Maisons Départementales des Personnes Handicapées : une réforme bien engagée

Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée
O.D.A.S

Observatoire national De l'Action Sociale décentralisé

Mai 2006

Sommaire

Introduction p.5

Section I
Analyse des options stratégiques :
Une approche globale du soutien au handicap p.7

I. L'organisation politique de la MDPH s'inspire d'une vision transversale du soutien au handicap p.7
I.1 La composition des commissions exécutives consolide le champ partenarial p.7
I.2 La représentation départementale favorise le décloisonnement interne des services p.9
I.3 La présidence de la commission des droits et de l'autonomie reflète un souci de pragmatisme p.10

II. La MDPH devrait favoriser la convergence des dispositifs de soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées p.11
II.1 Le rapprochement des Centres Locaux d'Information et de Coordination et des MDPH p.11
II.2 Le rapprochement entre l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et les équipes médico-sociales gérant l'allocation personnalisée d'autonomie p.12
II.3 La convergence des stratégies dans les domaines personnes âgées/personnes handicapées reste à construire p.13

Section II
Analyse des choix gestionnaires :
Une forte imprégnation départementale p.15

I. Le mode d'encadrement reflète une volonté d'emprise départementale p.15
I.1 Une forte majorité de directeurs issus des départements p.16
I.2 Des liens de subordination au Conseil général p.17

II. Le fonctionnement de la MDPH repose principalement sur l'implication des départements p.18
II.1 La forte mobilisation des départements p.18
II.2 Les apports aléatoires des services déconcentrés de l'Etat p.20
II.3 Les contributions inégales des autres partenaires p.22

III. L'organisation territoriale de la MDPH vise à renforcer la lisibilité institutionnelle du dispositif p.23
III.1 Un lieu unique identifié p.23
III.2 Un réseau de proximité à construire p.24

Conclusion
Trois situations types se dégagent au lancement des MDPH p.25

Sigles p.27

Introduction

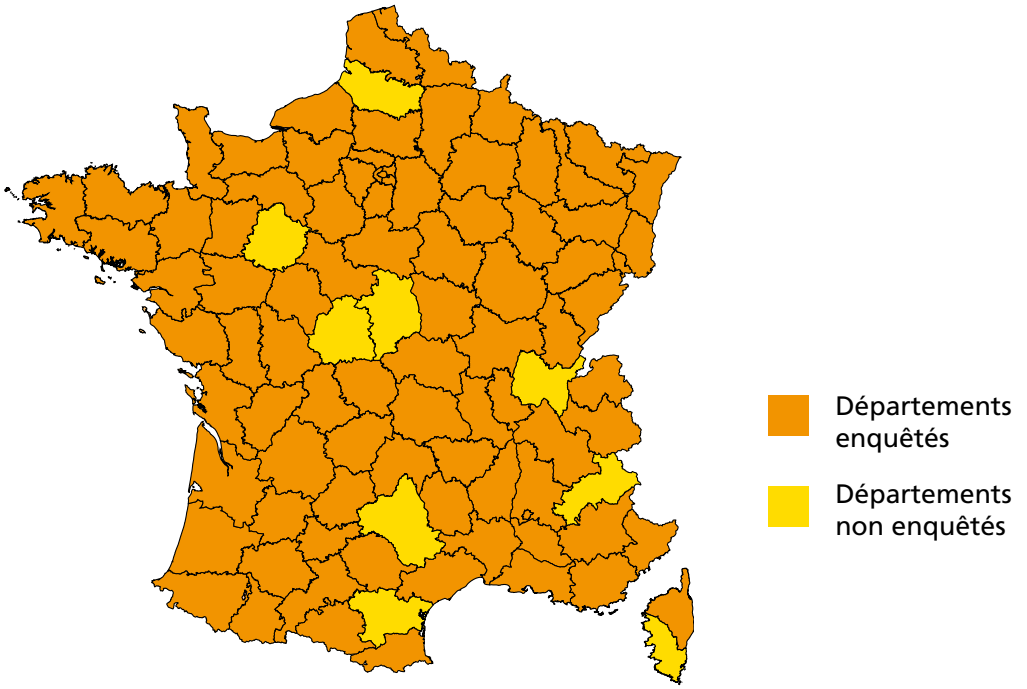
Avec la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » modifie en profondeur le paysage institutionnel dans le domaine du handicap. Créées sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP), les MDPH associent en effet le Conseil général, l'Etat, les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales et des représentants d'associations du secteur. Il s'agit de mutualiser au sein d'un même établissement qualifié de « Maison Départementale » la plupart des compétences concernant les personnes handicapées. En son sein une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est ainsi chargée de prendre les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée sur la base de l'évaluation réalisée par une équipe pluridisciplinaire. Cette commission assure donc dorénavant l'ensemble des missions qui étaient jusqu'à présent confiées à la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel), à la CDES (Commission Départementale d'Education Spéciale) au SVA (Site pour la Vie Autonome). A la tête de la Maison départementale le président du Conseil général se voit attribuer un rôle de coordination et d'animation, qu'il exerce grâce au concours des services de la maison départementale et la participation active de ses divers partenaires. Le conseil général devient ainsi un acteur déterminant pour l'avenir des politiques du handicap.

Compte-tenu de ce nouveau contexte institutionnel, il devient particulièrement utile de comprendre les stratégies envisagées par les Conseils généraux et les dispositions retenues à l'occasion de la création des Maisons départementales. En effet, si les décrets d'application de la loi du 11 février 2005 ont permis de définir les principes d'organisation des MDPH, les conseils généraux conservent une marge de manœuvre non négligeable dans leur mise en oeuvre.

L'ODAS a donc procédé à une enquête auprès de tous les départements sur les organisations et modalités d'installation de ces MDPH. Différents thèmes ont été abordés. Le premier concerne les choix effectués pour la composition des différentes instances de la MDPH (Commission des Droits et de l'Autonomie et Commission exécutive). Le deuxième thème concerne les aspects organisationnels de la MDPH tant en ce qui concerne le personnel que l'organisation territoriale. Le troisième thème concerne l'articulation des politiques de soutien au handicap et à la dépendance afin de vérifier si les nouveaux dispositifs entraîneront le passage d'une réponse segmentée par public à une réponse plus globale par problématique. Enfin, dans une quatrième partie il a semblé opportun d'interroger les départements de manière ouverte sur les perspectives et développements envisagés pour les MDPH.

Pour obtenir des réponses significatives, cette enquête s'est adressée à des responsables ayant une vision globale du fonctionnement du Conseil général et de la MDPH. Plus précisément les réponses émanent dans 36% des cas du directeur général adjoint à la solidarité, dans 42% des cas du responsable des services personnes âgées et personnes handicapées, dans 22% des cas du directeur ou directeur adjoint de la MDPH.

