différente, centrée sur les besoins de la personne. « *Le vœu pieux est de ne plus faire rentrer les gens dans des cases, de travailler l'inclusion à travers le prisme de l'expression de leurs besoins* » confie une professionnelle. Cependant, le dossier a gagné en complexité et s'est affranchi des codes de la méthode FALC (Facile à Lire et à Comprendre). Le SI recueille, lui aussi, plusieurs critiques :

- L'omniprésence de l'ordinateur est un véritable enjeu de santé et de bien-être au travail
- Les nombreux dysfonctionnements rendent les professionnels dépendants d'un instrument technique
- Le SI est davantage perçu comme un outil d'harmonisation et de collecte de données que comme un vecteur d'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

La mission suggère ensuite d'approfondir la comparaison avec le Pas-de-Calais pour estimer la plus-value d'une évaluation de la PCH rattachée directement au Département et souhaite qu'une étude comparative des pratiques soit conduite en s'appuyant sur les Départements de Gironde et des Bouches du Rhône. Cette étude comparative peut porter sur trois facteurs :

- La question des pratiques de demandes,
- La considération de l'éligibilité,
- Le coût des plans d'aide qui sont proposés

Par ailleurs, les pratiques d'évaluation peuvent être interrogées. Une pratique d'évaluation innovante mérite d'être évoquée. Cette pratique consiste à évaluer les besoins des personnes par des algorithmes d'intelligence artificielle. Cette méthode aurait pour mérite de rationaliser la dépense, d'harmoniser les évaluations d'un territoire à un autre, et surtout de permettre le traitement d'une demande en « 48 heures chrono ».

Prendre le virage de l'aide technique est également une piste à explorer. 92 % de la PCH correspond à de l'aide humaine, 8% à de l'aide technique. Il faut une progression de l'aide technique car elle représente un investissement durable. La haute technologie comme la petite domotique ou robotique sont aujourd'hui sous exploitées dans les réponses apportées aux personnes en situation de handicap. Les enjeux sont à la fois humains et financiers. Le recours à la haute technologie permettrait aux personnes de vivre dans un environnement plus adapté et d'alléger la charge et les risques pesant sur les aidants ou les professionnels. Si cette technologie présente aujourd'hui un coût élevé, son développement permettra des gains directs et laisse entrevoir de réelles perspectives d'économies.

L'Etat a également sa part de responsabilité dans l'inflation de la PCH. D'abord en se montrant réticent (via les ARS) à développer des places de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Les besoins sont aujourd'hui comblés par les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) dont la responsabilité et le financement incombent au Département. Ensuite, en brouillant la frontière entre la MDPH et la CPAM notamment en ce qui concerne les pathologies invalidantes. A cet effet, la mission recommande de travailler avec l'ARS et les CPAM le caractère évolutif de ces pathologies et de n'ouvrir des droits à la MDPH qu'à partir d'un certain degré de l'avancée de la maladie. Enfin, en souhaitant faire évoluer les dispositifs

existants vers une prestation unique simplifiée dont la gouvernance et la charge financière pourraient reposer uniquement sur les Départements.

Afin de contenir la monter en charge de la PCH et d'entrer dans une logique pertinente de juste attribution de droits et de prestation d'une part et d'harmonisation des pratiques d'autre part, 5 professionnels de la MDPH rejoignent à temps plein une « mission PCH ». Le CT MDPH a voté à l'unanimité la composition de cette mission. Cela signifie que toute la MDPH a pris la mesure de cette action.

La mission PCH sera rattachée pour deux ans à la direction de la MDPH. Cette équipe est chargée de valider l'ensemble des plans personnalisés de compensation PCH soit environ 3600 dossiers/an en s'assurant de la mise en œuvre des orientations du Département (dynamique de parcours, mobilisation de l'aide technique, complémentarité des aides existantes, veille autour des évolutions réglementaires).

En outre, l'équipe procède à l'ensemble des révisions en cas de demande de changement d'aidant. Elle anime et forme l'ensemble des professionnels aux orientations du Département. Pour ce faire, elle travaille en collaboration avec le contentieux, le Fonds de Compensation et la Direction d'Accès à l'Autonomie. Les représentants du personnel, même s'ils ne montrent pas de désaccord sur les raisons qui justifient la création d'une telle équipe, ont tenu à manifester quelques réserves sur la forme.

Sans réduire la qualité du service rendu aux Nordistes et toujours en privilégiant une approche humaine et un accompagnement transversal à destination des plus fragiles, la régulation de la PCH - à travers un travail sur la formation des évaluateurs, une redéfinition des critères, la production d'indicateurs qui permettent une meilleure connaissance des besoins dans le temps et donc une meilleure anticipation de la trajectoire financière - est une nécessité absolue.



RAPPORT DE LA MISSION D'INFORMATION
ET D'ÉVALUATION RELATIVE A LA MAISON
DEPARTEMENTALE DES PERSONNES
HANDICAPEES

Novembre 2018 – Juin 2019



Table des matières

Origine de la mission	4
Délibération du 9 juillet 2018 relative à la création d'une mission d'évaluation et d'information	4
Méthodologie	4
Propos liminaires	6
I. Interroger la satisfaction de l'utilisateur au regard des moyens déployés.....	10
I.1 Les moyens	10
I.1.1 Les moyens humains	10
I.1.2 Les moyens financiers	12
I.2 Service public, service au public : mesurer la satisfaction des usagers	16
I.2.1 Des délais d'instruction contenus	16
I.2.2 Une recherche de proximité dans les réponses et les solutions apportées aux personnes.....	18
I.2.3 Orientation et attribution des droits : efforts à poursuivre et réflexions complémentaires.....	19
II. Les signaux de la montée en charge des besoins des personnes handicapées....	20
II.1 L'attractivité de Lille et sa métropole au cœur de la prévalence du handicap	20
II.2 Déploiement des relais autonomie : repérage et accès aux droits	22
II.3 Reconnaissance du handicap : limites et excès	24
II.4 Vieillesse des personnes handicapées.....	25
III. Des efforts à poursuivre, des chantiers à ouvrir.....	26
III.1 Poursuivre les efforts de modernisation au service de l'efficacité.....	26
III.1.1 La démarche PHARE (Projet Horizon Amélioration Réorganisation)	26
III.1.2 Le dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT).....	27
III.1.3 Le formulaire IMPACT	27
III.1.4 Le Système d'Information (SI) tronc commun.....	28
III.2 Comment aller plus loin ?	28
III.2.1 La plus-value d'un benchmark.....	28
III.2.2 Réinterroger les pratiques d'évaluation	29
III.2.3 Prendre le virage de l'aide technique	30
III.3 La responsabilité de l'Etat dans l'inflation de la PCH	31
III.3.1 : Délivrance par les SAAD PCH d'une prestation type SSIAD	31
III.3.2 La frontière entre la CPAM et la MDPH concernant les pathologies invalidantes	31
III.3.3 Prestation « enfant » unique, barrière d'âge de la PCH : des évolutions législatives défavorables pour les départements	32
III.4 Premiers travaux de la « mission PCH »	32

III.4.1 Origine de cette « mission PCH »	32
III.4.2 Description du projet	32
III.4.3 Indicateurs de réussite	33
CONCLUSION	36
LISTE DES PROPOSITIONS	37
ANNEXES	40

Origine de la mission

En 2018, la MDPH a été contrainte de suspendre l'accueil du public au siège de Villeneuve d'Ascq et dans les antennes valenciennaise et dunkerquoise du 10 au 13 avril afin de numériser et traiter les dossiers en cours. Cette fermeture exceptionnelle est liée à l'augmentation exponentielle du nombre de dossiers.

Cet épisode, appris par voie de presse, a eu pour conséquence la demande conjointe des groupes d'opposition « Socialiste Radical Citoyen » (SRC) et « Communiste Républicain Citoyen et Apparenté » (CRCA) de la création d'une mission d'information et d'évaluation relative à la MDPH.

Délibération du 9 juillet 2018 relative à la création d'une mission d'évaluation et d'information

L'article L.3121-22-1 du code général des collectivités territoriales prévoit qu'une mission spéciale d'information et d'évaluation peut être créée par délibération du Conseil départemental pour recueillir des éléments d'information sur une question d'intérêt départemental ou pour procéder à l'évaluation d'un service public départemental. La loi fixe une condition de recevabilité de la demande : le Président du Conseil départemental doit être saisi par au moins un cinquième des membres de l'Assemblée Départementale, soit au moins 17 Conseillers n'ayant pas été associés à une même demande dans l'année précédente.

L'article 32 du règlement intérieur du Conseil départemental précise que la demande de création d'une telle mission doit être formulée conjointement et par écrit, par les Conseillers départementaux intéressés, auprès du Président du Conseil départemental du Nord. Le Président informe alors la commission compétente qui doit émettre un avis sur cette demande.

Le Conseil départemental délibère sur la base de cet avis dès sa plus proche réunion. Au terme de l'article 32 du règlement intérieur du Conseil départemental, une mission spéciale d'information et d'évaluation se compose de 15 membres désignés dans le respect du principe de la représentation proportionnelle entre les différents groupes de l'Assemblée en vertu de la loi. Elle est présidée par le Président du Conseil départemental ou par un membre de l'Assemblée qu'il désigne à cet effet.

Méthodologie

Présidée par Olivier HENNO sur désignation du Président du Département Jean-René LECERF, la mission rassemble 15 membres :

Josyane BRIDOUX (SRC), Isabelle CHOAIN (CRCA), Béatrice DESCAMPS-MARQUILLY (UPN), Marie-Annick DEZITTER (UPN), Claudine DEROEUX (CRCA), Bruno FICHEUX (UPN), Isabelle FREMAUX (UPN), Marc GODEFROY (SRC), Michel LEFEBVRE (CRCA), Didier MANIER (SRC), Christian POIRET (UPN), Caroline SANCHEZ (UPN), Nicolas SIEGLER (UPN), Marie-Christine STANIEC-WAVRANT (SRC), Anne VANPEENE (UPN).

Marie-Christine STANIEC-WAVRANT est désignée comme rapporteure.

Lors de la séance de lancement, les élus étaient invités à préciser les thèmes sur lesquels ils souhaitent travailler, à se mettre d'accord sur une méthodologie et un calendrier de travail, à lister leurs intentions d'auditions, à faire connaître la masse documentaire qu'ils souhaitent que l'on porte à leur connaissance. Ainsi, il était convenu que la mission se décline en quatre séquences d'auditions thématiques et deux visites sur sites comme suit :

Dates	Thématique	Auditions
Lundi 12 novembre	Réunion de lancement	
Jeudi 20 décembre	MISSIONS ET MOYENS DE LA MDPH (Volumétrie, budget de fonctionnement, ressources humaines, envolée de la PCH)	Bruno LOMBARDO, Directeur de la MDPH 59 Agnès BLOMME, responsable de l'équipe Ressources Humaines
Lundi 21 janvier	REORGANISATION ET MODERNISATION (Climat social, turn over, absentéisme, projet PHARE, formulaire IMPACT, SI tronc commun, portail interactif et plateforme téléphonique)	Armelle THIERY, Directrice Adjointe Agnès BLOMME, responsable du Pôle Ressources Philippe DUBOIS, Directeur de projets modernisation MDPH/DAA (chef de chantier plateforme téléphonique et PCRM)
Lundi 11 février	SIMPLIFICATION (Droits à vie, dématérialisation, délai de traitement, point de vue de l'utilisateur, proximité)	Anne-Marie BROSS Secrétaire Générale de la MDPH 59 Hocine KACER Responsable de service « mission PCH », MDPH 59 Daniel DEREGNAUCOURT, Président Départemental de la FNATH Jean-Paul DEBARGE, Membre de la CDAPH Jean-Luc CAPPELAERE, Membre de la CDAPH – FNATH Edith CUSNIEUX, membre de la CDAPH – GAPAS Marie-Madeleine DELMAIRE, membre de la CDAPH – association d'utilisateur TSA Maïté NARSOU, membre de la CDAPH – chargée de mission AFTCR'éveil Lahanissa ABED-MADI, vice-présidente de la CDAPH Fernande FRANQUET, vice-présidente APAJH Nord Serge KALICKI, vice-président réseau bulle France Vincent NOIRET, membre de la CDAPH – UNAFAM Mélina KONRAD, membre de la CDAPH – GAPAS Frédéric VERBEECK, directeur EPNK
Lundi 4 mars	QUELLE MDPH POUR DEMAIN ?	Luc GINDREZ, Directeur de la MDPH 62

	(Benchmark portant sur les forces et les faiblesses internes des MDPH, MDA, plan d'aide technique)	Geneviève MANNARINO, Vice-Présidente chargée de l'Autonomie et présidente de la MDPH Jean-Marc GOSSET, Président de la CDAPH Gwenaëlle CARBAJAL, Directrice adjointe Direction de l'Accès à l'Autonomie, cheffe de projet « Relais Autonomie »
Mercredi 13 mars	Visite de l'antenne Valenciennaise de la MDPH	
Jeudi 21 mars	Visite du siège de la MDPH à Villeneuve-D'Ascq	
Lundi 8 avril	Séance conclusive (1)	
Lundi 20 mai	Situation RH	Audition des représentants du personnel : Françoise TOUSSAINT, Margaux NOTRE DAME, Laurence DOUBLET, Farida BELAICHE, Baptiste DE BRIE

Les procès-verbaux de chacune des auditions sont annexés au présent rapport.

Propos liminaires

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, accentue le rôle du Département en matière de solidarité.

Depuis cette loi, il a été prévu dans chaque département l'ouverture d'un guichet unique pour l'ensemble des prestations liées au handicap : la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Dans un premier temps, la MDPH était le fruit d'un regroupement CDES/COTOREP. Le rapprochement des équipes s'est effectuée en 2007, année de démarrage réel de l'activité propre au Groupement d'Intérêt Public (GIP).

Pour assurer le suivi des droits et des prestations, la MDPH du Nord s'appuie sur une organisation structurée, forte de près de 200 agents et des organes de décision où les associations de personnes handicapées ont toute leur place. Elle anime un réseau de 230 points d'accueil sur tout le territoire.

Les bénéficiaires

La MDPH du Nord est la plus importante de France.

