

Les MDPH : vers la maturité ?

**[Maisons
départementales des
personnes handicapées]**

Rapports annuels et statistiques 2007

Préambule

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a, depuis trois ans, accompagné le développement des maisons départementales des personnes handicapées, après avoir travaillé en 2005 avec les conseils généraux et les services territoriaux de l'État à la création de ces groupements d'intérêt public, pivots de l'organisation mise en place dans le cadre de la nouvelle politique du handicap.

Les MDPH ne sont pour la CNSA ni des caisses locales, si on fait référence aux organismes de protection sociale, ni des services déconcentrés, si on fait la comparaison avec l'État.

C'est donc un mode original de relations entre institutions publiques que la CNSA a expérimenté dans ses échanges réguliers avec les départements et leurs maisons départementales.

Ce véritable « compagnonnage » a pris diverses formes : visites en départements, groupes de travail thématiques à Paris, ateliers techniques interdépartementaux, « jeudis pratiques de la compensation », lettre bimensuelle « Infos réseau MDPH », participation à des forums locaux, etc.

C'est en nouant ces très nombreux liens que la CNSA remplit la mission que lui a confiée la loi « d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales de personnes handicapées, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle », et qu'elle peut, par le vecteur de ces échanges mutuels, « veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ».

Le point principal de formalisation de ces relations est la convention d'appui à la qualité que la Caisse a signée avec chaque président de conseil général pour la période 2007-2008, et qui seront renouvelées au 1er semestre 2009. Ces conventions départementales ont été personnalisées, mais elles sont bâties sur un socle commun qui prévoit la transmission régulière de données d'activité des MDPH et l'élaboration d'un rapport annuel sur le fonctionnement de ces structures.

C'est la synthèse de ces informations portant sur l'année 2007 qui est ici proposée, après qu'elle a été présentée au Conseil de la CNSA le 14 octobre dernier.

Ce document est composé de quatre chapitres :

- une note de synthèse établie à partir des rapports des présidents de conseils généraux ;
- l'analyse des données nationales - pour les adultes - ressortant des décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui siège dans les MDPH ;
- le suivi de l'évolution de la prestation de compensation du handicap ;
- l'analyse des budgets des GIP - MDPH.

Réalisée à partir des rapports départementaux reçus par la CNSA (les trois quarts des départements ont remis leur rapport à cette date contre la moitié il y a un an), la synthèse fait apparaître les principales évolutions des maisons départementales et détaille les caractéristiques de ce nouveau modèle de service public qu'elles représentent aujourd'hui.

S'agissant des données statistiques, les transmissions se sont nettement améliorées au fil des mois ; il est ainsi permis de donner des chiffres clés d'activité pour les deux premières années de fonctionnement. Ces données ont pu être redressées grâce à la méthode élaborée conjointement avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sociaux (DREES), alors que les systèmes d'information sont encore dans une phase de transition.

Il n'avait pas été initialement prévu d'analyser les budgets des MDPH. Mais l'étude de comptes consolidés permet d'assurer la traçabilité des crédits et de mieux connaître les apports des différents partenaires aux GIP. Ce dernier travail a été réalisé par les directions des finances et de la compensation de la CNSA, avec la collaboration de plus des deux tiers des départements.

Que l'ensemble des départements – directeurs des MDPH et responsables des services des Conseils généraux – soit remercié pour la qualité et la régularité de ces échanges d'information qui contribuent à la transparence sur le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées.

Laurent VACHEY
Directeur de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie

Sommaire

Préambule	1
Les maisons départementales des personnes handicapées :	5
 vers la maturité ?	
 Rapports des présidents de conseil général	
 sur l'activité des MDPH en 2007, note de synthèse	
Les conditions de fonctionnement	7
Les différentes missions de la MDPH	11
Conclusion	25
Données nationales des décisions des CDAPH pour les personnes.....	29
handicapées adultes	
chiffres clés 2006- 2007	
Les demandes	30
Les décisions	32
Les estimations France entière des demandes et décisions adultes en 2007	34
Prestation de compensation du handicap : suivi de la montée	39
en charge et du contenu	
analyse des résultats du questionnaire mensuel 1^{er} semestre 2008	
Les demandes de prestation de compensation	40
Les décisions PCH extrapolées à la population française	43
Les PCH accordées en 2008 extrapolées à la population française	45
Analyse des budgets des GIP - MDPH : comptes consolidés 2007	49
L'échantillon constitué	50
L'analyse permet de dégager trois enseignements principaux	52
Considérations complémentaires	55
La maquette budgétaire et le poids relatif des trois principaux contributeurs	58
Indicateurs dégagés à partir de l'échantillon	59

Les maisons départementales des personnes handicapées : vers la maturité ?