L'enquête s'est souvent déroulée par entretiens téléphoniques afin d'obtenir le maximum de réponses, ce qui a permis d'interroger en quatre semaines 87 départements sur les 96 départements métropolitains. Elle a été complétée par l'analyse de 94 conventions constitutives disponibles à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).



De plus, beaucoup de décisions ayant été prises par les départements dans un contexte d'urgence il est probable que certaines données évolueront à moyen terme et qu'il sera donc nécessaire de réactualiser cette enquête dans le courant de l'année 2007.

Ceci étant rappelé il reste que cette enquête a le mérite de permettre l'établissement d'un premier bilan de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005. Tout semble se dérouler comme si les départements souhaitaient respecter l'esprit de la loi en ce qui concerne les grandes options stratégiques (Section I) en revanche ils sont nombreux à vouloir contourner le principe d'autonomie des MDPH en ce qui concerne leur fonctionnement (Section II).

Section I

Analyse des options stratégiques : Une approche globale du soutien au handicap

La loi du 11 février 2005 ouvre indiscutablement une nouvelle étape dans la construction des politiques de soutien au handicap par la pertinence de ses objectifs et de ses modalités d'action. C'est le point de vue exprimé majoritairement par les départements interpellés sur leurs attentes concernant la création des MDPH. Ils y voient d'abord une opportunité pour améliorer de façon déterminante le rapport à l'usager et mettre fin au véritable « parcours du combattant » que vivent de nombreuses personnes handicapées et leur famille lors de leur prise en charge . C'est donc d'abord la fonction d'accueil et d'orientation qui sera privilégiée même si un grand nombre de départements reconnaissent aussi que la MDPH peut devenir « un élément fédérateur » des acteurs concernés. Il est vrai que son statut particulier est fortement critiqué sur le plan de sa complexité mais apprécié sur les perspectives d'ouverture qu'il offre en matière partenariale. Ils sont un peu moins nombreux (un tiers environ) à souhaiter aussi se servir de la MDPH comme d'un véritable observatoire des besoins afin de couvrir un manque d'informations sur les attentes des personnes handicapées et leur situation de vie à domicile… L'approche des besoins par le projet de vie peut ainsi contribuer à améliorer la qualité des schémas.

Les attentes des Conseils généraux correspondent donc bien à l'esprit de la loi, il reste maintenant à vérifier si les premiers pas des MDPH traduisent bien ces options stratégiques.

I. L'organisation politique de la MDPH s'inspire d'une vision transversale du soutien au handicap

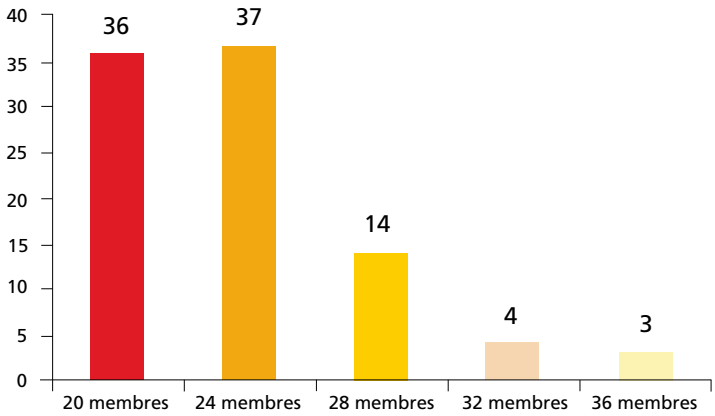
On le sait, les départements ont majoritairement accueilli avec beaucoup de réserve le recours au GIP pour l'organisation de la MDPH en raison de la complexité engendrée par ce type d'architecture tant sur le plan décisionnel que fonctionnel. C'est pourquoi on pouvait s'attendre à ce qu'ils n'utilisent qu'avec parcimonie les possibilités d'ouverture du champ partenarial dans la composition des instances dirigeantes. Or, la majorité des départements a accepté d'élargir la représentation partenariale au sein de la commission exécutive.

I.1 La composition des commissions exécutives consolide le champ partenarial

La commission exécutive, seule instance dirigeante de la MDPH, a vocation à délibérer sur l'organisation et le fonctionnement de celle-ci. La loi n'a pas

indiqué le nombre de ces membres. Elle n'a fait qu'instaurer un équilibre en son sein en prévoyant trois collèges : 50% de ses membres doivent représenter le Conseil général, 25% de ses membres représentent les associations (ils sont désignés par le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées) et 25% de ses membres représentent l'Etat, les organismes de sécurité sociale et des membres facultatifs ou complémentaires. Toutefois, il est précisé que ce dernier quart comprendra au moins 5 membres car il est recommandé que la sécurité sociale en désigne 2 et l'Etat 3. Par déduction on peut donc considérer que le nombre des membres de la commission ne pourra être inférieur à 20. Ce chiffre étant élevé les départements auraient pu s'en tenir là. Or, les résultats de l'enquête montrent qu'une majorité des départements a souhaité aller plus loin malgré les contraintes de la démarche. Il faut savoir en effet que tout accroissement du nombre des membres facultatifs ou complémentaires entraîne une augmentation bien plus importante de l'ensemble des membres de la commission exécutive pour préserver les équilibres définis initialement. Ils sont pourtant 57 sur 94 à avoir fait ce choix : 37 ont une commission de 24 membres et 21 de 28 membres et plus. Ces départements ont cherché ainsi à mieux impliquer dans le dispositif, par l'intermédiaire de leurs représentants, la Mutualité Sociale Agricole, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ou la Mutualité Française lorsque celle-ci gérait un site pour la vie autonome (33 départements). En revanche, le recours à la représentation des acteurs communaux (CCAS ou association des maires) est plus rare avec 5 cas répertoriés : la Corrèze, le Gers, les Landes, la Loire, la Meurthe-et-Moselle.