La file active de la MDPH, c'est-à-dire les personnes ayant au moins un droit en cours s'élève à 260 000 personnes. Ce chiffre a augmenté de 26% entre 2012 et 2017

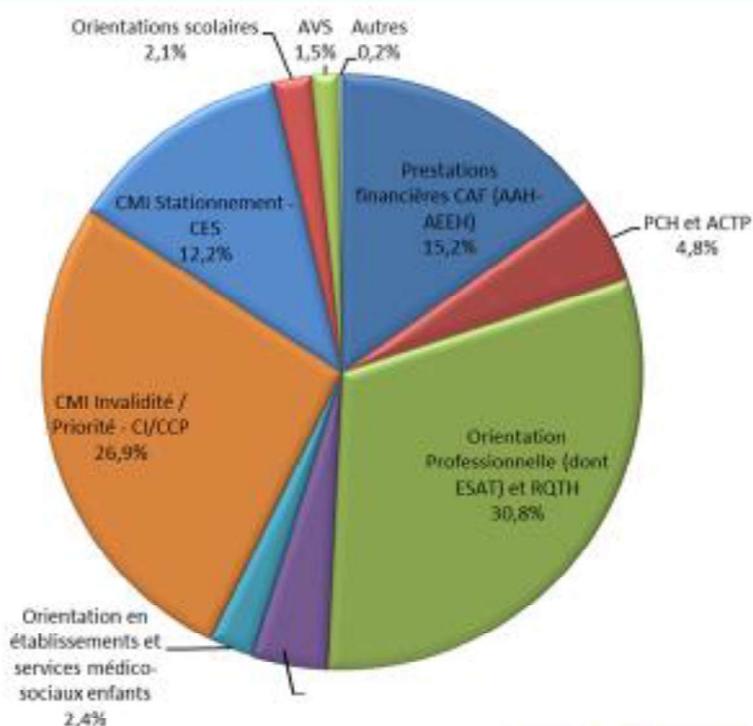
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
File active des usagers de la MDPH	205 846	211 875	227 435	228 963	248 181	260 207
Taux de progression	0,84%	2,93%	7,34%	0,67%	8,39%	4,85%
Part de la population du département	8,03%	8,30%	8,76%	8,82%	9,56%	10,03%

Source : Rapport d'activité 2017

Le Département du Nord compte :

- Plus de 50 000 bénéficiaires de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé)
- 14 500 bénéficiaires de l'AEEH (Allocation Enfant Handicapé)
- 13 000 bénéficiaires de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap)
- 3 000 bénéficiaire de l'ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne)

RÉPARTITION DE LA FILE ACTIVE PAR TYPE DE PRESTATIONS

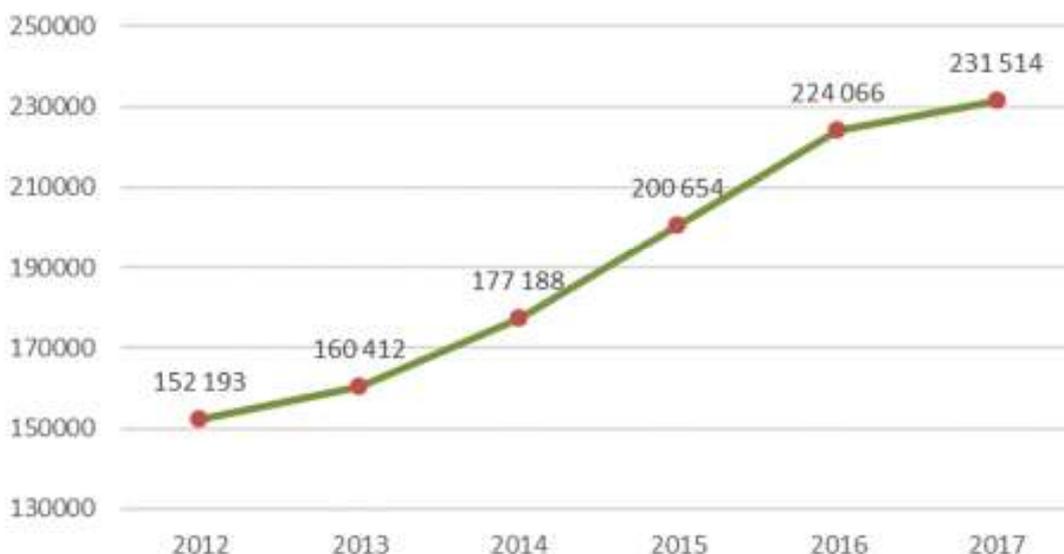


Source : Rapport d'activité 2017

Entre 2012 et 2017, le nombre de demandes a augmenté de 51%. Pour autant, le délai moyen de décision est resté stable (autour de 4 mois).

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DEMANDES

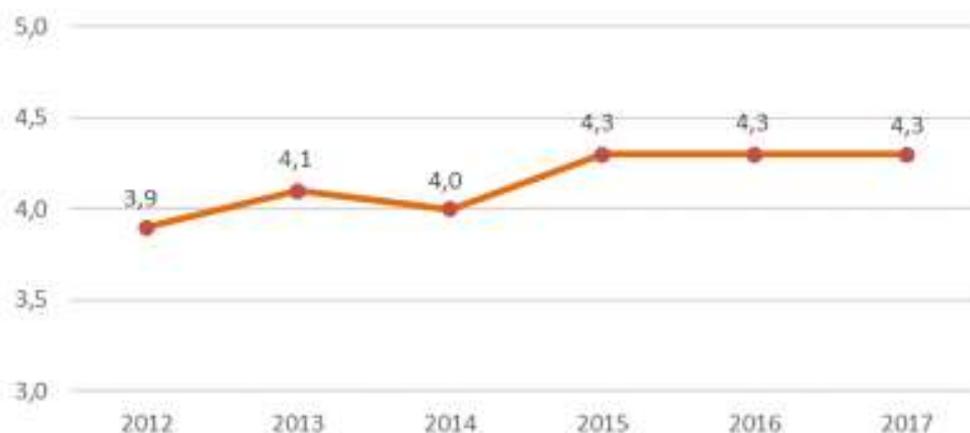
Evolution du nombre de demandes



Source : Rapport d'activité 2017

ÉVOLUTION DU DÉLAI MOYEN DE DÉCISION

Evolution du délai moyen de décision (en mois)



Le délai moyen de de traitement est resté stable. En légère dégradation depuis 2015, en raison de l'augmentation du volume de demandes que l'optimisation de l'organisation ne suffit plus à compenser au regard des moyens humains disponibles.



Source : Rapport d'activité 2017

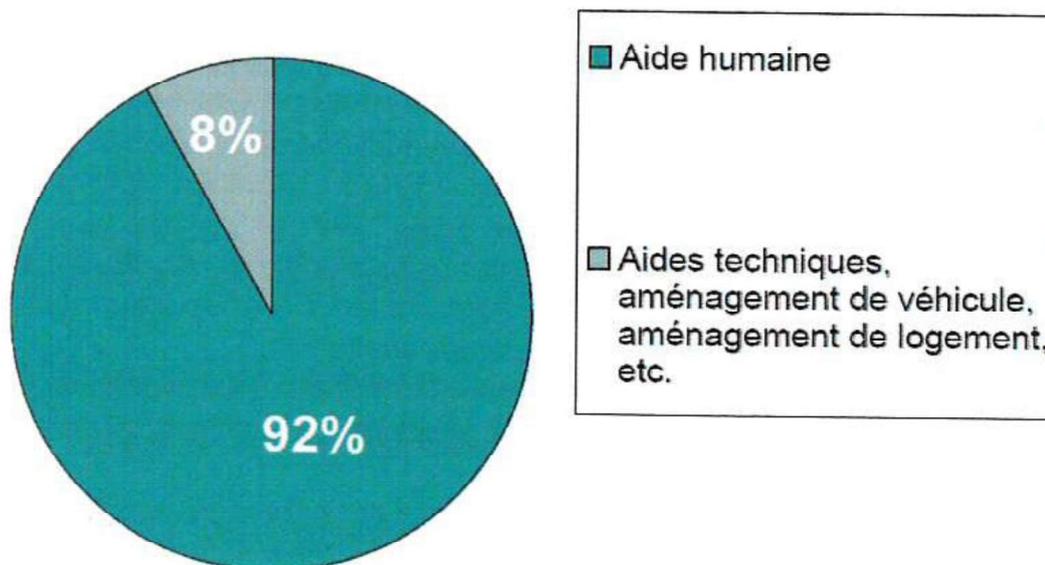
Le volume de la PCH augmente quant à lui en moyenne de 6,5 % par an.

Dépense (M€)	2014	2015	2016	BP2017	BP2018	BP2019	Evolution moyenne par an
PCH	72,61	83,71	90,30	93,77	103,8	110	6,5%
ACTP	19,96	18,96	18,11	17,23	15,7	14,3	
Total	92,57	102,67	108,42	111	119,5	124,3	

NB : baisse constante des bénéficiaires de l'ACTP (environ – 150 personnes par an)

Source : DFCG-DAA

Les aides PCH attribuées correspondent :



La mission d'information et d'évaluation a révélé une MDPH encore jeune qui tend néanmoins à se moderniser et qui est, au regard de sa volumétrie et de sa performance, prise en exemple au niveau national.

La mission d'information et d'évaluation questionne initialement l'adéquation des moyens au regard des missions confiées, cette appréciation devant être croisée à l'évaluation de la satisfaction des usagers vis-à-vis du service rendu. (I)

Les caractéristiques socio-économiques du territoire départemental et les évolutions démographiques signalent à tous les niveaux une montée en charge croissante pour la MDPH. (II)

Le maintien voire l'amélioration de la qualité de service suppose d'engager plusieurs chantiers dans les meilleurs délais dont celui de la simplification et de la juste attribution. (III)

I. Interroger la satisfaction de l'utilisateur au regard des moyens déployés

I.1 Les moyens

I.1.1 Les moyens humains

La MDPH depuis le projet PHARE est organisée en 5 secteurs géographiques, répartis sur 3 antennes locales.

Le fonctionnement de la MDPH est assuré par la mise à disposition de moyens financiers et humains du Département du Nord et de l'Etat (DDCS, DIRECCTE et Education Nationale).

Depuis sa création, la MDPH du Nord est confrontée à une inflation de l'activité qui complexifie le traitement des dossiers. Le nombre de demandes augmente d'année en année et de nouveaux dispositifs légaux impliquent l'agilité de la MDPH. Le nombre de demandes traitées par ETP au sein de la MDPH du Nord est supérieur à la moyenne nationale. Cette hausse continue de l'activité pèse sur les équipes de la MDPH. Ces données doivent interroger tant la pratique de demande dans le Département que le nombre d'ETP mis à disposition de la MDPH.

La convention de mise à disposition du Département du Nord a été modifiée en 2017 et donne la possibilité d'accroître le nombre de mises à dispositions (de 58 postes à 71 postes), et de recourir à des renforts (au nombre de 10). Le Département du Nord a financé également 10 postes GIP sur des profils pour lesquels il ne dispose pas de ressources en interne (infirmières, cadre de santé).

En ce qui concerne l'Etat, la convention prévoyait 22.9 ETP pour la DIRECCTE et 29.1 pour la DDCS. Ces agents sont partis de la MDPH pour des raisons personnelles depuis 2014. Leurs postes sont aujourd'hui financés par la fongibilité qui compense en partie la rémunération des contractuels. Il est à noter que depuis 2006 la convention constitutive n'a pas été revue.

En 2011, la MDPH a transformé les contrats à durée déterminée en contrat à durée indéterminée. Cela a présenté un avantage important en matière de stabilité des équipes et une amélioration du statut des professionnels. Par ailleurs, au moment de la réorganisation la MDPH a fait le choix de ne plus recourir à des médecins vacataires afin de réduire les coûts. Il a été proposé des contrats à durée déterminée pour la plupart d'entre eux.

Le projet PHARE dont les principes structurent l'activité de la MDPH repose sur deux piliers et trois principes. Les deux piliers sont la qualité du service rendu à l'utilisateur et le bien-être au travail des professionnels. Le premier est dépendant du second. Les trois principes se définissent comme :

- Recentrer les ressources vers le cœur de métier et de l'activité en direction des usagers (d'où le préalable de la numérisation qui a permis le redéploiement de postes vers les activités en direction des usagers et du traitement des demandes),
- Mettre en œuvre un management du changement permanent et de l'adaptation à l'environnement (service formation et accompagnement de l'encadrement et des équipes, management par les processus de travail, management de projets),
- Développer une organisation agile.

La MDPH du Nord a su démontrer sa capacité à s’adosser à ces principes. En effet, forte de l’impact positif de sa réorganisation tant sur les délais de traitement des dossiers des usagers que sur l’épanouissement au travail des professionnels qui la composent, la MDPH du Nord a eu la visite de nombreuses MDPH et a été nommée pilote dans le cadre du SI tronc commun impulsé par la CNSA. L’agilité de l’organisation de la MDPH n’est pas théorique ou velléitaire. Elle est une condition indispensable au maintien de la qualité de son activité, toujours croissante au vu de l’augmentation des demandes et des nouveaux dispositifs à intégrer.

Aujourd’hui la MDPH du Nord se trouve encore confrontée à une augmentation de l’activité, à de nouveaux dispositifs qui embolissent le traitement des dossiers. Le projet PHARE a eu l’avantage de faire monter en compétence la plupart des professionnels, de créer de nouveaux métiers. Enfin, la MDPH du Nord vient de créer un service formation qui pourra permettre aux professionnels d’acquérir des diplômes par le biais de la validation des acquis de l’expérience et d’être accompagnés dans les préparations aux concours.

Toutefois, l’audition des représentants du personnel laisse entrevoir que le pilotage sur l’activité prime au détriment d’une approche centrée sur les formations, les carrières et la mobilité. De même, la démotivation est grande compte-tenu du stock de dossier qui augmente. Les agents, notamment ceux de l’enregistrement le vivent comme un travail de Sisyphe qui de fait, freine les recrutements et crée de la déperdition dans la qualité de travail. Enfin, la question du Système d’Information Tronc Commun, pour lequel la MDPH du Nord est pilote soulève plusieurs écueils. D’abord l’omniprésence de l’ordinateur est identifiée comme responsable d’un mal-être au travail (migraine, troubles musculo squelettique, troubles visuels, appauvrissement sur le plan relationnel). Ensuite les nombreux dysfonctionnements liés à la rapidité de mise en œuvre de ce SI ralentissent la cadence et sont de nature à décourager les agents. Ceux-ci subissent des problèmes techniques à répétition qui génère du retard dans l’instruction de la demande, donc dans la réponse à l’usager. Enfin, le SI, outil d’harmonisation et de collecte de données pour la CNSA est responsable d’une certaine perte de sens dans le travail des agents. En effet, faire remonter des statistiques prend une place peut-être plus importante que le cœur du métier, à savoir répondre aux demandes des usagers.