Rapports des présidents de conseil général sur l'activité des MDPH en 2007 Note de synthèse

Les trois quarts des départements ont transmis les rapports annuels sur l'activité de leur maison départementale des personnes handicapées, alors que seuls 52 l'avaient fait l'année dernière.

Soixante quinze rapports ont été reçus au 30 septembre 2008, transmis dans leur majorité après les vacances d'été, souvent après avoir été présentés devant la commission exécutive du GIP, voire quelquefois devant la commission des affaires sociales du Conseil général.

Il ne semble pas toutefois que ces rapports aient donné lieu, parallèlement, à une présentation devant le Comité départemental consultatif des personnes handicapées.

Certains départements n'ayant pas produit de document pour l'année 2006 ont rédigé un rapport 2007 en le présentant comme un premier bilan de la création de leur MDPH avec, par exemple une introduction présentant à la fois le contexte local et une réflexion sur la nouvelle politique du handicap, qualifiée dans l'un des rapports de « *modèle social de participation et d'inclusion* ».

Bien que tous les départements n'aient pas établi et transmis leurs rapports, leur nombre est suffisamment significatif pour permettre de faire ressortir **les grandes évolutions du nouveau dispositif**.

Les rapports sont de consistance inégale, allant de moins de dix pages à plus de quatre-vingts. Si la majorité d'entre eux relate le fonctionnement des MDPH de manière formelle, certains ont structuré leur document en un véritable bilan annuel, avec des premiers chapitres sur les moyens et les activités ; puis deux autres chapitres, l'un sur les projets particuliers mis en place en 2007 et le dernier sur les perspectives pour 2008. De nombreux rapports comportent une conclusion politique et prospective, significative d'une véritable « installation » de ce nouveau dispositif dans le paysage français de l'action sociale. Le Bas Rhin a, par exemple, présenté le bilan de sa maison départementale en l'associant à des axes stratégiques assortis de onze fiches action.

On se rappelle la création relativement rapide des GIP au 1^{er} janvier 2006 et la mise en place dans des conditions quelquefois difficiles des MDPH, tant au niveau des locaux que de la mise à disposition des personnels des anciens dispositifs. Ainsi l'année 2007, sans pouvoir être considérée, à la lecture des rapports des PCG, comme une année de pleine maturité, constitue **une étape décisive** dans le développement de ce pilier essentiel de la loi du 11 février 2005.

Étape décisive à trois niveaux : la constitution des équipes pluridisciplinaires d'évaluation, le regroupement des services dans des locaux communs et le tissage, souvent très large, de partenariats à la fois politiques et techniques.

On peut également noter les efforts faits dans d'autres domaines : pour constituer une équipe d'accueil, avec des personnels exerçant un véritable « métier » qui est désormais reconnu au sein de la MDPH ; pour organiser les travaux de la CDAPH ; pour réduire les délais de réponse et résorber les anciens stocks ; ou pour mettre en place le fonds départemental de compensation.

Au delà d'une prise de conscience de la philosophie générale de la loi nouvelle, que l'on peut qualifier par l'expression « *changement de regard* » qui revient très souvent, il y a eu, dans de nombreux départements **une réflexion conduite sur le rôle de la MDPH** et sur ce qui favoriserait un fonctionnement optimum. On trouve ainsi, comme dans les Ardennes ou les Côtes d'Armor, l'élaboration de véritables projets de service impliquant les acteurs internes de la maison départementale mais aussi les nombreux partenaires et institutions extérieures. Dans de nombreuses autres MDPH, de petite comme de grande taille, des audits de fonctionnement ont été réalisés.

La lecture des rapports, comme les observations faites localement par la CNSA, témoignent de la capacité de ces nouvelles structures à réfléchir sur leur propre fonctionnement, à partir d'une analyse des enjeux

d'un service public moderne. Le souci qu'ont eu beaucoup de départements de dégager les fondements du nouveau dispositif des MDPH, et d'observer les débuts de son fonctionnement réel, pour le modifier et le rendre plus efficace, démontre une réelle maturation des esprits, et un changement évident par rapport à l'ancien système.

C'est donc une vraie « **consolidation** » de cette nouvelle structure qui a été réalisée au cours de l'année 2007, ce mot, avec celui de « *développement* », revient d'ailleurs souvent sous la plume des rédacteurs des différents rapports départementaux.