Nombre de départements en fonction du nombre de membres dans la commission exécutive de la MDPH

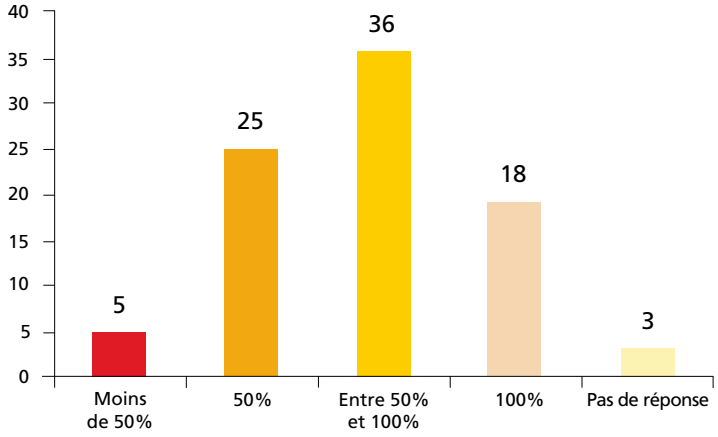


Réponses relatives à 94 départements

I.2 La représentation départementale favorise le décloisonnement interne des services

Ce souci d'ouverture se vérifie aussi dans le mode de désignation des représentants du Conseil Général. En effet, le recours aux seuls élus du Conseil général (en principe les membres de la commission sociale) ne se vérifie que dans 18 départements. C'est donc la mixité élus-professionnels qui est la règle, avec des variantes : un quart des départements ont choisi l'équilibre entre le nombre de fonctionnaires et le nombre d'élus, un tiers ont désigné plus d'élus que de fonctionnaires. Si ce choix de la mixité s'explique partiellement par un certain pragmatisme (les élus ne sont pas suffisamment disponibles pour siéger), il faut y voir surtout la volonté d'impliquer dès le démarrage de la MDPH l'ensemble des services du Conseil général. En effet, si la direction générale de la solidarité et la direction en charge de l'autonomie sont généralement représentées dans la commission exécutive on y trouve aussi des représentants de la direction générale, des services de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, de la scolarité, de l'insertion. Et ce qui plus innovant, des représentants des services du transport, du logement, de l'urbanisme, de la culture.

Nombre de départements en fonction du pourcentage d'élus dans la commission exécutive de la MDPH



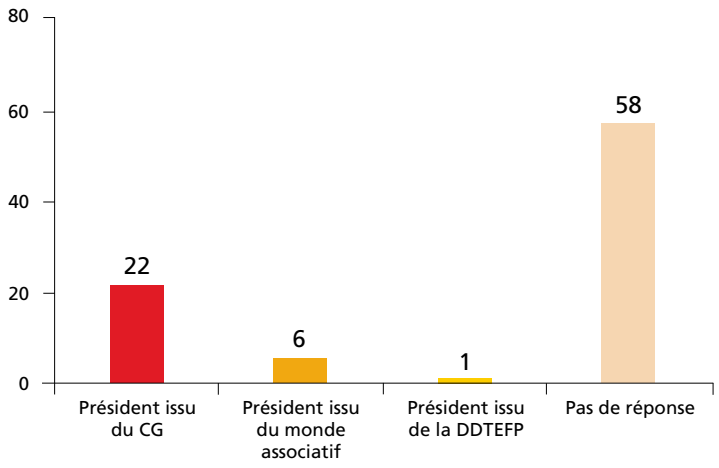
Dans tous les cas, il semblerait que la commission exécutive de la MDPH n'est pas à mettre sur le même plan que d'autres types d'instances politiques dans le domaine social : la présence relativement importante de fonctionnaires venus d'horizons très divers au côté de leurs élus est sans précédent. Il faudra observer dans le temps si cette configuration a un impact significatif sur les décisions prises.

I.3 La présidence de la commission des droits et de l'autonomie reflète un souci de pragmatisme

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, qui remplace les anciennes COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) et CDES (Commission Départementale d'Education Spéciale), représente l'instance de décision sur le besoin des personnes handicapées et l'attribution des prestations. Son président et ses vices-présidents occupent donc des postes clefs puisque les décisions de cette commission impactent directement les sommes engagées par le GIP. Le président est élu par les membres de la commission. Ce n'est donc pas un choix du Conseil général, même si des souhaits ont pu être exprimés dans les négociations préalables.

Les résultats de l'enquête ne portent que sur un tiers des départements car dans deux tiers des départements, la commission n'est pas encore installée. Toutefois, ils permettent d'identifier une tendance à la recherche d'équilibre. En effet, si les présidents sont issus du Conseil général dans trois quarts des cas on remarque qu'inversement dans quatre cinquièmes des cas la vice-présidence a été confiée à des élus issus des associations, des représentants des usagers et des services déconcentrés de l'Etat. En outre, les commentaires obtenus sur cette question montrent que le choix des présidents et vice-présidents résulte souvent de considérations purement fonctionnelles. La présidence et la vice-présidence de la Commission des Droits et de l'Autonomie nécessitent une très forte disponibilité dont les acteurs locaux ne disposent pas toujours et en tout état de cause une responsabilité qu'ils ne souhaitent pas ou ne peuvent pas toujours assumer. Un département interrogé relevait même que personne ne se positionnait sur la présidence, y compris le Conseil général.

Présidence de la Commission des droits et de l'autonomie



II. La MDPH devrait favoriser la convergence des dispositifs de soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées

Le Conseil général, en tant que gestionnaire de l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie), a dû déployer les moyens nécessaires pour évaluer les besoins des personnes âgées dépendantes. Cela s'est notamment concrétisé par le recrutement et la formation de personnels, afin de rendre opérationnelles des Equipes Médico-sociales (EMS) chargées d'évaluer le besoin des personnes ainsi que les équipes chargées de tâches plus administratives.

La loi du 11 février 2005, en instaurant la Prestation de Compensation du Handicap en même temps que les MDPH, invite les départements à effectuer une démarche similaire avec, au demeurant, un objectif affiché de rapprochement des politiques de soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Il paraît donc opportun d'identifier les indices de mutualisation des organisations et des moyens dans la gestion des deux prestations.

II.1 Le rapprochement des Centres Locaux d'Information et de Coordination et des MDPH

Il est d'abord utile de vérifier si un dispositif comme les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), dont la mission est l'accueil, l'orientation, l'information voire l'évaluation des besoins des personnes âgées peut participer à un nouveau dispositif dont les missions sont pour partie les mêmes mais en direction de personnes handicapées. Peut-on imaginer de faire des CLIC des antennes ou des relais de proximité de la MDPH par exemple ?

C'est l'opinion de 39 départements même si le tiers d'entre eux pense que ce rapprochement n'est envisageable qu'à moyen terme. D'autre part les réponses défavorables (48) ne rejettent pas le principe d'une articulation future. Ce n'est donc pas l'idée de rapprochement qui inquiète, mais sa mise en œuvre car beaucoup doutent de l'efficacité des CLIC et de leur capacité de collaboration avec les équipes du Conseil général. C'est d'ailleurs dans les territoires où le maillage entre services est réussi que l'on envisage d'avancer rapidement sur l'utilisation des CLIC comme relais de la MDPH.

