CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

# Rapport PCH

## *Compréhension de la disparité*

**Décembre 2014**

EY
Building a better working world

# Sommaire

Sommaire ..... 2
La prestation de compensation du handicap (PCH) ..... 4
1. Objectifs ..... 4
2. Analyse du processus d'attribution ..... 6
3. Compréhension de la disparité ..... 29
3.1. Présentation des 5 indicateurs de disparité ..... 29
3.2. Rappels méthodologiques ..... 31
1. Comment sélectionner les facteurs de compréhension de la disparité les plus pertinents ? ..... 31
2. Au regard de la diversité des sources et des outils statistiques utilisés, quelles sont les conditions d'interprétation de ces résultats ? ..... 31
3.2.1. La sélection des facteurs de compréhension de la disparité pertinents ..... 31
3.2.2. Conditions d'interprétation des résultats ..... 33
3.3. Analyse approfondie des taux de demande ..... 34
3.3.1. Présentation des chiffres ..... 34
3.3.2. Analyse économétrique : les facteurs déterminants de la variation du taux de demande 35
3.3.3. Analyse des proximités : éléments de compréhension d'un taux de demande faible ..... 37
3.3.4. Analyse des proximités : éléments de compréhension d'un taux de demande élevé ..... 41
3.3.5. Présentation synthétique des résultats ..... 46
3.4. Analyse approfondie du taux d'accord ..... 48
3.4.1. Présentation des chiffres ..... 48
3.4.2. L'analyse économétrique : les facteurs déterminants de la variation du taux d'accord .. 49
3.4.3. Analyse des proximités : éléments de compréhension d'un taux d'accord faible ..... 51
3.4.4. Analyse des proximités : éléments de compréhension d'un taux d'accord élevé ..... 54
3.4.5. Présentation synthétique des résultats ..... 58
3.5. Analyse approfondie du montant attribué pour l'aide humaine ..... 60
3.5.1. Présentation des chiffres ..... 60
3.5.2. Éléments de compréhension d'un montant moyen attribué pour l'aide humaine faible 61
3.5.3. Éléments de compréhension d'un montant moyen attribué pour l'aide humaine fort ... 64
3.5.4. Présentation synthétique des résultats ..... 67
3.6. Analyse approfondie du délai de traitement ..... 69
3.6.1. Présentation des chiffres ..... 69
3.6.2. Éléments de compréhension d'un délai de traitement faible ..... 70
3.6.3. Éléments de compréhension d'un délai de traitement fort ..... 73

3.6.4. Présentation synthétique des résultats ..... 76
3.7. Conclusions..... 78
3.7.1. Schéma de synthèse des proximités observées entre quelques indicateurs socio-économiques clés et les indicateurs de disparité étudiés (PCH)..... 78
3.7.2. Conclusions des études quantitative, économétrique et qualitative ..... 81

# La prestation de compensation du handicap (PCH)

## 1. Objectifs



La loi du 11 février 2005 donne pour la première fois une définition légale du handicap : *« toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».*

Il s'agit ainsi de dépasser l'approche strictement médicale, en intégrant toutes les formes de déficience (physique, sensorielle, mentale, cognitive, psychique) et en englobant l'ensemble de l'environnement – et notamment de l'environnement social.

Par la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) – dont l'objectif à terme est de se substituer à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) –, cette même loi consacre en outre le **principe du droit à compensation** pour la personne handicapée, afin *« de faire face aux conséquences de son handicap dans sa vie quotidienne pour vivre en milieu ordinaire ou adapté. »* Ainsi la PCH vise-t-elle à couvrir les surcoûts de toute nature liés au handicap dans la vie quotidienne, tout en prenant en compte les besoins et aspirations – qui composent le projet de vie – de la personne handicapée. Cette prise en charge individualisée s'appuie sur un plan personnalisé de compensation (PPC), élaboré par une équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Au-delà de l'évolution en termes de projet et de qualité de vie, la mise en œuvre de la PCH a soulevé, après désormais 7 ans de fonctionnement, une problématique majeure : comment concilier la nécessaire personnalisation de la prestation, au regard de « l'esprit de la loi » et des marges de manœuvre laissées aux MDPH pour l'analyse d'une demande, avec le principe d'équité de traitement des demandeurs ? Plus précisément, au regard des disparités observées entre les départements, comment garantir l'équité de traitement des demandeurs devant la loi ?

Dans ce contexte, la CNSA a souhaité réaliser une étude quantitative et qualitative des conditions d'attribution de la PCH à domicile (enfant et adulte), afin de décrire et d'analyser, d'une part, l'ensemble des étapes du processus d'attribution de la PCH, et d'autre part, les caractéristiques et spécificités territoriales (sanitaires, sociales et économiques) dans lesquelles s'inscrivent ces pratiques.

Deux principaux objectifs sont ainsi visés à travers l'étude :

1. Observer les modalités organisationnelles les plus fréquemment mises en place par les différentes MDPH dans la mise en œuvre du processus d'attribution de la PCH ;

2. Comprendre les liens éventuels entre d'un côté la disparité observée sur les territoires en termes d'attribution de la PCH et de l'autre côté les modalités organisationnelles et les caractéristiques sociales, sanitaires et économiques propres aux départements.

Ce rapport présente, séparément, les éléments de réponse à ces deux objectifs en mobilisant les résultats de l'analyse des questionnaires et des visites sur site.

Le détail de la méthodologie de collecte et de traitement de données, ainsi que les choix qui ont été opérés en termes d'outils statistiques, ne sont pas présentés dans ce document et apparaissent en annexe du présent rapport.

Pour rappel, s'agissant du questionnaire d'enquête à l'attention des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) :

| Nombre de répondants | Nombre de questionnaires considérés comme exploitables |
|---|---|
| 89 %<br>(sur 100 MDPH contactées) | 81 soit 91 % |

## 2. Analyse du processus d'attribution



La compréhension des disparités territoriales repose sur une vision claire et précise des conditions d'attribution de la PCH dans les différents départements. Le croisement des données réglementaires et des marges de manœuvre potentielles laissées à l'appréciation des MDPH et de leurs partenaires avec les réalités du terrain permet de réaliser une étude comparée. L'étude comparée concerne l'ensemble du dispositif d'attribution de la PCH (excluant ainsi les sujets liés au contrôle d'effectivité et au suivi du plan de compensation), depuis l'émergence de la demande jusqu'à l'ouverture des droits. Le processus pris en compte a ainsi été scindé en quatre étapes principales :

- Étape 1 : l'accueil et l'information du demandeur ;
- Étape 2 : l'instruction administrative du dossier ;
- Étape 3 : l'évaluation de la demande et la formalisation du PPC ;
- Étape 4 : la décision et la notification de la décision.

Cette étude, qui mobilise les résultats du questionnaire, les retours des visites sur site et le point de vue des usagers, permet donc de cartographier, de manière quantitative et qualitative :

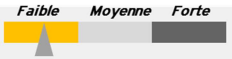
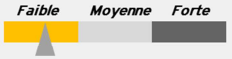
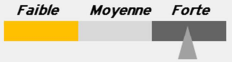
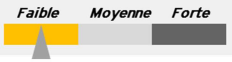
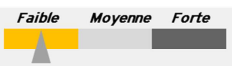
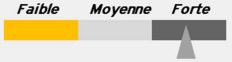
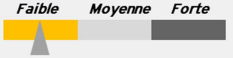
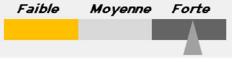
- Les **pratiques organisationnelles** adoptées par les MDPH à chaque étape du processus d'attribution de la PCH ;
- Le **niveau de variation** de ces pratiques entre les territoires, afin de distinguer les pratiques partagées des pratiques particulières ;
- Les **modalités d'application** de ces pratiques au regard de la réglementation, en particulier l'existence de pratiques non réglementées[1] et/ou non réglementaires[2].

Le tableau ci-dessous précise le cadre réglementaire[3] relatif à l'attribution de la PCH[4]. Il rappelle, pour chacune des étapes du processus, les articles législatifs et réglementaires relatifs au traitement d'une demande de PCH, et détaille les pratiques organisationnelles afférentes. Il précise le niveau de variation de ces pratiques entre les départements et met en évidence l'existence de pratiques non réglementées et/ou non réglementaires.

[1] Voir *Glossaire*
[2] Voir *Glossaire*
[3] Sauf mention contraire, les articles mentionnés font référence à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

## Tableau de synthèse

*<u>À noter</u> que le tableau se limite exclusivement au cadre réglementaire lié à l'attribution de la PCH. Ne sont donc pas recensés les articles notamment liés à l'éligibilité du demandeur, aux obligations du bénéficiaire ou au contrôle d'effectivité.*

| Etape | Textes règlementaires et législatifs | Pratiques organisationnelles mises en place | Diversité des pratiques | Modalités d'application de la réglementation | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Existence de pratiques non-réglementées | Existence de pratiques non-règlementaires |
| | *Dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)* | *Description des différentes pratiques mises en place au sein des MDPH pour l'organisation de l'attribution de la PCH* | *Variation, entre les départements, des pratiques déclarées dans le questionnaire PCH* | *Observation de pratiques qui s'inscrivent dans la latitude laissée par la réglementation* | *Observation de pratiques qui sont en contradiction avec la réglementation* |
| **Accueil et information des demandeurs et des partenaires** | • La MDPH exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des PH et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap *(CASF art L146-3)*<br>• Pour l'exercice de ses missions, la MDPH peut s'appuyer sur des CCAS ou des organismes assurant des services d'évaluation et d'accompagnement des besoins des PH avec lesquels elle passe convention. *(CASF art L146-3)*<br>• La MDPH propose les modalités d'accès adéquates *(CASF art L146-7)*<br>• La MDPH met à disposition un numéro téléphonique d'urgence gratuit *(CASF art. L146-7)*<br>• La MDPH réalise périodiquement un livret d'information sur les droits des PH *(CASF art. L146-7)*<br>• Lors du dépôt de sa demande, la PH fournit les pièces justifiant notamment de son identité, de son domicile et de son état médical *(CASF art. D245 25)*<br>• La date d'ouverture des droits correspond au premier jour du mois du dépôt de la demande *(CASF art D245-34)* | Accessibilité de la MDPH |  | | |
| | | Modalités d'accueil de 1er niveau |  | | |
| | | Modalités d'accueil de 2nd niveau |  | | |
| | | Niveau de territorialisation | | | |
| | | Réseau de partenaires conventionnés sur l'accueil | | | |
| | | Actions de communication et fréquence de diffusion des publications |  | | |
| **Instruction administrative du dossier** | • La MDPH peut demander des pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement des droits du demandeur et à la liquidation de la prestation *(CASF art. D245 26)*<br>• En cas d'urgence attestée, le président du CG peut attribuer une PCH à titre provisoire, avec un délai de 2 mois de régularisation. Il est libre d'en fixer le montant, dans le respect des dispositions réglementaires précisant les tarifs et montants plafonds pour chaque élément de la prestation *(Arrêté du 27 juin 2006 définissant les conditions particulières dans lesquelles l'urgence est attestée, CASF art. L245-2)* | Organisation des équipes d'instruction |  | | |
| | | Composition du dossier (pièces complémentaires demandées) | | | |
| | | Modalités de réception et d'enregistrement de la demande |  | | X |
| | | Accusé de réception de son dossier au demandeur |  | X | |
| | | Modalités de traitement du dossier (pré-tri, circuits courts, ressources…) | | | |
| | | Informatisation du processus d'instruction |  | | |

| Etape | Textes règlementaires et législatifs | Pratiques organisationnelles mises en place | Diversité des pratiques | Modalités d'application de la réglementation | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Existence de pratiques non-réglementées | Existence de pratiques non-règlementaires |
| | *Dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)* | *Description des différentes pratiques mises en place au sein des MDPH pour l'organisation de l'attribution de la PCH* | *Variation, entre les départements, des pratiques déclarées dans le questionnaire PCH* | *Observation de pratiques qui s'inscrivent dans la latitude laissée par la réglementation* | *Observation de pratiques qui sont en contradiction avec la réglementation* |
| **Evaluation de la perte d'autonomie et formalisation du plan personnalisé de compensation** | • **Le traitement de la demande de PCH comporte l'évaluation des besoins de la PH sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et l'établissement d'un PPC, réalisés par une équipe pluridisciplinaire** *(CASF Art L 245-2 et Art L146-8)*<br>• **La composition de l'équipe pluridisciplinaire (EP) peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la PH** *(CASF Art L146-8)*<br>• **L'EP entend la PH, ses parents pour un mineur ou le représentant légal** *(CASF Art L146-8)*<br>• **Elle se rend sur le lieu de vie de la PH** *(CASF Art L146-8)*<br>• **La PCH peut être affecté à des charges liées à un besoin d'aides humaines, d'aides techniques, à l'aménagement du logement et du véhicule de la PH ainsi qu'à d'éventuels surcoûts résultant de son transport, à des charges spécifiques ou exceptionnelles, à l'attribution et à l'entretien des aides animalières** *(CASF Art L245-3)*<br>• **La PPC prend en charge le besoin d'aides humaines , d'aides technique et d'aménagement du logement appréciés au moyen du référentiel pour l'accès à la PCH figurant à l'annexe 2-5 du CASF***(CASF Art. D. 245-5, art. D. 245-11 et art. 245-14)*<br>• **L'ensemble des besoins d'aide humaine, y compris ceux qui ne relèvent pas de la PCH doivent être mentionnés dans le PPC** *(CASF Art D245-27)*<br>• **Pour l'exercice de ses missions, la MDPH peut s'appuyer sur des CCAS ou des organismes assurant des services d'évaluation et d'accompagnement des besoins des PH avec lesquels elle passe convention** *(CASF art L146-3)* | **Composition et fonctionnement de l'EP** | *Faible Moyenne Forte* | | |
| | | **Modalités, outils et durée de l'évaluation** | *Faible Moyenne Forte* | | |
| | | **Externalisation de l'évaluation** | *Faible Moyenne Forte* | | |
| | | **Modalités de formalisation du PPC** | *Faible Moyenne Forte* | | |
| | | **Echanges avec le demandeur lors de la formalisation du plan personnalisé de compensation (en amont, pendant, en aval)** | *Faible Moyenne Forte* | | |
| | | **Echanges et harmonisation des pratiques** | *Faible Moyenne Forte* | | |
| **Décision et notification de la décision** | • **La CDAPH prend la décision d'attribution sur la base de l'évaluation de l'EP, du plan de compensation proposé et du projet de vie exprimé par le demandeur** *(CASF Art L146-9)*<br>• **La composition de la CDAPH est fixée par décret** *(CASF Art. R241-24)*<br>• **La CDAPH peut se réunir en formation plénière ou restreinte** *(CASF Art L241-5)*<br>• **Les décisions de la commission sont prises après vote des membres de la commission ou, le cas échéant, de la section locale ou de la section spécialisée** *(CASF Art L241-5)*<br>• **La décision contient la nature des dépenses, la durée d'attribution, le montant mensuel attribué, le montant total attribué (sauf pour l'élément aide humaine) et les modalités de versement** *(CASF Art D245-31)*<br>• **La décision de la CDAPH est notifiée, à la PH ou à son représentant légal, ainsi qu'aux organismes concernés** *(CASF Art 241-32)*<br>• **Des durées d'attribution plafonds sont déterminés par la loi, par type d'élément** *(Art D245-33)*<br>• **La CDAPH invite le bénéficiaire à adresser une demande de renouvellement au moins 6 mois avant l'expiration de la période d'attribution** *(Art D245-35)* | **Organisation et fréquence de réunion de la CDAPH** | *Faible Moyenne Forte* | | |
| | | **Choix de recourir à une procédure simplifiée / formation simplifiée** | *Faible Moyenne Forte* | | |
| | | **Modalités de revue des dossiers en CDAPH** | *Faible Moyenne Forte* | | |
| | | **Composition de la CDAPH (au-delà des membres obligatories : présence de la PH, d'un membre de l'EP)** | *Faible Moyenne Forte* | X | |
| | | **Notification et retour vers le demandeur** | *Faible Moyenne Forte* | | X |
| | | **Modalités de suivi et d'information sur la période de validité des droits** | *Faible Moyenne Forte* | X | |

Compris comme une synthèse, ce tableau permet d'introduire une vision globale des pratiques organisationnelles mises en œuvre sur les territoires, qui seront détaillées de manière approfondie par étape du processus d'attribution dans la suite de ce document.

VERSION DE TRAVAIL

# Accueil et information du demandeur

**Un cadre réglementaire qui précise « l'esprit » et les grandes orientations de la fonction d'accueil**

La loi stipule trois impératifs en termes d'accueil et d'information du demandeur : u**ne obligation d'accessibilité** (en termes d'horaires, d'accès physique et de possibilités de contact téléphonique[1]), une **obligation d'information** (communication minimale sur les droits des personnes handicapées) ainsi qu'une **obligation d'accompagnement**.

Ces trois obligations couvrent l'ensemble des prestations offertes par les MDPH et sont le reflet du rôle de guichet unique d'accès aux droits et prestations des personnes handicapées, qui leur a été confié par la loi de février 2005. À la fois tête et animateur de réseau, les MDPH sont ainsi comprises comme des accompagnateurs des usagers et du grand public, qui proposent une offre de conseils « *assur[ant] à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie*[2] ».

Du côté du demandeur, le dépôt d'un dossier de demande doit s'accompagner, afin d'être considéré comme recevable, de trois pièces justificatives obligatoires (un certificat médical daté de moins de 3 mois, une pièce d'identité, un justificatif de domicile, voire le cas échéant, une attestation de jugement en protection juridique) en sus du formulaire Cerfa (n° 13788*01).

Ainsi, si le cadre législatif définit les grandes orientations d'accueil et d'information du demandeur, des marges de latitude importantes sont laissées à la discrétion des MDPH sur les modalités précises de ces dernières, en termes, entre autres, d'organisation, de territorialisation, de pratiques de communication, de partenariats locaux.

**Des marges de manœuvre importantes sur les modalités d'accueil et sur l'organisation d'un écosystème local par la MDPH**

*Une obligation d'accessibilité honorée par les MDPH*

L'obligation d'accessibilité repose sur deux aspects – l'accessibilité physique et l'accessibilité téléphonique – qui constituent les fondamentaux de l'accueil de premier niveau.

Le questionnaire fait apparaître une certaine homogénéité des horaires d'ouverture, avec une amplitude horaire d'ouverture médiane comprise entre 6,5 et 7 selon les jours (du lundi au vendredi pour la grande majorité des départements, seulement 6 MDPH déclarant accueillir des usagers le samedi). De la même manière, l'accessibilité téléphonique est également garantie de manière homogène sur le territoire, avec 87 %[3] des MDPH qui ont mis en place un numéro de téléphone dédié à l'accueil dont l'amplitude est pour la quasi-totalité (93 %) supérieure ou égale à celle de l'accueil physique. Cette accessibilité téléphonique s'accompagne d'une accessibilité numérique, 93 % des MPDH ayant mis à disposition des bénéficiaires et du grand public une boîte mail générique permettant d'adresser des demandes d'informations sur les prestations.

[1] CASF, article L 146-7
[2] CASF, article L 146-3
[3] N. B. Les pourcentages cités dans la suite du document correspondent au pourcentage du nombre de répondants.

*Un accueil de premier niveau dont les modalités sont globalement partagées entre les départements*
L'accueil de premier niveau est dans la grande majorité des MDPH (87 %) assuré par un agent administratif. Dans 23 % des départements, un agent instructeur peut également assurer ce rôle. Les tâches allouées à ces agents sont sensiblement identiques entre les départements, et se concentrent principalement sur 7 aspects :

- L'accueil et le renseignement du public (99 %) ;
- La délivrance de formulaires ou de plaquettes d'information (96 %) ;
- La réception des demandes déposées (95 %) ;
- L'information sur le suivi du dossier (94 %) ;
- L'aide au remplissage du formulaire (89 %) ;
- La vérification des droits ouverts de la personne (82 %) ;
- La vérification de la complétude du dossier (73 %).

À noter que la vérification de la complétude du dossier reste relativement « informelle » étant donné que les agents d'accueil de premier niveau ne délivrent des accusés de réception et n'enregistrent la demande que dans respectivement 20 % et 23 % des territoires, ces étapes relevant de manière générale du travail d'instruction. Ce contrôle qualité préalable en amont permet de retourner le dossier directement à l'usager si une pièce justificative est manquante.

*Un accueil de second niveau, certes généralisé, mais dont le « niveau d'intensité » reste variable*
L'accueil de second niveau, proposé dans 95 % des départements, peut prendre la forme d'entretiens téléphoniques avec (58 %) ou sans rendez-vous (70 %), d'entretiens physiques avec (80 %) ou sans rendez-vous (75 %). Dans 43 % des MDPH, l'accueil de second niveau peut se concevoir sous la forme d'un entretien au domicile de la personne handicapée, principalement pour les demandeurs en situation de handicap lourd et dans l'incapacité de se déplacer ou de confier le remplissage du dossier à un aidant familial.

Cet accueil de second niveau reste l'apanage d'un travailleur social dans la majorité des départements (76 %). D'autres agents peuvent intervenir de manière plus ponctuelle, comme un agent administratif au préalable formé (35 %), un agent instructeur (29 %), un médecin (20 %) ou un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire (EP) (43 %). Les visites de terrain permettent de relativiser ce résultat : en effet, dans les MDPH visitées, les agents précités (agent administratif, agent instructeur, médecin…) sont considérés comme des renforts ponctuels sur l'accueil de second niveau, soit pour répondre à une demande complexe, soit pour pallier un manque de personnel à un instant *t*. En particulier, les médecins en particulier n'assurent pas une permanence continue sur l'accueil de second niveau.

Quel que soit le profil des professionnels impliqués, le cœur de métier de l'accueil de second niveau reste l'aide à la formulation de la demande et du projet de vie (dans 98 % des MDPH), au-delà de l'accompagnement généraliste qui peut être proposé par les agents gérant l'accueil de premier niveau, comme le suivi du dossier en cours (83 %) ou l'aide au remplissage du formulaire (76 %).

*Une organisation en réseau (antennes territoriales, partenaires…) qui n'est pas généralisée*

Si la MDPH « centrale » est le premier et principal guichet pour l'information et la réception des dossiers, la loi laisse libre champ aux MDPH pour construire un réseau de partenaires et de représentations territoriales afin de quadriller, si nécessaire, le département. Cette organisation en réseau permet de répondre aux particularités géographiques et démographiques des territoires. À cet effet, 55 % des MDPH ont mis en place une organisation territorialisée de la fonction accueil et information : pour les départements concernés, ces représentations sont des antennes de la MDPH (46 % des MDPH concernées), des partenaires (45 %) et des permanences délocalisées de la MDPH, principalement au sein des maisons du conseil départemental ou maisons de l'autonomie, CLIC, CCAS… (30 %).