Sans être exempts de remarques, voire de plaintes, sur les difficultés encore rencontrées pour créer avec les MDPH un service public performant, ces rapports ont été rédigés sur un ton plutôt positif, significatif d'une nouvelle dynamique et du dynamisme des directeurs et de leurs équipes.

On peut citer, pour illustrer « les enjeux qui nous attendent » une phrase de la conclusion du rapport de la Marne : « *croiser la qualité de service en termes d'accueil, d'évaluation de délais, de suivi, avec le volume en augmentation croissante des demandes* »

Pour autant, les points « *de préoccupation et de vigilance majeure* » soulignés dans le précédent rapport de la CNSA n'ont pas tous été gommés ou surmontés. C'est le cas du plan personnalisé de compensation (PPC) qui n'est pas encore présent systématiquement pour toutes les demandes ; c'est bien évidemment aussi le cas du projet de vie, dont la présentation reste encore incertaine. Si ces rapports, de façon formelle, relatent essentiellement l'activité chiffrée de la maison départementale, un certain nombre de réflexions et de propositions sont émises. Elles permettront de préciser, voire de redéfinir en les approfondissant, les relations nouées entre les MDPH et les équipes de la CNSA, dans ce « *compagnonnage* » engagé depuis maintenant trois ans.

Le renouvellement des conventions d'appui à la qualité de service, qui devra être réalisé au cours du 1^{er} semestre 2009, pourra utilement se nourrir des éléments de ces rapports. Tel département a ainsi assorti la transmission de son rapport annuel d'une lettre explicitant ses attentes à l'égard de la CNSA, et présentant un processus de collaboration régulière, allant dans le sens d'un travail en réseau. On notera ainsi combien un grand nombre de départements utilisent les statistiques nationales, et le retour personnalisé chiffré qui leur est assuré par la CNSA, pour pointer leur place au niveau national selon les items.

Cela confirme l'importance pour le pilotage local que de pouvoir situer l'action d'une MDPH par rapport à celle de l'ensemble des autres départements.

Allant dans le sens de la transparence, de l'information partagée et de la mutualisation des connaissances, un certain nombre **d'exemples de « bonnes pratiques »** recueillis dans ces rapports pourraient être publiés dans les prochaines semaines. Par exemple sous la forme d'une nouvelle édition du document de 4 pages, « **les MDPH d'un département à l'autre** », qui fut édité à l'occasion de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008.

Si le terme de « réseau » peut être utilement employé pour désigner le travail commun et les relations techniques régulières entre les MDPH et la CNSA, (sans considérer que ces nouvelles structures constitueraient des « services déconcentrés » ou des « caisses locales » ...), le mot doit être d'autant plus utilisé pour qualifier les partenariats locaux qui donnent lieu à des conventions formelles. On peut citer l'exemple d'une MDPH d'un petit département qui collabore avec plus de 130 partenaires et a signé trente **conventions** dans la plupart des domaines d'intervention : l'accueil, l'information, la constitution des dossiers, l'aide à la formulation du projet de vie, la participation à l'équipe pluridisciplinaire et à l'évaluation des situations des personnes, au financement du fonds départemental de compensation, voire à la mise en place de dispositifs spécifiques dans le domaine du logement, de l'insertion professionnelle, de la culture ou des loisirs...

Si les contenus des rapports des départements sont pour la plupart riches en indications locales, précisant de façon heureuse les données chiffrées transmises régulièrement à la CNSA, ils restent encore difficiles à analyser de manière systématique, par manque d'une trame commune respectée. Il est ainsi dommage que les rédacteurs départementaux n'aient que très rarement suivi le travail d'harmonisation effectué par la CNSA avec des MDPH selon les trois principaux chapitres proposés : les missions, les financements, les activités. Il est de ce fait difficile d'effectuer une présentation globale de la situation des MDPH.

Cette note de synthèse reprend, comme celle de l'année dernière, **les différentes missions de la MDPH**, et se propose de développer certaines rubriques sur des thèmes structurants, voire nouveaux :

- **l'accueil**, dont le bon fonctionnement est déjà une première réponse aux besoins de la personne handicapée,
- **l'évaluation pluridisciplinaire**,
- **les partenariats**, spécialement en matière d'emploi ;
- l'organisation du travail d'instruction des demandes et **la CDAPH** (activités, organisation, jurisprudence),
- la scolarisation et l'insertion professionnelle
- **le fonds départemental de compensation**.