Cette vision opérationnelle est d'ores et déjà celle de 18 départements qui envisagent parfois même une maison de l'autonomie. Dans le Puy-de-Dôme les CLIC, financés à 95% par le Conseil général, vont diffuser l'information, orienter les personnes et il n'est pas exclu qu'ils deviennent un outil d'observation à moyen terme. Dans le Haut-Rhin où la notion de CLIC n'existe pas, ce sont les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale qui vont, après renforcement

et évolution des métiers, devenir des antennes de la MDPH sur les mêmes zones que les pôles gérontologiques et à terme dans un même local. Ailleurs encore, on prévoit de fondre les CLIC dans les circonscriptions d'action sociale qui seront les supports relais de la MDPH. Enfin citons le Gard qui avait déjà expérimenté un CLIC commun aux personnes âgées et personnes handicapées et qui va étendre la formule aux 12 centres, et la Meurthe-et-Moselle dont les Points Accueil Information Service sont dédiés depuis l'origine aux deux publics. Il faut noter aussi que les dispositifs de numéros verts qui se mettent en place un peu partout sont parfois communs aux publics handicapés quel que soit l'âge (les Landes, le Doubs).

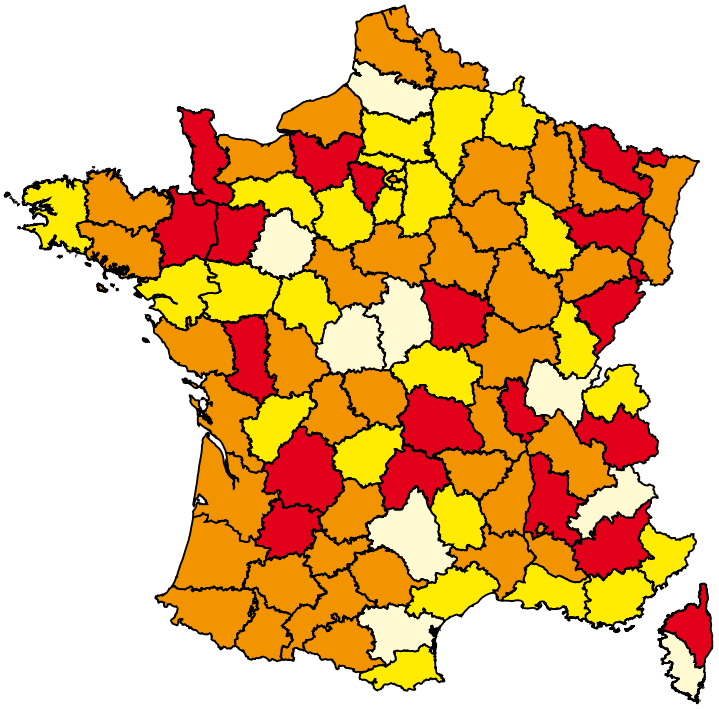
II.2 Le rapprochement entre l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et les équipes médico-sociales gérant l'allocation personnalisée d'autonomie

Le mécanisme d'attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) avec l'évaluation des besoins de la personne à son domicile, l'établissement d'un plan d'aide, le suivi de ce dernier etc. est fort proche du dispositif mis en place avec la prestation de compensation du handicap (PCH) : l'équipe pluridisciplinaire va faire le même type de travail que l'équipe médico-sociale affectée aux personnes âgées. De telles similitudes permettent de s'interroger sur les perspectives d'une mutualisation ou d'un rapprochement des équipes dans les organisations. Un département sur deux s'affirme très ouvert à cette articulation. Dans le cas d'une articulation déjà effective, les répondants parlent spontanément d'une « même équipe » (16 occurrences). On y trouve notamment de petits départements (effet d'échelle) mais pas seulement. En effet, la perspective de l'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap quel que soit l'âge conduit dès maintenant à orienter les métiers sur une plus grande polyvalence dans l'évaluation des besoins de différents publics. Le médecin ou le cadre infirmier est souvent le même pour les équipes « APA » ou « PCH ».

Dans un département comme la Creuse, c'est la même équipe qui gère l'APA et la PCH mais elle s'étoffe en fonction des besoins de l'évaluation. Dans le Cantal l'apport des équipes médico-sociales à l'équipe pluridisciplinaire a été fixé à 30% de leur temps etc.

La perspective est donc bien la transversalité dans les équipes, mais elle n'est pas toujours matériellement envisageable : les départements qui ne prévoient pas d'articulation entre les deux sujets aujourd'hui mettent en avant la charge de travail déjà dévolue aux équipes de l'APA, ou encore la nécessité de conforter une mission et une compétence handicap jusque là fragile avant de passer à une mutualisation.

Des articulations entre les MDPH et les CLIC ou les Équipes médico-sociales sont-elles prévues?



Aucune articulation prévue

Au moins une articulation prévue

Deux articulations prévues (EMS & CLIC)

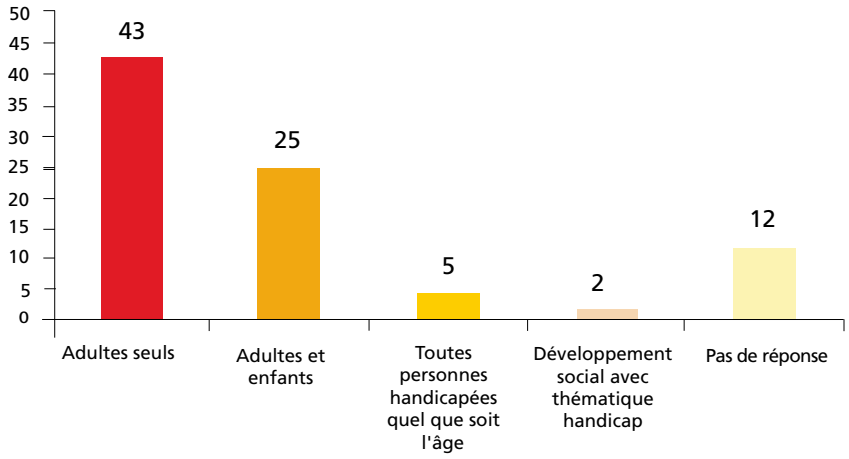
Pas de réponse

II.3 La convergence des stratégies dans les domaines personnes âgées/ personnes handicapées reste à construire

L'ensemble de ces éléments confirme que les départements sont plus favorables à une convergence des dispositifs qu'avant la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005. Toutefois cette convergence se vérifie bien davantage sur un plan fonctionnel (pragmatisme, intérêt de la mutualisation des moyens) et organisationnel (la presque totalité des départements ont une direction commune personnes âgées/personnes handicapées) que sur le plan stratégique.

Ainsi, sur l'ensemble des départements ayant répondu à l'enquête, seuls quatre départements prévoient une mise en commun du travail d'observation réalisé à l'occasion des schémas handicap et vieillesse. Et il s'agit surtout d'une réflexion commune sur certains sujets (accessibilité, vieillissement des personnes handicapées…).