*Un recours ciblé à des partenaires sur l'accueil de premier niveau*

Au-delà de la territorialisation se pose la question des conventionnements spécifiquement dédiés à l'accueil de premier niveau (pour l'information de base et la réception de la demande) et de second niveau (pour l'aide au remplissage du dossier et l'aide à la formulation du projet de vie). Le choix du conventionnement a été réalisé pour 40 % des MDPH pour l'accueil de premier niveau, principalement auprès des CCAS, associations, CLIC et UTAS, et pour moins de 20 % pour l'accueil de 2d niveau, sous la forme de partenariats tissés avec des associations, CLIC et établissements médico-sociaux.

Enfin, 72 % des départements communiquent sur la PCH auprès de leurs partenaires (80 % animent des rencontres sur le thème de la PCH et plus de 50 % proposent des formations thématiques et diffusent des documents). Les pratiques d'échange avec les partenaires ne sont pas anodines : l'étude mettra par la suite en évidence l'importance du rôle joué par les modalités de communication et de formation des partenaires dans la mise en œuvre du processus d'attribution de la PCH.

*Des pratiques de communication et d'information « grand public » sur la PCH fréquentes*

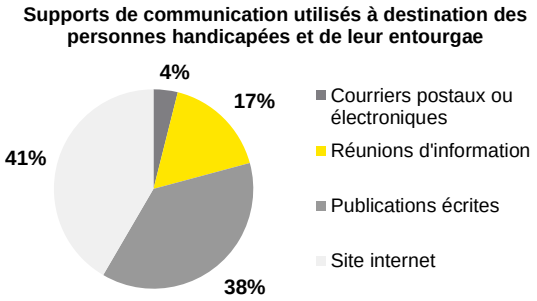
Si la loi stipule la réalisation régulière de livrets d'information sur l'aide aux personnes handicapées, aucun impératif n'est fixé sur les outils et pratiques de communication spécifiques à la PCH. Néanmoins dans les faits, 65 % des MDPH ont mis en place une série d'actions de communication sur la PCH. Les modes de communication choisis sont le plus souvent des réunions d'information pour les partenaires institutionnels de la MDPH et les professionnels (pour 90 % des départements qui mettent en œuvre des actions de communication). Les supports choisis pour les particuliers sont principalement des publications écrites et des communications via le site web (pour respectivement 52 % et 58 % des départements).

Ces actions de communication restent néanmoins ponctuelles. Par exemple, 11 MDPH tiennent chaque année une réunion d'information sur la PCH, et seules 10 maisons départementales organisent ces réunions à un rythme trimestriel.

L'initiative de communication sur la PCH reste le « pré carré » de la MDPH : dans seulement 24 % des départements, les partenaires sont à l'initiative d'actions de communication sur la PCH, principalement les associations et le conseil départemental.

*Zoom questionnaire :*

Une communication à destination des personnes handicapées qui reste peu personnalisée, autour de la diffusion d'informations sur le site web et via des publications écrites (plaquettes principalement).




**Bonne pratique : la mise en place d'une plate-forme départementale pour l'autonomie en vue de centraliser l'information sur l'ensemble des prestations**

Une réflexion est en cours dans un département sur la mise en place d'une plate-forme départementale pour l'autonomie, mutualisée entre la MDPH et le conseil départemental, permettant d'informer le demandeur, de télécharger des formulaires en ligne, de suivre l'avancement du dossier, de suivre la consommation du plan d'aide à travers la télégestion… Une étude d'opportunité est également en cours pour la mise en place d'un numéro vert unique qui permettra d'adresser des questions et demandes relatives à l'autonomie et à la dépendance de manière directe.

## Instruction administrative du dossier

**Un cadre réglementaire qui laisse l'initiative aux MDPH pour dessiner et appliquer leurs circuits d'instruction**

Le Code de l'action sociale et des familles offre une vraie latitude aux MDPH sur le processus d'instruction tant au niveau de la PCH que pour l'ensemble des prestations délivrées. Le thème de l'instruction est abordé par la loi uniquement au titre des pièces obligatoires[1], laissant aux MDPH la possibilité de demander toute pièce justificative complémentaire qui pourrait être considérée comme nécessaire lors de l'instruction ou de l'évaluation du dossier.

En cas d'urgence « *attestée* »[2], c'est-à-dire quand les délais d'instruction et ceux nécessaires à la CDAPH pour prendre sa décision sont susceptibles soit de compromettre le maintien ou le retour à domicile de la personne handicapée soit de l'amener à supporter des frais conséquents pour elle et qui ne peuvent être différés[3], le président du conseil départemental peut par ailleurs attribuer la PCH à titre provisoire. Pour en fixer le montant, il peut se référer aux dispositions réglementaires précisant les tarifs et montants plafonds pour chaque élément de la prestation. Il peut également, pour chaque élément attribuer une somme forfaitaire lui paraissant répondre au mieux, dans l'urgence, à la situation exposée. Si cette disposition ne dispense ni de l'instruction ni de l'évaluation, elle permet au demandeur de bénéficier d'une avance sur ses droits supposés. En effet, les équipes de la MPDH disposent ensuite d'un délai de deux mois pour régulariser la situation en instruisant la situation du demandeur et évaluant ses besoins.

**Un cadre réglementaire qui laisse l'initiative aux MDPH pour dessiner et appliquer leurs circuits d'instruction**

*Des équipes d'instruction qui restent généralistes*

**Malgré une organisation généraliste, les instructeurs peuvent conserver une forte « coloration » PCH pour les MDPH avec une certaine taille critique**

Au sein des MDPH s'étant organisées autour de pôles Adulte ou Enfant, si les instructeurs n'ont pas de spécialisation officielle sur une prestation, dans les faits des agents sont considérés, au regard de leur expérience et de leur maîtrise de la prestation, comme des référents PCH, traitant ainsi dans la mesure du possible les demandes de PCH. Ce positionnement des agents implique un flux de demandes et une masse critique de la MDPH importants : en effet, au sein des MDPH de taille relativement plus petite, les agents restent généralistes afin de ne pas créer de goulots d'étranglement au niveau du processus d'instruction.

Les processus d'instruction au sein des MDPH sont dans la majorité organisés en pôles « Adulte » et « Enfant ». Seulement 20 % des MDPH ont choisi de mettre en place des circuits d'instruction dédiés à la PCH.

[1] CASF Art. D. 245-25
[2] CASF Art. L. 245-2
[3] Arrêté du 27 juin 2006 définissant les conditions particulières dans lesquelles l'urgence est attestée

*Des modalités de dépôt et de réception des demandes globalement partagées*

Les modalités traditionnelles de dépôt restent le vecteur privilégié de transmission du dossier et des pièces complémentaires. En effet, 99 % des MDPH ayant répondu à cette question (soit 82, sur un total de 83 répondants) proposent un dépôt physique et par courrier postal aux demandeurs. Seuls 6 % d'entre elles proposent un téléchargement sur une plate-forme dématérialisée, et 51 % des MDPH acceptent de recevoir le dossier complété par mail, ce taux montant à 80 % pour les pièces justificatives complémentaires. À leur arrivée à la MDPH, les dossiers sont systématiquement enregistrés, via un système d'information dédié ou un registre physique ou électronique (dans 97 % des cas). Un accusé de réception, papier ou électronique, est envoyé systématiquement au demandeur par 86 % des MDPH.

**Accuser la bonne réception du dossier de demande de PCH, une pratique répandue et appréciée par les demandeurs**

Si l'envoi d'un accusé de réception au demandeur est une pratique partagée par la majorité des MDPH, elle n'est pas rendue obligatoire par la loi. Or, les entretiens auprès de bénéficiaires montrent que le demandeur est particulièrement préoccupé par la bonne réception de son dossier par la MDPH – ceci expliquant pour certains le choix d'un dépôt physique plutôt que d'un envoi courrier du dossier. En effet, ces derniers craignent notamment la perte du dossier transmis par voie postale, ou un retard d'enregistrement de leur demande.

*« J'ai eu un courrier pour me dire que mon dossier était pris en charge »*

*« Je préfère aller sur place même si ça me coûte beaucoup physiquement, mais au moins je suis certain qu'ils ont notre dossier et qu'ils vont prendre en compte notre demande »*

*Une liste de pièces justificatives à fournir relativement homogène entre les départements*

Si les pièces justificatives obligatoires à joindre au formulaire *Cerfa* lors du dépôt de la demande sont clairement édictées par la réglementation[1] — certificat médical daté de moins de 3 mois, photocopie d'une pièce d'identité ainsi que photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes) — les MDPH disposent d'une relative souplesse d'agissant des pièces justificatives complémentaires jugées nécessaires pour l'instruction et l'évaluation de la demande. Or, il apparaît que la liste des pièces complémentaires demandées reste sensiblement identique entre les départements, et ce quel que soit le type de demande. Ainsi, les documents pouvant par la suite être fournis par les demandeurs à la MDPH, à sa demande ou à celle de ses partenaires, sont le permis de conduire (73 %), l'attestation de l'attribution d'une pension invalidité de 3ème catégorie (66 %) et le RIB (65 %).

*Le début de l'instruction, un point saillant du processus qui revêt des réalités disparates*

87 % des MDPH ayant répondu au questionnaire déclarent que la demande est instruite à partir du moment où elle est accompagnée de l'ensemble des pièces obligatoires[2].

Néanmoins, les visites de terrain apportent un bémol à cette apparente homogénéité : en effet, des demandes déposées et recevables d'un point de vue administratif – l'ensemble des pièces obligatoires est présent – peuvent ne pas être instruites, ce qui traduit une certaine souplesse dans l'application de la loi. Cette pratique non réglementée a été mise en place dans certains départements afin de limiter le nombre de demandes « injustifiées » de PCH qui entrent dans le

[1] Loi Blanc du 28 juillet 2011 qui définit le caractère du dossier de demande
[2] Id.

processus d'instruction. Elle concerne quasi exclusivement les dossiers exprimant une demande de PCH pour de l'aide-ménagère uniquement. Ainsi même si le dossier est complet et si la personne est éligible à la PCH, la demande ne sera pas instruite, car le besoin n'entre pas dans le périmètre de la prestation. Selon les départements, le rejet sera notifié ou non par la CDAPH – on parlera alors de rejet administratif.

**Des pratiques d'instruction et de rejet des demandes fortement hétérogènes entre les départements**

L'ensemble des demandes qui sont déposées (et recevables d'un point de vue administratif) au sein des MDPH ne sont pas toujours automatiquement instruites. Ainsi dans certains départements, des demandes qui par exemple ne remplissent pas les critères d'âge ou qui concernent une aide en dehors du périmètre de la PCH (comme l'aide-ménagère) peuvent immédiatement être rejetées (sans passage en CDAPH) et ainsi ne pas être enregistrées comme une demande, alors que dans d'autres départements, l'ensemble des demandes déposées sera pris en compte, quel que soit leur contenu.

*Une généralisation des pratiques de prétri et des circuits courts, mais dont le périmètre reste variable entre les territoires*

Une étape préalable de prétri a été instaurée dans 88 % des départements, de manière systématique pour 66 % d'entre eux. Ce prétri a pour objectif principal d'anticiper et de préparer l'étape d'évaluation, en particulier :

- En appréhendant le niveau de complexité du dossier pour une orientation en conséquence (82 %) ;
- En déterminant le mode d'évaluation le plus adapté (82 %) ;
- En donnant une première estimation du niveau d'éligibilité du dossier à la PCH (79 %) ;
- En identifiant les éventuels besoins en pièces complémentaires (76 % ; les visites de terrain ont montré que ces pièces complémentaires demandées sont, pour la plupart, d'ordre médical[1], et viennent compléter et/ou préciser le certificat médical initial) ;

Le prétri permet également d'identifier et d'organiser le traitement des procédures d'urgence (68 %), afin de prioriser leur évaluation. Ainsi, l'étape de prétri apparaît comme un vecteur d'accélération du traitement de certaines demandes.

Les visites sur site ont montré que si l'étape de prétri jouait ce rôle d'accélérateur, elle permet également d'exclure en amont du processus d'attribution des demandes considérées comme « injustifiées » – ne comportant par exemple que de l'aide-ménagère – jouant ainsi au global un rôle-clé d'aiguillage des demandes selon leurs caractéristiques.

[1] Les visites de terrain ont permis de préciser la nature des pièces complémentaires d'ordre médical demandées. Il s'agit notamment de bilans médicaux émanant de médecins spécialistes (en particulier ophtalmologistes pour les forfaits cécité).

Ces prétris ont pour objectif d'aboutir à un traitement différencié des demandes : en conséquence logique, 63 % des MDPH ont mis en place des circuits courts pour le traitement des demandes de PCH qui ont pu être sélectionnées lors de ces prétris (au-delà du circuit de PCH d'urgence). Ces circuits courts concernent principalement les demandes de renouvellement (45 %), les forfaits surdité/cécité (28 %) et les demandes de révision (24 %).

**Typologie des pratiques de prétri**

Les visites de terrain ont permis d'identifier 3 modes d'organisation de cette étape de prétri, en fonction des types d'intervenants :

- Un prétri qui peut être réalisé dès le dépôt de la demande par les agents d'accueil ;
- Un filtre organisé au niveau des coordonnateurs de l'équipe d'évaluation, en amont de l'étape d'instruction ;
- Un prétri organisé par une cellule dédiée, intervenant en amont de la phase d'évaluation, qui peut prendre la forme d'une équipe pluridisciplinaire simplifiée ou d'une commission médico-technique (instance interne réunissant des professionnels administratifs et médicaux de la MDPH).

Au regard de ce qui a été observé sur le terrain, ces modes de prétris ne sont pas cumulatifs, chaque département ayant choisi une organisation se rapprochant d'un de ces trois modèles.

Le traitement spécifique des demandes urgentes de PCH constitue un cas à l'écart des circuits présentés comme courts ci-dessous, faisant appel à la procédure d'urgence prévue par la réglementation (pour 45 % des départements) ou localement définie par la MDPH (pour 45 % des départements également). Seuls 10 % des MDPH n'appliquent donc aucune procédure d'urgence spécifique. Les procédures de traitement des demandes urgentes de PCH « urgentes » restent toutefois rares, utilisées dans moins de 5 % des cas pour 61 % des MDPH.

*Des MDPH qui n'ont pas toutes entamé leur transition numérique*[1]

Le questionnaire a permis de mettre en évidence des niveaux de maturité extrêmement variables sur le numérique. Certes, un premier regard global permet de relever que la grande majorité des MDPH (89 %) ont mis en place un processus général d'informatisation des dossiers de la MDPH. Cependant, elle n'est parfois que partielle et ne concerne pas systématiquement toutes les étapes du processus d'attribution de la PCH. En effet, l'informatisation complète est déployée :

- Pour la phase d'instruction administrative dans 90 % des départements ;
- Pour la phase d'évaluation (par l'EPE) dans 28 % des départements ;
- Pour la phase d'élaboration du PPC dans 53 % des départements ;

[1] Comme l'ensemble des éléments de processus décrits dans le questionnaire, les données demandées sont datées de 2012. Concernant le numérique, les visites de terrain ont montré que beaucoup d'expérimentations ont été mises en place depuis lors, ce qui amène à relativiser certains des chiffres présentés dans le cadre de cette partie.

- Pour la phase de décision (décision en CDAPH et communication de la décision aux personnes) dans 91 % des départements.

Et, s'agissant plus globalement du recours aux outils informatiques permettant de dématérialiser une partie de processus, on constate des pratiques très diversifiées entre les départements, et notamment entre :

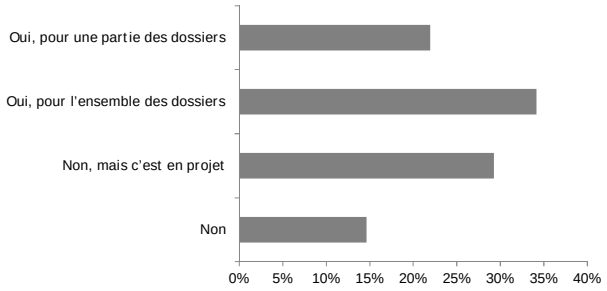
- Les départements qui utilisent des outils informatiques de base lors du processus d'évaluation (saisie bureautique) ;
- Les départements qui ont numérisé leurs dossiers entièrement ou partiellement (56 %) ou projettent de le faire (29 %) comme le montre le graphique ci-dessous ;
- Les MDPH qui ont mis en place des outils plus perfectionnés de dématérialisation (retour terrain).

À noter enfin le faible recours à des outils informatiques pour les échanges et les interactions avec les demandeurs : seulement 11 % des MDPH ont développé un portail web permettant de suivre en ligne l'état d'avancement de sa demande.

Une tendance générale à la numérisation observée dans la majorité des départements :

*Réponses à la question, en % du nombre de départements « Les dossiers sont-ils numérisés ? »*

(Source : questionnaire HCSP « enquête sur les pratiques d'évaluation des MDPH » données 2012)




Ce tableau d'ensemble en apparence homogène doit être relativisé au regard de la réalité des pratiques qui ont pu être observées lors des visites sur site.

**Des niveaux de maturité très hétérogènes entre les départements**

Les visites sur site ont souligné une maîtrise du numérique au sein des MDPH, qui varie entre un niveau relativement basique (un tableur de suivi en interne des demandes) et des systèmes beaucoup plus élaborés. Le deuxième cas est plus rare, car il requiert un investissement certain et une adaptation des pratiques. Une des MDPH visitées a ainsi mis en place un logiciel partagé avec le CD permettant de connaître le statut d'une demande et sa localisation entre les différentes étapes du processus. Cette interface permet également d'identifier les cas d'urgence (retard ou rupture de droits) afin d'adopter une procédure adaptée permettant d'accélérer leur traitement.

# Evaluation de la demande et formalisation du PPC

**Une consécration légale de l'approche pluridisciplinaire, globale et inclusive de l'évaluation du handicap**

Le cadre législatif propose une définition précise des grandes orientations de l'évaluation du besoin de compensation du demandeur, en définissant trois caractéristiques de la démarche d'évaluation :

- **La pluridisciplinarité**, de l'évaluation jusqu'à la formalisation d'un plan de compensation : « *une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie […] et propose un plan personnalisé de compensation du handicap* »[1] :

- La **globalité** de l'évaluation, au-delà du strict périmètre de l'éligibilité à la PCH : « *l'ensemble des réponses aux différents besoins d'aide humaine identifiés doivent être mentionnées dans le PPC […] y compris celles qui ne relèvent pas de la prestation de compensation, afin de permettre à la MDPH de proposer aux organismes concernés une mutualisation de leurs interventions* »[2] ;

- **L'inclusion du demandeur**, via une visite sur son lieu de vie (soit sur à l'initiative de l'équipe pluridisciplinaire, soit à la demande de la personne handicapée) et un échange avec le demandeur et son entourage : « *[l'équipe pluridisciplinaire] entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents lorsqu'elle est mineure, ou son représentant légal* »[3].

L'application de ces principes, en articulation avec les caractéristiques de la demande et les besoins du demandeur, impliquent donc une forte flexibilité des pratiques d'évaluation, pour répondre à l'esprit de la loi. Cette flexibilité est précisée dans la réglementation, concernant la mobilisation des équipes et des compétences : « *la composition de l'équipe peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente* »[4].

Si la flexibilité en termes de ressources humaines est précisée dans la loi, toutes les autres marges de manœuvre ne sont pas détaillées, par exemple pour les modalités organisationnelles liées aux étapes d'évaluation et aux modalités pratiques de réalisation de ces évaluations (outils, conditions de réalisation des visites sur site…).

[1] CASF Art. L. 146-8
[2] CASF Art. D. 245-27
[3] CASF Art. L. 146-8
[4] CASF Art. L. 146-8

**Un esprit de la loi toujours respecté, mais dont les applications varient de manière importante entre les différents territoires**

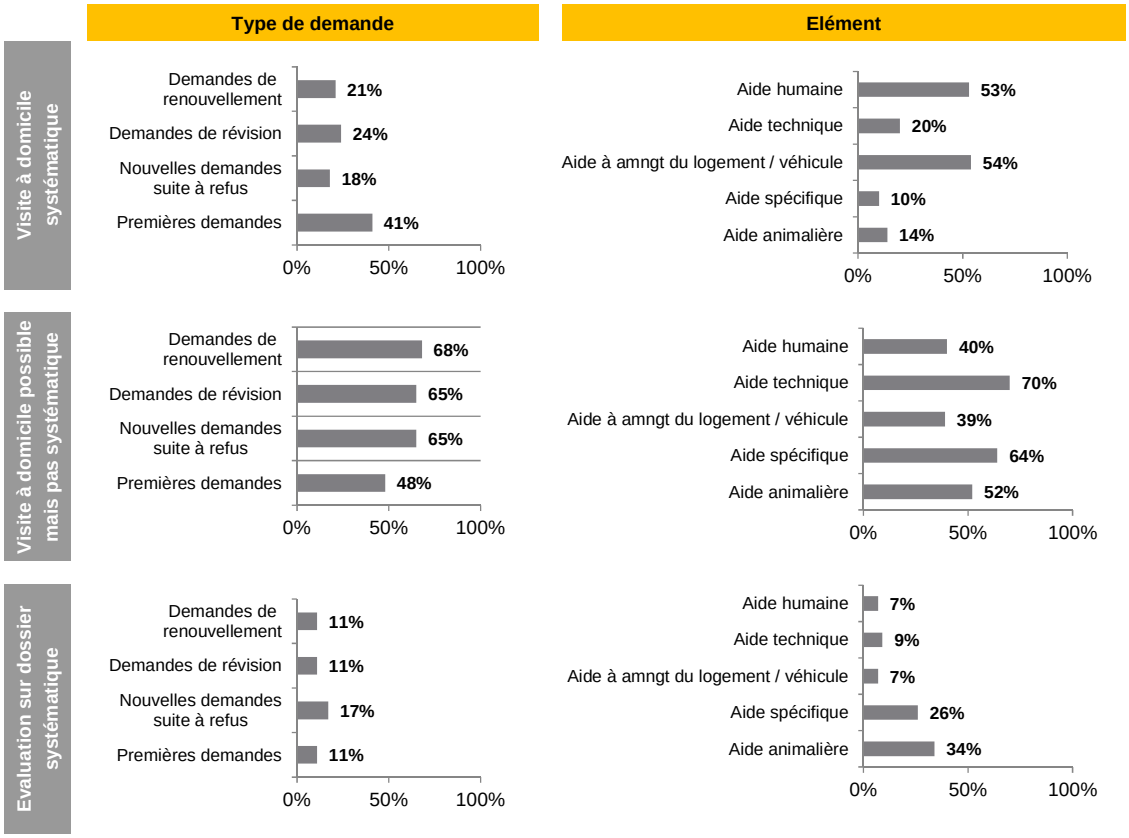
*Composition et fonctionnement de l'EP*

Conformément à la loi, la taille et la composition de l'EP restent des éléments de flexibilité de l'évaluation importants qui peuvent être amenées à varier, en fonction du type de demande de PCH, dans 73 % des MDPH. Les visites de terrain ont permis de confirmer le caractère protéiforme de l'EP entre les départements, mais également au sein des départements en fonction des disponibilités de chacun. De manière générale, on constate néanmoins que l'EP se structure autour d'un noyau dur composé d'un travailleur social et d'un professionnel médical. Le reste du périmètre varie en fonction des besoins identifiés ou des ressources disponibles. Enfin, et dans le respect des dispositions législatives, 95 % des MDPH ont désigné un coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire. Il peut avoir, selon les départements un profil médical (médecin…), soignant (infirmière, ergothérapeute…) ou social (coordonnateur administratif et social de l'évaluation…).