Récapitulatif des postes (répartition par contributeur)

EFFECTIFS	2008 POSTE	2009 POSTE	2010 POSTE	2011 POSTE	2011 ETP	2012 POSTE	2012 ETP	2013 POSTE	2013 ETP	2014 POSTE	2014 ETP	2015 POSTE	2015 ETP	2016 POSTE	2016 ETP	2017 POSTE	2017 ETP	2018 POSTE	2018 ETP
DDCS	32	25	25	26	22,3	26	21,4	24	21,4	19	16,9	17	15,9	14	13	13	12,2	12	11,4
DIRECCTE	25	23	14	12	10,4	11	10,3	11	9,3	4	3,3	4	3,5	3	2,5	3	2,5	3	2,5
EN	12	13	12	13	12	10	9,6	11	10,8	11	10,8	13	12,2	13	12,2	13	12,2	11	10,8
DEPARTEMENT	55	51	50	53	49,8	53	50,6	54	50,6	58	56,5	53	49,2	55	50,9	56	52,7	62	56,2
GIP	16	39	57	64	60,5	99	91	97	87,4	107	99,1	108	107,2	124	103	122	103,3	139	121,9
TOTAL	140	151	158	168	155	199	183	197	179,5	199	186,6	195	188	209	182	207	182,9	227	202,8

Source : MDPH – tableau transmis lors des auditions du 20 décembre

ACTIVITES	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
NOMBRE DE DEMANDES MDPH	105297	121766	123789	132409	150373	152193	160412	177188	200654	224066	231514
nombre de décisions prises	107804	83315	136959	123356	139055	160070	135499	188934	178977	218431	224773
fileactive			200528	201225	204125	205846	211875	227435	228963	248131	260007
nombre de demandes traité par agent	823	895	846	859	864	874	867	957	1084	1231	1103

Source : MDPH – tableau transmis lors des auditions du 20 décembre

I.1.2 Les moyens financiers

Le GIP MDPH est placé sous la tutelle administrative et financière du Département du Nord. Néanmoins, la MDPH est demeurée autonome en disposant d'une personnalité juridique propre. La MDPH est soumise aux règles de la commande publique, et de la comptabilité publique (application de la Nomenclature M52). Le Directeur de la MDPH est ordonnateur. Le Payeur Départemental est le comptable.

Composition du budget de la MDPH du Nord

1/ Des dépenses de fonctionnement :

- Les charges à caractère général constituant les achats nécessaires au bon fonctionnement des 3 sites de la MDPH, elles reprennent également le remboursement par la MDPH des loyers des 3 sites, et d'une valorisation non financière (équivalent d'un apport en nature du Département : frais d'ingénierie, entretien des locaux grosses réparations, matériels informatiques, téléphonie fixe ...) à partir de 2012. Ce qui explique le bond des dépenses de charges générales à partir de 2012.

Trois éléments témoignent d'une volonté de maîtrise de ce poste de dépenses.

Avant 2015, les achats représentaient une part importante du budget (plus de 100 000 € par an en moyenne) due notamment à la prise en charge de la totalité des fournitures et affranchissements des enseignants référents. En 2016, des conventions sont signées avec les collèges pour une prise en charge de ces frais dans la limite de 560 € par année scolaire, la MDPH fournit les ordinateurs imprimantes et téléphones portables.

Les frais de téléphonie mobile étaient exorbitants (de 60 000 à plus de 105 000 € jusqu'en 2014). La MDPH rejoint l'UGAP en 2015, les frais de téléphonie mobile varient depuis autour de 14 000 €.

Depuis 2012, la valorisation départementale au titre des loyers fait l'objet d'un mouvement en dépenses et en recettes dans le budget de la MDPH. Cela revient donc à une charge nulle pour la MDPH. Il s'agit d'une forme de soutien financier dans le fonctionnement de la MDPH apportée par le Département.

- Les charges de personnel : ces charges reprennent la masse salariale des agents sous contrat GIP et le remboursement des salaires des agents mis à disposition du Département. A noter un pic en 2011 dû au remboursement des frais de personnel Département pour les années 2006, 2007, le reliquat 2008 et 2010 (5 160 000 €). Depuis 2012, la valorisation des participations départementales est inscrite en dépenses et en recettes, ce qui revient à une charge nulle pour la MDPH. Cela correspond à une forme de soutien au fonctionnement de la MDPH. L'augmentation de la masse salariale du GIP est due à la difficulté de recruter des postes au sein du Département, notamment les plateaux techniques (13 postes actuellement non pourvus par rapport à la convention constitutive). A noter que ce statut GIP soulève les interrogations des agents recrutés sous cette catégorie soit 140 salariés (différence de statut, différence de rémunération).
- Les versements de la prestation du fonds de compensation du Handicap : en fonction du montant et du nombre des dossiers présentés en comité du fonds, ce poste de dépenses varie de 700 à 800 000 euros.

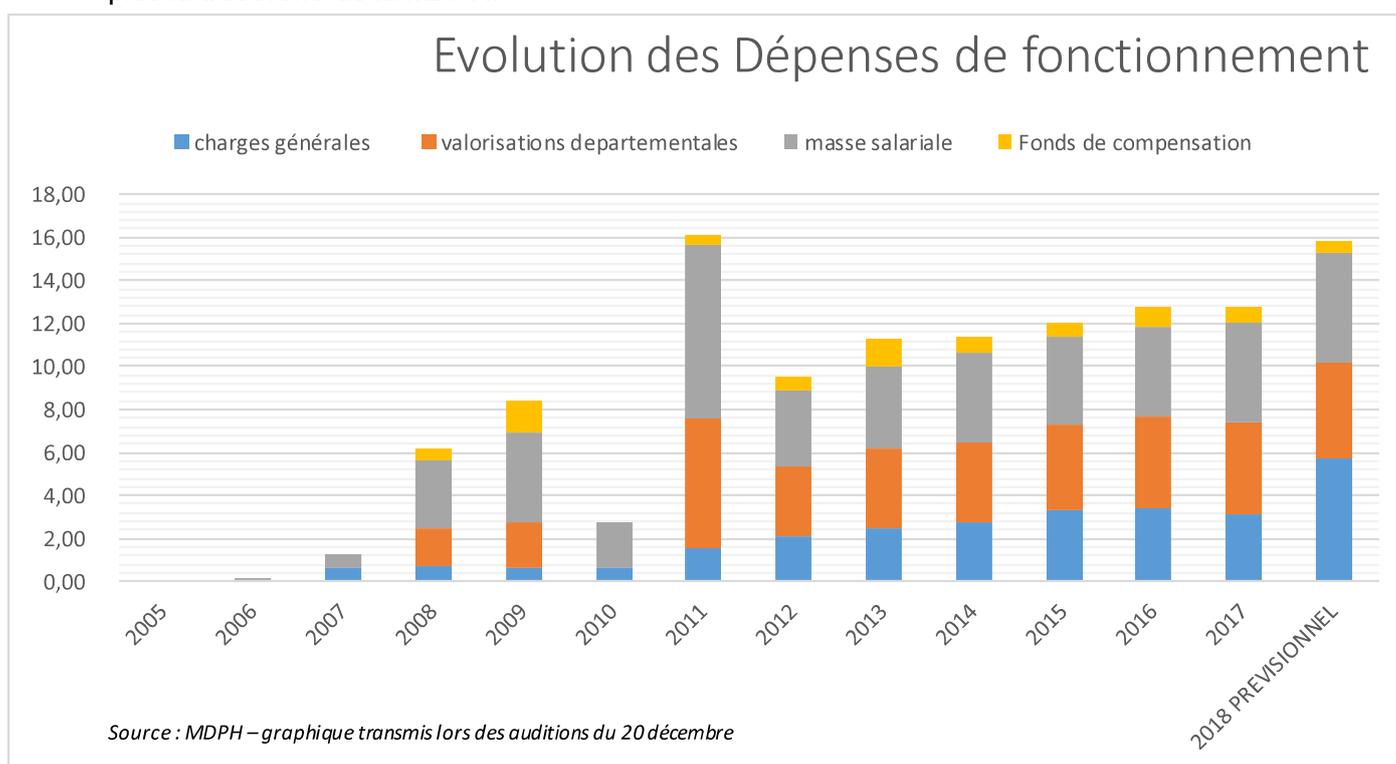
2/ Les dépenses d'investissement :

Ces dépenses permettent l'achat de mobiliers, de logiciels comptable et logiciel de ressources humaines, d'ordinateurs portables, de téléphones mobiles pour les Enseignants référents et les agents pour qui cela est nécessaire (Responsables, VAD etc ...)

MDPH DEPENSES EN M€	CA2005	CA2006	CA2007	CA2008	CA2009	CA 2010	CA 2011	CA 2012	CA 2013	CA 2014	CA 2015	CA 2016	CA 2017	BP 2018
CHARGES A CARACTERE GENERAL	0,0000	0,0912	0,6457	0,7215	0,6327	0,5882	1,5664	2,0718	2,5241	2,7861	3,2807	3,3900	3,1189	5,7567
<i>dont valorisation non financière</i>														
<i>Département DONT PERSONNEL en 2018</i>	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,8300	1,1300	0,9528	1,1408	1,3272	1,2855	3,6469
<i>dont valorisation financière loyers - département</i>	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,8391	0,5053	0,5363	0,5366	0,6647	0,7532	0,7551	0,7595
CHARGES DE PERSONNEL	0,0000	0,0489	0,6535	3,1367	4,1621	2,2096	8,0408	5,4697	5,7916	6,3457	6,3303	6,3529	6,8587	5,3923
<i>dont charges de personnel MAD</i>														
<i>Département</i>			0,0000	1,7453	2,1017	0,0000	5,1624	1,9415	2,0166	2,2318	2,1843	2,1985	2,2142	0,0000
AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	0,0000	0,0000	0,0000	0,5580	1,5132	0,0000	0,5212	0,6181	1,3004	0,8081	0,5924	1,0024	0,7743	2,0694
CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0003	0,0000	0,0269	0,0001	0,0120	0,2381	1,0235	0,0142	0,0052
TOTAL DES DEPENSES D'INVESTISSEMENT		0,01	0,19	0,03	0,05	0,03	0,05	0,02	0,05	0,03	0,02	0,04	0,04	0,11
TOTAL DES DEPENSES	0,00	0,15	1,49	4,44	6,36	2,82	10,18	8,20	9,66	9,99	10,46	11,81	10,81	13,34

Source : MDPH – tableau transmis lors des audits du 20 décembre

L'augmentation des charges de personnel en 2011 s'explique par le remboursement des frais du personnel mis à disposition par le département pour les années 2006 et 2007, le reliquat de 2008 et de 2010. 5 160 000 euros étaient à la charge de la MDPH cette année-là. La mise en place de la valorisation non financière du personnel mis à disposition n'a fait son apparition qu'en 2012 permettant un mouvement neutre entre les dépenses et les recettes n'impactant plus la trésorerie de la MDPH.



3/ Les recettes de fonctionnement

Elles sont constituées par l'excédent de l'année précédente, des participations du Département (subvention de fonctionnement, remboursement des valorisations financières et mise à disposition du personnel à partir de 2012), des subventions de l'Etat (DDCS/DIRECCTE/Education Nationale), de la subvention CNSA.

Ces recettes financent également pour partie le Fonds de compensation.

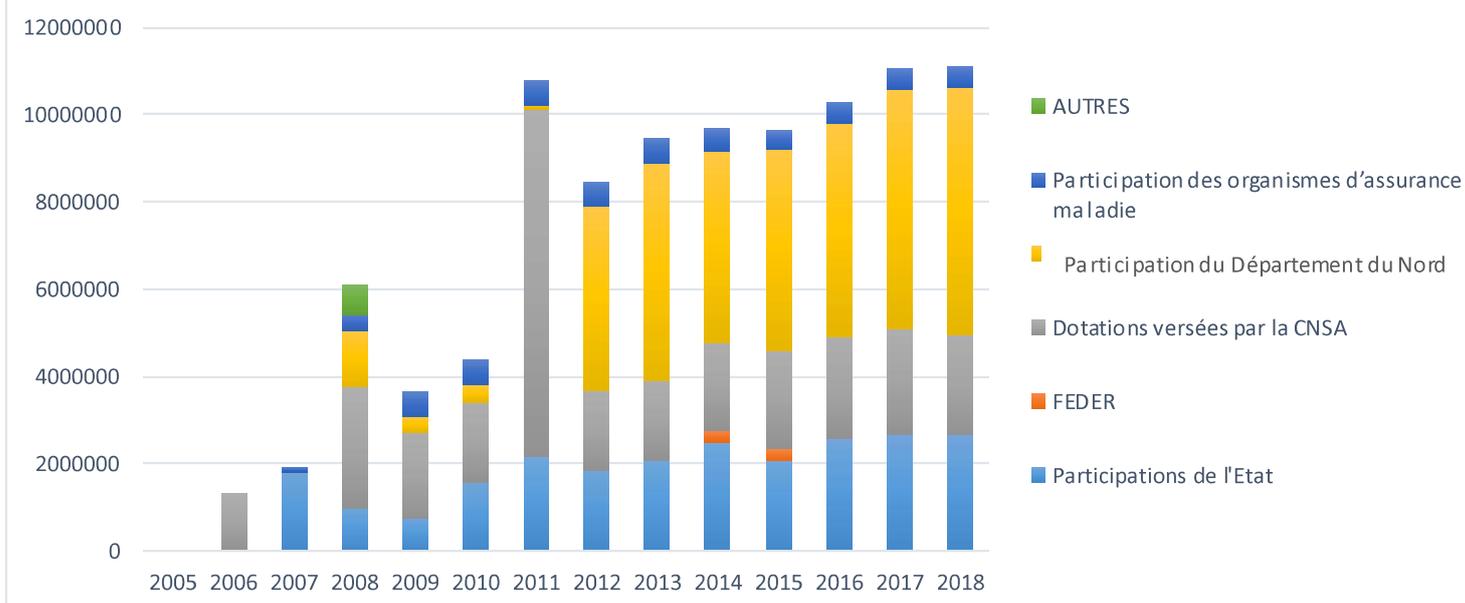
4/ Les recettes d'investissement

Elles sont constituées des amortissements et de l'excédent de l'année précédente.