Champs couverts par les schémas en cours d'application ou en cours d'élaboration



En terme de contenu, les schémas handicap restent assez traditionnels (médico-sociaux), même si la question de l'évolution de l'offre de service devient plus prégnante. Les axes forts restent orientés sur le diagnostic des établissements pour adultes. Seule la question du vieillissement des personnes handicapées est quasi systématiquement abordée, avec une volonté de diversifier les propositions d'accueil, voir de promouvoir des innovations intéressantes.

Les choses devraient toutefois rapidement évoluer car les départements souhaitent s'impliquer sur de nouvelles problématiques. Ainsi, quelques départements se sont engagés sur la question de l'accessibilité. Ils ont recours à des sanctions positives (majoration de subvention du Conseil général aux projets communaux), activent des groupes de travail sur ce thème avec tous les acteurs, s'engagent concrètement dans des schémas directeurs sur les transports, ou même envisagent de réaliser un schéma spécifique pour l'accessibilité sur du long terme (Côte d'Or).

En outre, si le nouveau dispositif MDPH n'influe pas encore sur l'évolution des schémas handicap, on peut penser que dans l'avenir, la MDPH forte de la diversité de son réseau jouera un rôle d'observatoire capable de combler les lacunes dans ce domaine.

Section II

Analyse des choix gestionnaires : Une forte imprégnation départementale

Comme on a pu le voir précédemment la plupart des départements semble aujourd'hui considérer comme une avancée positive la création des MDPH. Ils demeurent toutefois très critiques sur certains aspects de loi en avançant divers arguments qu'il convient de rappeler.

- « la MDPH aboutit à la création d'une nouvelle administration sans en avoir les moyens correspondants »

- « la formule du GIP s'avère complexe » : « le choix des équipes est restreint entraînant des difficultés de management dans certains territoires, la gestion du partenariat peut s'avérer lourde dans les commissions,… »

- « Il s'agit d'une décentralisation non achevée » : L'éparpillement entre différents niveaux de planification est particulièrement visé : schéma départemental, SROS, PRIAC… avec un risque de confusion et de recentralisation. On se demande si le PRIAC prendra le pas sur le schéma départemental, s'il ne va pas lui « couper les ailes ».

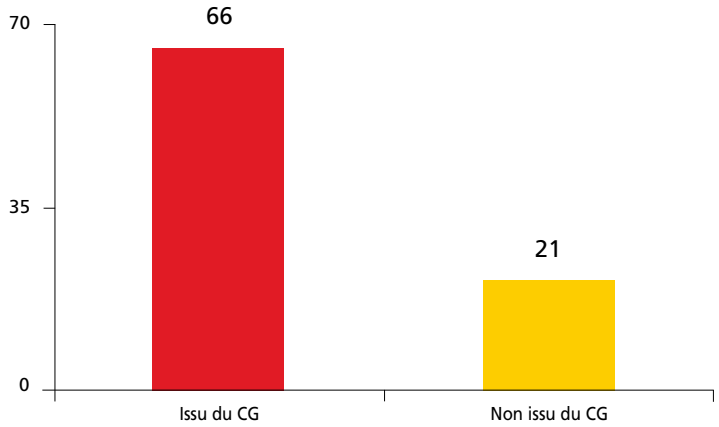
C'est pour ces diverses raisons que les départements cherchent à obtenir une très large maîtrise de la gestion du dispositif ce qui peut se vérifier non seulement sur le plan de l'organisation fonctionnelle mais aussi sur le plan de l'organisation territoriale.

I. Le mode d'encadrement reflète une volonté d'emprise départementale

La loi instituant les MDPH prévoit que la nomination de l'équipe de direction revient au Conseil général. Le rapport de M. Paul Blanc, sénateur, sur les maisons départementales des personnes handicapées paru en juillet 2005 apporte quelques préconisations quant à l'équipe de direction : la direction de la MDPH doit être coordonnée avec la direction en charge des personnes handicapées au sein du Conseil général, mais elle doit être très autonome. Peut-on aujourd'hui affirmer que les stratégies départementales ont suivi ces recommandations ? L'enquête apporte un éclairage sur ces questions à travers quelques indicateurs.

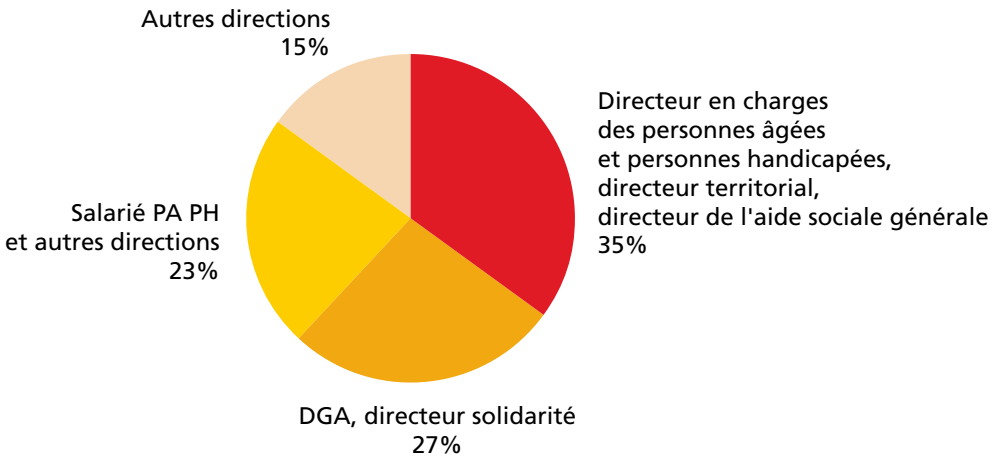
I.1 Une forte majorité de directeurs issus des départements

Le profil du directeur de la MDPH



Trois quarts des départements ont désigné un directeur issu de leurs services (66 contre 21). Si l'on regarde de plus près les profils des 66 directeurs issus des Conseils généraux, 56 font partie de la direction solidarité. Les autres proviennent de directions plus atypiques telles que les ressources humaines ou les finances. Dans certains départements, souvent les plus petits, la nomination en tant que directeur de la MDPH est une promotion interne.