*Des modalités d'évaluation flexibles au sein des MDPH*

**Comparaison des modalités d'évaluation (visite à domicile possible, systématique, ou évaluation sur dossier) selon le type de demande et les éléments de la PCH**

*Lecture : 21 % des départements effectuent des visites à domicile systématiquement pour les demandes de renouvellement. 53 % des départements effectuent systématiquement des visites à domicile pour l'aide humaine.*




Source : questionnaire EY

On peut classer les pratiques d'évaluation des MPDH en 2 catégories : celles qui appliquent systématiquement un seul et unique mode d'évaluation (à domicile ou sur pièces), quel que soit le type de demande, et celles qui conservent une marge de flexibilité en considérant la visite comme possible, mais pas systématique. Dans cette dernière catégorie, cette flexibilité concerne principalement les demandes de renouvellement (68 %), les demandes de révision (65 %) et les nouvelles demandes suite à refus (65 %).

Tous départements confondus, pour les premières demandes, les modalités se répartissent entre 41 % de visites systématiques, 48 % de visites possibles, mais pas systématiques et 11 % d'évaluation systématique sur pièces. Dix départements déclarent quant à eux effectuer l'ensemble de leurs évaluations des premières demandes sur pièces, sans préciser toutefois s'ils recourent à une externalisation de l'évaluation.

Les éléments de PCH qui font le plus l'objet d'une évaluation sur dossier sont les aides animalières (26 % des départements évaluent ces éléments uniquement sur pièces) et les charges spécifiques ou aides exceptionnelles (26 %). *A contrario*, les demandes intégrant de l'aide humaine et de l'aide à l'aménagement du logement ou du véhicule sont évaluées systématiquement au domicile du demandeur, dans respectivement 53 et 54 % des départements.

Les visites sur site sont réalisées, dans la grande majorité des cas, par des travailleurs sociaux (91 % des départements) et des ergothérapeutes (85 %). Dans une moindre mesure, des MDPH organisent des visites réalisées par des infirmiers (44 %), ou des médecins généralistes (22 %).

**La sélection de la méthode d'évaluation (appelée souvent pré-évaluation) : un choix individuel ou collectif selon les départements**

L'analyse qualitative des processus adoptés au sein des MDPH a fait émerger deux types de pratiques de sélection de la méthode d'évaluation :

- Une approche « individuelle » : le choix de l'évaluation est réalisé par une seule personne (principalement un médecin généraliste), qui réalise l'évaluation médicale et choisit la démarche d'évaluation sociale (à domicile ou sur dossier) ;
- Une approche « collective » : le choix de l'évaluation est débattu et décidé collectivement dans le cadre d'une réunion d'équipe pluridisciplinaire en format simplifié, se réunissant régulièrement pour traiter au fil de l'eau les nouvelles demandes déposées.

*Un recours généralisé à des partenaires et prestataires, mais à des niveaux différents de l'évaluation*

73 % des départements font appel lors de l'étape d'évaluation à des prestataires, partenaires et expertises extérieurs à la MDPH, principalement des établissements sanitaires (50 départements), des services et établissements médico-sociaux (48 départements), des professionnels de santé (44 départements), mais également les services du conseil départemental (37 départements).

Le recours à une aide extérieure est mobilisé principalement pour les aides techniques (91 % des cas), l'aménagement du logement (90 %), l'aide humaine (73 %) et l'aménagement du véhicule (71 %). À titre de complément d'information, les visites de terrain et les échanges avec les équipes d'évaluation ont confirmé ce fort recours à des partenaires extérieurs pour les aides techniques et

l'aménagement du logement. Néanmoins, le recours à des partenaires pour l'évaluation du volet « aide humaine » d'une demande de PCH, même si elle est envisageable, reste relativement peu employé sur les territoires.

Ces conventions et modes de contractualisation sont pour la plupart anciens, datant des premières années de fonctionnement de la MDPH (entre 6 et 7 ans en moyenne). Ces partenariats s'accompagnent dans 72 % des départements par des actions de sensibilisation et de formation organisées par la MDPH, qui consistent principalement en des rencontres sur le thème de la PCH (50 %), en la diffusion de documents d'information (43 %) ou encore en des formations dédiées à la PCH (37 %). Néanmoins se pose la question de la régularité de ces formations, les visites de terrain mettant en évidence des pratiques hétérogènes en termes d'accompagnement et de formation des partenaires (cf. partie 3).

Si la majorité des départements utilise le GEVA et le guide d'appui à la cotation élaboré par la CNSA, 34 % des MDPH répondantes ont déclaré avoir développé des outils spécifiques permettant aux membres de l'EP, en charge de l'évaluation, de recueillir des compléments d'information, principalement sur l'évaluation du quotidien du handicap, des éléments complémentaires sur l'aide humaine/logement/technique et sur les éléments psychiatriques.

*Une étape de formalisation des PPC relativement homogène*

Le questionnaire met en évidence une certaine homogénéité dans l'élaboration du plan personnalisé de compensation ; 83 % des départements utilisant systématiquement des outils d'aide à la décision lors de cette étape. En particulier, 63 % des MDPH s'appuient sur guide d'aide à la décision pour l'attribution des aides techniques élaboré en décembre 2011 par la CNSA, et qui regroupe les principes et mécanismes à mettre en œuvre pour formuler des préconisations en matière d'aides techniques.

En termes de contenu, l'impératif légal de prise en compte de l'ensemble des besoins du demandeur (y compris les besoins hors PCH) n'est appliqué systématiquement que dans 31 % des départements. Dans 24 % des départements, les PPC se limitent strictement à un strict recensement des demandes formulées par le demandeur. Dans les départements restants, la répartition est variable et se fait au cas par cas.

*Des échanges avec le demandeur concentrés en aval de la formalisation du plan*

Les échanges avec le demandeur sont généralisés après la formalisation du plan avant d'être soumis à la décision de la CDAPH, que ce soit de manière systématique (84 %), ou lorsque le PPC ne répond pas (ou pas totalement) au besoin exprimé initialement par le demandeur (9 %).

En amont de la rédaction du PPC, seulement 29 % des MDPH échangent avec le demandeur. Ces échanges sont principalement réalisés par téléphone (dans 70 % des départements concernés) ou par entretien physique avec le rédacteur du PPC sur le lieu de vie du demandeur (58 %).

**Un échange complémentaire avec le demandeur qui répond à plusieurs objectifs**

Les visites de terrain ont montré que ces échanges souvent téléphoniques avec le demandeur visent deux principaux objectifs :

- Dans certains départements, un membre de l'équipe pluridisciplinaire peut contacter le demandeur pour présenter, voire peaufiner la proposition de PPC qui sera présentée en CDAPH ;
- Dans d'autres, il s'agit pour un des membres de l'équipe pluridisciplinaire de collecter des informations complémentaires nécessaires à la formalisation du plan, sans aborder le contenu du plan en lui-même.

*Des pratiques d'harmonisation des évaluations qui se sont généralisées en interne*

Des temps d'échange et d'harmonisation ont été mis en place dans 93 % des départements. Ces temps sont prévus, pour la plupart, de manière régulière, que ce soit trimestriellement (27 %) ou mensuellement (58 %). Ces temps d'échange restent majoritairement (55 %) internes, c'est-à-dire sans associer les prestataires, partenaires et experts extérieurs associés à la phase d'évaluation.

Plus spécifiquement, des temps de formation autour de l'utilisation des outils d'évaluation (GEVA ou autres) et autour de l'éligibilité ont été mis en place dans respectivement 88 %[1] et 85 % des départements.

En parallèle de ces moments d'harmonisation et d'échange, des mécanismes de contrôle des dossiers, visant à s'assurer du respect de la réglementation nationale et de l'éventuelle « doctrine locale » peuvent être mis en place, comme c'est le cas dans 43 % des MDPH. Ces mécanismes prennent la forme, pour la plupart, d'analyse de dossiers par certains membres de l'EP (médecin, travailleur social, ergothérapeute) dans 43 % des MDPH, par un professionnel spécifiquement dédié au sein de la MDPH (23 %) ou par une précommission intégrant des agents du conseil départemental en amont de la CDAPH (20 %).

**Quand elles existent, les précommissions intégrant des agents du conseil départemental n'ont pas vocation à jouer un rôle de régulation financière**

Les visites de terrain ont permis d'approfondir, dans les départements où elles ont été mises en place, le travail des précommissions auxquelles sont conviés des agents du conseil départemental. Le rôle est avant tout consultatif puisqu'elles agissent en amont de la CDAPH afin d'émettre un avis sur les PPC proposés, en concertation avec les autres représentants conviés (membres de la MDPH, représentants de l'État...). Le rôle de régulation financière n'est donc pas clairement explicité.

De manière plus générale, la sollicitation des agents du conseil départemental en amont de la CDAPH semble limitée. Il s'agit ainsi, comme certains interlocuteurs ont pu l'expliquer, de clairement différencier l'évaluateur du payeur.

[1] Source : questionnaire HCSP « enquête sur les pratiques d'évaluation des MDPH » données 2012

# Décision et notification de la décision

**Un cadre légal qui consacre la commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées comme responsable de la décision d'attribution**

Le CASF consacre la CDAPH comme l'organe décisionnaire clé sur la prestation de compensation du handicap, qui prend la décision d'attribution « *sur la base de l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, du plan de compensation proposé et du projet de vie exprimé par le demandeur* »[1]. D'autre part, le CASF définit également :

- **La composition de la CDAPH** : la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) comprend notamment « *des représentants du département, des services et des établissements publics de l'État, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves, et pour au moins un tiers de ces membres, des représentants des personnes handicapées et de leurs familles désignés par les associations représentatives, et un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées* ». Cette composition peut varier selon la tenue d'une réunion en formation plénière ou restreinte[2].

- **Les modalités de décision** : « *les décisions sont prises après vote des membres de la commission ou, le cas échéant, de la section locale ou de la section locale spécialisée* »[3]

- **Le contenu de la décision** : pour chacun des éléments de la PCH[4], la nature des dépenses (avec la répartition des heures selon le statut de l'aidant pour l'aide humaine), la durée d'attribution (fixée par décret selon les éléments[5]), le montant total attribué (sauf pour l'élément aide humaine), le montant mensuel attribué et les modalités de versement choisies par le bénéficiaire.

Au demeurant, la CDAPH est également appelée à jouer un rôle d'alerte en contactant le demandeur, 6 mois avant l'expiration de ses droits, afin de lui recommander de déposer une demande de renouvellement[6].

[1] CASF Art. L. 146-9
[2] CASF Art. L. 241-5
[3] Id.
[4] CASF Art. L. 245-31
[5] CASF Art. D. 245-33
[6] CASF Art. D. 245-35

**Des disparités organisationnelles qui concernent principalement la fréquence des réunions et le flux de projets présentés et abordés en CDAPH**

*Une fréquence de réunion des CDAPH particulièrement variable entre les départements*

Si la durée moyenne d'une CDAPH est, dans la plupart des départements, équivalente (74 % des départements organisent des CDAPH par demi-journée), la fréquence de réunion reste quant à elle particulièrement variable, entre des réunions mensuelles (22 %), bimensuelles (40 %), hebdomadaires (29 %), voire plurihebdomadaires (9 %) ;

*Un recours à des formations simplifiées de la CDAPH (en périmètre restreint) qui concerne principalement l'audition des demandeurs*

**Une formation simplifiée pour faciliter les échanges avec les demandeurs**

Les visites sur site ont permis de montrer que le recours aux formations simplifiées de la CDAPH concerne principalement les auditions des demandeurs. Ce format simplifié répond principalement à un objectif de mise en confiance du demandeur, et ainsi d'éviter un effet « grand jury » intimidant pour les usagers.

*Une tendance à adapter le flux des dossiers qui sont revus en CDAPH*

La CDAPH constitue un levier important dans la fluidification du processus en tant qu'instance décisionnaire. Ce rôle clé explique les diversités organisationnelles observées en termes de modalités de révision des dossiers, afin de répondre à cet effort de diminution du délai de traitement et de concentration des débats en CDAPH autour des demandes qui nécessitent un débat et une concertation approfondis.

Dans cet intérêt, deux leviers jouent principalement : le type de demandes à présenter et les modalités de présentation des différents éléments en CDAPH. Ainsi, tous les départements ne présentent pas l'ensemble des demandes. Seulement 35 % des MDPH ont fait le choix de présenter l'ensemble des demandes en CDAPH plénières.

Lorsque toutes les demandes ne sont pas présentées (passage sur liste), 25 % des départements présentent systématiquement les premières demandes. À l'inverse, seuls 4,9 % des départements ont fait le choix de présenter systématiquement les demandes de renouvellement.

À noter que dans 43 % des MDPH, les demandes considérées comme complexes ou avec des caractéristiques particulières sont systématiquement présentées en CDAPH plénière.

**Le choix d'étudier systématiquement les demandes « complexes » en CDAPH plénière**

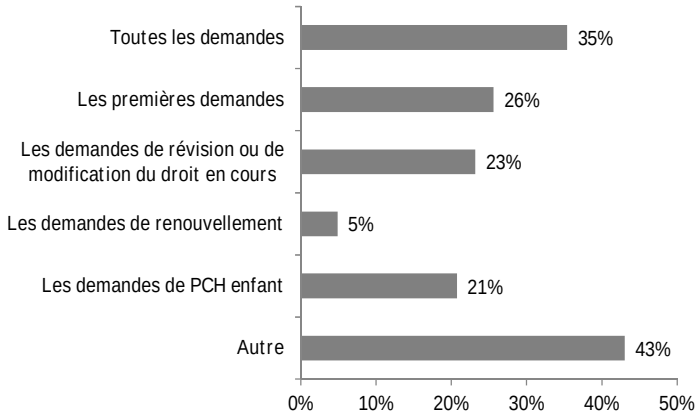
Les visites sur site ont permis de préciser les raisons expliquant le choix, pour 43 % des MDPH ayant répondu au questionnaire, de systématiquement présenter les demandes « complexes » ou avec des caractéristiques particulières (régularisations d'urgence, plans avec des montants d'aide élevés, remarques des demandeurs suite à l'envoi du PPC pour validation, demande atypique…) en CDAPH plénière – dans le cas où coexistent plusieurs configurations pour cette commission. Il s'agit notamment d'assurer une double revue du PPC proposé (par la CDAPH restreinte puis par la plénière) et, quand la demande est atypique, de valider la jurisprudence qui sera ensuite appliquée aux cas similaires.

D'autre part, les modalités de revue en CDAPH des différents éléments d'une même demande de PCH varient entre les départements, entre les MDPH qui présentent un dossier lorsque la totalité des informations nécessaires est réunie pour l'ensemble des éléments PCH (30 %) et celles qui analysent en CDAPH un dossier à partir du moment où l'ensemble des éléments nécessaires à la présentation d'au moins un élément de la PCH sont réunis (70 %).

Des choix variés de présentation de dossiers en CDAPH

*Réponses à la question, en % du nombre de départements « Quelles demandes de PCH sont systématiquement présentées en CDAPH plénière ? »*

Source : questionnaire HCSP




Si une analyse statistique plus poussée ne permet pas de conclure à l'existence d'un lien direct entre le nombre de demandes et la fréquence de réunion de la CDAPH[1], elle met en évidence un lien fort entre ce dernier indicateur et les valeurs extrêmes du nombre de demandes. Ainsi, 71 % des départements organisant une CDAPH plus d'une fois par semaine font partie des 25 % des départements avec le nombre de demandes le plus élevé et à l'inverse 68 % des MDPH organisant une CDAPH une fois par mois font partie des 50 % des MDPH avec le nombre de demandes le plus faible.

[1] Le test du Chi 2 ne permet pas de conclure à un lien direct entre ces deux variables.

*Une certaine régularité dans la composition de la CDAPH, malgré des différences dans les modalités d'animation et la répartition des rôles*

Si le « noyau dur » de la CDAPH est défini dans le cadre réglementaire (cf. ci-dessus), les MDPH ont la liberté de convier des membres complémentaires. Cette latitude fait apparaître, à ce titre, relativement peu de disparités entre les départements. Ainsi :

- 76 % des départements ne font pas intervenir d'agents chargés de la supervision juridique en CDAPH ;
- Un membre de l'EP est systématiquement présent en CDAPH dans 76 % des départements ;
- Un médecin de la MDPH est présent dans 70 % des départements.

Le dossier est quant à lui principalement présenté par le coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire (48 % des départements) ou directement par le référent du dossier (29 %).

*Un mode de notification de la décision auprès du demandeur harmonisé entre les départements*

Le retour vers le demandeur est en général immédiat ou quasi immédiat, avec 46 % des MDPH qui envoient le courrier de notification de la décision de la CDAPH dans les 2 semaines, et même 48 % directement dans la semaine. Ce courrier (postal ou mail) est automatiquement généré par le système informatique de la MDPH dans 72 % des départements. Les destinataires de cette notification sont, pour la totalité des MDPH, le demandeur ou ses représentants légaux (98 %), et pour la quasi-totalité (88 %), le conseil départemental.

*Des systèmes d'alerte des demandeurs en fin de période de validité des droits qui ne sont pas généralisés malgré l'impératif réglementaire*

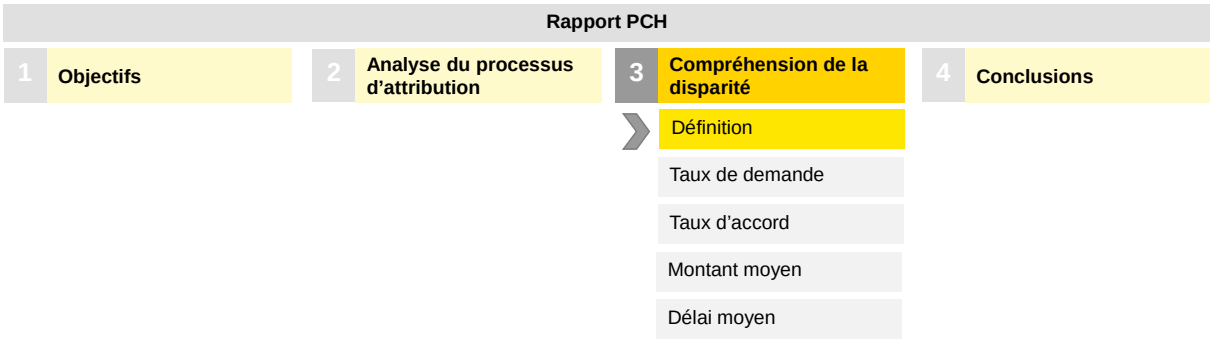
32 % des MDPH n'ont pas mis en place de système d'alerte des demandeurs, et ce **malgré les dispositions législatives**. Pour les départements ayant développé un tel dispositif, il s'agit principalement d'un courrier postal ou mail envoyé automatiquement (50 % des départements concernés) ou non (50 %). Par ailleurs, 4 % des MDPH proposent un système d'alerte plus approfondi et plus personnalisé via un appel téléphonique de la MPDH au demandeur. Cette alerte est déclenchée, pour la plus grande partie des départements, entre 3 et 6 mois avant l'expiration des droits (67 %).

* * * * * * * * * *

Cette étude comparée a ainsi permis de mettre en évidence **le champ large d'interprétations offert par le cadre réglementaire**, qui autorise une diversité des pratiques au sein des départements, et ce pour l'ensemble des étapes du processus d'attribution. Les marges d'interprétation offertes par le cadre législatif ont été bien saisies par les MDPH qui ont su bénéficier de cette souplesse pour modeler leur processus d'attribution en fonction des caractéristiques et des « doctrines » locales. Cette disparité organisationnelle nous ramène donc à la question centrale de notre étude : le **processus d'attribution mis en place au sein de chaque département a-t-il un lien sur les disparités observées entre les territoires au niveau de la demande de PCH, des taux d'accord, des délais de traitement de la demande et des montants moyens attribués ?** Au-delà de ces enjeux organisationnels, le contexte socio-économique du département joue-t-il également un rôle ?

La partie suivante propose ainsi une analyse « compréhensive » de la disparité, croisant pour chaque élément de disparité mentionné les résultats des analyses quantitatives et qualitatives.

# 3. Compréhension de la disparité




La « disparité », fil directeur de cette étude, se définit comme l'observation de variations importantes entre les territoires des indicateurs de suivi de l'attribution de la PCH (présentés ci-dessous), en termes de demande, d'accord, de délai de traitement et de montant moyen des plans de compensation attribués au titre de l'aide humaine.

La première partie du rapport a permis de dresser une cartographie des régularités et des marges de manœuvre dans le traitement des demandes de PCH. Cette vision, au-delà de l'intérêt en termes d'analyse des pratiques, constitue un premier élément de compréhension de la disparité, qui constitue le cœur de l'étude.

L'objectif de cette partie est donc de mettre en évidence des liens entre les niveaux de disparité observés entre les départements et les pratiques d'attribution de la PCH. Afin de prendre en compte les spécificités territoriales, l'exercice permettra également de faire le lien entre ces éléments de disparité et les caractéristiques sociales, économiques, démographiques et sanitaires des départements.

## 3.1. Présentation des 5 indicateurs de disparité

Cinq indicateurs ont été définis et construits avec la CNSA au démarrage de l'étude afin de quantifier la disparité entre les départements (appelés indicateurs de disparité dans la suite du rapport d'étude) : le taux de demande, le taux de première demande, le taux d'accord, le délai moyen de traitement de la demande et le montant moyen attribué au titre de l'aide humaine. Ces indicateurs ont été construits à partir des statistiques transmises par la CNSA. La note méthodologique en annexe du présent rapport détaille la construction de ces indicateurs.

| Indicateur | Définition | Source |
|---|---|---|
| **Taux de demande** | Quotient entre le nombre de demandes totales de PCH déposées et la population de 20 à 59 ans du département | *CNSA (2012[1])* |
| **Taux de première demande** | Quotient entre le nombre de premières demandes de PCH déposées et la population de 20 à 59 ans du département | *CNSA (2012)* |
| **Taux d'accord** | Quotient entre le nombre d'accord PCH et le nombre de décisions | *CNSA (2012)* |
| **Délai de traitement de la demande** | Nombre total de jours écoulés entre la date de recevabilité de la demande PCH et la date de la décision, pour toutes les décisions prises en 2012, divisé par le nombre de décisions prises par la CDAPH au cours de l'année, divisé par 30,4375 jours | *CNSA (2012)* |
| **Montant moyen attribué au titre de l'aide humaine** | Quotient entre le montant total PCH attribué au titre de l'aide humaine et le nombre d'accords de PCH au titre de l'élément aide humaine. | *CNSA (2012)* |

N. B. Les taux de première demande et de demande ont fait l'objet d'analyses quantitative et qualitative séparées. Néanmoins, au regard des très fortes proximités observées entre les facteurs de compréhension de ces indicateurs, EY a fait le choix de les présenter simultanément au sein d'une partie commune, les spécificités afférentes au taux de première demande étant le cas échéant précisées.