MDPH RECETTES EN M€	CA2005	CA2006	CA2007	CA2008	CA2009	CA2010	CA2011	CA2012	CA2013	CA2014	CA2015	CA2016	CA2017	BP 2018
ATTENUATION DE CHARGES	0,00	0,00	0,00	0,0038	0,00	0,02	0,04	0,02	0,03	0,06	0,06	0,04	0,06	0,06
DOTATIONS ET PARTICIPATIONS	0,00	1,29	1,88	6,10	3,61	4,35	10,79	8,42	9,47	9,66	0,96	10,26	11,03	11,07
Participations de l'Etat	0,00	0,00	1,82	0,96	0,77	1,56	2,16	1,84	2,06	2,47	2,08	2,59	2,65	2,65
FEDER								0,00	0,00	0,28	0,30	0,01	0,00	0,00
Dotations versées par la CNSA	0,00	1,29	0,00	2,80	1,93	1,84	7,97	1,86	1,87	2,02	2,20	2,31	2,42	2,31
Participation du Département du Nord	0,00	0,00	0,00	1,28	0,40	0,40	0,10	4,17	4,98	4,41	4,62	4,89	5,52	5,67
dont remboursement MAD			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,94	2,02	2,23	2,18	2,20	2,21	2,62
dont valorisation non financière														
Département (informatique entretien etc ...)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	1,13	0,95	1,14	1,33	1,29	1,02
dont valorisation financière loyers-département	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,54	0,54	0,66	0,75	0,76	0,76
Participation des organismes d'assurance	0,00	0,00	0,06	0,36	0,51	0,55	0,56	0,55	0,56	0,47	0,45	0,46	0,44	0,44
AUTRES				0,70										
AUTRES PRODUITS D'ACTIVITE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,38	0,01	0,01	0,01	0,02	0,05	1,23	0,01	0,02
TOTAL DES RECETTES D'INVESTISSEMENT C	0,00	0,00	0,00	0,23	0,05	0,05	0,09	0,10	0,13	0,10	0,10	0,11	0,11	0,11
TOTAL DES RECETTES	0,00	1,29	1,88	6,33	3,68	4,81	10,92	8,55	9,64	9,84	1,18	11,64	11,20	11,26

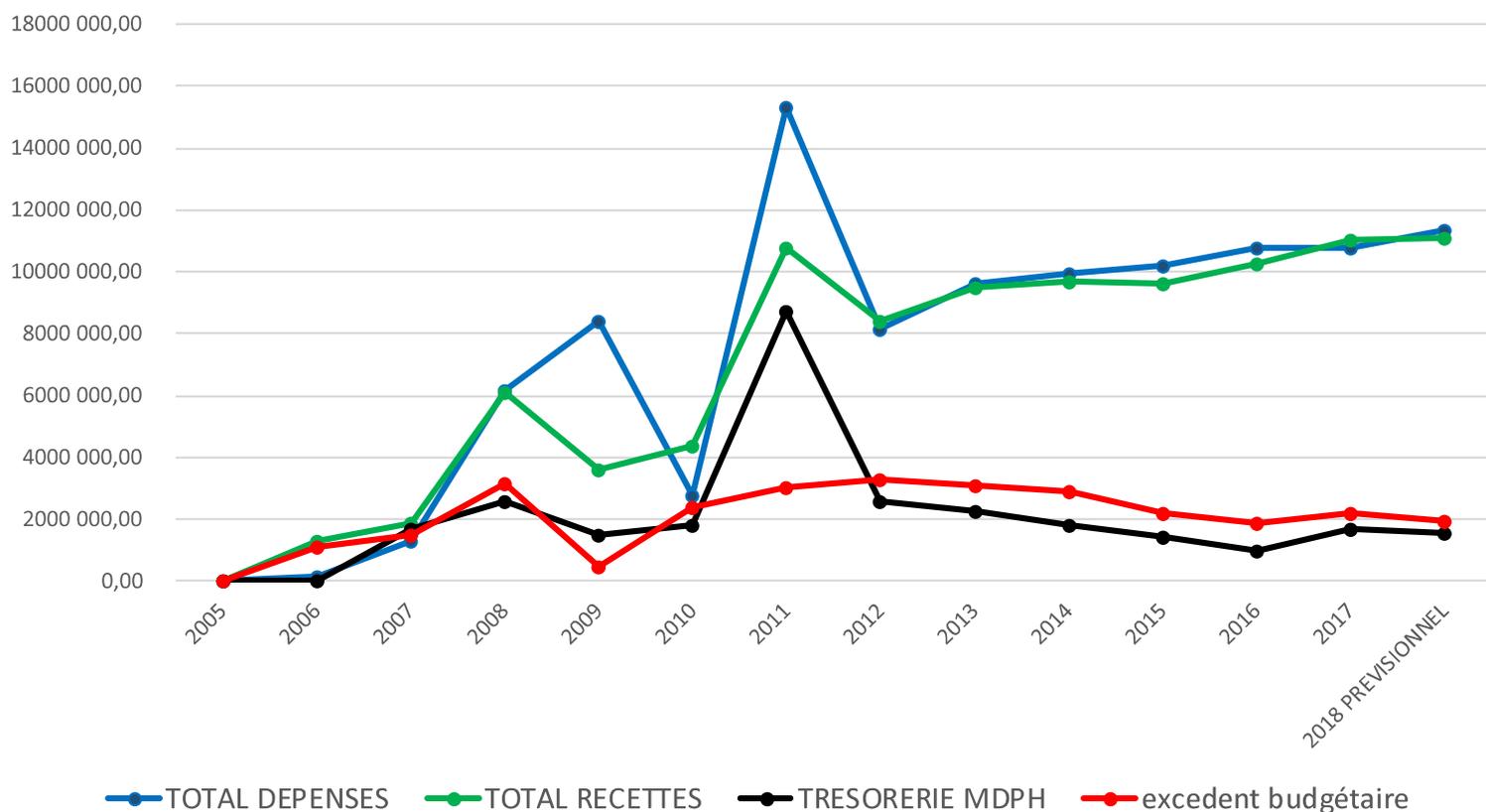
Source : MDPH – tableau transmis lors des audits du 20 décembre

évolution de la répartition des participations



Source : MDPH – graphique transmis lors des audits du 20 décembre

EVOLUTION DU BUDGET/EXCEDENT /TRESORERIE DE LA MDPH59



Source : MDPH – graphique transmis lors des auditions du 20 décembre

Ce graphique permet de constater :

- un excédent quasi constant mais à la baisse depuis 2012, favorisé par le fonds de compensation qui limite les marges de manœuvre,
- une trésorerie qui suit la courbe de l'excédent et qui oblige à des départs d'année tendus,
- une légère amélioration en 2017 grâce au transfert des participations départementales au FDC au bénéfice du GIP. Des prévisions 2018 qui tendent vers la baisse de l'excédent et de la trésorerie au 1/01/2019.

Proposition n° 1 : Voter une motion à l'endroit de la DIRECCTE et de la DDCS objectivant leurs désengagements progressifs vis-à-vis de la MDPH du Nord.

Proposition n°2 : Proposer une révision « clé en main » de la convention constitutive avec l'Etat, non révisée depuis 2006, afin d'y faire figurer une obligation d'indexation du nombre de postes par rapport à l'évolution de l'activité.

Proposition n° 3 : Poursuivre le travail engagé sur la maîtrise des dépenses de charges générales.

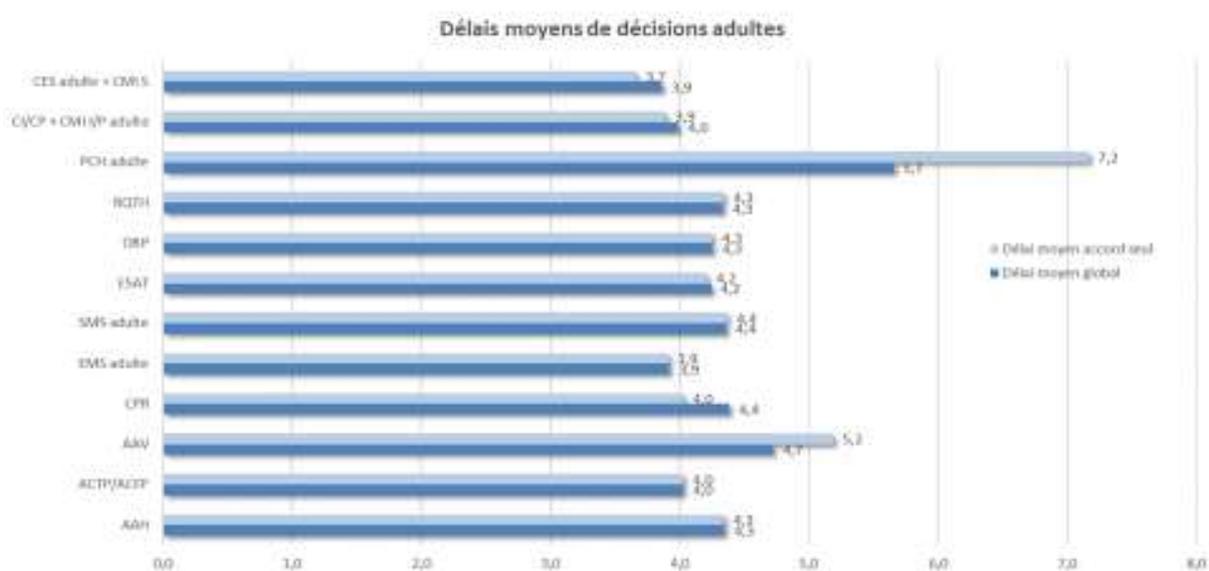
I.2 Service public, service au public : mesurer la satisfaction des usagers

La satisfaction des usagers par rapport au service rendu se mesure difficilement. La MDPH ne communique pas de questionnaire de satisfaction. Pour autant, le taux de recours aux décisions de la MDPH peut être un bon indicateur du degré de satisfaction des usagers. Pour information, ce taux de recours est établi à moins de 3%.

Pour creuser plus spécifiquement cette question, les auditions du 11 février étaient consacrées à la simplification et la relation aux usagers. A ce titre, les représentants associatifs des personnes en situation de handicap et de leurs familles ont eu l'occasion de souligner trois grandes améliorations et d'inscrire de nouvelles questions.

I.2.1 Des délais d'instruction contenus

DÉLAIS MOYENS DE DÉCISIONS : PRESTATIONS ADULTES



DÉLAIS MOYENS DE DÉCISIONS : PRESTATIONS ENFANTS



Source : Rapport d'activité MDPH 2017

La question des délais et du stock est intrinsèquement liée aux quelques jours durant lesquels la MDPH a dû fermer ses portes au public. En rappelant que la mission d'information et d'évaluation a été mise en place à l'occasion de cette fermeture pour réduire le stock, il a été demandé aux représentants associatifs des personnes en situation de handicap et de leurs familles si cette fermeture était « *une bonne chose* ». Tous, unanimement, se sont accordés pour dire que les quelques jours de fermeture avaient été nécessaires.

Concernant l'information relative à la fermeture, transmise en amont aux usagers, afin d'éviter d'éventuels désagréments, la réponse des représentants d'usagers n'incrimine pas la MDPH. Les associations ont toutes été prévenues, un mail a été envoyé aux usagers pour les prévenir de cette fermeture mais tous ne disposent pas nécessairement d'une adresse mail et tous n'ont pas forcément consulté leur boîte mail. L'une des personnes auditionnées souligne que « *le partage de l'information a été fait mais la question se situe sur la prise de note de l'information par les personnes concernées* ».

En ce qui concerne les délais d'instruction, une des personnes auditionnées rappelle que « *le délai moyen se situe autour de 4 mois, mais beaucoup de dossiers sont traités en 2 mois* », les situations plus lourdes comme les demandes de PCH demandent plus de temps d'instruction et d'évaluation. A cet effet, une autre personne informe les membres de la mission qu'une équipe dédiée à la PCH est en d'installation à la MDPH pour améliorer les traitements et les délais (voir III.4). Elle ajoute que la connaissance des droits et l'accès aux droits est toute relative, « *les relais autonomie vont améliorer cela, le formulaire IMPACT aussi* ». « *Potentiellement ce sera plus de demandes à traiter, il faut réagir tout de suite et c'est en cours* ».

Ainsi, majoritairement, les personnes auditionnées saluent les efforts conduits par la MDPH pour contenir les délais d'instruction à deux nuances près : les délais d'intervention pour l'évaluation à domicile dans le cadre d'une demande de PCH et les délais relatifs à l'orientation scolaire et l'obtention d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS).

Si la MDPH est responsable dans le premier cas, elle se défend en indiquant qu'une approche qualitative est privilégiée sur toutes les situations alors que la quantité de demandes est « *hors normes* ». De plus, des équipes pluridisciplinaires de second niveau viennent en renfort sur certaines situations, notamment les plus complexes pour réduire ces délais.

Dans le second cas, le manque d'implication de l'Education Nationale est mis en avant. « *Il y a un manque de personnel de l'Education Nationale pour étoffer les équipes pluridisciplinaires* » indique une personne. « *Même quand on cible les réunions, l'Education Nationale n'envoie personne et c'est inadmissible* » avance une autre.

L'une des personnes auditionnées conclut la question des délais en soulignant deux points. D'abord, « *le dernier décret ministériel consacre certains droits à vie* », notamment la Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) qui représente 28 622 demandes soit 12,6%. De même l'attribution de l'AAH peut désormais être allongée à 20 ans. Chacun espère que ces nouvelles dispositions permettent à la file active de se réduire et qu'ainsi l'activité de la MDPH se recentre sur les cas les plus lourds. Enfin, « *le nouveau formulaire IMPACT va changer la structure des plans* ». La MDPH va ouvrir des droits auxquels la personne n'avait pas pensé elle-même. En d'autres termes, une réponse globale apportée dès la première demande évite que des droits ou des prestations ne s'ouvrent au fil de l'eau et ne viennent encombrer la file active et donc le stock.

1.2.2 Une recherche de proximité dans les réponses et les solutions apportées aux personnes

Le point de la proximité a été l'un des premiers soulignés par les personnes auditionnées. « *Je note une amélioration certaine au niveau de la MDPH dans sa relation à l'usager qui sera renforcée avec la mise en place des relais autonomie* » témoigne une représentante associative.

Dans les 39 Relais Autonomie répartis sur le territoire départemental, on trouve de vrais professionnels qui ont été formés. La MDPH a formé plus de 150 professionnels sur la question des prestations pour accroître leurs compétences et leurs connaissances des dispositifs existants. Ce coût de formation de 46 000 € a été supporté par la MDPH.

Une autre personne souligne : « *les relais autonomie sont une vraie solution. L'accueil et l'information sont plus près des territoires. Les personnels des DT et des CLIC venaient déjà en immersion pour se sensibiliser à la question des handicaps. Les CCAS connaissent leur territoire et sont demandeurs de connaissances plus spécifiques notamment pour répondre aux cas lourds.* » Une autre personne trouve très positif qu'au niveau des accueils de premier niveau il y ait des UT, des CCAS et des CLIC « *c'est comme cela qu'on couvre tout le département et qu'on privilégie la proximité avec les personnes* ».

La question du renfort humain en Relais Autonomie se pose. D'abord, il s'agit d'affronter de nouvelles questions liées à la dépendance et la perte d'autonomie. Ensuite, les personnels sont chargés de recevoir de nouveaux publics. Enfin, le temps nécessaire pour remplir le nouveau formulaire de demande (plus complet mais plus complexe) est estimé à 30-35 minutes (soit 20 minutes supplémentaires qu'auparavant). A cela, l'une des personnes auditionnées qui est également élue répond que son CCAS s'est impliqué dans le déploiement des relais autonomie : « *c'est une question de volonté politique. C'était notre devoir de saisir cette nouvelle réponse aux personnes* ».

Enfin, la plus-value des Relais Autonomie concerne, là-encore, la réduction de la file active de la MDPH. « *Dans le rapport d'activités de la MDPH on voit que près de 10 000 demandes viennent encombrer l'instruction parce qu'elles ne relèvent pas du handicap. Les gens de terrain pourront aiguiller (les personnes) et éviter (aux professionnels de la MDPH) des évaluations chronophages.* » A noter que certaines associations sont inquiètes concernant leurs capacités effectives à jouer ce rôle de filtre.