Profil des directeurs de la MDPH issus du Conseil Général

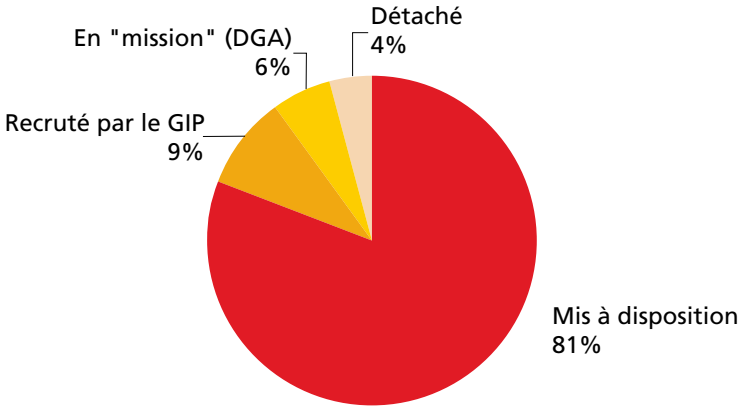


S'agissant des 21 autres directeurs, ils viennent en majorité d'autres administrations : DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie). Des compétences de gestionnaire ont aussi été recherchées, dans certains départements, en recrutant des responsables d'établissement de santé, ou des personnes travaillant dans le secteur privé, association ou autre.

I.2 Des liens de subordination au Conseil général

Compte tenu de l'origine professionnelle de la plupart des directeurs des MDPH, il n'est pas étonnant que ceux-ci aient intégré la MDPH dans le cadre d'une mise à disposition. C'est le cas dans 4 départements sur 5.

Statut du directeur de la MDPH



Toutefois on aurait pu s'attendre à ce qu'ils se voient doté d'une forte autonomie. Le rapport Paul Blanc mentionnait en effet l'importance d'éviter toute confusion des rôles afin de respecter la personnalité juridique du Groupement d'Intérêt Public. Le directeur ne devrait donc pas être intégré à l'organigramme du Conseil général. Or, ce scénario n'est guère respecté. Il faut d'abord savoir que 36% des départements ont fait le choix de directeurs qui conservent, parallèlement à leurs responsabilités à la MDPH, des responsabilités au Conseil général. Dans ce cas ils sont souvent épaulés par un directeur adjoint.

Disponibilité du directeur	Nombre de directeurs
Fonction double	31
Fonction unique de directeur	56

Dans l'hypothèse d'une fonction double le directeur de la MDPH se trouve donc rattaché hiérarchiquement non seulement au président de la MDPH (au demeurant président du conseil général) mais aussi à la direction générale du département. Mais c'est aussi le cas pour la moitié des 56 directeurs chargés de la seule fonction de directeur de la MDPH.

II. Le fonctionnement de la MDPH repose principalement sur l'implication des départements

On peut le comprendre, les équipes de travail de la MDPH constituées à ce jour sont encore provisoires. En effet, compte tenu de l'absence de recul pour mesurer les effets de la loi du 11 février 2005, l'évaluation des besoins en personnel se base sur une estimation approximative de l'activité de la MDPH (degré de montée en charge de la Prestation de Compensation du Handicap, importance des visites sur site et des appels téléphoniques). Dans la plupart des cas, une répartition des efforts est bien programmée entre les différents membres mais les difficultés de réalisation effective des mises à disposition (voir infra) a engendré partout une mobilisation considérable des départements.

II.1 La forte mobilisation des départements

C'était prévisible, les Conseils généraux, au vu de l'importance de leur rôle dans la MDPH, se devaient d'apporter une contribution significative à leur fonctionnement. C'est ce qui s'est produit dans la plupart des départements. Ils sont en effet 79 à signaler des mises à disposition.

Ces mises à disposition sont faites très majoritairement à titre gracieux ; seuls quelques rares départements ont signalé des conventions de remboursement. Le profil de ce personnel diffère peu selon les départements. Il s'agit de doter l'équipe pluridisciplinaire de médecins coordonnateurs, de travailleurs sociaux et d'ergothérapeutes, mais aussi de renforcer le personnel d'accueil, le personnel en charge des tâches administratives et logistiques, ou encore l'équipe de direction.

En ce qui concerne les huit départements qui n'ont pas mis de personnel à disposition des MDPH, on distingue les départements qui font fonctionner la MDPH avec du personnel du Conseil général sans que celui-ci soit mis à disposition, des départements qui refusent de se mobiliser en raison de divergences de fond avec leurs partenaires.

L'attribution de personnel par les départements a entraîné une vague de recrutements. Ils sont 64 à avoir recruté ou à envisager de le faire. Le personnel nouvellement recruté est directement mis à disposition de la MDPH ou remplace le personnel redéployé. Les profils des personnes recrutées sont donc sensiblement les mêmes que celui des personnes mises à disposition. Dans des cas plus isolés, le département a renforcé d'autres services tels que le service informatique pour répondre aux besoins ponctuels de la MDPH.

Recrutements	Nombre de Conseils Généraux
Non	12
Oui	64
Pas de réponse	11

En outre, il faut savoir que la très grande majorité des conseils généraux ont choisi de faire participer l'ensemble de leurs services au bon fonctionnement de la MDPH. L'extrait ci-dessous de la convention constitutive du Haut-Rhin explique concrètement de quelle nature peuvent être ces apports.

« Le département s'engage à mettre à disposition de la MDPH, en tant que contributions en nature, les prestations que ses propres services fonctionnels ont vocation à assurer… Il s'agit de prestations d'écritures comptables, de prestations liées à la gestion du personnel recruté directement par le GIP à l'instar de celles effectuées en faveur du personnel mis à disposition, de prestations de logistique ou d'assistance technique propres aux futurs locaux uniques du groupement ou aux réseaux de communication, d'assistance juridique ponctuelle, de fournitures de matériels consommables ou non, de prêts de documentation générale, juridique ou revues professionnelles. »

Convention constitutive du Haut-Rhin

Ces contributions de moyens généraux font pour la plupart du temps l'objet de conventions de prestation de service ou d'une valorisation en tant qu'apport du Conseil général à la MDPH. Il est d'ailleurs largement reconnu que sans apport logistique des Conseils généraux, les MDPH ne seraient pas en mesure de fonctionner.

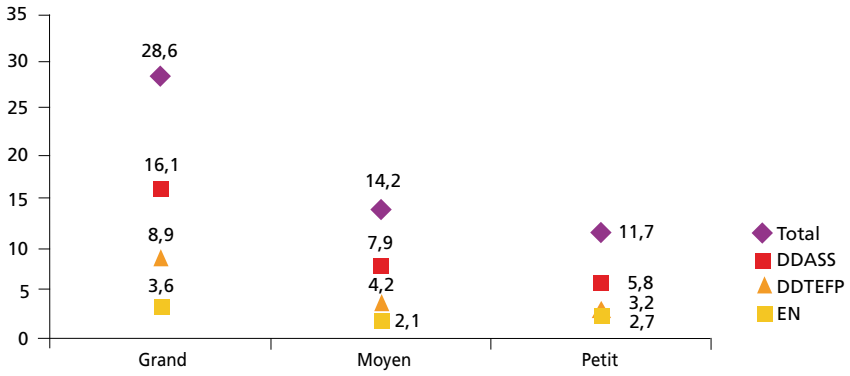
Il faut enfin savoir que cette forte mobilisation des départements a réduit le rôle du GIP en matière de recrutement direct. Seuls trente cinq Conseils Généraux ont aujourd'hui opté pour un GIP recruteur. De plus, derrière ce chiffre qui peut paraître relativement important, il faut souligner que ce type de recrutement n'est utilisé qu'a titre subsidiaire notamment pour le recrutement du personnel des Sites pour la Vie Autonome.