[1] Les indicateurs 2012 ont été choisis afin de disposer de données homogènes et consolidées au démarrage de l'étude à l'automne 2013.

## 3.2. Rappels méthodologiques

Les analyses quantitatives et qualitatives menées tout au long de l'étude ont été particulièrement riches en remontées d'informations. Tant l'analyse des questionnaires que les études de terrain ont permis d'identifier de nombreux facteurs de compréhension de la variation des indicateurs de disparité entre les départements. Deux questions principales se sont alors posées lors de la consolidation des données :

1. Comment sélectionner les facteurs de compréhension de la disparité les plus pertinents ?

2. Au regard de la diversité des sources et des outils statistiques utilisés, quelles sont les conditions d'interprétation de ces résultats ?

### 3.2.1. La sélection des facteurs de compréhension de la disparité pertinents

Les analyses quantitatives et qualitatives ont fait émerger de nombreuses proximités entre variables organisationnelles, contexte socio-économique et indicateurs de disparité. Le travail de sélection des facteurs les plus robustes et les plus pertinents repose donc sur trois objectifs :

- **Assurer la cohérence** entre les résultats quantitatifs et qualitatifs ;
- Identifier les **relations paradoxales**[1] parfois non pertinentes ;
- Présenter les **résultats consolidés** qui permettent de mieux comprendre la disparité.

Pour ce faire, le travail de compréhension s'organise, pour chaque indicateur de disparité, en trois étapes : (1) une présentation de l'ensemble des relations observées quantitativement et qualitativement, (2) l'analyse croisée de ces relations afin de les approfondir puis de sélectionner les plus pertinentes et (3) pour terminer la présentation synthétique des facteurs de compréhension de la disparité *in fine* retenus suite à l'analyse.

[1] L'analyse quantitative réalisée sur les 89 questionnaires a pour objectif de faire apparaître des proximités entre indicateurs (et non des liens de cause à effet directs) : ainsi certains résultats faisant difficilement sens d'un point de vue « métier » et logique doivent-ils être écartés.

Le tableau ci-après détaille ces trois étapes et leurs grilles de lecture respectives.

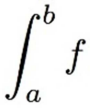
| Étape | Contenu | Lecture |
|---|---|---|
| **(1) Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées** | Liste brute de l'ensemble des relations observées entre variables organisationnelles, socio-économiques et l'indicateur de disparité concerné. | Liste exhaustive non triée détaillant la richesse des informations rapportées, reprenant l'ensemble des proximités observées en amont du travail de sélection. |
| **(2) Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents** | Le travail de sélection et d'analyse des relations présentées en étape 1 consiste en la caractérisation de la robustesse et de la pertinence de la relation observée de manière quantitative, et à son enrichissement ou non par des données observées sur le terrain ou auprès des bénéficiaires. | Le travail réalisé permet de valider et d'invalider les proximités entre variables observées en fonction de leur pertinence dans la compréhension de la disparité, en mobilisant une expertise métier complémentaire et en illustrant si nécessaire avec des observations du terrain. |
| **(3) Présentation synthétique des résultats** | Visualisation conclusive des facteurs de compréhension de la disparité. | Présentation des proximités à retenir pour la compréhension de la disparité, des sources de chacune de ces proximités (analyse quantitative sur les questionnaires d'enquête, modélisation économétrique pour les taux de demande et d'accord et étude de terrain auprès de l'échantillon représentatif de 15 MDPH) et des conditions d'interprétation associées. |

Pour l'étude des taux d'accord et des taux de demande[1], un travail complémentaire de modélisation économétrique a été réalisé, afin d'identifier de manière robuste des liens de cause à effet directs. Au regard de leur caractère explicatif, ces éléments seront présentés en début d'analyse pour les deux indicateurs de disparité concernés.

[1] Le cahier des charges de l'étude CNSA ne prévoyait une analyse de modélisation que sur ces deux indicateurs de disparité.

### 3.2.2. Conditions d'interprétation des résultats

Il est en effet impératif en conclusion, lors de la présentation synthétique des résultats définitifs, et au regard de la grande diversité des sources mobilisées, de préciser les sources de la relation observée, déterminante au regard de l'utilisation qui pourra être faire des résultats (*cf. tableau récapitulatif méthodologique ci-après*).

| Sources | Description | Conditions d'interprétation | Icône |
|---|---|---|---|
| **Analyse quantitative des questionnaires** | Relation statistique de proximité observée à l'échelle nationale, entre un niveau d'indicateur de disparité et une variable organisationnelle ou socio-économique | La relation mise en évidence est une proximité statistique et ne correspond pas à un facteur d'explication directe de cause à effet.<br><br>***Lecture :*** *les départements présentant cette caractéristique ont tendance à présenter une valeur élevée/faible de l'indicateur de disparité observé.* | |
| **Modélisation économétrique**[1] | Relation explicative, représentant un lien de cause à effet observé toutes choses égales par ailleurs au niveau national | Le lien souligné est un lien explicatif direct et déterministe.<br><br>***Lecture :*** *la caractéristique X est un facteur déterminant dans la variation de l'indicateur de disparité étudié.* |  |
| **Enquête qualitative** | Élément de compréhension observée lors des visites réalisées au sein d'un échantillon représentatif de 15 MDPH | Relation observée sur le terrain permettant d'enrichir une relation quantitative ou mettant en évidence un nouveau levier en dehors du champ du questionnaire. | |

**********

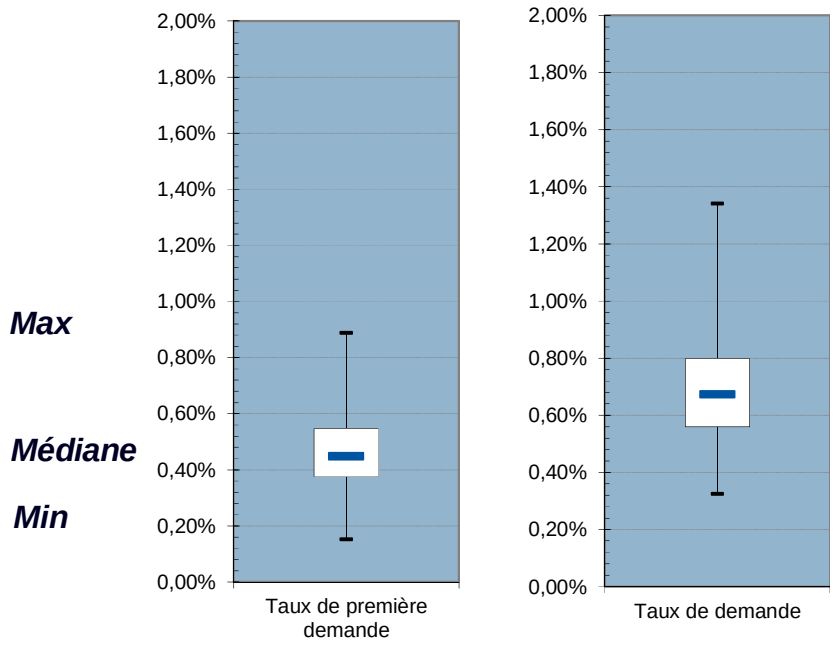
[1] Uniquement pour le taux d'accord et le taux de demande.

## 3.3. Analyse approfondie des taux de demande



### 3.3.1. Présentation des chiffres

Les diagrammes ci-dessous permettent de visualiser la variation des indicateurs de disparité « taux de demande » et « taux de première demande » sur l'année 2012.




*Lecture (pour le taux de première demande)* : les taux de premières demandes observées s'échelonnent entre 0,15 % et 0,88 %, autour d'une médiane de 0,45 % (barre bleue sur le graphique). 50 % des départements (quartiles 2 et 3) se situent dans une fourchette entre 0,38 et 0,55 % (boîte blanche).

Comme rappelé précédemment, l'analyse de la variation du taux de demande se décompose en deux étapes :

(1) La présentation des « liens forts », déterministes, issus du travail de modélisation économétrique ;

(2) La présentation des « proximités » entre variables organisationnelles, socio-économiques et un niveau faible, puis élevé, du taux de demande.

### 3.3.2. Analyse économétrique : les facteurs déterminants de la variation du taux de demande

L'analyse économétrique a consisté en la modélisation de la variation du taux de demande en fonction des variables socio-économiques et organisationnelles issues des questionnaires. Cette méthode a permis d'un côté d'identifier les variables explicatives du taux de demande et de l'autre de les hiérarchiser afin de souligner celles avec le plus de « poids » relatif.

Ainsi, cinq liens de causalité directs permettant d'expliquer un taux de demande faible[1] ont pu être identifiés et classés par ordre d'importance[2] :

1. **Une accessibilité téléphonique de la MPDH facilitée :**

L'accessibilité téléphonique de la MDPH, définie comme la mise en place d'un numéro de téléphone dédié à destination des demandeurs, mais également des professionnels, joue ainsi à la baisse sur le taux de demande dès lors qu'elle est effective. En effet, la possibilité de joindre à tout moment la MDPH par téléphone – et non de tomber sur une boîte vocale ou d'être confronté à la saturation de la ligne — permet une meilleure circulation de l'information auprès des usagers de manière directe, mais également indirecte via le relais d'information que peuvent jouer les différents partenaires (assistantes sociales du CD, CCAS, SAD…). Ceci diminue ainsi le nombre de demandes qui auraient pu être déposées suite à une mauvaise orientation du demandeur.

**L'accessibilité téléphonique, un enjeu qualitatif majeur**

Selon les bénéficiaires interrogés, l'accueil téléphonique de la MDPH doit leur permettre d'obtenir l'état d'avancement de leur dossier, d'être informés des démarches à suivre et documents à fournir (notamment s'agissant des demandes d'aides techniques), ou encore de mieux comprendre une réponse ou un courrier reçu de la part de la MDPH. Les demandeurs sont donc en attente d'un accueil approfondi de 2$^{d}$ niveau.
Or, les témoignages font état d'une vraie difficulté à joindre la MDPH : lignes téléphoniques saturées, plages horaires trop courtes et peu adaptées aux demandeurs notamment.
Dès lors, la question de l'accessibilité téléphonique de la MDPH se pose comme un véritable **enjeu de qualité pour le demandeur**, en lien avec la qualité de la demande déposée.

*« Pour obtenir quelque chose de concret, il faut appeler tous les deux jours pour que cela avance »*
*« On ne peut plus les contacter par téléphone, on tombe tout le temps sur le répondeur »*
*« On ne peut jamais les avoir par téléphone, ils sont tout le temps en ligne »*

[1] L'ensemble des liens présentés ci-dessus s'observe symétriquement pour un taux de demande fort.
[2] L'analyse a fait apparaître des variables explicatives en lien avec le taux de demande, mais étant difficilement explicables dans l'analyse, car correspondant aux étapes d'évaluation et de décision. Ces éléments (comme le lien entre le taux de demande et la présentation du dossier par le référent en CDAPH) ne sont donc pas mentionnés ici.

2. **L'absence de conventions avec des partenaires pour assurer un accueil de 2$^{d}$ niveau :**

L'absence de conventions avec des partenaires sur l'accueil de second niveau correspond à une internalisation de cette fonction au niveau de la MDPH. La mission d'accueil approfondi, clé dans l'orientation du demandeur et dans la première appréhension de ses besoins et de son projet de vie, permet une orientation efficace et un ciblage des demandeurs vers le bon guichet et, comme présenté, explique un taux de demande faible.

À l'inverse, la mise en place de conventions pour l'accueil de 2$^{d}$ niveau a tendance à augmenter le taux de demande : en effet, les visites de terrain ont montré que beaucoup de conventions entre MDPH et partenaires ne sont pas accompagnées de l'information et de la formation nécessaires des personnels mobilisés pour une orientation optimale des usagers. Ceci contribue alors à l'augmentation du nombre de demandes de PCH déposées auprès de la MDPH.

Ces éléments seront développés dans la partie relative à l'analyse des proximités.

3. **Un taux de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) faible :**

Le taux d'AAH apparaît comme un facteur explicatif du taux de demande de PCH. Si ce lien peut être à première vue contre-intuitif (la PCH et l'AAH n'ayant ni le même objet ni le même processus d'attribution), deux éléments de compréhension ont été identifiés pour comprendre ce lien :

- Les bénéficiaires de l'AAH sont déjà en contact avec la MDPH et disposent ainsi un accès facilité à l'information, et une meilleure connaissance du dispositif de PCH ;
- Sur un territoire donné, une plus forte proportion de bénéficiaires de l'AAH augmente statistiquement le nombre de personnes qui pourraient potentiellement déposer une demande de PCH[1].

Ces éléments seront développés dans la partie relative à l'analyse des proximités.

4. **Une organisation de l'accueil territorialisée :**

Une organisation territorialisée apparaît comme déterminante pour un taux de demande faible : en effet, elle implique une couverture du territoire des antennes de la MDPH pouvant assurer l'accueil (de premier et de second niveau) et diffuser au plus près du demandeur les informations sur la PCH. Ainsi, la mise en place d'une bonne couverture géographique par des antennes territorialisées de la MDPH, avec des agents convenablement formés et à même d'assurer une information du demandeur de bonne qualité contribue à la baisse du taux de demande.

5. **Un taux de chômage faible :**

L'analyse économétrique montre que le taux de chômage joue proportionnellement sur le taux de demande. Un département avec un taux de chômage faible sera confronté à un taux de demande relativement plus faible que la médiane nationale, et inversement : une hausse du taux de chômage conduit ainsi à une augmentation du nombre de demandes, et ce même si l'accès à la PCH est décorrélé de la situation professionnelle et des ressources des individus.

[1] DREES, *L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements*, dossiers Solidarité et Santé n° 49, décembre 2013

L'analyse économétrique met ainsi en évidence 5 relations de cause à effet permettant d'expliquer la variation du taux de demande. Elle montre par ailleurs que les variables organisationnelles ont une contribution plus importante que les variables socio-économiques dans l'explication du taux de demande, confirmant que cet indicateur (qui est un indicateur du flux de demandes auquel est confrontée la MDPH, et non de la prévalence du handicap ou du nombre de bénéficiaires de la PCH sur un territoire) est déterminé en grande partie par des facteurs organisationnels.

Si l'analyse économétrique a permis d'identifier des « liens forts » déterministes, une analyse des proximités permet d'affiner ces liens et d'identifier de nouveaux facteurs de compréhension de la variation des taux de demande, croisant analyse des questionnaires et retours des visites de terrain. Les deux parties suivantes, respectivement pour un taux de demande faible et un taux de demande fort, proposent des éléments de compréhension complémentaires.

### 3.3.3. Analyse des proximités : éléments de compréhension d'un taux de demande faible

***Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :***

L'analyse quantitative a permis de mettre en avant trois caractéristiques économiques et sanitaires partagées par les départements ayant un taux de demande faible… :

- Un taux de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) faible ;
- Un taux de chômage faible ;
- Un niveau de vie moyen faible ;

… ainsi que trois pratiques organisationnelles en lien avec un taux de demande faible[1] :

- La territorialisation de la fonction d'accueil ;
- La mise en place de conventions avec des partenaires pour assurer l'accueil de 2$^{d}$ niveau, sous certaines conditions ;
- L'absence d'une communication active sur la PCH (relation observée uniquement pour le taux de première demande).

D'autre part, les visites de terrain ont permis de distinguer trois facteurs organisationnels complémentaires :

- L'absence de conventions avec des partenaires pour assurer l'accueil de 2$^{d}$ niveau ;
- La mise en place de temps périodiques d'échanges et d'harmonisation des pratiques en termes d'accueil et d'information au sein de la MDPH ;
- L'adoption de pratiques de gestion spécifiques, notamment en matière d'enregistrement et traitement de la demande.

[1] Liste des éléments apparaissant en lien avec des taux de demande faibles selon l'analyse des questionnaires, classés par ordre logique (chronologie du processus d'attribution). **Cette liste n'est pas un classement des variables organisationnelles selon leur importance** dans la compréhension de la disparité de la demande.

**Une analyse des proximités qui vient appuyer les résultats de l'analyse économétrique**

Quatre des cinq liens identifiés grâce au travail de modélisation du taux de demande ont été confirmés par l'analyse des proximités :

- Un département avec un taux de bénéficiaires de l'AAH faible aura tendance à afficher un taux de demande moins élevé ;
- Un lien apparaît entre les départements avec un taux de chômage faible et ceux avec un taux de demande faible ;
- Il existe une relation entre une organisation territorialisée de l'accueil et un taux de demande faible ;
- L'absence de conventions avec des partenaires pour assurer un accueil de 2d niveau est liée à un taux de demande moins élevé.

***Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :***

*Un département avec un taux de bénéficiaires de l'AAH faible aura tendance à afficher un taux de demande moins élevé*

L'analyse des questionnaires a révélé un lien entre un taux de bénéficiaires de l'AAH faible et un taux de demande faible. De façon symétrique, on observe une relation entre taux de bénéficiaire de l'AAH élevé et taux de demande de PCH élevé. Ces résultats viennent appuyer celui mis en exergue par l'analyse économétrique, et seront développés dans la partie relative au taux de demande élevé.

*Un lien entre taux de chômage faible et taux de demande faible qui n'a pas pu être vérifié sur site*

**La relation entre taux de chômage et de demande faibles n'a pas pu être vérifiée sur site**

Les visites sur site n'ont pas permis d'apporter des éléments de compréhension de ce résultat, et aucune recherche complémentaire n'a permis d'approfondir ce lien.

*Un lien entre niveau de vie et taux de demande faible, qui a pu être testé sur site, mais qui ne reste ni confirmé ni infirmé*

**Un lien entre niveau de vie et taux de demande faibles ni confirmé ni infirmé par les visites de terrain**

Les visites sur site n'ont pas permis d'apporter des éléments de compréhension de ce résultat, et aucune recherche complémentaire n'a permis d'approfondir ce lien. Face au manque de matière pour qualifier cette relation, nous avons choisi de ne pas la retenir comme pertinente pour la compréhension du taux de demande.

**Un niveau de vie médian élevé peut impliquer un recours plus faible à la PCH pour les petites dépendances**

Les visites sur site ont en revanche permis de mettre en exergue un lien entre niveau de vie médian élevé et taux de demande faible : les retours d'expérience des équipes pluridisciplinaires rencontrées ont ainsi souligné la tendance à un moindre recours des foyers aisés à la PCH pour les « petites dépendances » à la PCH. Les personnes concernées préfèrent souvent recourir à l'autofinancement, à la solidarité familiale ou à la densité de leur entourage plutôt qu'à l'aide institutionnelle lorsque les besoins de la personne dépendante restent faible.

*La territorialisation de la fonction accueil permet un accompagnement en amont du demandeur et favorise ainsi la bonne orientation de sa demande si les agents sont convenablement formés*

L'analyse quantitative (comme précédemment l'analyse économétrique) a mis en évidence l'impact déterminant joué par la territorialisation de la fonction accueil sur le taux de demande. En effet, l'articulation entre la présence de représentations territorialisées (sous la forme d'antennes ou de permanences de la MDPH ou de ses partenaires) favorise des taux de demande faibles. Cette relation s'explique par la qualité de la fonction d'accueil : les points de réception au sein des territoires des départements concernés proposent ainsi quasi systématiquement un accueil de 2$^{d}$ niveau, favorisant l'orientation précoce des demandeurs potentiels vers les prestations les plus adaptées à leurs besoins.

**La territorialisation, gage de proximité avec le demandeur**

La territorialisation de l'accueil, en particulier de l'accueil de 2$^{d}$ niveau, est particulièrement appréciée par les demandeurs dès lors que les agents décentralisés sont en mesure de répondre à leurs interrogations.

*« Le fait d'avoir un correspondant décentralisé c'est bien. Les agents de proximité c'est important, c'est l'intermédiaire entre les instances et le demandeur. »*

*La mise en place de conventions avec des partenaires pour assurer l'accueil de 2d niveau, à condition qu'ils soient formés, est en lien avec un taux de demande faible.*

Cet effet est renforcé lorsque des conventions ont été mises en place pour assurer, au-delà de l'accueil « de base », un accueil plus approfondi, de 2$^{d}$ niveau, **à la condition que ces partenaires soient formés et accompagnés par la MDPH.**

**La formation des partenaires joue un rôle clé dans le filtrage de la demande**

Les visites de terrain ont par ailleurs montré que la qualité de l'accueil réalisé par les partenaires (sur le premier et le second niveau), et ainsi le lien avec les taux de demande repose plus sur la formation et la sensibilisation poussées des partenaires que sur le conventionnement en lui-même. Ces formations concernent principalement les critères d'éligibilité à la PCH et les modalités d'attribution (via des réunions d'information régulières, des formations sur site ou à la MDPH, des échanges et des retours d'expérience réguliers sur des cas d'intérêt) et permettent de limiter l'entrée dans le processus de demandes non recevables.

*Les conventions avec des partenaires pour l'accueil de second niveau*

Les conventions avec des partenaires sur l'accueil de second niveau permettent de multiplier sur le territoire les points de conseil et d'accompagnement approfondi du demandeur au sein d'un département, ce qui constitue une barrière au dépôt de certaines demandes qui pourraient être déposées « pour voir » ou qui seraient strictement non éligible[1]. Professionnalisé chez les partenaires, l'accueil de 2d niveau est à même d'orienter, ou de réorienter, les demandeurs vers les prestations et/ou institutions pertinentes au regard de leurs besoins et de leurs souhaits.

**Bonne pratique : la professionnalisation de l'accueil de 2d niveau**

Une MDPH a mis en place une démarche de professionnalisation et de montée en gamme de l'accueil de second niveau via l'organisation de formations dédiées, conçues et animées par la cellule « Développement de partenariats locaux » de la MDPH.

Les thèmes couverts par ces formations portent principalement sur les aspects réglementaires de la PCH et sur les règles d'attribution (sorte de doctrine locale) définies à travers l'analyse des décisions de la CDAPH.

*L'internalisation de la fonction d'accueil de 2d niveau est en lien avec un taux de demande faible*

Comme développé dans le paragraphe précédent, le recours à des partenaires pour l'accueil de 2d niveau doit nécessairement être accompagné d'une formation adéquate des personnels dédiés, sans laquelle le lien avec un faible taux de demande n'est pas valable. Aussi certaines MDPH ont-elles décidé de ne pas signer de conventions, et de garder en propre la mission d'accueil approfondie du demandeur, soit au sein de la MDPH, soit au sein de ses antennes et/ou lors de ses permanences. Cette disposition facilite la revue qualitative – et le cas échéant son ajustement – du dispositif d'accueil, systématiquement assuré par des agents de la MDPH. Ces derniers sont alors à même de limiter le dépôt de demandes « pour voir » ou injustifiées – le taux de demande s'en trouvent donc impacté.