A la MDPH, l'accueil physique se complète par un accueil téléphonique. Cette question a souvent concentré l'attention des membres de la mission dans la mesure où actuellement, le taux de décroché est de l'ordre de 30%.

Pour être plus performante sur ce point, la MDPH a procédé à un test l'année dernière en multipliant par deux les effectifs de l'équipe de l'accueil (de 6 à 12 agents). Avec cet effectif, le taux de décroché est passé à 95%. La question du renforcement RH de la future plateforme téléphonique est actuellement en cours d'arbitrage. De plus, au même titre que le centre de contact de la Direction Territoriale Métropole Roubaix-Tourcoing, la plateforme téléphonique « Autonomie » ne sera pas qu'un standard téléphonique. Elle délivrera une véritable information de premier niveau aux usagers. Avant de penser un renforcement quantitatif, le Département et la MDPH ont surtout pensé un renforcement qualitatif, car comme le rappelle l'une des personnes auditionnées « *la qualité d'accueil téléphonique est primordiale. Pour certains il n'y a que l'accueil téléphonique* ».

Enfin, pour conclure, un représentant des usagers souligne : « *on parle souvent d'un manque d'humanisation. Certains ne parlent que de numéro de dossier. Or on voit qu'on va vers le contraire, on recherche la proximité, on recherche la transparence, on recherche la participation des personnes. Le premier contact est celui qui brise la souffrance et qui permet d'aller plus loin.* »

I.2.3 Orientation et attribution des droits : efforts à poursuivre et réflexions complémentaires

Les personnes auditionnées ont fait part de certaines remarques qui n'ont pas manqué de retenir l'attention des membres de la mission.

La première concerne la PCH-aide humaine. Une des personnes auditionnées affirme : « *la MDPH donne suffisamment de PCH en particulier d'accompagnement aide humaine, le problème c'est que ces PCH-aide humaine passent par des associations qui n'arrivent pas à recruter et à former. Les heures du plan ne sont donc pas honorées parce qu'on ne trouve pas de personnels même en emploi direct.* » La question du recrutement, de la formation, et du turn-over est souvent évoquée dans les métiers de l'aide à domicile. Le Département aux côtés du Préfet et de la Région est mobilisé sur cette question (signature du contrat de branche « GENERATION S », ouverture des CIE aux associations de l'aide à domicile, animation de groupe de travail sur le management des équipes etc.) Néanmoins, la question des heures non-honorées par le prestataire est revenue lors de la visite à l'antenne de Valenciennes lors de laquelle des évaluateurs du secteur Douai-Cambrai ont confié aux membres de la mission ce qu'il leur arrivait de constater lors d'une évaluation à domicile dans le cadre d'une demande de renouvellement de la PCH. En effet le référentiel de la PCH exclut de son champ les heures de ménage, c'est-à-dire qu'en notifiant un plan d'aide PCH, le prestataire n'a pas le droit de facturer à la personne des heures de ménage. Or les évaluateurs constatent, dans le cadre d'un renouvellement et sur la base des déclarations de la personne (et non sur la base des factures) que certains prestataires délivrent des heures de ménage au titre d'un plan d'aide PCH. C'est donc autant la question du nombre d'heures notifiées en rapport au nombre d'heures effectivement prestées, que la question de la qualification des heures prestées en accord avec le plan d'aide notifié.

Un autre sujet concerne l'orientation vers des « dispositifs » dans le cadre de la transition inclusive. Une personne auditionnée explique : « *on orientait jusqu'à maintenant vers des établissements précis pour correspondre à un besoin précis, il faudrait orienter vers des dispositifs (ex : ITEP institut thérapeutique et éducatif pédagogique) pour avoir de la souplesse et laisser aussi une marge de choix aux personnes et à leur famille. On s'y oriente de plus en plus mais ce n'est pas encore la règle. En orientant vers des dispositifs, on construit des parcours dans le temps sans avoir à re-solliciter la MDPH. Il faut repenser d'autres dispositifs, autres que celui des ITEP, on gagnerait en souplesse et en temps d'instruction.* » Cependant, l'orientation vers les ITEP se heurte à un principe de réalité à savoir le manque de place. Le département du Nord figure parmi les moins bien doté en places d'ITEP. Cette question de la souplesse au service du parcours des personnes est corroborée par les déclarations d'une autre personne : « *les parcours sont une question pour les enfants mais aussi pour les adultes. L'orientation doit perdre en précision pour permettre à la personne d'accomplir son projet de vie. Il faudra que les outils techniques et administratifs de la MDPH puissent suivre.* »

Proposition n° 4 : Penser un mécanisme de <i>scoring</i> à intégrer au futur portail interactif pour mesurer la satisfaction des usagers.
--

Proposition n°5 : Voter une motion à l'endroit du Ministre de l'Education Nationale et du Directeur Académique des Services de l'Education Nationale relative au manque d'implication de l'Education Nationale dans les équipes pluridisciplinaires et au délai d'obtention des AVS.

Proposition n°6 : Arbitrer favorablement le renforcement humain de la plateforme téléphonique « Autonomie ». Suivre au cas par cas les montées en charge dans les Relais Autonomie et activer si nécessaire les leviers pour ajuster la masse salariale.

Proposition n°7 : Veiller à la formation continue des personnels en Relais Autonomie. Ces formations doivent porter tant sur le droit particulier des personnes âgées et des personnes en situation de handicap que sur le droit commun dans une visée inclusive.

Proposition n°8 : Permettre aux évaluateurs de la MDPH de recenser les prestataires de l'aide à domicile ayant des pratiques abusives et illégales. De cette façon, la MDPH alerte la Direction de l'Offre de Services d'Aide à l'Autonomie afin que cette dernière effectue un contrôle sur pièce et sur place.

Proposition n°9 : Sensibiliser les équipes pluridisciplinaires et les membres de la CDAPH à l'orientation vers des dispositifs et à l'appréhension du choix et du parcours de vie des personnes.

II. Les signaux de la montée en charge des besoins des personnes handicapées

Le repérage statistique des personnes en situation de handicap, au-delà des allocataires de prestations liées au handicap, est difficile. Dans les enquêtes statistiques, une personne est généralement considérée en situation de handicap dès lors qu'elle répond à au moins une des trois approches suivantes :

- une personne au handicap « reconnu » a déclaré une ou des reconnaissances administratives au travers d'allocations pour personnes handicapées, de pensions d'invalidité, rentes d'incapacité ou d'une reconnaissance de la part de la MDPH,
- une personne au handicap « identifié » a déclaré une impossibilité totale à effectuer au moins une tâche courante (voir, parler, marcher, se souvenir...) ou recevoir une aide d'un tiers en raison de son handicap, un aménagement spécial de son logement ou l'utilisation d'une prothèse, d'un appareillage ou d'une autre aide technique,
- une personne au handicap « ressenti » a déclaré considérer avoir un handicap.

Toutefois, le Département du Nord révèle une prévalence du handicap tant sur le plan sociographique (médicalisation de « handicaps sociaux ») qu'au regard de caractéristiques géographiques et territoriales.

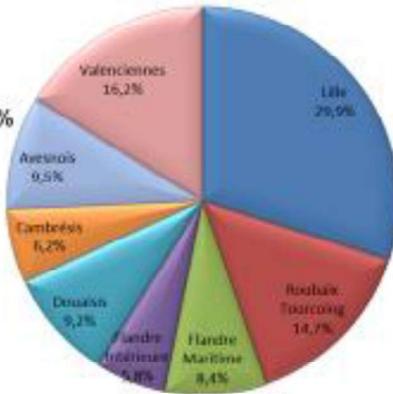
II.1 L'attractivité de Lille et sa métropole au cœur de la prévalence du handicap

« L'effet métropole » a été invoqué de nombreuses fois lors des auditions. Le directeur de la MDPH affirme : « *il existe effectivement un « effet métropole ».* La densité de la population fait que le nombre de dossiers est mathématiquement plus important. Aussi, la concentration des équipements médicaux en métropole joue un rôle sur la concentration des personnes handicapées dans ce secteur. » Cette affirmation peut être objectivée par la répartition de la file active par secteur et la répartition des flux de demandes.

RÉPARTITION DE LA FILE ACTIVE

Répartition par territoire

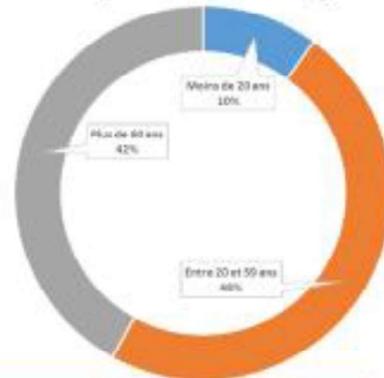
Lille : 29,9 %
 Roubaix-Tourcoing : 14,7 %
 Flandre Maritime : 8,4 %
 Flandre Intérieure : 5,8 %
 Douaisis : 9,2 %
 Cambrésis : 6,2 %
 Avesnois : 9,5 %
 Valenciennes : 16,2 %



Répartition par sexe

Femmes : 48 %
 Hommes : 52 %

Répartition par âge

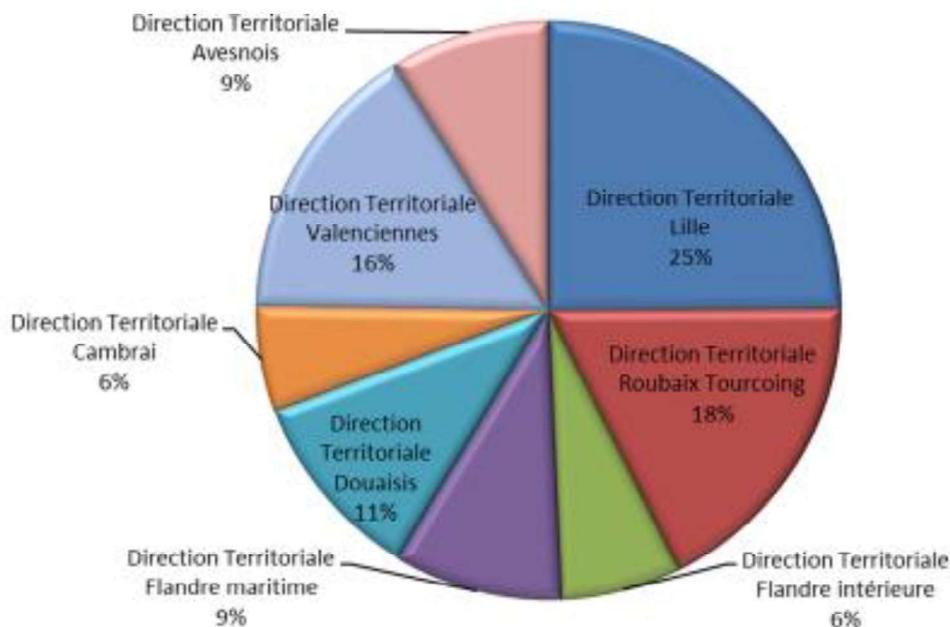


Progression de la file active, homogène tant au niveau des territoires, des prestations et des indicateurs sociodémographiques.



Source : Rapport d'activité MDPH 2017

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES FLUX DE DEMANDES

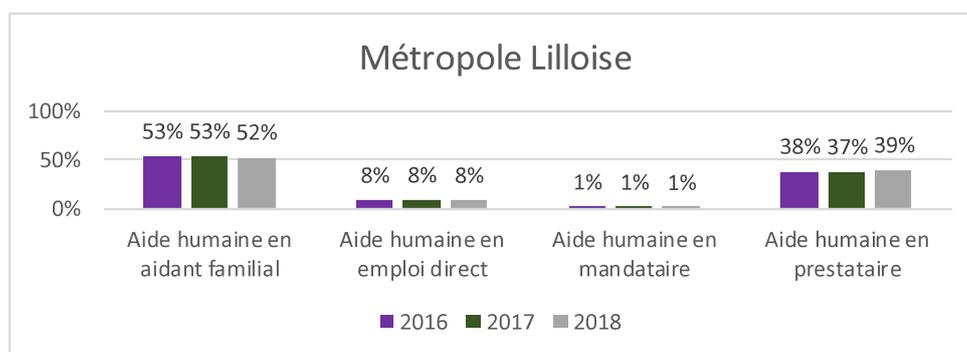


Source : Rapport d'activité MDPH 2017

Concernant les plans d'aide humaine PCH, ils sont en moyenne de 95 heures sur Lille, 92 heures sur Roubaix Tourcoing, 86 heures sur le reste du département. A la question, « *faut-il y voir une plus grande générosité de l'antenne de Villeneuve d'Ascq ?* », le directeur de la MDPH répond qu'il faut là aussi y voir un « effet métropole » : concentration des pathologies, concentration des plus gros besoins sur Lille du fait de la concentration d'équipements et de services. Ces révélations font du handicap un sujet d'aménagement du territoire.

Nombre de bénéficiaires	Novembre 2016	Novembre 2017	Novembre 2018	Augmentation (%) en deux ans
Avesnois	236	278	308	31%
Cambrai	144	147	152	6%
Douais	309	340	349	13%
Flandre intérieure	217	201	217	0%
Flandre maritime	272	252	306	13%
Lille	1057	1116	1367	29%
Roubaix Tourcoing	724	740	801	11%
Valenciennes	315	356	449	43%
DEPARTEMENT	3273	3430	3948	21%

Source : Présentation « Printemps des SAAD » - mars 2019



Source : Présentation « Printemps des SAAD » - mars 2019

Proposition n°10 : Inscrire les questions liées au handicap et la répartition territoriale de l'offre de services à destination de ce public dans les prochains Schémas Départementaux d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP).

Proposition n°11 : Veiller à l'augmentation du nombre de bénéficiaires sur la Direction Territoriale du Valenciennois (+43% en deux ans). Missionner l'Inspection Générale des Services pour objectiver les causes de cette montée en charge sur le territoire.

II.2 Déploiement des relais autonomie : repérage et accès aux droits

La délibération-cadre du 17 décembre 2015 fixe dans sa première orientation deux objectifs pour promouvoir l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : d'une part renforcer le service de proximité et d'autre part améliorer l'évaluation des besoins des personnes en développant des approches multidimensionnelles et en favorisant les évaluations partagées.

Pour répondre à ce double objectif, la délibération du 22 mai 2017 propose de mettre en place une Maison de l'Autonomie (MDA) porteuse des deux principales missions décrites dans le décret n° 2016-1873 du 26 décembre 2016 : une mise en commun de l'accueil, information et

orientation et une mise en synergie de l'instruction des demandes, de l'évaluation des besoins et de l'élaboration des plans d'aide.