Avez-vous opté pour un GIP recruteur ?

II.2 Les apports aléatoires des services déconcentrés de l'Etat

Pour mesurer les contributions des divers partenaires au fonctionnement de la MDPH, il a fallu recourir à l'analyse des annexes aux conventions constitutives des MDPH. Or, celles-ci n'étaient pas toutes rédigées ou disponibles au moment de l'enquête de l'ODAS, car de nombreux départements ont fait le choix de démarrer la MDPH sur le plan de l'organisation de l'accueil et des équipes avant même de lancer la discussion sur les contributions partenariales. Les résultats portent donc sur 45 départements. Ils montrent que les services d'Etat ont prévu partout des mises à disposition dont le nombre varie tout naturellement en fonction de la taille du département.

Nombre de postes en ETP (équivalent temps plein) mis à disposition en moyenne par les directions déconcentrées de l'Etat selon la taille des départements



Ces résultats ne sont pas négligeables et ils montrent la volonté de coopération des services de l'Etat. Toutefois, ils ne reflètent que très partiellement la situation réelle des MDPH car les mises à disposition n'ont pas toujours pu être suivies d'effet faute d'accord des personnels en provenance des COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) et des CDES (Commission Départementale d'Education Spéciale).

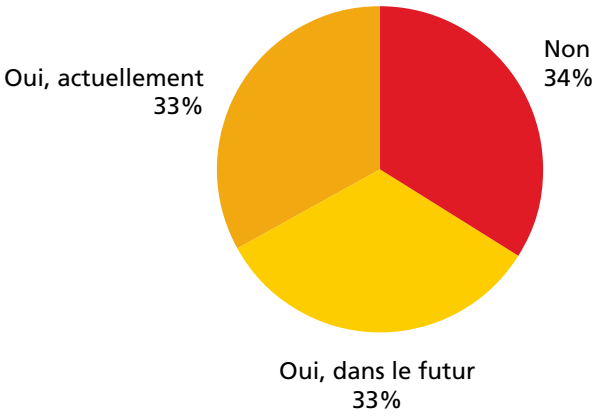
Ce n'est que dans dix départements seulement que l'ensemble des fonctionnaires concernés ont accepté leur transfert. Partout ailleurs on note un grand nombre de refus de mise à disposition, ce qui fragilise sérieusement la mise en place de la MDPH dans une période d'installation. Les craintes exprimées par les agents de l'Etat portent sur des questions de statut (congés par exemple pour les agents de l'éducation nationale), d'horaires de travail... Ces difficultés peuvent expliquer que l'on ait fait appel dans certains départements à des directeurs dont le profil de manageur et de négociateur était plus important que la compétence sur le handicap. Malgré cela les Conseils généraux ont ou devront très souvent recruter eux-mêmes pour combler les lacunes des partenaires. On peut donc observer que le recours à la formule du GIP, qui devait faciliter les transferts de personnel, n'a pas produit les effets positifs que certains espéraient.

II.3 Les contributions inégales des autres partenaires

Les contributions des organismes de sécurité sociale s'inscrivent dans le prolongement naturel des partenariats institutionnels établis antérieurement. La mobilisation de moyens supplémentaires n'intervient que dans l'hypothèse où les services sociaux des organismes de sécurité sociale décident de réaliser l'instruction de la prestation de compensation pour leurs ressortissants. On peut relever que du côté des Caf, deux d'entre elles, Côte d'Or et Mayenne, feront office d'organisme payeur de la prestation de compensation.

Les contributions du mouvement associatif progressent également peu mais un tiers des départements évoque le développement probable de leurs relations avec les associations. Rappelons que les associations contribuent sous trois formes principales au dispositif : accueil/information, formation, accompagnement et expertise. A titre d'exemple, dans la MDPH de la Loire toutes les associations qui sont dans la commission exécutive doivent apporter leur contribution soit à l'accueil soit à l'évaluation ou à l'expression du projet de vie des personnes handicapées. D'autres MDPH souhaitent s'appuyer sur les associations comme lieux ressources pour former les équipes pluridisciplinaires sur des sujets précis (accessibilité, connaissance du handicap…). Et naturellement les associations qui portaient les Equipes Techniques d'Evaluation Labellisées (ETEL) dans le cadre des sites pour la vie autonome poursuivent leur travail, soit par convention soit en étant intégrées à la MDPH dans l'équipe pluridisciplinaire. Cet état des lieux permet de constater une fois de plus la force du pragmatisme local : on s'appuie sur l'existant quand il est déjà efficace.

Contribution des associations au GIP



En revanche on observe un faible recours aux communes. On se souvient qu'au moment des débats généraux sur le GIP, les représentants de l'Union nationale des Centres Communaux d'Action Sociale avaient exprimé leur crainte de voir mettre de côté l'apport des communes qui ne sont pas membres de droit de la commission exécutive. La possibilité de les impliquer comme membres facultatifs d'ailleurs a été rarement utilisée. On n'est donc guère surpris que seule une vingtaine de départements, principalement des départements urbains, évoquent une « articulation » effective ou à organiser avec les villes. Celle-ci, souvent formalisée par une convention, peut prévoir que les CCAS servent de relais pour l'information, procèdent à la remise de dossiers aux usagers ou puissent devenir des points labellisés MDPH. C'est bien modeste, alors qu'il faut rappeler que le développement des chartes ville-handicap offre une perspective importante d'investissement des grandes villes tout particulièrement en matière d'accessibilité.

III. L'organisation territoriale de la MDPH vise à renforcer la lisibilité institutionnelle du dispositif

C'est à travers le rapport du sénateur Paul Blanc que l'on peut obtenir un complément d'information sur la mise en œuvre de la loi 11 février 2005, tout particulièrement en ce qui concerne la conception même de la MDPH. Il y est fortement recommandé de rejeter toute hypothèse de maison virtuelle au profit d'une maison constituée de locaux implantés géographiquement au cœur des chefs lieux départementaux. C'est l'orientation généralement suivie par les départements qui envisagent d'accompagner cette implantation centrale de l'organisation d'un maillage territorial en s'appuyant sur leurs services déconcentrés.