*Les départements ne communiquant pas auprès du grand public sur la PCH ont tendance à présenter un taux de première demande plus faible*

Si les pratiques de communication à destination du grand public ne sont pas en lien avec le taux de demande, les questionnaires ont fait apparaître une proximité entre les départements n'ayant mis en place aucune communication institutionnelle et un taux de première demande faible. La communication a donc un lien avec le processus de primo-dépôt. Les visites de terrain ont confirmé cette relation : ainsi, au sein de départements peu sensibilisés aux prestations handicap, l'absence de supports d'information (papier ou web) et de points d'information sur le territoire apparaît comme un facteur de compréhension d'un taux de première demande faible.

[1] Voir *Glossaire*

*Un effort d'harmonisation des pratiques au niveau de l'accueil et de l'information au sein de la MDPH, qui est lié à un taux de demande faible*

Ce lien mis en évidence par les visites sur site met l'accent sur l'importance des temps d'échange et de formation au sein des MDPH sur les sujets-clés du processus d'attribution de la PCH (critères d'éligibilité, processus d'instruction, pièces nécessaires au dépôt et à l'évaluation…). Si ces temps d'échange permettent de gagner en efficacité en interne en faisant monter les agents en compétences, ils sont également susceptibles d'harmoniser le discours des agents vis-à-vis des demandeurs et des bénéficiaires potentiels. Les temps de formation en interne reflètent ainsi les liens précédemment décrits entre la formation des partenaires et un taux de demande faible et entre l'internalisation de la fonction d'accueil de 2$^{d}$ niveau et un taux de demande faible.

*L'adoption de pratiques de gestion spécifiques, notamment en matière d'enregistrement et de traitement de la demande, peut artificiellement jouer à la baisse sur le taux de demande*

**Les pratiques administratives locales comme facteurs de variation du taux de demande**

Les pratiques administratives locales apparaissent comme importantes à trois niveaux :

- Au niveau de l'enregistrement, certaines MDPH ayant pour politique de ne pas enregistrer l'ensemble des demandes déposées (en filtrant ainsi les demandes considérées comme étant injustifiées) ;
- En mettant en place une procédure de renvoi systématique au demandeur des dossiers identifiés comme étant non-recevables), contribuant ainsi au découragement de l'usager qui pourra, par la suite, ne pas renouveler sa demande ;
- La période d'ouverture des droits semble également jouer un rôle : ainsi, les départements ayant pris le parti de définir des périodes d'attribution de la PCH relativement longues seront mécaniquement confrontés à des demandes de renouvellements moins fréquentes.

### 3.3.4. Analyse des proximités : éléments de compréhension d'un taux de demande élevé

***Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :***

L'analyse quantitative du questionnaire a permis d'identifier des corrélations entre un taux de demande élevé et les variables suivantes :

- Un taux d'AAH élevé ;
- Un taux de chômage fort ;
- Un niveau de vie élevé pour le taux de demande et un niveau de vie faible pour le taux de première demande ;
- L'absence de territorialisation de la fonction d'accueil ;

- Le conventionnement avec des partenaires pour assurer l'accueil de 2$^{d}$ niveau ;

- L'absence de temps d'harmonisation périodiques au sein de la MDPH.

Par ailleurs les visites sur site ont permis d'enrichir cette analyse en mettant en évidence deux pratiques liées à un taux de demande élevé :

- Une communication active (au sein des départements avec une population peu sensibilisés aux politiques du handicap ;

- Un réseau de partenaires important et dynamique.

À l'exception du point lié au niveau de vie, les éléments présentés ci-dessus apparaissent ainsi en lien étroit avec les résultats de l'analyse quantitative réalisée pour le taux de demande faible, corroborant, en miroir, les axes de compréhension identifiés pour un taux de demande faible.

***Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :***

*Un département avec une proportion de bénéficiaires de l'AAH élevée aura tendance à afficher un taux de demande plus élevé*

L'analyse des questionnaires a révélé un lien entre un taux de bénéficiaires de l'AAH fort et un taux de demande fort. Ce résultat, symétrique à celui observé pour un taux de demande faible, vient appuyer celui mis en exergue par l'analyse économétrique. Plusieurs éléments viennent étayer cette relation, *a priori* contre-intuitive :

- En effet, bien que toutes les deux destinées aux personnes handicapées, la PCH et l'AAH n'ont pas les mêmes périmètres, ne suivent pas le même processus d'attribution, ne sont pas versées par les mêmes organismes. Cependant, une étude approfondie de ces deux prestations montre qu'elles sont plutôt complémentaires que substituables : quand l'une garantit un minimum des ressources financières à la personne handicapée (AAH), l'autre prend en charge ses dépenses liées au handicap (PCH, en nature). Dès lors, le lien entre taux de bénéficiaires de l'AAH et taux de demande de PCH trouve son sens. Cette relation peut également mieux se comprendre lorsque l'on considère l'absence de règles de non-cumul qui auraient pu limiter les demandes de PCH de la part d'allocataires effectifs de l'AAH ;

- Les entretiens auprès des bénéficiaires de la PCH ont montré que la connaissance de la PCH par les demandeurs était systématiquement précédée par leur connaissance de la MPDH. Or, les bénéficiaires de l'AAH étant déjà en contact avec la MPDH – qui a pour mission de traiter les demandes d'AAH – disposent d'un accès facilité à l'information sur les dispositifs existants à destination des personnes handicapées, et en particulier de la PCH ;

- Enfin, l'étude de la DREES[1] sur l'AAH met en évidence le lien entre taux de prévalence de l'AAH (qui mesure le rapport entre le nombre d'allocataires et la population de 20 à 59 ans en âge de toucher l'allocation) et prévalence du handicap. Dès lors, sur un territoire donné, une plus forte proportion de bénéficiaires de l'AAH augmente statistiquement le nombre de personnes qui pourraient potentiellement déposer une demande de PCH[2].

- Cette même étude[3] montre une corrélation forte au sein d'un département entre nombre de bénéficiaires de l'AAH et nombre de bénéficiaires de la PCH, même s'il n'y a pas de lien automatique de l'AAH vers la PCH.

**Être bénéficiaire de l'AAH ou de l'AEEH facilite l'accès à la connaissance de la PCH**

Les différents témoignages recueillis auprès des bénéficiaires montrent que la connaissance de la PCH par le demandeur est souvent indirecte : elle passe par un tiers, ou par un autre dispositif. Ainsi, certains bénéficiaires auditionnés expliquent que c'est lors d'un renouvellement de leur demande d'AEEH ou d'AAH – prestations également gérées par la MDPH – qu'ils ont eu connaissance de la PCH. Dès lors, le lien entre forte proportion de bénéficiaires de l'AAH et taux de demande de PCH élevé trouve son sens.

*« C'est lors d'un renouvellement AEEH qu'une dame de la MPDH m'a dit que j'avais le droit à autre chose. »*

*Une population avec un taux de chômage élevé aura tendance à recourir de manière accrue à la PCH*

L'analyse des questionnaires confirme ce qui a été observé via la modélisation économétrique et l'analyse des facteurs en lien avec un taux de demande faible (voir parties précédentes).

*Un lien entre niveau de vie et taux de demande qui reste difficile à expliquer*

**Une proximité paradoxale entre les indicateurs de demande et le niveau de vie d'une population**

L'analyse quantitative a mis en évidence deux proximités quant au niveau de vie, entre d'un côté un niveau de vie élevé et un taux de demande fort et de l'autre entre un niveau de vie élevé et un taux de première demande faible. Les visites de terrain n'ont pas permis d'expliciter ces relations, dans un sens comme dans l'autre, le niveau de vie moyen d'un département d'apparaissant pas comme une variable clé permettant de comprendre la disparité de la demande à la différence d'autres indicateurs socio-économiques (comme le taux de chômage). Nous ne retenons donc pas le niveau de vie comme facteur de compréhension d'un taux de demande élevé.

[1] DREES, *L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements*, Dossiers Solidarité et Santé n° 49, décembre 2013

[2] DREES, *L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements*, Dossiers Solidarité et Santé n° 49, décembre 2013

[3] Id.

*Une organisation centralisée de l'accueil en lien avec un niveau élevé de demandes*

L'analyse quantitative fait apparaître une relation inverse entre la territorialisation de l'accueil et le taux de demande. Ainsi, si la territorialisation apparaît comme en lien fort avec des taux de demande faibles, l'absence de territorialisation est quant à elle significativement liée avec un taux de demande élevé. Ce mécanisme s'observe par ailleurs sur le terrain puisque la diminution du nombre de « points de contact » sur le territoire (en général, lors d'une territorialisation de l'accueil, avec des agents convenablement formés sur la PCH) entraîne un afflux plus important du nombre de demandes vers la MDPH « centre ».

*Le rôle des partenariats pour l'accueil de 2$^{d}$ niveau : une absence de formation des personnels dédiés en lien avec un taux de demande élevé*

**Un enjeu de formation des partenaires**

Les visites de terrain ont permis d'étayer le lien mis en évidence par l'analyse quantitative entre la mise en place de conventions avec des partenaires pour l'accueil de second niveau et un taux de demande faible, et ont ainsi permis de mieux comprendre cette relation. En effet, ce n'est pas dans le conventionnement en lui-même que doit être cherché le lien sur la demande, mais sur l'accompagnement de ce conventionnement. Ainsi, si une convention n'est pas suivie de formations du partenaire sur les modalités d'accueil des demandeurs, les partenaires peuvent avoir des difficultés à bien orienter les demandeurs vers les prestations pertinentes, entraînant ainsi une hausse des demandes déposées (souvent non pertinentes).

**Les organismes tiers jouent un rôle d'orientation des demandeurs**

60 % des bénéficiaires rencontrés ont déclaré avoir pris connaissance de la PCH (et plus largement de la MDPH) par un organisme tiers, que ce soient les hôpitaux, les associations de malades, Pôle emploi, l'employeur…

Au-delà de ce rôle d'orientation, certains de ces organismes peuvent également jouer un rôle de primo-accompagnement : il n'est pas rare que des bénévoles d'associations liées au handicap puissent aider le demandeur dans la constitution du dossier, mais également pour répondre à ses questions lors de l'échange de courriers avec la MDPH. Ces caractéristiques soulignent l'importance de la formation et de l'information et de la formation des partenaires.

*L'absence de temps d'harmonisation des pratiques en interne, notamment en termes d'accueil et d'information, est liée à un taux de demande élevé*

L'absence de pratiques d'échange et de formations en interne liées au processus d'attribution de la PCH au sein d'une MDPH impacte de manière positive le taux de demande. L'élément d'explication sous-jacent est identique à celui décrit précédemment à propos des conventions avec les partenaires, c'est-à-dire la capacité à orienter les demandeurs vers les prestations les plus pertinentes. En l'absence de ces temps de formation et d'harmonisation en interne, permettant la diffusion d'une information claire et partagée sur le processus d'attribution de la PCH (critères d'éligibilité, processus d'instruction, pièces nécessaires au dépôt et à l'évaluation…), un nombre plus important de demandes – en particulier de demandes « pourvoir » ou injustifiées – aura tendance à être reçu par les agents chargés de l'accueil.

*Une communication active peut impacter le taux de demande au sein de départements où la population reste peu sensibilisée aux prestations handicap*

**Un effet déclencheur des pratiques de communication pour les départements n'ayant pas diffusé d'informations par le passé**

Contrairement aux premiers résultats de l'analyse des questionnaires qui faisaient apparaître la communication comme liée uniquement à un taux de demande faible (en cas d'absence de communication), les visites sur site ont permis de mettre en évidence une relation entre des pratiques de communication volontaristes et un taux de demande élevé. Ainsi, la mise en place d'une communication active (fiches pratiques, colloques…) a pu avoir un effet important sur le taux de première demande en particulier au sein des départements visités au sein desquels un nombre relativement faible d'actions de communication sur les prestations à destination des personnes handicapées avaient été mises en œuvre par le passé.

*Le réseau de partenaires permet de mobiliser un nombre plus important de demandeurs potentiels*

**Le maillage associatif départemental peut avoir un effet « déclencheur » de la demande**

Les visites de terrain ont souligné la proximité entre un maillage fin et intégral du département par des partenaires de la MDPH et un taux de demande élevé. Ces partenaires, principalement des associations, sont ainsi susceptibles de déclencher des demandes de PCH dès le repérage d'un bénéficiaire potentiel.

**Les partenaires locaux, portes d'entrée dans le dispositif PCH**

Comme déjà évoqué, la connaissance de la PCH par le demandeur est souvent indirecte. Quand il ne bénéficie pas d'une aide délivrée par la MDPH – et donc d'un accès facilité à la connaissance sur la PCH – le demandeur peut être orienté vers ce dispositif par des tiers. Le rôle du maillage associatif et du réseau des partenaires locaux est alors fondamental dans l'information du demandeur (mise à disposition de la plaquette de la MDPH, transmission de ses coordonnées, information relative à l'existence de la PCH…) puis dans la formulation et le dépôt des demandes de PCH (mise à disposition du formulaire, accompagnement à la rédaction du dossier…)

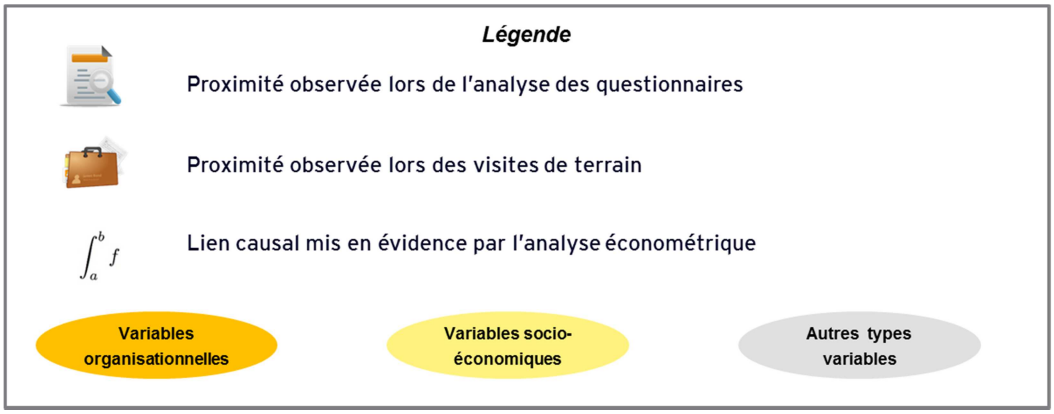
*« Heureusement que l'assistante sociale du CAMSP nous a dit que notre fille était en invalidité à 80 % sinon on n'aurait rien eu »*

*« Le CH nous a donné une brochure sur les coordonnées et une explication de ce qu'est la MDPH »*

*« C'est l'infirmier qui venait me faire mes injections qui m'en a parlé et m'a dit que j'y avais droit »*

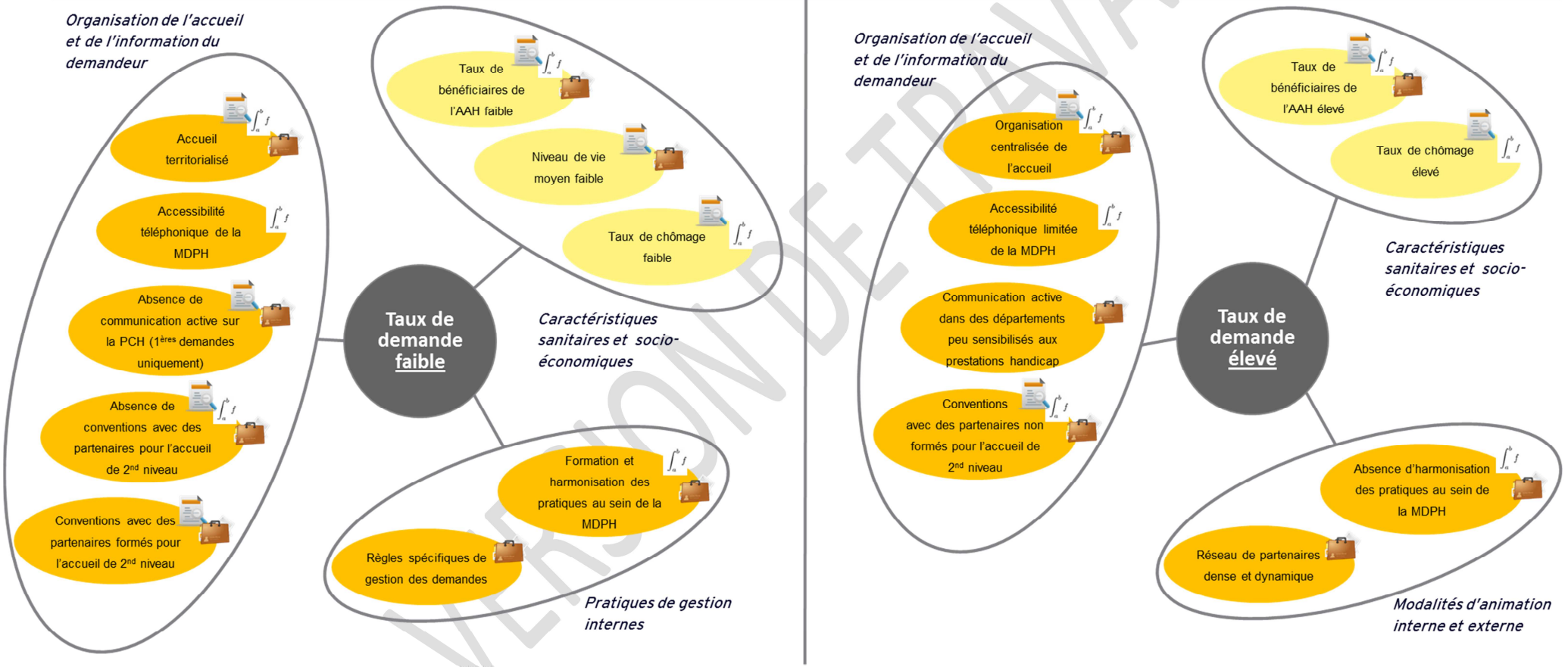
*« C'est avec l'aide de la bénévole qui est venue chez moi, c'est elle qui m'a dit qu'il fallait faire un dossier à la MDPH »*

### 3.3.5. Présentation synthétique des résultats



## Représentation conclusive des facteurs de compréhension du taux de demande

*NB : Ces caractéristiques représentent des proximités observées via l'analyse quantitative et lors des visites de terrain et ne constituent pas de liens de cause à effet, sauf lorsqu'il s'agit de variables identifiées lors de l'analyse économétrique. Les variables identifiées ne doivent pas nécessairement être cumulées.*



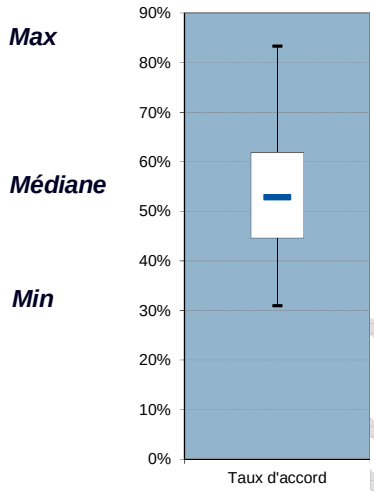

VERSION DE TRAVAIL

## 3.4. Analyse approfondie du taux d'accord



### 3.4.1. Présentation des chiffres

Le diagramme ci-dessous représente la dispersion des différentes valeurs du taux d'accord entre les départements en 2012. Si la moitié des départements se concentrent autour d'un noyau dur à 53 % d'accord et situé dans une fourchette comprise entre 44 et 62 %, le diagramme montre également un fort étalement des taux d'accord, entre les deux valeurs extrêmes de 31 et de 83 %.




L'analyse des questionnaires, complétée par les visites sur site et l'analyse économétrique, a ainsi pour objectif d'identifier les déterminants de cette disparité en isolant les variables organisationnelles et socio-économiques permettant de comprendre une telle variation du taux d'accord entre les départements.

L'analyse de la variation du taux d'accord se décompose en deux étapes :

- La présentation des « liens forts », déterministes, issus du travail de modélisation économétrique ;
- La présentation des « proximités » entre variables organisationnelles, socio-économiques et un niveau faible, puis élevé du taux d'accord.

VERSION DE TRAVAIL

### 3.4.2. L'analyse économétrique : les facteurs déterminants de la variation du taux d'accord

À l'instar du taux de demande, l'analyse du taux d'accord comportait une analyse complémentaire afin d'identifier et de hiérarchiser les facteurs explicatifs de la variation du taux d'accord.

Cette analyse a permis d'identifier 6 variables socio-économiques et organisationnelles permettant d'expliquer la disparité du taux d'accord (pour un taux d'accord faible)[1] :

1. **La mise en place de conventions avec des partenaires pour l'accueil de 2$^{d}$ niveau :**

La mise en place de conventions avec des partenaires pour assurer un accueil de 2$^{d}$ niveau a pour conséquence une augmentation des dépôts de demandes injustifiées – et donc au final rejetées en CDAPH – si la convention n'a pas été systématiquement accompagnée d'une formation spécifique à la PCH et aux critères de recevabilité et d'éligibilité afférents. Parce qu'il n'oriente pas le demandeur vers la prestation qui correspond le plus à ses besoins, cet accueil de 2d niveau assuré par des partenaires conventionnés ne joue ainsi pas le rôle de « filtre ».

2. **La mise en place de circuits accélérés de présentation en CDAPH (présentation élément par élément de manière régulière) :**

Les circuits accélérés de présentation en CDAPH correspondent à l'organisation fréquente de CDAPH (au moins une fois par semaine) et au passage en CDAPH d'une demande dès que l'ensemble des informations nécessaires à l'étude en CDAPH d'un élément sont rassemblées. Le lien mis en évidence est plus compréhensible lorsque l'on prend en compte le 5$^{e}$ point : le lien entre taux d'accord faible et nombre de demandes élevé. En effet, les MDPH confrontées à un nombre de demandes élevé mettent le plus souvent en place des circuits accélérés de présentation en CDAPH.

3. **L'organisation non systématique de visites à domicile :**

L'étude économétrique montre que la réalisation systématique de visites à domicile pour l'évaluation des besoins du demandeur impacte à la hausse le taux d'accord. Inversement, le fait de ne pas réaliser systématiquement ces visites joue à la baisse sur le taux d'accord. En effet, les EP ne réalisant pas de visite à domicile prennent le risque de réaliser une évaluation partielle des besoins et de la situation du demandeur. En découle une proposition de PPC inadaptée ou partielle, susceptible d'être refusée par le demandeur et dont l'examen en CDAPH aboutit alors à un rejet.