L'objectif est d'organiser le service public pour garantir les services suivants :

- L'accueil : un dispositif complet d'accueil dédié à l'accès à l'autonomie est mis en place reposant sur trois canaux complémentaires : des points d'accueil physique de proximité identifiés « relais autonomie », un portail internet à destination des usagers interactif, et une plateforme téléphonique autonomie. D'autre part, le projet de modernisation qui sous-tend la mise en place de la Maison de l'Autonomie doit contribuer à donner une nouvelle image de l'accueil de proximité, connecté (à la fois informatiquement mais aussi connecté aux autres acteurs), ayant certains moyens d'action sur les démarches à entreprendre (accompagner dans les saisies en ligne à partir de l'automne 2019) et permettant une reconnaissance de l'utilisateur lorsque celui-ci se présentera aux services du Département (les données recueillies à l'accueil pourront être connues des professionnels du Département pour éviter parfois que l'utilisateur ait à réexpliquer sa situation dans le détail).
- L'accompagnement : cette mission d'accompagnement social et médico-social continuera d'être assurée par les acteurs existants. Les Relais-Autonomie sont outillés pour orienter vers ces différents acteurs.
- L'accès aux droits et aux prestations : la coordination est renforcée entre les services de la MDPH et ceux du Département. Les relais-autonomie, sont des points d'accueil physique existants assurant un accueil dédié de proximité avec un socle commun de services, de supports, outils et ressources. Il s'adresse à tous publics concernés par l'accès ou le maintien dans l'autonomie.

Le Département n'apporte pas de moyens financiers au Relais-Autonomie, en revanche il s'engage à mettre à disposition des outils, des ressources en matière de formation, de proposer des immersions au sein de services et d'animer au travers de ce dispositif un véritable travail collectif pour mieux renseigner les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. C'est un accueil physique (la visite à domicile n'est pas une modalité d'accueil retenue pour les missions des Relais Autonomie) avec de l'écoute, des informations sur les droits et les prestations, des informations sur l'avancement des dossiers de prestations, une orientation vers les acteurs adaptés, un accès aux droits (remise des dossiers, aide pour les remplir) et de l'accompagnement dans la consultation du futur portail usager.

Il est important de préciser que les Relais-Autonomie travaillent en complémentarité avec l'ensemble des acteurs du territoire (qu'ils soient ou non relais-autonomie), à la fois ceux qui assurent l'accueil généraliste de proximité et ceux qui assurent un accueil spécialisé. Ils ne se substituent en aucun cas aux acteurs existants.

Afin de pouvoir couvrir l'ensemble du territoire de relais autonomie de proximité, le maillage territorial a été fondamental pour apprécier les structures les mieux placées pour assurer la mission de Relais Autonomie. Les Directions Territoriales en lien avec la Direction de l'Accès à l'Autonomie et la MDPH ont élaboré une première liste d'acteurs à mobiliser en complément des 16 CLIC-Relais Autonomie.

En novembre 2018, 39 structures sont prêtes à s'engager. Leur diversité de statut reflète la diversité des acteurs de l'accueil présents et œuvrant à la bonne information des Nordistes (16 CLIC Relais Autonomie, 11 UTPAS, 8 CCAS, 2 MSAP (l'une portée par le Département et l'autre portée par une association), 2 Associations). A noter que les CLIC, essentiellement tournés vers l'accueil des personnes âgées, ont vu leur champ de compétences élargi aux personnes en situation de handicap.

La formation a été conçue sur 4 jours (sensibilisation à la situation de la personne en situation de handicap, sensibilisation à la situation de la personne âgée en perte d'autonomie, handicaps et prestations, présentations des outils d'accueil en lien avec les prestations) et a été intégralement portée par la MDPH.

Dès que les conventions adoptées par le Département seront signées par l'ensemble des acteurs, ces professionnels auront accès aux bases de données du Département et de la MDPH pour apporter des réponses à leurs interrogations.

Comme l'ont indiqué les représentants associatifs des personnes en situation de handicap et de leurs familles : les Relais Autonomie constituent, sur tous les territoires, un outil de proximité favorisant l'information et l'accès aux droits donc une potentielle montée en charge pour la MDPH (voir I.2.2). La MDPH partage partiellement ces prédictions. Le directeur de la MDPH déclarait lors de son audition : « *Les dossiers seront plus complets mais il y aura moins de dossiers puisque les relais autonomie sont en front-office pour faire comprendre à l'usager que la MDPH ne peut pas répondre à une demande de prestation pour une entorse par exemple. Il n'y a pas de besoin supplémentaire en personnel dans les Relais Autonomie* ».

A cette dernière affirmation, les membres de la mission décident d'apporter une légère nuance dans la mesure où accompagner l'usager dans la rédaction de son formulaire de demande nécessite un voire deux entretiens préalables. De même, le dossier demande en moyenne vingt minutes de plus qu'auparavant pour être correctement rempli. Ainsi, comme évoqué précédemment, la question du renfort humain doit être étudiée au cas par cas (voir I.2.3 – proposition 6).

Proposition n°12 : S'assurer de la performance des Relais Autonomie concernant le repérage et l'accès aux droits, notamment en milieu rural (pour lequel le maillage associatif est moins important) par la publication d'un rapport d'activité dès 2019. Comparer les données avec celles des années précédentes.

Proposition n°13 : Dans le cas où le dispositif des Relais Autonomie est pertinent et se solde par une inflation des demandes auprès de la MDPH, l'évolution qualitative de la file active doit être suivie mensuellement par le Département.

II.3 Reconnaissance du handicap : limites et excès

« *Il n'y a pas de limite posée à la considération d'un handicap. Pour les cancers, consigne est donnée aux hôpitaux de remplir un formulaire de demande MDPH. La MDPH est, de fait, très proche de la ligne sécurité sociale. Cette question a été soulevée lors d'une réunion à la CNSA en présence de la Ministre. Le champ du handicap est, aujourd'hui dans notre pays, mal défini. Il y a eu 6 missions de l'IGAS à la MDPH du Nord, à chaque fois est remontée cette inquiétude sur la limite du handicap. Le handicap s'est vulgarisé, il n'y a plus d'a priori sur la reconnaissance du handicap, et cela conduit à plusieurs excès* ». Ce témoignage du directeur de la MDPH révèle une problématique d'envergure nationale : celle de la limite de la reconnaissance du handicap.

260 000 demandes sont recensées dans la file active de la MDPH. Il est estimé que 10% de la population Nordiste est concernée par une prestation ou un droit délivré par la MDPH.

Ainsi se pose d'une part, la difficulté d'identifier un réel besoin et d'autre part la question du basculement des dispositifs « Personnes handicapées » vers les dispositifs « personnes âgées ». « *Concernant les personnes âgées, des calculs de prospectives sont réalisables. Sur le handicap c'est impossible* » souligne très justement un membre de la mission. Sur les

personnes accompagnées par la MDPH, 42% ont plus de soixante ans alors que 48% ont entre 20 et 59 ans. Le directeur explique cette situation en avançant que « *si le handicap est reconnu avant les soixante ans de la personne, la prise en charge va jusqu'à 75 ans* ». La problématique de la barrière d'âge est régulièrement soulevée au Conseil National du Handicap. « *Pour les MDPH, faire sauter la barrière d'âge c'est faire exploser leur activité* » témoigne à cet effet le directeur de la MDPH. Cette proposition d'élargir le public-cible jusqu'à 75 ans figure au rapport TAQUET/ SERRES intitulé « Plus simple la vie » et la loi est prévue courant 2019.

En outre, comme l'indique le directeur de la MDPH : « *la logique qui sous-tend l'attribution de la PCH est une logique de compensation, donc un droit à être compensé pour nos diminutions. La perception de tout à chacun sur sa propre diminution ne peut être objective et la compensation obtenue ne peut être suffisante. Nous sommes plusieurs à suggérer de changer le nom de la PCH vers une prestation autonomie. La prestation de compensation a rendu statique la personne avec un handicap. Or il faut collectivement travailler en faveur de l'autonomie. Ce pays est installé dans une prestation de compensation, et l'insatisfaction est justifiée car tant qu'il est compensé le handicap est présent et existe. Espérons que le travail engagé pour un département 100% inclusif achève ce changement de paradigme* ».

Proposition n°14 : Retravailler les référentiels du handicap avec la CNSA, la DGCS et les ARS.

Proposition n°15 : Communiquer le coût supplémentaire supporté par le Département et généré par l'élévation de la barrière d'âge à tous les acteurs impliqués sur le champ du handicap.

Proposition n°16 : Appréhender collectivement la contraction et le tournant que cela génère entre d'une part « la logique de compensation » implantée depuis la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et d'autre part l'injonction à « rendre la personne actrice de sa propre vie » qui suggère une vigilance portée aux parcours de vie, aux choix de vie et au projet de vie de la personne, ainsi qu'un tournant inclusif.

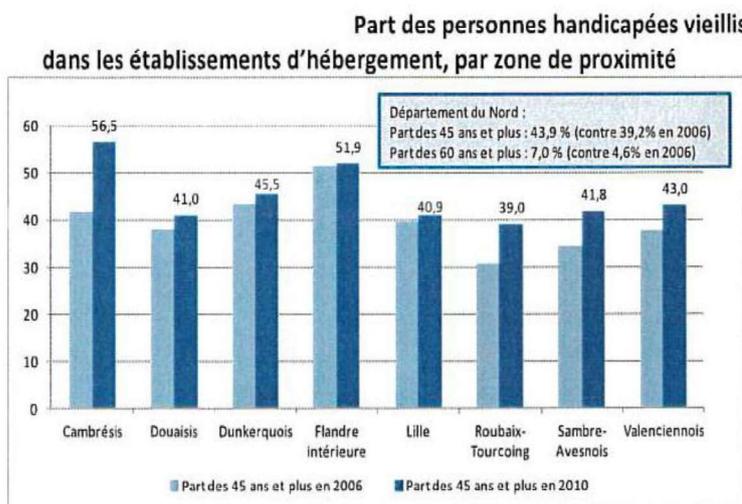
II.4 Vieillesse des personnes handicapées

L'enquête ES (Etablissement Sociaux) handicap 2010 fournit des données sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes en situation de handicap dans le Nord-Pas-de-Calais. Celles-ci ne concernent que les établissements répondants (environ 90% de l'ensemble des établissements interrogés).

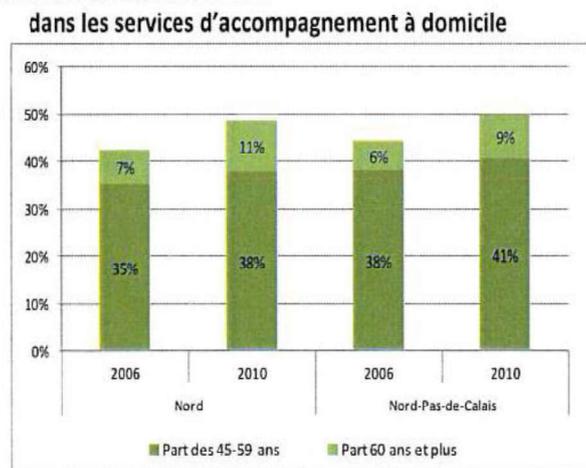
Parmi les personnes prises en charge dans les établissements d'hébergement dans le Nord (tous types confondus, soit foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalent, maisons d'accueil spécialisé, établissements expérimentaux, foyers de vie, établissements d'accueil temporaire, foyers d'accueil médicalisé), soit environ 5 600 personnes, 44 % sont âgées de 45 ans et plus et 7 % de 60 ans et plus.

Parmi les personnes prises en charge dans les établissements d'aide par le travail dans le Nord (ESAT, CRP), soit environ 5 900 personnes, un tiers sont âgées de 45 ans et plus.

Parmi les personnes prises en charge par les services d'accompagnement à domicile dans le Nord (SAVS et SAMSAH), soit environ 2 100 personnes, près de la moitié sont âgées de 45 ans et plus et 11 % de 60 ans et plus.



Source : Enquête ES volet handicap-2010. Champ : Département du Nord.



Source : Enquête ES volet handicap-2010. Champ : Nord-Pas-de-Calais.

Source : Porter à connaissance Schéma Départemental des Solidarités Humaines 2018-2022

En conclusion, nombreux sont les facteurs aggravants qui pèsent ou pèseront sur l'activité de la MDPH. Dans une logique d'anticipation, l'Agence Régionale de Santé doit travailler la production de nouveaux indicateurs sur le volet du handicap permettant d'identifier les carences et de réaliser des projections des besoins par territoires. Du côté du Département, afin de maintenir la qualité de services, mise en exergue dans la première partie, la mission d'information et d'évaluation suggère d'engager dans les meilleurs délais le chantier de la régulation par la juste attribution pour mieux accompagner les Nordistes dont les besoins sont réels.

III. Des efforts à poursuivre, des chantiers à ouvrir

III.1 Poursuivre les efforts de modernisation au service de l'efficacité

Contrainte à l'efficience de par sa volumétrie, La MDPH du Nord marque depuis plusieurs années sa volonté d'innover aux services des professionnels et des usagers. « *En 2014, la MDPH du Nord était la pire de France. 5 ans plus tard elle est unanimement reconnue comme la meilleure de France* » confiait son directeur lors de la visite de l'antenne de Villeneuve d'Ascq.

III.1.1 La démarche PHARE (Projet Horizon Amélioration Réorganisation)

Fin 2012, la MDPH du Nord s'engageait dans un vaste projet de modernisation rendu nécessaire par une activité en croissance constante. Ainsi il était nécessaire de préparer :

- le passage au traitement numérique des dossiers,

- une réorganisation interne de la MDPH, en vue d'assurer la qualité de l'environnement de travail des agents, un meilleur suivi des dossiers et la proximité avec les usagers et les partenaires.

L'ensemble des professionnels de la MDPH a participé à l'élaboration du projet et a su se mobiliser pour se convertir :

- au changement d'outils (passage progressif au zéro papier via la Gestion Électronique des Documents) qui a permis un traitement et un accès facilités aux dossiers ainsi que la réduction des délais de traitement,
- aux évolutions des métiers (création par exemple de la fonction de référent-dossier),
- à la reconfiguration des équipes (création des pôles « harmonisation des pratiques », « modernisation » et « missions transverses ») ainsi qu'à diverses contraintes externes.

Cette remise en question des pratiques a été conçue afin de permettre à la plus importante MDPH de France de devenir également l'une des plus réactives.

Cet élan permet en outre à la MDPH d'être en première ligne des expérimentations sollicitées par le Ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, et fait qu'aujourd'hui, la modernisation de la MDPH constitue un véritable point d'appui dans la mise en œuvre de la politique volontariste du Département du Nord pour faciliter l'accès à l'autonomie tant des personnes en situation de handicap que des personnes âgées.

Ce travail d'adaptation et d'évolution de la MDPH du Nord permet aux usagers de connaître un service qui se veut toujours en constante amélioration malgré un contexte difficile.

III.1.2 Le dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

Le dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous comprend 4 axes :

- la mise en place du dispositif d'orientation permanent des MDPH dont le plan d'accompagnement global,
- le déploiement d'une réponse territorialisée,
- la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs,
- l'accompagnement au changement des pratiques vers plus de transversalité.