III.1 Un lieu unique identifié

L'enquête montre en effet que la MDPH est ou deviendra presque partout un établissement identifié, fonctionnant dans des locaux ad hoc, achetés voire construits dans cet objectif.

Seuls deux départements sur les 87 interrogés précisent qu'ils n'envisagent pas de lieu physique propre à la MDPH. Toutefois la localisation de la MDPH n'est pas systématiquement différente de celle du Conseil général. En effet, soit pour des raisons économiques soit par souci de montrer la prééminence du Conseil général, la MDPH peut se trouver dans les locaux même du Conseil général (un quart des MDPH).

Encore en construction le réseau des MDPH ne prendra vraiment sa forme définitive que dans un an mais dès à présent, même lorsque le système fonctionne comme avant avec l'ex-COTOREP et l'ex-CDES, des mesures d'accompagnement sont déjà prises pour développer auprès de tous les personnels une culture commune particulièrement axée sur la disponibilité au public. A cette fin la création de la MDPH a parfois entraîné le transfert en son sein de la direction en charge de l'autonomie du département. Quelques départements souhaitent ainsi afficher une mission handicap-dépendance globale et articulée.

III.2 Un réseau de proximité à construire

L'enquête montre également le souci d'une majorité de départements de s'appuyer à terme sur un réseau de proximité constitué principalement des services déconcentrés du département. En effet, peu de départements envisagent de s'appuyer sur les CCAS (voire supra) et le recours au CLIC n'est engagé que dans une vingtaine de départements. Ce réseau correspondra d'ailleurs aux zonages territoriaux du département (unités d'action sociale, pôles, circonscriptions…). Cette territorialisation s'accompagnera de l'utilisation de nouvelles technologie de l'information pour permettre la modernisation des pratiques professionnelles (dématérialisation des dossiers, base de données…) comme l'installation des CLIC aurait pu le faire en son temps dans le domaine gérontologique.

Dès à présent, les MDPH se dotent de numéros verts, parfois en prolongement de numéros déjà en place qui étaient gérés soit par une association appelée à s'intégrer à la MDPH soit directement par le Conseil général. L'idée principale est d'avoir un premier accueil par des personnes formées aux questions du handicap, facilitant le tri des questionnements pour éviter l'encombrement des instructeurs en charge des prestations. Les appels concernent majoritairement en effet l'état d'avancement du dossier, la connaissance des droits, les problématiques d'emploi, de logement mais aussi une recherche de convivialité. On s'engage donc bien dans un nouveau rapport à l'usager et aux familles, conformément aux préconisations de la loi du 11 février 2005.

Conclusion

Trois situations types se dégagent au lancement des MDPH

A travers cette enquête, le partage des rôles et des responsabilités entre les départements et les MDPH trouve un premier éclairage. Les différents indicateurs observés font apparaître trois situations différentes :

- **Un type de MDPH très « intégrée »** (35 départements) : le conseil général s'approprie la MDPH comme l'un de ses services. Dans cette situation, le Conseil général occupe les postes de direction, et cherche à rapprocher la direction en charge des personnes handicapées et la MDPH (locaux conjoints, mutualisation des équipes médico-sociales et des équipes pluridisciplinaires, fonction de directeur de la MDPH confiée au Directeur général adjoint).

C'est le sentiment d'une décentralisation inachevée qui a conduit une minorité de départements à rechercher les moyens de la faire aboutir en s'investissant fortement dans le GIP. L'objectif est de montrer également une prise en charge effective de la compétence handicap par les départements et d'apporter davantage de visibilité pour le citoyen sur ces questions.

- **Une situation de type intermédiaire** (49 départements) où l'on distingue bien deux institutions différentes. La MDPH obtient une réelle autonomie : elle a un directeur à plein temps, des locaux indépendants de ceux du Conseil Général. Toutefois le lien avec les directions personnes âgées et personnes handicapées reste important : le directeur est de culture départementale, et souvent rattaché hiérarchiquement au DGA. La MDPH est perçue comme un outil distinct doté de marges de manœuvres importantes mais au service de la politique départementale en faveur des personnes handicapées.

Cette situation intermédiaire est choisie par une majorité de départements afin de favoriser un réel partenariat sur la politique du handicap. Par crainte du désengagement des autres partenaires, le Conseil général n'opte pas pour une appropriation forte de la MDPH, au contraire il préfère jouer la carte d'une construction très respectueuse des partenaires, en l'intégrant dans une vision large de la politique en matière de handicap.

- **Un type de MDPH « autonome »** (3 départements) : le Conseil général joue un rôle de partenaire parmi les autres. La plupart du temps, l'équipe de direction est directement recrutée par le GIP et l'investissement du Conseil général est moindre que dans les deux situations précédentes (aucune mise à disposition du Conseil général, les services du Conseil général ne concourent pas au bon fonctionnement du GIP).

Très peu de départements sont aujourd'hui dans ce cas car cette configuration provoque des blocages qui se répercutent directement sur le fonctionnement de la MDPH.

On peut donc affirmer que très majoritairement les Conseils généraux ont montré leur capacité à relever un challenge particulièrement lourd, celui de s'investir dans des délais très courts sur un dispositif d'une rare complexité. Toutefois pour y parvenir ils ont dû considérablement s'impliquer avec le risque que cette mobilisation n'entraîne le repli des autres partenaires. Il va donc falloir accompagner ces efforts d'une meilleure définition des objectifs poursuivis afin que leur qualité suscite l'adhésion du plus grand nombre autour d'une nouvelle conception de la solidarité moins stigmatisante et davantage axée sur l'intégration à la vie sociale.

Sigles

ACTP :	Allocation Compensatrice Tierce Personne
APA :	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDA :	Commission des Droits et de l'Autonomie
CDCPH :	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CDES :	Commission Départementale d'Education Spéciale
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA :	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
COTOREP :	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDTEFP :	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
EMS :	Équipe Médico-Sociale
ETEL :	Equipe Technique d'Evaluation Labellisée
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
ODAS :	Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée
PCH :	Prestation de Compensation du Handicap
SVA :	Site pour la Vie Autonome

Ce rapport est une publication de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée :
250, bis boulevard Saint Germain, 75007 Paris - Tél : 01 44 07 02 52 - Fax : 01 44 07 02 62 •
http://www.odas.net • Ont participé principalement à sa rédaction
Anne LATTY, Responsable des études et Servane de FROBERVILLE,
Chargée d'études, sous la direction de Jean-Louis SANCHEZ •
Ce numéro spécial a été tiré à 10 000 exemplaires, mai 2006 • ISSN 1265-7476

Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée
O.D.A.S