[1] La liste ci-dessous présente les liens de cause à effet issus de l'analyse économétrique par poids relatif. Nous avons fait le choix de ne pas faire apparaître certains liens identifiés par l'analyse qui ne présentent aucun lien logique avec le processus d'attribution ou le type et la qualité de la demande qui passe en CDAPH (comme le lien entre un taux d'ALD élevé et un taux d'accord faible).

**De l'importance de la visite à domicile pour le demandeur**

Les différents témoignages recueillis auprès des bénéficiaires montrent qu'ils accordent beaucoup d'importance à la venue à domicile de l'EP. En effet, le déplacement des professionnels permet au demandeur de partager et d'exposer clairement sa situation et ses besoins. Au contraire, les cas où l'EP ne s'est pas déplacée à domicile sont vécus comme un désintérêt de la part de la MDPH envers le demandeur, ce dernier ayant par ailleurs la suspicion d'une mauvaise compréhension de sa situation de la part des évaluateurs.

*« C'est important que l'évaluatrice vienne et rencontre l'enfant (…) »*

4. **Un taux de chômage élevé :**

Le taux de chômage joue selon l'exercice de modélisation à la hausse sur le taux d'accord : ce lien a priori contre-intuitif s'explique par la relation mise en évidence précédemment entre taux de chômage et taux de demande. L'analyse économétrique a en effet montré qu'un taux de chômage plus important contribue à une augmentation du taux de demande. Cette augmentation du taux de demande peut entraîner une augmentation de demandes injustifiées qui sont rejetées en CDAPH expliquant ainsi l'impact à la baisse sur le taux d'accord.

5. **Un nombre de demandes élevé :**

L'analyse économétrique permet de mettre en évidence un lien direct entre le nombre de demandes et le taux d'accord. Un nombre de demandes importantes impacte ainsi à la baisse le taux d'accord. Plus qu'un effet volume, cette relation pose la question de la qualité de la demande : en effet, les visites de terrain ont montré que les MDPH connaissant cet effet volume sont surtout confrontées à un nombre important de demandes injustifiées (suite à une mauvaise orientation des demandeurs), expliquant ainsi le taux d'accord faible.

6. **La prise en compte par le PPC de l'ensemble des besoins du demandeur y compris les besoins hors PCH et hors CDAPH** :

Le contenu du plan joue donc directement sur le taux d'accord :

- La présentation des plans détaillant l'ensemble des besoins du demandeur (y compris hors PCH et hors CDAPH) joue à la baisse sur le taux d'accord ;
- Inversement, la présentation en CDAPH des plans prenant la forme d'une simple notification des besoins exprimés par le demandeur joue à la hausse sur le taux d'accord.

Cette relation montre ainsi, d'après l'analyse économétrique, que la CDAPH accorde une PCH plus facilement lorsque l'objet du PPC est clairement délimité sur le besoin exprimé sur le demandeur plutôt que par une évaluation plus globale prenant en compte la totalité des besoins du demandeur (ce qui correspond pourtant à la démarche d'évaluation de la PCH).

L'analyse économétrique permet en conclusion de tirer trois principaux enseignements :

- Les variables organisationnelles contribuent le plus à l'explication de la variation du taux d'accord ;
- Les variables socio-économiques et quantitatives identifiées par l'analyse sont toutes en lien avec le nombre de demandes, qui joue à la baisse sur le taux d'accord ;
- Plus qu'un effet « volume », le lien entre nombre de demandes et taux d'accord s'explique plus par la qualité des demandes. Une MDPH recevant un nombre plus important de demandes est également confrontée à un nombre relativement plus important de demandes injustifiées.

### 3.4.3. Analyse des proximités : éléments de compréhension d'un taux d'accord faible

***Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :***

L'analyse quantitative de la disparité a permis de faire émerger 5 éléments fortement liés avec un taux d'accord faible :

- Le fait que la MDPH soit soumise un nombre de demandes élevé ;
- La mise en place de conventions avec des partenaires pour l'accueil de 2$^{d}$ niveau ;
- La mise en place d'un circuit accéléré de présentation en CDAPH ;
- Des demandes de PCH qui peuvent ne pas être présentées en CDAPH plénières[1] ;
- La présentation du dossier en CDAPH par le référent du dossier.

Par ailleurs, les visites de terrain ont fait apparaître des facteurs de compréhension d'un taux d'accord faible :

- L'absence de « filtre à l'entrée » lors du dépôt d'une demande ;
- Le choix de présenter l'ensemble des rejets en CDAPH ;
- L'absence de pratiques d'homogénéisation des pratiques au sein de la MDPH.

En dehors du nombre de demandes, l'ensemble des variables liées avec un taux d'accord faible sont caractéristiques des choix organisationnels retenus par les MDPH, soulignant ainsi l'importance des pratiques et modèles organisationnels dans la compréhension de la disparité du taux d'accord entre les départements. Ces variables organisationnelles concernent principalement deux étapes du processus d'attribution : l'accueil et la décision.

[1]Seuls certains types de demandes passent systématiquement en CDAPH plénière : les renouvellements ne sont présentés en CDAPH plénière systématiquement que dans 5 % des départements, les premières demandes que dans 26 % des départements… Seulement 35 % des départements déclarent présenter l'ensemble de leurs demandes en CDAPH plénière.

Deux questions se posent désormais : les visites de terrain permettent-elles de confirmer ou d'infirmer ces liens ? Une analyse qualitative confirme-t-elle le rôle limité a priori joué par les étapes d'instruction ou d'évaluation dans la compréhension d'un taux de demande faible ?

**Une analyse des proximités qui vient affiner les résultats de l'analyse économétrique**

Trois liens identifiés grâce au travail de modélisation du taux d'accord ont été confirmés par l'analyse des proximités :

- Il existe une relation entre signature de conventions avec des partenaires pour l'accueil de 2$^{d}$ niveau et taux d'accord faible ;
- Une MDPH ayant mis en place des circuits accélérés de présentation des dossiers en CDAPH aura tendance à afficher un taux d'accord moins élevé ;
- Un nombre de demandes de PCH élevé est lié à un taux d'accord faible.

***Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :***

*« L'effet volume » permet d'expliquer une partie de la variation du taux d'accord entre les départements*

L'analyse quantitative a fait apparaître un lien entre un nombre de demandes élevé et un taux d'accord faible. Les visites de terrain ont permis d'illustrer cette relation, en montrant qu'un grand nombre de demandes peut être consécutif à un nombre important de demandes injustifiées ou de mauvaise qualité dans le cas notamment de départements n'ayant pas mis en place de « filtres » à l'entrée ou lorsque les demandeurs manquaient d'information sur les critères d'éligibilité à la PCH.

*Le conventionnement avec des partenaires pour l'accueil de 2$^{d}$ niveau, en l'absence d'accompagnement et de formation adéquats, est en lien avec un taux d'accord faible*

Les visites de terrain ont confirmé et permis d'expliciter la relation mise en évidence entre ces conventions et un taux d'accord faible. En effet, la mise en place de conventions avec des partenaires pour assurer un accueil de 2$^{d}$ niveau peut encourager le dépôt de demandes injustifiées – et donc au finalement rejetées en CDAPH – si la convention n'a pas été systématiquement accompagnée d'une formation spécifique à la PCH et aux critères de recevabilité et d'éligibilité afférents. En effet, parce qu'il n'oriente pas le demandeur vers la prestation qui correspond le plus à ses besoins, l'accueil de second niveau mis en place par des partenaires conventionnés ne joue alors pas son rôle de « filtre », ce qui impacte à la baisse le taux d'accord.

*Un lien entre pratiques de passage en CDAPH et taux d'accord faible qui va au-delà des résultats de l'analyse des questionnaires, mettant en évidence le rôle des choix en termes de notification*

**Les visites de terrain ont permis d'approfondir le lien entre pratiques de passage en CDAPH et le taux d'accord**

L'analyse des proximités a confirmé le lien mis en évidence entre un taux d'accord faible et la mise en place de circuits d'instruction accélérés, présentés plus haut.

Par ailleurs, l'analyse qualitative a permis d'identifier que le choix de présenter en CDAPH l'ensemble des demandes déposées à la MDPH (y compris les demandes non recevables ou rejetées sur critères d'âge) explique une part importante de la variation du taux d'accord. À l'inverse, les départements choisissant de ne pas présenter l'ensemble des rejets en CDAPH ont tendance à afficher des taux d'accord plus élevés.

**Verbatim MDPH**

*« On notifie l'ensemble des demandes qui sont transmises à la MDPH. En cas de rejet sur des critères administratifs ou en cas de demande d'aide-ménagère, nous notifions le rejet en CDAPH pour effectuer un retour au demandeur. L'absence de filtrage des demandes couplé au passage en CDAPH systématique peut expliquer la faiblesse de notre taux d'accord. »*

*Un lien entre la présentation en CDAPH de la demande par le référent du dossier et un taux d'accord faible qui n'a pas été corroboré par l'enquête de terrain*

**Le lien entre la présentation en CDAPH de la demande par le référent du dossier questionné sur le terrain**

Les visites sur site n'ont pas permis de justifier la relation observée suite à l'analyse quantitative entre la présentation du dossier par son référent en CDAPH et un taux d'accord faible. En effet, les échanges avec les acteurs de la CDAPH n'ont pas permis de mettre en lumière cette relation, un taux d'accord faible apparaissant lié plus à la qualité de la demande, aux « filtres à l'entrée » dans le processus d'instruction ainsi qu'à la qualité de l'évaluation plutôt qu'au profil – et à l'argumentaire – de la personne en charge de la présentation du dossier en CDAPH. Ce facteur de compréhension n'est donc pas retenu dans l'analyse.

**Plus que le taux d'accord, la présence d'un référent impacte positivement la relation avec l'usager**

Le référent permet selon les bénéficiaires interrogés une personnalisation voire une humanisation du traitement de la demande (ce qui est salué par les bénéficiaires). Ainsi, avoir un référent, un « conseiller » apporte psychologiquement de la sérénité aux demandeurs et donne aux demandeurs concernés le sentiment de pouvoir s'adresser plus facilement à la MDPH et d'avoir une relation plus fluide via cette personne qui connaît leur dossier.

*Les MDPH ne mettant pas en place de filtres à l'entrée lors du dépôt et de l'instruction des demandes ont tendance à présenter des taux d'accord plus faibles*

**L'analyse qualitative a mis en évidence le rôle joué par les pratiques d'instruction et de tri des demandes sur le taux d'accord**

L'absence de prétri conduit à l'instruction systématique et intégrale de toutes les demandes entrées dans le processus, y compris les demandes irrecevables, incomplètes et inéligibles, susceptibles d'être rejetées en CDAPH.

*Le niveau d'homogénéité des pratiques d'évaluation joue un rôle sur le taux d'accord*

**Un rôle des temps d'échange et d'harmonisation observé contraire aux résultats de l'analyse quantitative**

La multiplicité des modalités d'évaluation (étude sur pièces, visites à domicile…) peut conduire à une certaine hétérogénéité dans le traitement qualitatif des dossiers présentés en CDAPH. Cette dernière opère alors au lissage des dossiers, via le rejet ou l'ajournement des demandes les moins homogènes.

L'importance de l'homogénéisation des pratiques s'observe également au niveau des modalités d'intervention des différents acteurs. Si ceux-ci sont multiples et peu coordonnés, l'évaluation relève plus de la « pluridisciplinarité séquentielle » (correspondant à une succession de productions disciplinaires) qu'à une délibération collective de l'EPE. Là encore, c'est la CDAPH qui opère un travail d'harmonisation par le biais de sa décision.

### 3.4.4. Analyse des proximités : éléments de compréhension d'un taux d'accord élevé

***Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :***

Quatre éléments apparaissent comme caractéristiques des départements avec un taux d'accord fort :

- La MDPH est confrontée à un nombre de demandes faible ;
- La MDPH n'a pas mis en place de conventions avec des partenaires pour l'accueil de 2$^{d}$ niveau.
- L'adoption par la MDPH d'une procédure de simplification administrative ;
- La présentation de la demande en CDAPH par le référent du dossier ;

Quatre facteurs complémentaires ont été par ailleurs identifiés lors des visites de terrain :

- La mise en place d'un accueil de second niveau approfondi ;
- La capacité de la MDPH à aiguiller et orienter les dossiers selon les caractéristiques des demandes.
- Le choix de ne pas présenter en CDAPH l'ensemble des rejets ;
- La mise en place de pratiques d'échange et d'harmonisation au sein de la MDPH.

***Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :***

*Une MDPH traitant un flux moins important de demandes aura tendance à afficher un taux d'accord élevé*

Un faible nombre de demandes peut découler d'un filtrage des demandes en amont du processus d'attribution. Les demandes instruites sont alors celles qui ont été jugées recevables et/ou éligibles, et qui vont donc être fortement susceptibles d'aboutir.

*L'absence de conventions avec des partenaires pour l'accueil de 2$^{d}$ niveau a permis dans certains départements de garantir une qualité d'accueil en internalisant la fonction*

L'étude d'un taux d'accord faible a montré qu'en l'absence de formations, les conventions avec des partenaires pour l'accueil de 2$^{d}$ niveau pouvaient être liées avec un taux d'accord faible. Certains départements ont ainsi fait le choix d'internaliser la fonction d'accueil de second niveau, sans conventionner avec des partenaires, afin de garder une totale maîtrise – notamment du point de vue qualitatif — sur l'orientation et l'accompagnement approfondi du demandeur.

*Les visites de terrain ont permis de relativiser le rôle des procédures de simplification administrative*

**Une volonté d'accélération plus que de simplification**

Les procédures de simplification administrative ont pour objectif d'accélérer le traitement d'une demande, via la simplification de pièces justificatives ou l'autorisation de déclarations sur l'honneur en remplacement de certaines pièces, toujours justificatives (comme l'hébergement, l'arrêt et/ou la diminution d'activité, véhicule personnel…). L'analyse qualitative n'a pas permis de valider le lien entre un taux d'accord élevé et ces procédures d'instruction accélérées, ces dernières ne jouant pas sur le parcours de la demande, la qualité de l'évaluation ou le contenu du plan, mais simplement sur le délai de constitution d'un dossier complet. Nous ne retenons donc pas ce lien comme pertinent pour la compréhension du taux d'accord.

*La présentation en CDAPH de la demande par un référent du dossier est liée à un taux d'accord élevé lorsque ce dernier a une connaissance fine de l'historique du demandeur*

Les visites de terrain ont permis d'apporter un éclairage sur la relation, soulignée par l'analyse quantitative, entre un taux d'accord élevé et la présentation en CDAPH par le référent du dossier. Les deux éléments apparaissent en effet liés à la condition que le référent ait une vision précise de l'historique de la demande et du demandeur, mais également qu'il ait pu piloter et suivre la demande lors des différentes étapes du processus d'attribution.

*D'une manière plus générale, un accueil de second niveau approfondi est fortement lié avec un taux d'accord élevé*

**Un rôle d'accompagnement, d'orientation et ainsi de filtre de qualité de la demande**

Les visites sur site ont montré le lien important entre un taux d'accord élevé et la prise en charge approfondie du demandeur lors de la phase d'accueil jouant un rôle de réorientation des demandes identifiées comme irrecevables dès le dépôt de la demande, ce qui permet de les faire sortir du processus avant l'instruction.

**L'accueil de 2d niveau approfondi, gage de qualité du dossier déposé**

Les entretiens menés auprès de bénéficiaires de la PCH dans des départements ayant des taux d'accord élevés montrent le rôle décisif de l'accueil de 2d niveau afin de garantir la qualité du dossier déposé. En effet, qu'il soit centralisé au sein de la MDPH ou territorialisé et assuré par des agents (de la MDPH ou de partenaires) formés au dispositif PCH, l'accueil de 2d niveau est l'occasion de vérifier la complétude du dossier, mais aussi de remplir, avec le demandeur, le dossier de demande. Le dossier déposé a alors toutes les chances d'être dûment renseigné et complet, et d'éviter ainsi le rejet administratif en CDAPH.

*« À l'accueil ils regardent tout le dossier avec nous, c'est pour ça que j'y vais »*

*« On a une interlocutrice dont on a les coordonnées pour notre secteur pour toutes les tracasseries administratives on voit avec elle »*

*« L'assistante sociale est très bien, elle nous a donné rendez-vous et nous a tout expliqué. Elle nous a proposé de rappeler si on avait des questions »*

*L'aiguillage de la demande au cours du processus d'attribution apparaît, sur le terrain, comme lié avec un taux d'accord élevé*

**Filtrer les demandes non recevables augmente le taux d'accord**

Le prétri systématique des demandes en amont de l'étape d'évaluation vise à dispatcher les demandes vers les circuits les plus pertinents au vu de leur éligibilité et/ou de leur complexité. Ces parcours adaptés pour chaque demande permettent de calibrer l'évaluation en fonction des caractéristiques types de la demande et ainsi d'orienter vers la sortie les demandes non éligibles.

*Le choix de ne pas systématiquement présenter l'ensemble des rejets joue de manière mécanique sur le taux d'accord affiché par certains départements*

**Des pratiques de présentation en CDAPH qui varient selon les départements**

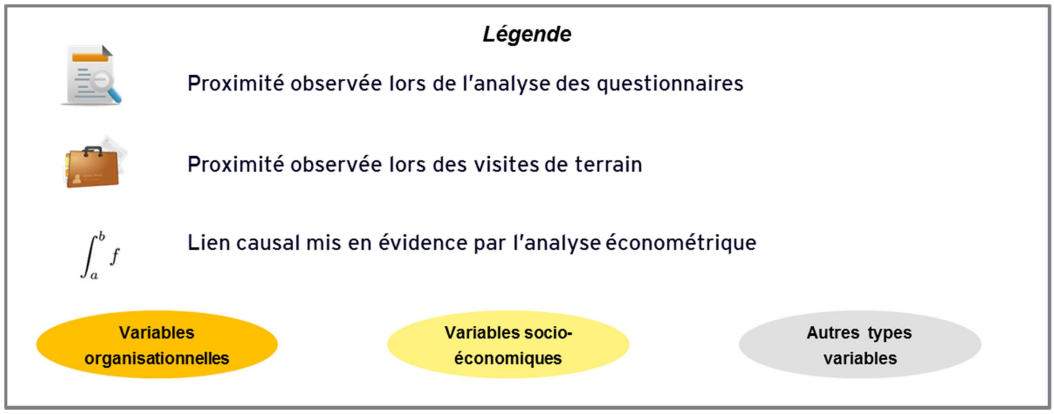
Lors des visites de terrain, il est apparu que certains départements ne notifiaient pas l'ensemble des rejets en CDAPH, pour certains types de rejets (par exemple sur critère d'âge ou lors d'une demande d'aide-ménagère uniquement). Ce choix, qui n'implique en rien le traitement de la demande, joue de manière arithmétique : une grande partie des demandes passant en CDAPH étant éligibles, la CDAPH doit effectuer un nombre bien moindre de rejets et le taux d'accord s'en trouve mécaniquement affecté.

*Les pratiques d'échange et d'harmonisation au sein d'une MDPH peuvent contribuer à un taux d'accord élevé*

**Une forte concertation en interne peut augmenter les chances d'accord**

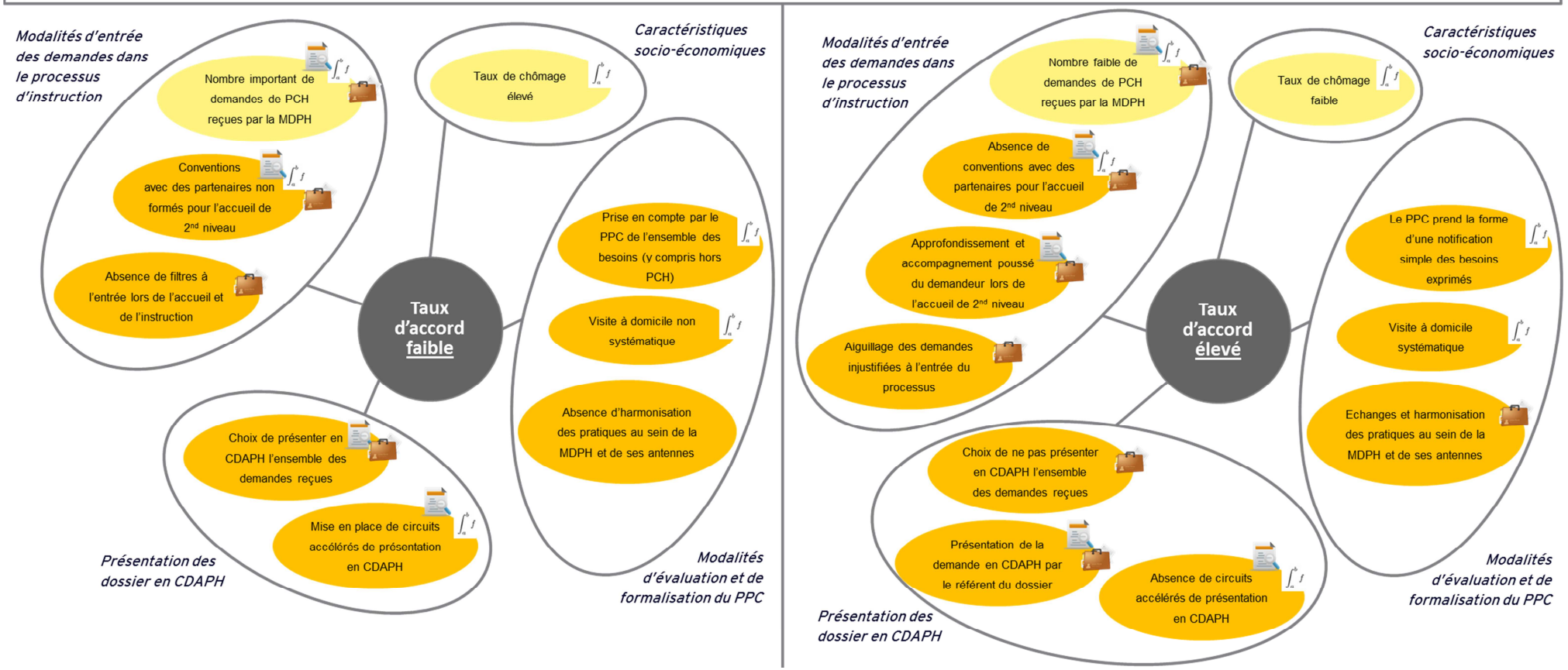
Les visites de terrain ont souligné l'importance de la multiplicité des temps d'échange et d'harmonisation entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, car ils permettent notamment d'augmenter la qualité des dossiers présentés en CDAPH, augmentant leurs chances de se voir accorder une PCH.