En bref, cette nouvelle stratégie commune à toute les MDPH de France vise à décroiser la question du handicap, à accompagner les usagers dans une dynamique de parcours en s'appuyant sur les ressources mises à disposition notamment par son environnement familial.

III.1.3 Le formulaire IMPACT

Dans le cadre des démarches administratives et du traitement des dossiers, les principales difficultés identifiées par les personnes et les évaluateurs sont :

- un formulaire de demande jugé trop complexe et souvent mal rempli ;
- un certificat médical peu informatif ;
- des dossiers incomplets du fait de l'absence des pièces nécessaires ;
- un manque d'information sur l'avancement du dossier et d'explications sur les décisions prises.

Le projet IMPACT a été lancé en février 2014 par le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) avec la CNSA et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et en lien avec l'Assemblée des départements de France. Il a été finalisé en décembre 2015.

Trois enjeux principaux ont été fixés pour ce projet :

- simplifier et personnaliser le parcours des usagers ;
- améliorer les délais de traitement en cohérence avec la loi de 2005 ;
- renforcer la qualité de la prise de décision et l'égalité de traitement sur le territoire.

Toutefois, quelques écueils sont révélés tant par les professionnels que par les usagers. En effet, le dossier permet une approche différente, centrée sur les besoins de la personne. « *Le vœu pieux est de ne plus faire rentrer les gens dans des cases, de travailler l'inclusion à travers le prisme de l'expression de leurs besoins* » confie une professionnelle. Cependant, le dossier a gagné en complexité et s'est affranchi des codes de la méthode FALC (Facile à Lire et à Comprendre). Enfin, la notion de « projet de vie » est centrale dans ce nouveau formulaire, elle reste inconnue ou incomprise par la majorité des usagers.

III.1.4 Le Système d'Information (SI) tronc commun

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la mise en place d'un système d'information commun aux MDPH. Il doit contribuer à améliorer la qualité du service rendu aux usagers, à l'harmonisation des pratiques professionnelles et à faciliter le pilotage national et local. Il permettra également d'améliorer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et des réponses apportées.

Le Département du Nord est un département pilote dans l'harmonisation des Système d'Informations des MPDH.

Là aussi, ce SI recueille plusieurs critiques :

- L'omniprésence de l'ordinateur est un véritable enjeu de santé et de bien-être au travail
- Les nombreux dysfonctionnements rendent les professionnels dépendants d'un instrument technique
- Le SI est davantage perçu comme un outil d'harmonisation et de collecte de données que comme un vecteur d'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

Malgré un contexte difficile, le Département accompagne la MDPH dans sa volonté d'innover. Toutefois, la MDPH est une organisation encore jeune qu'il convient d'accompagner dans les évolutions législatives et réglementaires et dans la mutation des besoins des Nordistes, besoins tournés vers l'autonomie et l'inclusion. Au-delà de l'organisation interne qui a été largement repensée, les propositions de la mission doivent considérer l'enjeu vital pour le Département d'une transition vers une logique de juste attribution.

III.2 Comment aller plus loin ?

III.2.1 La plus-value d'un benchmark

La mission d'information et d'évaluation a souhaité intégrer à ses travaux une dimension de *benchmarking*. C'est pourquoi le directeur de la MDPH du Pas de Calais a été auditionné. Bien que cette audition ne suffise pas à conduire une étude approfondie visant à apprécier toutes les subtilités de deux départements voisins, elle permet toutefois de mettre en lumière quelques divergences.

De 2014 à 2017, le Pas-de-Calais passe d'une dépense de PCH de 29 à 36 millions (soit +25%) alors que le Nord passe de 73 à 99 millions (soit +36%). Plusieurs facteurs peuvent

expliquer cette situation selon le directeur de la MDPH du Pas-de-Calais. Néanmoins, le Pas-de-Calais a une dépense APA plus importante. « *(Le premier facteur) c'est la question des pratiques de demandes. (Le deuxième facteur) c'est la considération de l'éligibilité. (Le troisième facteur) c'est le coût des plans d'aide qui sont proposés. Il faut ensuite porter un regard infra-territorial sur ce travail.* » De plus, le fait que le Département du Nord soit un département plus jeune que le Pas-de-Calais génère mécaniquement une PCH enfant plus importante dans le Nord, mais ce facteur est marginal dans l'explication des écarts.

Par ailleurs, les pratiques d'évaluation peuvent être interrogées. L'évaluation de la PCH est déléguée au Département dans le Pas-De-Calais. Les équipes du Département évaluent l'APA et la PCH au sein du même service. Dans le Nord ce sont des services séparés : l'APA est gérée par le Conseil Départemental et la PCH par la MDPH.

Enfin, le Pas-de-Calais ne bénéficie pas d'une métropole aussi importante que Lille. Ainsi, « l'effet métropole », constaté dans le Nord et objectivé dans ce rapport (voir II.1), n'existe pas dans le Pas-de-Calais.

Proposition n°17 : Approfondir la comparaison avec nos voisins pour estimer la plus-value d'une évaluation de la PCH rattachée directement au Département.

Proposition n°18 : Commander une étude comparative des pratiques prenant l'exemple d'un Département possédant une grande métropole (Gironde – Bouches du Rhône).

III.2.2 Réinterroger les pratiques d'évaluation

Les pratiques d'évaluation ont été particulièrement interrogées lors des deux visites sur site : le 13 mars sur le site de Valenciennes, le 21 mars au siège de Villeneuve d'Ascq. Les membres présents ont pu assister à l'appréciation d'une situation par les équipes pluridisciplinaires.

Force est de constater que les pratiques des évaluateurs de la MDPH du Nord sont orientées vers la régulation de la dépense sociale et le contrôle de chaque situation. Les membres de la mission tiennent ici à saluer leur travail.

Ces visites ont toutefois permis de mettre en lumière trois écueils dans la chaîne de notification des décisions de la MDPH.

Le premier concerne les pratiques des médecins traitants qui préconisent trop facilement le recours à une PCH pour leurs patients ou qui délivrent des certificats médicaux trop vagues qui, de fait, contribuent à prolonger les délais de décisions.

Le second concerne les décisions de la CDAPH. Cette commission semble souvent encline à relever le montant des plans estimés par les équipes pluridisciplinaires.

Le troisième concerne le manque de médecins pour étoffer les équipes pluridisciplinaires. Ce point a également été soulevé par les représentant du personnel pour qui le maintien d'une expertise médicale pluri-professionnelle est primordial.

Enfin, une pratique d'évaluation innovante mérite d'être évoquée dans le présent rapport. Cette pratique consiste à évaluer les besoins des personnes par des algorithmes d'intelligence artificielle. Cette méthode aurait pour mérite de rationaliser la dépense, d'harmoniser les évaluations d'un territoire à un autre, et surtout de permettre le traitement d'une demande en « 48 heures chrono ».

Proposition n°19 : Sensibiliser l'Ordre des médecins sur les pathologies qui sont concernées par l'attribution de la PCH. Encourager les médecins à être pédagogues vis-à-vis des usagers en les orientant immédiatement vers la juste prestation.

Proposition n°20 : Expérimenter le traitement des demandes de droits et de prestations par intelligence artificielle à condition de travailler en amont les algorithmes et de former les professionnels qui remplissent le dossier.

III.2.3 Prendre le virage de l'aide technique

« 92 % de la PCH c'est de l'aide humaine, 8% c'est de l'aide technique. Il faut une conversion de l'aide humaine en aide technique. L'aide technique c'est de l'investissement durable » confiait le directeur de la MDPH aux membres de la mission. La haute technologie comme la petite domotique ou robotique sont aujourd'hui sous exploitées dans les réponses apportées aux personnes en situation de handicap. Ce type d'aide, s'il était mieux exploité permettrait de contenir à long terme les plans d'aide PCH. L'expérimentation du bras articulé JACO a été citée en exemple. Avec ce bras, le plan d'aide PCH en aide humaine a diminué de 6 heures par jour. « 300 personnes pourraient avoir besoin de ce bras robotisé » dans le Département.

A cet effet, le PRID a pour objet de développer des projets de recherche et d'innovation dans le domaine des compétences d'aménagement du Département. Il a vocation à faire émerger des solutions innovantes augmentant l'efficacité de la maîtrise d'ouvrage départementale notamment dans ses dimensions sociales.

Les enjeux sont à la fois humains et financiers. Le recours à la haute technologie permettrait aux personnes de vivre dans un environnement plus adapté et d'alléger la charge et les risques pesant sur les aidants ou les professionnels. Si cette technologie présente aujourd'hui un coût élevé, son développement permettra des gains directs et laisse entrevoir de réelles perspectives d'économies. Cette approche donne lieu à la commercialisation d'équipements très variés permettant d'augmenter l'autonomie des personnes.

Dans le Département du Nord, un véritable travail de fond a été engagé sur l'étude de ces nouvelles solutions propres à rationaliser les plans de compensation. Ce travail consiste à :

- mener des travaux d'amélioration du matériel afin de mieux répondre aux besoins,
- mettre au point du matériel spécifique en relation avec des scientifiques et des industriels.

Cependant, l'aide technique ne concerne pas seulement les technologies lourdes. A la question « *Quel pourcentage de personnes pourrait bénéficier d'un plan d'aide technique ?* », le directeur de la MDPH répond : « *80% voire 90% des personnes notamment tous les plans d'aide PCH surveillance* ».

A noter que la préparation psychologique des personnes vis-à-vis de ces aides techniques est une donnée qui a été, jusqu'à présent, négligée. Le bilan de la phase d'expérimentation retiendra cette donnée.

En revanche, sur l'idée largement partagée selon laquelle l'aide technique isole, le directeur de la MDPH renvoie au témoignage de Noémie Nauleau que les conseillers départementaux ont pu écouter l'été dernier. Il ajoute : « *l'aide technique n'isole pas. Bien entendu, cela ne peut pas correspondre à tout le monde, elle ne doit pas être accordée systématiquement et aveuglément par rapport aux besoins de la personne* ».

Proposition n°21 : Imposer à la CDAPH un « ratio plancher » de plans d'aide technique attribués par an.

Proposition n°22 : Sanctuariser l'enveloppe du PRID.

Proposition n°23 : Faciliter les rencontres entre la MDPH et les entrepreneurs spécialisés en ingénierie de la santé pour faire coïncider l'offre et la demande en matière de nouvelles technologies.

Proposition n°24 : Proposer un « droit à l'erreur » pour les personnes disposant d'un plan d'aide technique et qui ne seraient pas satisfaites par ce mode d'accompagnement.

III.3 La responsabilité de l'Etat dans l'inflation de la PCH

III.3.1 : Délivrance par les SAAD PCH d'une prestation type SSIAD

De nombreux SAAD, qui interviennent au titre de la PCH, constatent que pour quelques plans d'aide PCH, la médicalisation étant très importante, la complémentarité avec un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile qui relève de la compétence de l'ARS) pourrait être recherchée davantage, en développement des SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile placé sous la compétence conjointe Département/ARS).

De plus, les SSIAD n'interviennent pas ou plus les week-end, demandant au SAAD d'intervenir et de délivrer au titre de la PCH des prestations de type « soins ». Ce glissement de tâches engendre des surcoûts pour les SAAD dans la mesure où les taux sont majorés les dimanches et jours fériés.

Proposition n°25 : Chiffrer l'impact financier pour le Département de l'insuffisante intervention des SSIAD au regard des besoins.

Proposition n°26 : Croiser les regards avec l'ARS afin d'identifier les territoires pour lesquels un renforcement, un redéploiement ou des créations de SSIAD seraient nécessaires.

III.3.2 La frontière entre la CPAM et la MDPH concernant les pathologies invalidantes

« Il n'y a pas de limite posée à la considération d'un handicap. Pour les cancers, consigne est donnée aux hôpitaux de remplir un formulaire de demande MDPH. La MDPH est, de fait, très proche de la ligne sécurité sociale. » déclarait le directeur de la MDPH lors de son audition.

Les maladies invalidantes regroupent un ensemble de troubles de la santé pouvant atteindre les organes internes vitaux (cœur, poumons, reins). Ce sont des maladies organiques comme l'insuffisance respiratoire (mucoviscidose), l'insuffisance cardiaque, rénale, immunitaire (sida), les cancers, certaines maladies rhumatoïdes, des troubles musculo-squelettiques (douleurs articulaires), etc.

Ces maladies peuvent être momentanées (hypertension artérielle, épilepsie, asthme), permanentes ou évolutives (sclérose en plaques, diabète). Ces déficiences constituent parfois un handicap non visible qui ouvrent des droits et des prestations à la MDPH.

Proposition n°27 : Travailler avec l'ARS et les CPAM le caractère évolutif de ces pathologies et n'ouvrir des droits à la MDPH qu'à partir d'un certain degré de l'avancée de la maladie.

III.3.3 Prestation « enfant » unique, barrière d'âge de la PCH : des évolutions législatives défavorables pour les départements

Geneviève MANNARINO déclarait lors de son audition « *Des réflexions sont en cours au niveau national qui impacteront la gestion de la PCH. Un rapport est en train d'être réalisé par l'IGAS (Inspection Générale de l'Action Sociale) sur la simplification d'accès à l'AEEH et la PCH. Le Nord a été entendu. Un des sujets était la complexité pour les familles de comprendre les droits et prestations. Maintenant, la question est la suivante : si on simplifie, qu'est ce qui est mis en avant, l'AEEH ou la PCH ? Dans les demandes de la ministre on voit l'idée d'une prestation unique émerger. Quid de la gouvernance ? Quid du portage financier ?* ». Cette prestation unique, à condition qu'elle s'accompagne de temps parental, à condition qu'elle oriente vers des activités d'éveil et d'inclusion serait une bonne nouvelle pour les familles trop souvent démunies face au handicap de leur enfant. Néanmoins, la simplification ne peut se solder par un désengagement significatif de l'Etat.

De même, « *Pour les MDPH, faire sauter la barrière d'âge c'est faire exploser leur activité* » avouait le directeur de la MDPH du Nord (voir II.3).

Proposition n°28 : Alerter les parlementaires et/ou mener une action concertée au sein de l'Association des Départements de France pour limiter les évolutions dont l'impact financier serait défavorable aux Départements.

III.4 Premiers travaux de la « mission PCH »

III.4.1 Origine de cette « mission PCH »

Afin de contenir la monter en charge de la PCH et d'entrer dans une logique pertinente de juste attribution de droits et de prestation d'une part et d'harmonisation des pratiques d'autre part, 5 professionnels de la MDPH sont affectés à temps-plein sur une « mission PCH ».

Le CT MDPH a voté à l'unanimité la composition de cette mission. Cela signifie que toute la MDPH a pris la mesure de cette action.