### 3.4.5. Présentation synthétique des résultats



## Représentation conclusive des facteurs de compréhension du taux d'accord

*NB : Ces caractéristiques représentent des proximités observées via l'analyse quantitative et lors des visites de terrain et ne constituent pas de liens de cause à effet, sauf lorsqu'il s'agit de variables identifiées lors de l'analyse économétrique. Les variables identifiées ne doivent pas nécessairement être cumulées.*

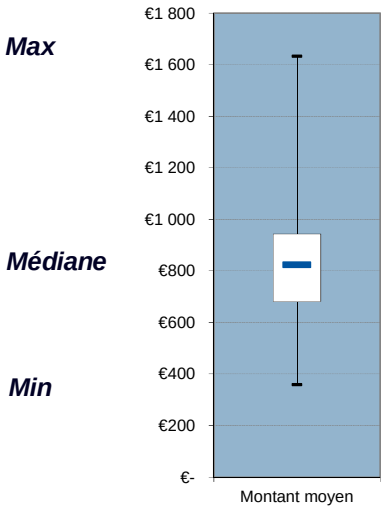


## 3.5. Analyse approfondie du montant attribué pour l'aide humaine



### 3.5.1. Présentation des chiffres

L'indicateur de disparité « montant moyen de l'aide humaine attribué[41] » présente un schéma de dispersion identique au taux d'accord, avec une forte concentration des départements autour de la valeur médiane (823 euros) et un étirement des valeurs entre deux montants extrêmes (359 euros et 1 633 euros mensuels).




L'analyse du montant moyen devra permettre d'effectuer la distinction entre les trois leviers « mécaniques » jouant un rôle dans la détermination du montant moyen de l'aide humaine : le nombre d'heures attribué, le choix de l'intervenant (aidant familial, prestataire, gré à gré, mandataire…) et le coût horaire fixé au sein de chaque département. Se pose ainsi la question suivante : en quoi les caractéristiques organisationnelles déployées par une MDPH et les conditions socio-économiques d'un département impactent-elles ces différents éléments ?

[41] Pour rappel, il s'agit bien ici du montant moyen attribué (pour l'élément « aide humaine ») dans les plans et non pas les montants effectivement versés aux bénéficiaires lors de la consommation de ce plan.

### 3.5.2. Éléments de compréhension d'un montant moyen attribué pour l'aide humaine faible

***Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :***

Les premiers éléments de compréhension d'un montant moyen attribué faible sont principalement liés, pour les trois plus importants, aux caractéristiques socio-économiques du département, soient :

- Un potentiel fiscal par habitant faible ;
- Une part des classes les plus favorisées faible ;
- Un taux de chômage élevé ;

Trois facteurs organisationnels apparaissent comme liés à un montant moyen faible, ces derniers relevant :

- Du processus d'instruction : avec la mise en place de circuits d'instruction accélérés ;
- Des interactions avec le demandeur : avec son association en amont de la formalisation du PPC.
- Du processus de décision : avec la possibilité pour certaines demandes de ne pas être présentées en CDAPH plénière ;

Au-delà de ces éléments de compréhension issus de l'analyse quantitative, les visites de terrain ont mis en évidence un lien entre un montant attribué moyen faible et :

- L'utilisation d'outils de cotation « restrictifs » ;
- Un recours privilégié, pour des raisons culturelles, aux aidants familiaux.

***Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :***

*Une forte corrélation entre les caractéristiques socio-économiques des habitants et le montant moyen attribué sur l'aide humaine*

Les trois indicateurs mis en évidence par l'analyse quantitative (potentiel fiscal faible, part des classes les plus favorisées faible, taux de chômage élevé) soulignent la tendance des départements dont la population est relativement moins aisée que la moyenne nationale à afficher des montants moyens attribués faibles.

**Le rôle de la politique départementale d'autorisation des services prestataires**

Ce lien entre niveau de vie et montant moyen attribué apparaît comme particulièrement prégnant dans les départements où le nombre de prestataires non autorisés est faible. Si les plans sont trop importants en nombre d'heures, le reste à charge pour le demandeur lorsque les prestataires ne sont pas autorisés peut être difficilement soutenable pour les petits revenus, qui peuvent alors négocier une revue à la baisse avec l'évaluateur du plan d'aide proposé. En effet, même si le reste à charge ne représente pas des montants conséquents, certaines MDPH ont souligné l'effet bloquant qu'il peut créer auprès de populations avec des revenus plus contraints.

*Les visites de terrain ne permettent pas de corroborer de manière solide le lien entre la mise en place de circuits d'instruction accélérés et un montant moyen faible*

**Un rôle des circuits d'instruction qui n'a pas été vérifié sur le terrain**

La mise en place des circuits d'instruction accélérés répond à un impératif principal : identifier les urgences afin de prioriser leur traitement. Les visites au sein des départements présentant des montants moyens faibles n'ont pas permis d'apporter des éléments de justification permettant de corroborer ce lien et de conclure à une corrélation effective entre ces deux éléments.

*Le rôle des échanges avec le demandeur en amont de la formalisation du PPC*

**Un levier pour la négociation à la baisse des plans, mais qui reste marginal sur le terrain**

L'étude de terrain a montré que dans certaines configurations, les échanges avec le demandeur en amont de la formalisation du plan pouvaient impacter ce dernier à la baisse. En effet, le demandeur peut demander une révision à la baisse du nombre d'heures afin de diminuer son éventuel reste à charge lors d'un entretien téléphonique. Si ces pratiques ont été observées et décrites sur le terrain, elles ont été signalées comme relativement rares, ce qui ne permet pas d'effectuer une généralisation totale de ce lien.

*Les étapes de décision ne semblent pas jouer un rôle sur la détermination du montant moyen*

**La sélection des dossiers à discuter en CDAPH plénière**

Les visites de terrain n'ont pas permis de valider et d'expliquer le lien, à première vue assez peu explicite entre le choix des dossiers à présenter en CDAPH et le montant moyen faible. En effet, la sélection des dossiers s'effectue en aval de la formalisation du plan, c'est-à-dire une fois que le nombre d'heures a été arrêté.

*Des outils de cotation plus « restrictifs » contribuent à une baisse relative du montant moyen*

**Un calibrage horaire précis du plan contre l'inflation des montants moyens de l'aide humaine**

Un appui systématique sur des outils de cotation élaborés et diffusés par la CNSA (qui permettent de cadrer la phase de cotation) et/ou sur des outils réfléchis en interne à partir de la jurisprudence nationale (lesquels ont souvent un caractère plus limitatif) et partagés par tous les acteurs participant à l'évaluation et à la formalisation du PPC, a permis de réduire le montant moyen de l'aide humaine au sein de certains départements.

Cet effet déflationniste peut être renforcé par un calibrage fin du volume d'heures accordé au titre de l'aide humaine, à la demi-heure voire à la minute, afin de limiter le paiement d'heures non consommées.

**Verbatim MDPH**

*« Certains départements ont un recours aux outils de cotation important, avec l'organisation de réunions pédagogiques pour les évaluateurs et les partenaires, afin de calibrer au mieux les besoins du demandeur et d'éviter une inflation des montants moyens. »*

*Des problématiques culturelles, en lien avec un recours favorisé aux aidants familiaux, semblent liées à un montant moyen faible*

**Un recours aux aidants familiaux privilégié dans certains départements**

Les visites de terrain ont mis en évidence une proximité entre des montants attribués faibles et une priorité accordée au recours aux aidants familiaux dans certains départements. En termes de caractéristiques, on peut constater que les départements concernés sont principalement à dominante rurale (traduisant, selon les acteurs interrogés, à la fois une forme de solidarité familiale ainsi qu'une forte réticence à la mobilisation d'intervenants extérieurs au domicile) et un montant moyen faible, les aidants représentant le mode d'intervention le moins coûteux.

### 3.5.3. Éléments de compréhension d'un montant moyen attribué pour l'aide humaine fort

***Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :***

L'analyse quantitative a permis de corroborer, en miroir, le lien observé entre le montant moyen et le niveau de vie des habitants du département, en mettant en évidence une relation entre un montant moyen fort et :

- Un potentiel fiscal par habitant élevé ;
- Une part des classes dites favorisées élevée ;
- Un taux de chômage élevé ;

En termes de pratiques organisationnelles, deux facteurs semblent par ailleurs partagés par les départements présentant un montant moyen élevé :

- L'absence de circuits d'instruction accélérés ;
- Une composition de l'EP qui ne varie pas en fonction du type de demande de PCH.

Les visites de terrain ont permis d'affiner cette première liste en mettant en évidence une proximité entre un montant moyen attribué fort et :

- Une politique de tarification des services prestataires ;
- Un encouragement au recours aux prestataires ;
- La mise en place de pratiques de déplafonnement des temps plafonds.

***Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :***

*Des départements relativement plus favorisés qui ont tendance à mener des politiques sociales plus « généreuses »*

De la même manière qu'avec un montant moyen faible, la situation économique de la population du département apparaît comme clé pour la compréhension d'un taux de demande élevé. L'analyse des questionnaires montre ainsi qu'un département dans une situation socio-économique relativement plus favorisée (c'est-à-dire avec une part des classes dites favorisées et un potentiel fiscal élevés) aura tendance à présenter des montants moyens attribués plus élevés.

Une première explication réside dans la capacité d'intervention des départements : les départements où le potentiel fiscal par habitant est élevé disposent de budgets plus importants et peuvent mettre en place des politiques plus « généreuses ».

*Une proximité entre taux de chômage et montant mensuel élevés qui n'a pas été vérifiée sur le terrain*

**Un lien contre-intuitif qui n'a pas été vérifié lors des visites sur site**

De manière paradoxale, l'analyse quantitative met en exergue un lien entre des montants moyens élevés et un fort taux de chômage. Aucun retour terrain ne permet de formellement confirmer ou infirmer cette relation à première vue contre-intuitif.

*Les circuits d'instruction semblent jouer un rôle limité dans la compréhension d'un montant moyen attribué au titre de l'aide humaine élevé*

**Une proximité qui n'a pu être ni confirmée ni infirmée sur site**

Le lien entre circuits d'instruction accélérés et montants moyens, déjà identifié puis réfuté dans la partie précédente, est également difficile à prendre en compte dans la compréhension d'un montant moyen élevé, les visites de terrain n'ayant pas permis d'apporter d'éléments de réponse à cette relation qui demandait un approfondissement avant d'être pris en compte. En effet, si la mise en place de circuits accélérés d'instruction nécessite la mise en place d'une étape de prétri et joue logiquement sur le délai de traitement, les visites de terrain montrent que le contenu de l'évaluation – et donc pas conséquent le montant proposé puis attribué – ne sont pas impactées par les modalités d'instruction.

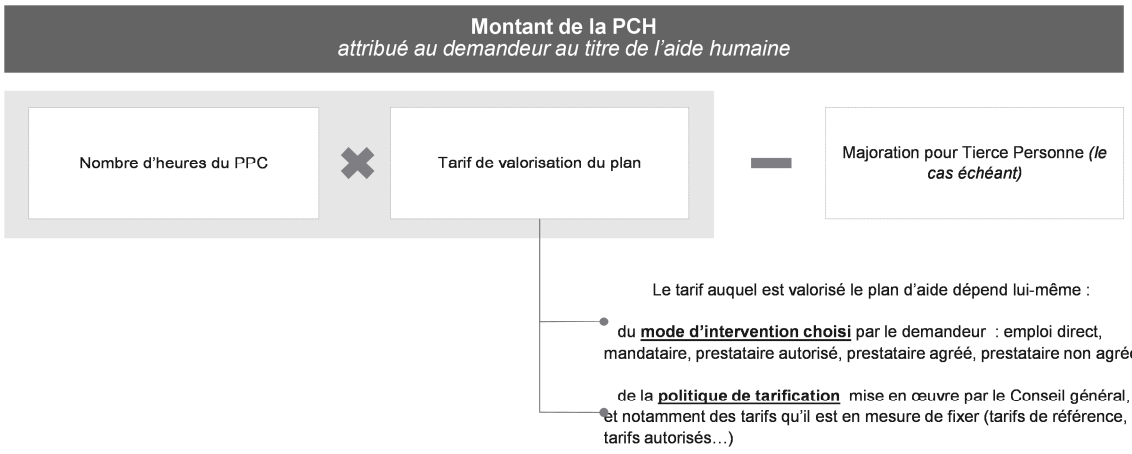
*Le lien entre stabilité dans la composition de l'équipe pluridisciplinaire (EP) et montant moyen attribué n'a pas été vérifié lors des visites sur site*

**Le lien entre la composition de l'EP et le montant moyen n'a pas pu être approfondi ou expliqué sur le terrain**

Les visites sur site n'ont pas permis de mettre en évidence de lien entre la composition de l'EP et le montant moyen attribué. Si les pratiques de formalisation du plan en elles-mêmes peuvent jouer, en particulier sur un montant moyen faible, aucun retour qualitatif ne nous permet de valider le lien entre la composition de l'EP et la variation du montant moyen attribué, par la CDAPH, au titre de l'aide humaine.

*La politique de tarification départementale joue un rôle majeur dans la variation du montant moyen attribué au titre de l'aide humaine*

**La détermination du montant attribué de la PCH au titre de l'aide humaine**



*Des modalités d'exécution du plan qui jouent sur le montant moyen*

**Un recours aux prestataires plus coûteux, mais plus aisé à piloter**

Les départements affichant un montant moyen relativement plus élevé ont, pour certains d'entre eux, suivi une politique départementale d'encouragement au recours aux prestataires, modalité d'intervention plus coûteuse, mais plus facilement contrôlable en termes d'effectivité et de qualité. Ces politiques d'encouragement permettent de répondre à une volonté de soulager les aidants, de diminuer le risque de fatigue et d'usure et, lutter ainsi contre les situations potentielles de rupture de l'aide, voire, dans les cas les plus graves, de maltraitance.

*Des pratiques de déplafonnement pour répondre aux besoins d'une population lourdement handicapée*

**Un lien entre pratiques d'évaluation et montants moyens élevés**

Les visites sur site ont permis d'identifier des pratiques de déplafonnement des temps plafonds pour répondre aux besoins d'une population lourdement handicapée, cette pratique étant généralement mise en œuvre, faute de places disponibles en établissement. Le montant moyen alloué au niveau départemental doit alors être relativisé, puisque grevé par une minorité de plans particulièrement coûteux.

**Les tarifs fixés par le conseil départemental impactent le montant moyen attribué de l'aide humaine**

Dans le cadre de la PCH, le montant attribué au titre de l'aide humaine est notamment impacté :

- Par la déduction de la majoration tierce personne (MTP) dans le cas où le demandeur est bénéficiaire de la MTP : les sommes versées au titre du régime de sécurité sociale viendront en déduction du montant de la PCH attribué au titre de l'aide humaine ;
- Par le nombre d'heures prescrit par l'équipe pluridisciplinaire ;
- Par les modalités de valorisation de ce plan horaire : en fonction du mode d'intervention choisi par le bénéficiaire, et du tarif correspondant, la valorisation se fera à partir du tarif facturé par le service choisi (recours à une structure autorisée notamment), à partir d'un tarif prospectif de référence ou arrêté par le président du conseil départemental (recours à une structure agréée ou à un emploi direct notamment).

Les visites de terrain ont confirmé le lien particulièrement important entre la tarification des prestataires de services d'aide à domicile et le niveau du montant moyen attribué pour l'aide humaine. En effet, on observe les montants attribués les plus élevés dans les départements combinant niveau élevé de tarification et fort recours au mode prestataire.

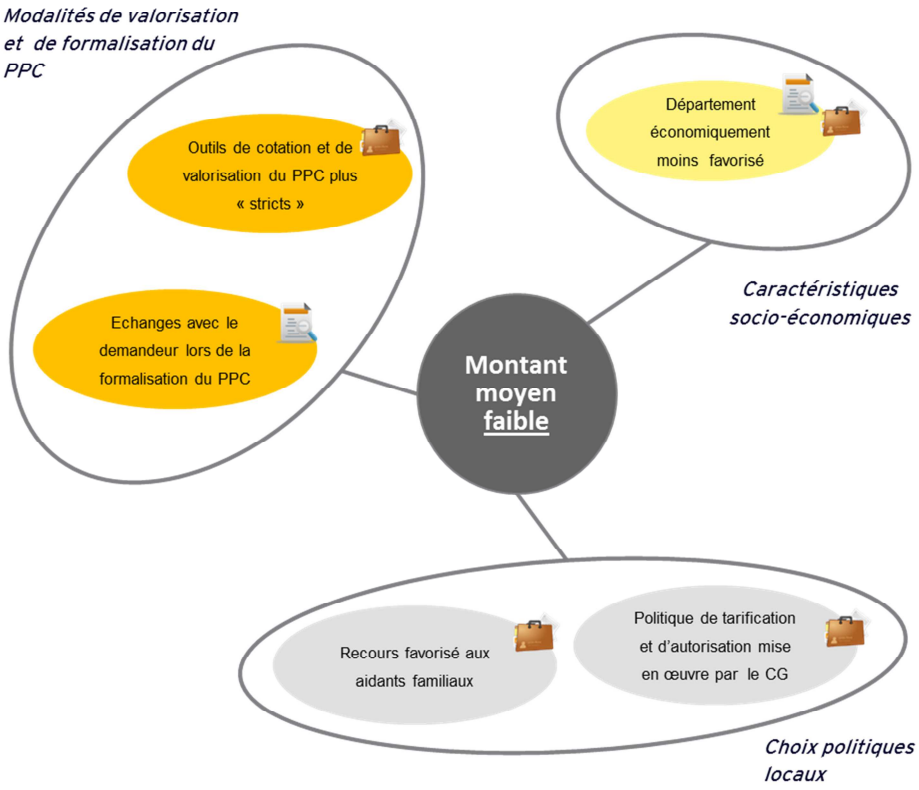
Au final, le montant attribué au titre de l'aide humaine est donc fonction de situations locales objectivement diverses et de paramètres appliqués localement.

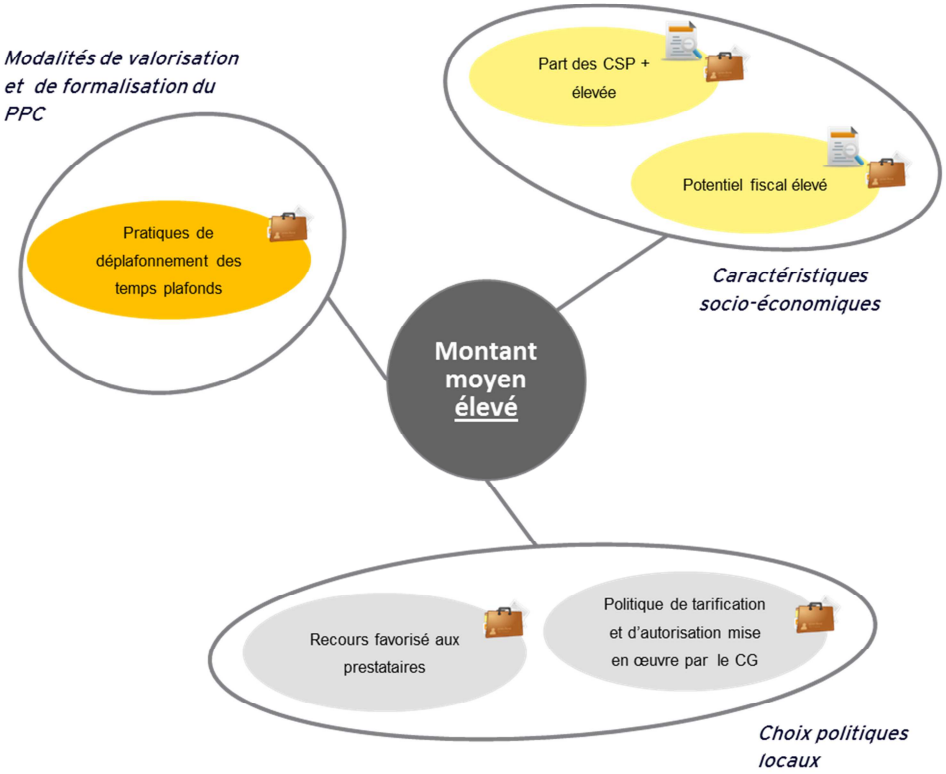
### 3.5.4. Présentation synthétique des résultats

Les analyses précédentes mettent en évidence l'importance des caractéristiques socio-économiques et les choix départementaux pour la compréhension du montant moyen. Les pratiques organisationnelles, à l'exception des outils de formalisation du plan, semblent jouer un rôle de second ordre.

## Représentation conclusive des facteurs de compréhension du montant moyen attribué au titre de l'aide humaine

*NB : Ces caractéristiques représentent des proximités observées via l'analyse quantitative et lors des visites de terrain et ne constituent pas de liens de cause à effet.*
*Les variables identifiées ne doivent pas nécessairement être cumulées.*



## 3.6. Analyse approfondie du délai de traitement

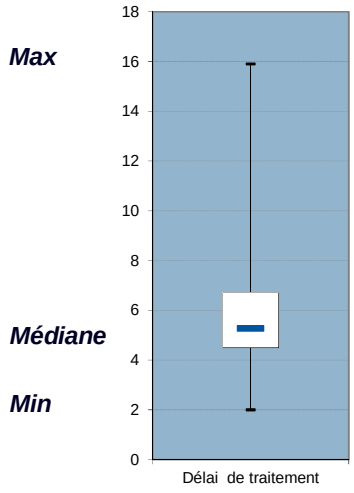


### 3.6.1. Présentation des chiffres

Le délai de traitement présenté ici mesure « *le nombre de mois écoulés entre la date de recevabilité de la demande de PCH et la date de la décision, pour toutes les décisions prises en 2012, ramené au nombre de décisions prises par la CDAPH au cours de l'année* »[42].

Les délais moyens affichent une forte concentration autour de 5,27 mois, avec 50 % des départements qui se tiennent dans une fourchette relativement étroite comprise entre 4,5 et 6,7 mois. Le graphique met en évidence également une forte dispersion de la fourchette haute, avec un quart des départements qui se répartissent dans une fourchette comprise entre 6,7 et 15,9 mois, mettant en évidence la présence de valeurs particulièrement extrêmes du délai moyen.

Le délai moyen semble par construction un indicateur déterminé par des caractéristiques organisationnelles. Néanmoins, une analyse plus poussée permet-elle de mettre en évidence un lien entre délai de traitement et contexte socio-économique du département ?




[42] Source : *Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie,* CNSA, 2009.

Le délai de traitement a un impact direct sur la satisfaction du demandeur, posant ainsi la question de manière évidente de l'équité de traitement d'une demande entre les territoires. C'est pourquoi cette partie essaiera tout particulièrement d'examiner le lien entre les résultats des analyses quantitatives et qualitatives avec les retours d'expérience « usagers » issus des entretiens menés auprès d'un panel de bénéficiaires et d'aidants.

### 3.6.2. Éléments de compréhension d'un délai de traitement faible

***Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :***

Les résultats de l'analyse du questionnaire ont fait ressortir les modalités organisationnelles comme les variables les plus étroitement liées avec un délai de traitement faible, en mettant en particulier l'accent sur :

- les pratiques de communication : avec les actions de communication menées par les partenaires de la MDPH sur la PCH ;
- les pratiques d'instruction : avec la mise en place de circuits d'instruction accélérés ;
- les pratiques d'évaluation : avec la tenue systématique de visites à domicile ;
- Les pratiques d'harmonisation et de contrôle : avec la mise en place de mécanismes de contrôle des dossiers visant à s'assurer du respect de la réglementation.

Comme pour les autres indicateurs de disparité, les visites de terrain ont permis d'aller au-delà des résultats de l'analyse quantitative, grâce à l'observation de proximités entre un délai de traitement faible et :

- La qualité de l'accueil de 2$^{d}$ niveau ;
- Les pratiques d'enregistrement et de comptabilisation du délai de traitement ;
- L'animation du réseau de partenaires ;
- L'harmonisation des pratiques entre les équipes territorialisées.

***Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :***

*Des pratiques de communication qui, sur le terrain, n'impactent a priori pas le délai de traitement*

**Le lien entre délai de traitement et pratiques de communication n'a pas été explicité sur site**

Les visites de terrain n'ont pas permis d'apporter un éclairage quant à la relation apparue lors de l'étude quantitative des questionnaires entre les pratiques de communication et le délai de traitement. En effet, les leviers d'action sont radicalement différents et ne relèvent *a priori* pas d'une relation forte.

L'analyse quantitative a mis en évidence un lien entre la mise en place de circuits d'instruction accélérés et un délai de traitement faible. Tel que défini dans le questionnaire, et observé lors des visites de terrain, un circuit court correspond à la mise en place d'un temps d'analyse des demandes en amont de la procédure, afin de les orienter vers un processus d'évaluation plus ou moins rapide et approfondi, avec éventuellement un passage direct en CDAPH. L'analyse quantitative montre que ces circuits peuvent notamment concerner les demandes considérées comme « simples », telles que le renouvellement à l'identique ne nécessitant pas de nouvelle évaluation ou les forfaits surdité et cécité. La mise en place de ces circuits permet d'accélérer l'instruction des demandes concernées et contribue donc à diminuer le délai moyen de traitement.

**Une priorisation des demandes souhaitée par les bénéficiaires**

Les bénéficiaires interrogés ont été nombreux à formuler un besoin de priorisation du traitement des demandes, face à une vision d'une MDPH qui n'est pas capable de hiérarchiser les dossiers en fonction des urgences, qui causerait ainsi un délai long avant la visite à domicile et retarderait les décisions de la CDAPH.

Au-delà de l'enjeu en termes de traitement « sélectif » des demandes, et de communication sur le processus d'instruction, ce constat rend compte aussi d'une méconnaissance de la réalité du système actuel et plus précisément des procédures d'urgence mises en place au sein des MDPH (certaines personnes pouvant ignorer en avoir bénéficié).

*Un lien à première vue contre-intuitif : le parallèle entre visites à domicile et délai de traitement faible*

Les résultats de l'analyse quantitative démontrent que les départements réalisant systématiquement des visites à domicile dans le cadre de l'évaluation ont tendance à traiter les demandes en moyenne plus rapidement. Si cette relation est à première vue contre-intuitive, l'organisation automatique de visites étant plus chronophage pour les équipes que les évaluations sur pièces, les visites de terrain ont permis d'apporter des éléments de compréhension. En effet, une partie des départements réalisant des visites à domicile systématiques sont soumis à un nombre de demandes traitées plus faible, permettant ainsi la réalisation de l'ensemble des évaluations au domicile du demandeur.

*Les MDPH mettant en place des démarches d'harmonisation des pratiques ont tendance à traiter les demandes plus rapidement*

La mise en place de mécanismes de contrôle et d'harmonisation des dossiers permet de fluidifier le processus d'attribution, en diminuant l'hétérogénéité des dossiers pour en faciliter le traitement et l'analyse lors des réunions des équipes pluridisciplinaires, diminuant ainsi le délai moyen de traitement.

*Un rôle de fluidification également joué par l'étape d'accueil et d'orientation du demandeur*

**La qualité de l'accueil de second niveau est liée au délai de traitement**

Un accueil de second niveau, au sein de la MDPH ou chez ses partenaires, assuré par des personnels formés qui s'assurent de la recevabilité voire de la complétude du dossier avant son entrée dans le circuit d'instruction, limite les délais relatifs à l'attente de l'envoi des pièces par le demandeur.

*Les pratiques d'enregistrement et de comptabilisation du délai de traitement peuvent expliquer dans une moindre mesure la variation du délai de traitement*

**Le choix de la date de début de l'instruction impacte à la baisse le délai de traitement**

Dans certains départements, l'instruction est enclenchée quand le dossier est jugé recevable, c'est-à-dire dès que les pièces obligatoires sont transmises par le demandeur. Dans d'autres, l'instruction débute à complétude du dossier, c'est-à-dire une fois que l'ensemble des pièces justificatives complémentaires (y compris les informations relatives à l'évaluation) sont disponibles.

Le début de cette phase d'instruction marque le début du calcul de délai de traitement, ce dernier apparaissant ainsi plus faible que la moyenne, l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction et à l'évaluation ayant déjà été collecté.

Par ailleurs, l'adoption d'outils de comptabilisation et de suivi du délai de traitement (en particulier des systèmes de workflow) permet également de réduire le délai de traitement, grâce à un système d'alerte lorsqu'un dossier dépasse un seuil d'attente critique sur une étape du processus. Cette alerte permet de prioriser le traitement du dossier en question, évitant une embolie sur le processus de traitement des demandes.

*La qualité du réseau partenarial permet de fluidifier le processus d'attribution*

**Des échanges réguliers entre partenaires permettent de diminuer le temps de recherche d'information**

Les visites de terrain ont montré l'importance de la mise en place d'un réseau partenarial fort afin de faciliter la recherche et la circularisation des informations nécessaires à chaque étape du processus.

Bonne pratique : une MDPH organise ainsi des points d'échange et d'harmonisation réguliers avec les intervenants techniques des 3 antennes territoriales. Ces réunions mensuelles permettent d'harmoniser les réponses à apporter à des dossiers complexes sous la forme d'étude de cas.

*Un lien entre les pratiques de coordination entre les différentes équipes décentralisées et un délai de traitement faible*

**Un enjeu d'harmonisation des pratiques et d'orchestration de l'ensemble des équipes territorialisées**

Les visites de terrain ont permis de faire apparaître une proximité entre la capacité à traiter rapidement les demandes et les pratiques d'harmonisation des pratiques au sein des MDPH entre les différentes équipes décentralisées (en particulier sur l'évaluation), permettant de faciliter le traitement de la demande et la circulation de l'information.

### 3.6.3. Éléments de compréhension d'un délai de traitement fort

***Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :***

Contrairement à l'analyse du délai de traitement faible, le champ des variables liées à un délai de traitement fort identifié par l'analyse quantitative est plus limité, avec simplement deux variables organisationnelles, qui concernent :

- Les pratiques d'instruction, avec l'absence de circuits accélérés ;
- Les pratiques d'évaluation, avec la réalisation systématique des évaluations sur dossier ;

Pour compléter cette première analyse, trois facteurs de compréhension ont émergé des visites de terrain :

- La discontinuité et le manque d'échanges entre les équipes territorialisées ;
- Un sous-dimensionnement des équipes d'évaluation ;
- Le choix de présentation d'une demande en CDAPH.

***Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :***

*L'absence de circuits d'accélération du traitement de la demande joue à la hausse sur le délai moyen*

L'étude de caractéristiques des MPDH avec un délai de traitement fort confirme les analyses du délai de traitement faible. Si la mise en place de circuits d'accélération de la demande est typique des départements traitant de manière plus rapide les demandes, l'absence de tels dispositifs apparaît comme une caractéristique des MDPH faisant part d'un délai de traitement plus fort.

**Verbatim MDPH**

*« On traite les demandes au fur et à mesure sans les différencier, du coup les demandes s'embolisent au niveau de l'évaluation »*

*Une relation a priori contre-intuitive trouvant son sens à travers les visites de terrain*

**Des évaluations sur dossiers systématiques qui peuvent être liées à un délai élevé**

Les visites de terrain ont fait apparaître que les MDPH optant systématiquement pour des évaluations sur dossier (par exemple pour les demandes de renouvellement) peuvent s'exposer à l'incomplétude des demandes (certificat médical manquant ou insuffisant) et/ou à l'absence de pièces permettant l'évaluation (bilan ophtalmologique…). Le temps relatif à la réception de ces documents peut considérablement allonger le délai de traitement global de la demande.

*Une discontinuité entre les différentes équipes territorialisées en lien avec des délais de traitement longs*

**Un manque de contrôle de cohérence lorsque le circuit est partagé entre différents acteurs sur le territoire est lié avec un délai de traitement élevé**

Comme détaillé précédemment dans l'analyse d'un délai de traitement court, la fluidité entre les équipes territorialisées est une condition pour éviter l'allongement des délais. À l'inverse, une discontinuité organisationnelle entre les différentes étapes du processus d'attribution de la PCH ralentit la fluidité du parcours du dossier et favorise l'apparition de goulots d'étranglement à l'entrée de l'une ou l'autre des étapes du processus.

*Les départements avec des équipes d'évaluation sous-dimensionnées ont tendance à présenter des délais de traitement plus importants*

**L'impact du sous-dimensionnement des équipes d'évaluation est démultiplié en cas de flux de demandes important**

Dans certains départements, l'étape d'évaluation constitue le « point dur » du processus d'attribution en raison d'un sous-dimensionnement des équipes d'évaluation. Ce problème de sous-dimensionnement prend toute son ampleur lorsque le flux de demandes à traiter est important, en particulier le nombre de premières demandes à évaluer, pour lesquelles la visite à domicile est le plus souvent systématique ce qui nécessite une mobilisation humaine plus importante.

**La perception par les bénéficiaires d'un manque de personnel pour traiter les demandes**

Les entretiens menés auprès des bénéficiaires montrent que ces derniers sont conscients des effectifs souvent réduits des MDPH. Ainsi, ils sont nombreux à justifier le temps d'instruction de leur dossier par un sous-dimensionnement, au regard du nombre de demandes à traiter, des équipes d'instruction, et par un manque de disponibilité des équipes d'évaluation.

*« L'assistante sociale est très bien, mais elle est débordée donc injoignable et on ne peut la contacter que le vendredi matin »*

*Des circuits de décision qui peuvent ralentir le processus d'attribution sur son étape finale*

**Les choix avant la CDAPH**

Le passage en CDAPH d'un dossier uniquement lorsque l'ensemble des éléments de la demande ont été évalués (aide humaine, aide technique…) ralentit le processus d'attribution, en particulier lorsqu'une demande d'aménagement du domicile, par exemple, a été déposée (les délais de récupération des devis étant particulièrement long). Au-delà du délai de traitement, cette pratique pénalise les bénéficiaires ayant formulé en parallèle une demande d'aide humaine dont l'attribution est retardée par le traitement d'un autre élément.

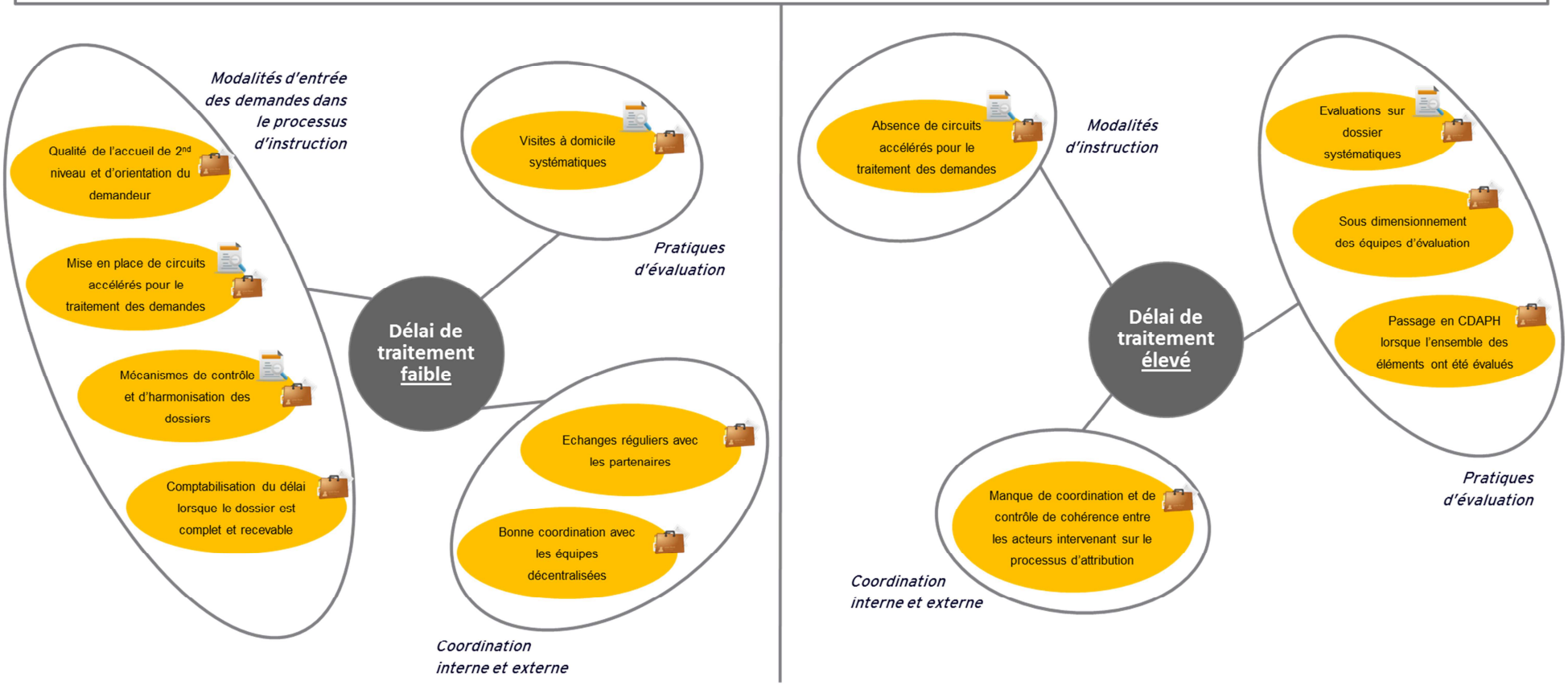
Dans certains départements, un engorgement des CDAPH, dû à la quantité des dossiers traités et aux modalités d'examen (listing ou étude approfondie), peut par ailleurs conduire à l'ajournement de certaines demandes.

### 3.6.4. Présentation synthétique des résultats

Les choix organisationnels sont clés dans la compréhension de la variation du délai de traitement. Certains choix, notamment en termes d'animation des partenaires, de mise en place de circuits différenciés et « d'aiguillage » de la demande apparaissent ainsi particulièrement déterminants.

## Représentation conclusive des facteurs de compréhension du délai moyen de traitement

*NB : Ces caractéristiques représentent des proximités observées via l'analyse quantitative et lors des visites de terrain et ne constituent pas de liens de cause à effet. Les variables identifiées ne doivent pas nécessairement être cumulées.*



## 3.7. Conclusions



### 3.7.1. Schéma de synthèse des proximités observées entre quelques indicateurs socio-économiques clés et les indicateurs de disparité étudiés (PCH)

Présenté comme l'une des hypothèses du cadre de recherche de l'étude sur les conditions d'attribution de la PCH, le lien entre facteurs socio-économiques, démographiques et sanitaires d'un département et indicateurs de disparité a fait l'objet d'analyses approfondies lors des phases d'étude quantitative, d'analyse économétrique puis lors des visites de terrain.

Le schéma de synthèse ci-après reprend les principales variables socio-économiques testées tout au long de l'étude, et détaille :

- les **proximités mises en exergue par l'analyse quantitative**, testées au niveau national via l'envoi d'u questionnaire d'enquête à l'ensemble des MDPH du territoire ;
- Les **liens causaux mis en évidence par l'analyse économétrique** menée pour les taux de demande et les taux d'accord ;
- Les **proximités vérifiées et/ou confirmées et/ou infirmées par l'analyse qualitative**, testées auprès d'un petit échantillon représentatif lors des visites sur site).

Il reprend également les éléments qui, bien qu'intégrés dès l'analyse quantitative, n'apparaissent en lien avec aucun des quatre indicateurs de disparité.

La lecture de ce tableau permet de tirer l'un des enseignements majeurs de l'étude : **le poids du contexte socio-économique est à relativiser.**

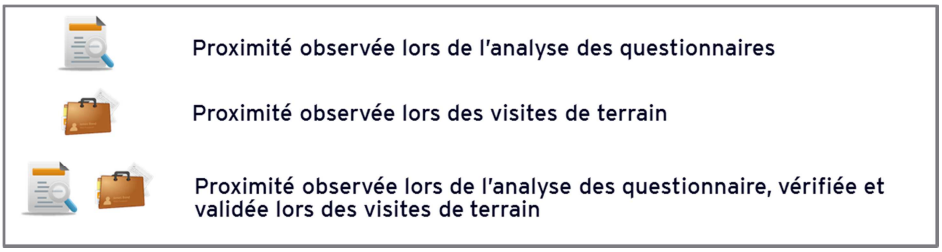
***Clé de lecture :***

*(exemple pour un poids des CSP + et assimilées élevé)*

Un poids élevé des catégories socioprofessionnelles élevées et assimilées dans la population départementale est en lien avec un taux de demande faible. Cette observation émane de l'analyse quantitative et a pu être vérifiée et confirmée auprès d'un petit échantillon de MDPH représentatives lors des visites sur site.

De même, un poids élevé des catégories socioprofessionnelles élevées et assimilées dans la population départementale est en lien avec un montant moyen attribué au titre de l'aide humaine élevé. Cette observation émane de l'analyse quantitative et a pu être vérifiée et confirmée auprès d'un petit échantillon de MDPH représentatives lors des visites sur site.

***Légende :***


Proximité observée lors de l'analyse des questionnaires
Proximité observée lors des visites de terrain
Proximité observée lors de l'analyse des questionnaire, vérifiée et validée lors des visites de terrain

| Indicateur | | | Taux de demande | | Taux d'accord | | Montant moyen attribué | | Délai de traitement | | Source | Conditions d'interprétation |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Faible | Elevé | Faible | Elevé | Faible | Elevé | Faible | Elevé | | |
| Situation démographique de la population du département | Nombre d'habitants entre 0 et 59 ans | Faible | | | | | | | | | | • Proximités testées mais non mises en évidence ni par l'analyse quantitative, ni par l'analyse économétrique, ni par l'analyse qualitative sur site |
| | | Elevé | | | | | | | | | | |
| Structure socio-professionnelle de la population | Poids des CSP + et assimilées | Faible | | | | | X | | | | | • Proximités observées au niveau national via le questionnaire<br>• Proximités vérifiées et validées auprès d'un petit échantillon de MDPH lors des visites de terrain |
| | | Elevé | X | | | | | X | | | | |
| Situation financière de la population du département | Niveau de vie moyen | Faible | X | X (1ères demandes) | | | | | | | | • Proximités observées au niveau national via le questionnaire<br>***Pour le taux de demande faible uniquement*** : proximités vérifiées et validées auprès d'un petit échantillon de MDPH lors des visites de terrain |
| | | Elevé | | X | | | | | | | | |
| | Potentiel fiscal par habitant | Faible | | | | | X | | | | | • Proximités observées au niveau national via le questionnaire<br>• Proximités vérifiées et validées auprès d'un petit échantillon de MDPH lors des visites de terrain |
| | | Elevé | | | | | | X | | | | |
| Situation sociale de la population du département | Taux de chômage | Faible | X | | | X | | | | | | • Proximités observées au niveau national via le questionnaire<br>• Ni confirmées ni infirmées lors des visites de terrain auprès d'un échantillon réduit de MDPH (non vérifiées)<br>***Pour le taux de demande et le taux d'accord seulement*** : liens causaux mis en évidence par l'analyse économétrique |
| | | Elevé | | X | X | | X | X | | | | |
| | Proportion de bénéficiaires d'allocations sociales | Faible | | X | | | | | | | | • Proximités testées mais non mises en évidence ni par l'analyse quantitative, ni par l'analyse économétrique, ni par l'analyse qualitative sur site |
| | | Elevé | X | | | | | | | | | |
| Situation sanitaire de la population du département | Taux de bénéficiaires de l'AAH | Faible | X | | | | | | | | | • Proximités observées au niveau national via le questionnaire<br>• Liens causaux mis en évidence par l'analyse économétrique<br>• Proximités vérifiées et validées auprès d'un petit échantillon de MDPH lors des visites de terrain et auprès des bénéficiaires PCH |
| | | Elevé | | X | | | | | | | | |
| | Taux d'ALD | Faible | | X | | | | | | | | • Liens causaux mis en évidence par l'analyse économétrique |
| | | Elevé | X | | | | | | | | | |
| | Taux d'invalidité des 20-59 ans | Faible | | | X | | | | | | | • Liens causaux mis en évidence par l'analyse économétrique |
| | | Elevé | | | | X | | | | | | |
| | Nombre de demandes de PCH déposées | Faible | | | | X | | | | | | • Proximités observées au niveau national via le questionnaire<br>• Liens causaux mise en évidence par l'analyse économétrique<br>• Proximités vérifiées et validées auprès d'un échantillon réduit de MDPH lors des visite de terrain |
| | | Elevé | | | X | | | | | | | |
| | Taux de bénéficiaires de la PCH | Faible | | | X | | | | | | | • Liens causaux mis en évidence par l'analyse économétrique |
| | | Elevé | | | | X | | | | | | |
| | Taux de bénéficiaires de l'ACTP | Faible | | | | X | | | | | | • Liens causaux mis en évidence par l'analyse économétrique |
| | | Elevé | | | X | | | | | | | |

### 3.7.2. Conclusions des études quantitative, économétrique et qualitative

La mise en relation des résultats des analyses quantitative, économétrique et qualitative issues des visites sur site nous a permis d'identifier les grandes caractéristiques en lien avec la disparité observée entre les départements.

Trois grands messages se dessinent à l'issue de cette analyse :

- **Il n'y a pas de fatalité face à l'environnement** local : la disparité n'est jamais déterminée uniquement par des caractéristiques socio-économiques ou sanitaires. L'ensemble de l'étude a montré les effets de levier possibles et l'importance des mécaniques organisationnelles dans la compréhension de la disparité.

- **La disparité organisationnelle découle de la souplesse – réelle ou appréhendée — du cadre réglementaire** : les marges de manœuvre législatives ont laissé aux MDPH une réelle latitude dans la mise en place de leurs propres circuits d'attribution. Si les visites terrains ont permis d'identifier un mouvement en cours d'homogénéisation des pratiques, du fait d'échanges entre départements – coordonnés ou non par la CNSA, ou bien encore, du fait du déploiement de systèmes de gestion informatisée souvent communs, le questionnaire d'enquête montre que ces marges d'interprétation sont encore importantes et présentes à toutes les étapes du processus d'attribution.

- **Cette force d'inventivité a permis d'identifier des schémas et des bonnes pratiques organisationnels, qui ont vocation à être partagés** : chacun de ces schémas permettant de répondre aux caractéristiques particulières des territoires.