Par ailleurs, durant quelques semaines, cette équipe a été sollicitée par la DGASOL pour prendre en charge la PCHU (Prestation de Compensation du Handicap Urgente) faute de médecin. La mission PCH a ainsi pris le relais sans moyen supplémentaire et le résultat a été particulièrement significatif :

- sur 100 demandes de PCHU, 70 étaient retenues et 30 étaient refusées avant la création de cette mission,
- sur 100 demandes de PCHU, la mission PCH en refuse 70 et en retient 30.

Fort de cette expérience, la MDPH envisage de recruter un médecin au sein du Département et d'assumer la PCHU avec la Direction de l'Accès à l'Autonomie et la mission PCH. Cette collaboration inter-service est représentative de l'existence de la MDA.

III.4.2 Description du projet

La mission PCH sera rattachée pour deux ans à la direction de la MDPH. L'équipe est composée du Responsable de la mise en œuvre du chantier structurant PCH, de quatre chargés d'expertise PCH, d'une assistante du Fonds de Compensation et d'une assistante « suivi des projets ».

Cette équipe est chargée de valider l'ensemble des plans personnalisés de compensation PCH soit environ 3600 dossiers/an en s'assurant de la mise en œuvre des orientations du Département (dynamique de parcours, mobilisation de l'aide technique, complémentarité des aides existantes, veille autour des évolutions réglementaires).

En outre, l'équipe procède à l'ensemble des révisions en cas de demande de changement d'aidant. Elle anime et forme l'ensemble des professionnels aux orientations du Département. Pour ce faire, elle travaille en collaboration avec le contentieux, le Fonds de Compensation et la Direction d'Accès à l'Autonomie.

III.4.3 Indicateurs de réussite

Les indicateurs du projet sont les suivants :

- Evolution du nombre de bénéficiaires de la PCH (↓)
- Evolution des temps alloués au titre de la PCH (↓)
- Evolution des PPC déplafonnés (↓)
- Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AEEH + complément (↑)
- Evolution du volet aide humaine au profit du volet aides techniques (↓)
- Harmonisation des pratiques au sein des pôles territoriaux
- Autonomie et implication des professionnels dans l'application des orientations du Département
- Evolution du taux d'attribution de PCH par rapport à la moyenne nationale (↓)

En priorité, l'équipe mission PCH travaille sur les Plan Personnalisés de Compensation (PPC) enfants (80% de ces PPC sont déplafonnés), les PPC ≤ 1H/J (soit 30% des PPC) et les critères d'éligibilité.

Les représentants du personnel, même s'ils ne montrent pas de désaccord sur les raisons qui justifient la création d'une telle équipe, ont tenu à manifester quelques réserves sur la forme.

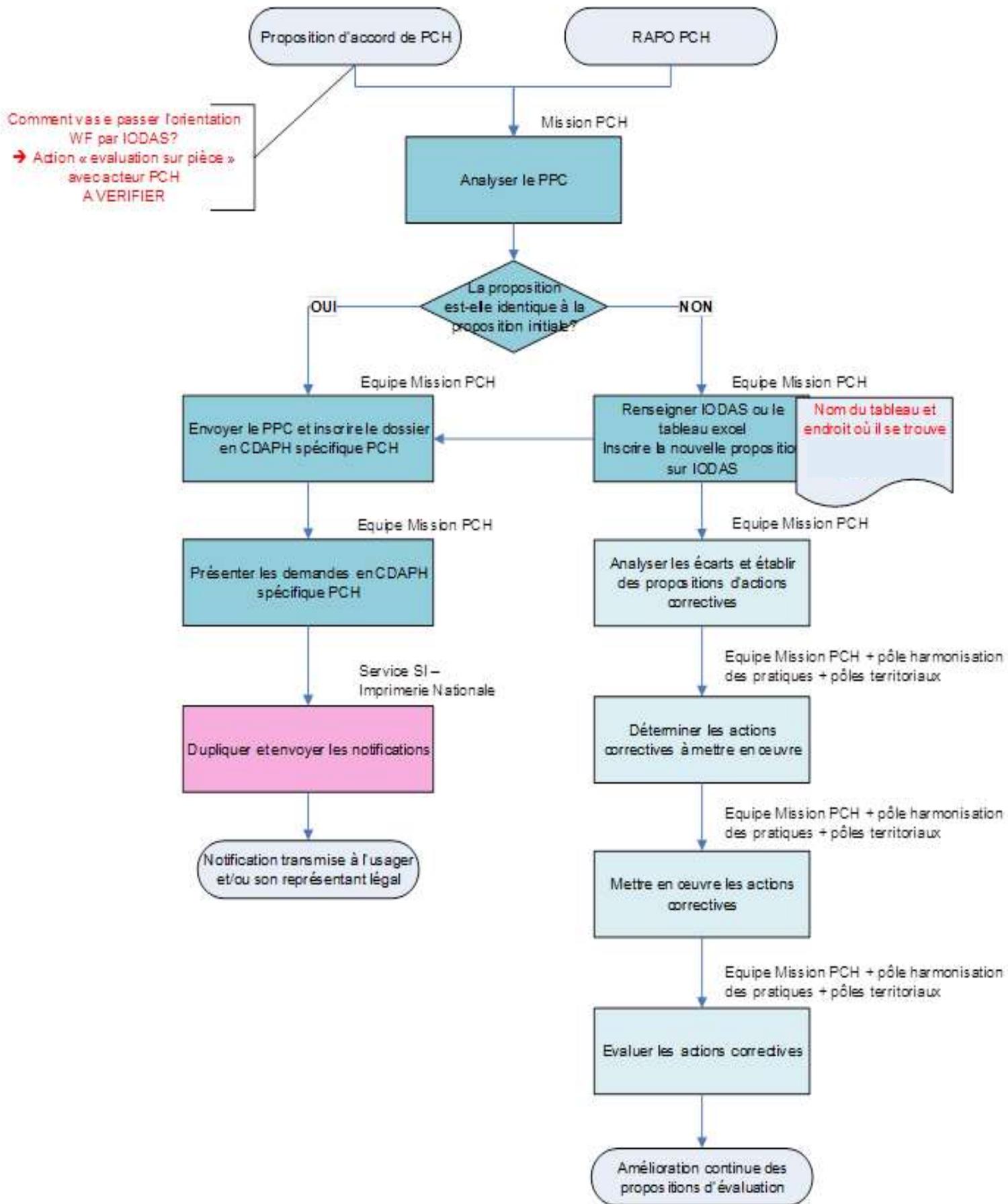
La création de la mission PCH a effectivement reçu un avis favorable du CT parce qu'elle a été présentée au représentant du personnel comme une équipe transversale favorisant l'harmonisation. Or, c'est un échelon dans la chaîne de décision qui peut refuser les recommandations des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire. Si un échange fructueux entre plateaux techniques et mission PCH peut effectivement se solder par l'harmonisation des pratiques, il est compréhensible qu'une réévaluation systématique des plans est décourageante et peu valorisante pour les agents du plateau technique. De plus, l'une de ces représentantes, ergothérapeute bien qu'elle reconnaît qu'il y ait des disparités d'évaluation confie : « *C'est trop brutal. Il y avait un service harmonisation avec des chargés de mission par prestation. Ces chargés de mission sont partis deux fois de suite. Les chargés de mission PCH sont parties et il n'y a pas eu de travail de fond sur la formation. A nouveau, c'est un virage à prendre, tout le monde en a conscience, mais la manière est un peu brutale* ».

Proposition n° 29 : Obtenir les indicateurs d'effectivité mensuels de la mission PCH

Proposition n°30 : Veiller à ce que cette mission remplisse bien deux missions complémentaires :

- Réévaluer si nécessaire les plans d'aide à l'appui d'un échange avec les agents des plateaux techniques
- Former les équipes pluridisciplinaires

Proposition n°31 : Informer les partenaires associatifs et institutionnels de l'existence et du fonctionnement de cette mission PCH



CONCLUSION

La MDPH est un outil relativement récent qui entre déjà en pleine mutation pour satisfaire les besoins, de plus en plus complexes des personnes en perte d'autonomie, elles aussi de plus en plus nombreuses, grâce à un fonctionnement interne qui se veut optimal et une relation à l'usager qui recherche la proximité et la réactivité.

Alors que beaucoup de services sociaux ferment occasionnellement leurs portes au public pour traiter les stocks de demandes, force est de reconnaître que peu de services sociaux font l'effort de se réinventer pour être en phase avec les outils de l'époque et pour anticiper les besoins des personnes.

Malgré un contexte financier et humain difficile, le Département accompagne la MDPH et ses professionnels. Les désengagements au fil des années sont principalement du fait de l'Etat. Pour autant, la qualité du service rendu aux Nordistes est en voie d'amélioration grâce aux dispositifs innovants mis en œuvre depuis 2015.

Pour les années à venir, les travaux engagés sur une logique de juste attribution des droits et des prestations constituent un enjeu vital pour le Département. Sans réduire la qualité du service rendu aux Nordistes et toujours en privilégiant une approche humaine et un accompagnement transversal à destination des plus fragiles, la régulation de la PCH - à travers un travail sur la formation des évaluateurs, une redéfinition des critères, la production d'indicateurs qui permettent une meilleure connaissance des besoins dans le temps et donc une meilleure anticipation de la trajectoire financière - est une nécessité absolue.

LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 : Voter une motion à l'endroit de la DIRECCTE et de la DDCS objectivant leurs désengagements progressifs vis-à-vis de la MDPH du Nord.

Proposition n°2 : Proposer une révision « clé en main » de la convention constitutive avec l'Etat, non révisée depuis 2006, afin d'y faire figurer une obligation d'indexation du nombre de poste par rapport à l'évolution de l'activité.

Proposition n° 3 : Poursuivre le travail engagé sur la maîtrise des dépenses de charges générales

Proposition n° 4 : Penser un mécanisme de *scoring* à intégrer au futur portail interactif pour mesurer la satisfaction des usagers.

Proposition n°5 : Voter une motion à l'endroit du Ministre de l'Education Nationale et du Directeur Académique des Services de l'Education Nationale relative au manque d'implication de l'Education Nationale dans les équipes pluridisciplinaires et au délai d'obtention des AVS.

Proposition n°6 : Arbitrer favorablement le renforcement humain de la plateforme téléphonique « Autonomie ». Suivre au cas par cas les montées en charge dans les Relais Autonomie et activer si nécessaire les leviers pour ajuster la masse salariale.

Proposition n°7 : Veiller à la formation continue des personnels en Relais Autonomie. Ces formations doivent porter tant sur le droit particulier des personnes âgées et des personnes en situation de handicap que sur le droit commun dans une visée inclusive.

Proposition n°8 : Permettre aux évaluateurs de la MDPH de recenser les prestataires de l'aide à domicile ayant des pratiques abusives et illégales. De cette façon, la MDPH alerte la Direction de l'Offre de Services d'Aide à l'Autonomie afin que cette dernière effectue un contrôle sur pièce et sur place.

Proposition n°9 : Sensibiliser les équipes pluridisciplinaires et les membres de la CDAPH à l'orientation vers des dispositifs et à l'appréhension du choix et du parcours de vie des personnes.

Proposition n°10 : Inscrire les questions liées au handicap et la répartition territoriale de l'offre de services à destination de ce public dans les prochains Schémas Départementaux d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP).

Proposition n°11 : Veiller à l'augmentation du nombre de bénéficiaires sur la Direction Territoriale du Valenciennois (+43% en deux ans). Missionner l'Inspection Générale des Services pour objectiver les causes de cette montée en charge sur le territoire.

Proposition n° 12 : S'assurer de la performance des Relais Autonomie concernant le repérage et l'accès aux droit, notamment en milieu rural (pour lequel le maillage associatif est moins important) par la publication d'un rapport d'activité dès 2019. Comparer les données avec celles des années précédentes.

Proposition n°13 : Dans le cas où le dispositif des Relais Autonomie est pertinent et se solde par une inflation des demandes auprès de la MDPH, l'évolution qualitative de la file active doit être suivie mensuellement par le Département.

Proposition n°14 : Retravailler les référentiels du handicap avec la CNSA, la DGCS et les ARS.

Proposition n°15 : Communiquer le coût supplémentaire supporté par le Département et généré par l'élévation de la barrière d'âge à tous les acteurs impliqués sur le champ du handicap.

Proposition n°16 : Appréhender collectivement la contraction et le tournant que cela génère entre d'une part « la logique de compensation » implantée depuis la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et d'autre part l'injonction à « rendre la personne actrice de sa propre vie » qui suggère une vigilance portée aux parcours de vie, aux choix de vie et au projet de vie de la personne, ainsi qu'un tournant inclusif.

Proposition n°17 : Approfondir la comparaison avec nos voisins pour estimer la plus-value d'une évaluation de la PCH rattachée directement au Département.

Proposition n°18 : Commander une étude comparative des pratiques prenant l'exemple d'un Département possédant une grande métropole (Gironde – Bouches du Rhône).

Proposition n°19 : Sensibiliser l'Ordre des médecins sur les pathologies qui sont concernées par l'attribution de la PCH. Encourager les médecins à être pédagogues vis-à-vis des usagers en les orientant immédiatement vers la juste prestation.

Proposition n°20 : Expérimenter le traitement des demandes de droits et de prestations par intelligence artificielle à condition de travailler en amont les algorithmes et de former les professionnels qui remplissent le dossier.

Proposition n°21 : Imposer à la CDAPH un « ratio plancher » de plans d'aide technique attribués par an.

Proposition n°22 : Sanctuariser l'enveloppe du PRID

Proposition n°23 : Faciliter les rencontres entre la MDPH et les entrepreneurs spécialisés dans l'ingénierie de la santé pour faire coïncider l'offre et la demande en matière de nouvelles technologies.

Proposition n°24 : Proposer un « droit à l'erreur » pour les personnes disposant d'un plan d'aide technique et qui ne seraient pas satisfaites par ce mode d'accompagnement.

Proposition n°25 : Chiffrer l'impact financier pour le Département de l'insuffisante intervention des SSIAD au regard des besoins.

Proposition n° 26 : Croiser les regards avec l'ARS afin d'identifier les territoires pour lesquels un renforcement, un redéploiement ou des créations de SSIAD seraient nécessaires.

Proposition n°27 : Travailler avec l'ARS et les CPAM le caractère évolutif de ces pathologies et n'ouvrir des droits à la MDPH qu'à partir d'un certain degré de l'avancée de la maladie.

Proposition n°28 : Alerter les parlementaires et/ou mener une action concertée au sein de l'Association des Départements de France pour limiter les évolutions dont l'impact financier serait défavorable aux Départements.

Proposition n° 29 : Obtenir les indicateurs d'effectivité mensuels de la mission PCH.

Proposition n°30 : Veiller à ce que cette mission remplisse bien deux missions complémentaires :

- Réévaluer si nécessaire les plans d'aide à l'appui d'un échange avec les agents des plateaux techniques
- Former les équipes pluridisciplinaires

Proposition n°31 : Informer les partenaires associatifs et institutionnels de l'existence et du fonctionnement de cette mission PCH.