Avant de traiter des missions de la maison départementale, le chapitre 1 évoque d'abord les conditions de fonctionnement : le personnel, les locaux et le système d'information

Avertissement au lecteur : il voudra bien être indulgent sur certains tableaux statistiques qui portent sur un nombre de départements sensiblement inférieurs à celui des rapports reçus, car soit les données n'apparaissent pas dans tous les rapports, soit leur exploitation n'a pu être réalisée suffisamment tôt.

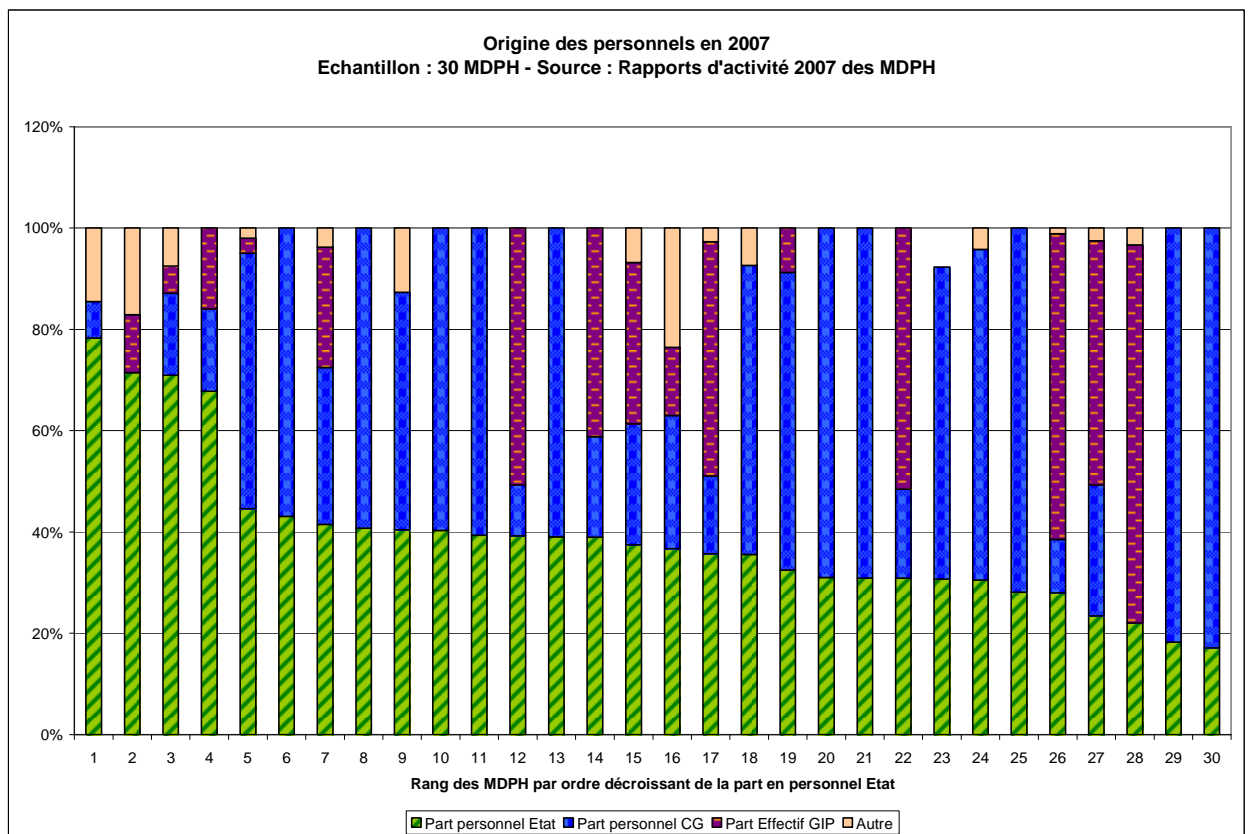
Les rapports d'activité des MDPH s'accompagnent, en parallèle et en amont, d'une phase d'échange de données entre les MDPH et la CNSA qui a pour but de permettre aux MDPH de disposer de « repères » quantitatifs pour la rédaction de leur rapport d'activité. 87 maisons départementales ont participé à cet échange sur les données 2007.

Les graphiques présentés ci-après illustrent les résultats obtenus par ce circuit d'échange. Ils sont parfois basés sur un échantillon inférieur à 87 lorsque certaines réponses n'ont pas pu être analysées.

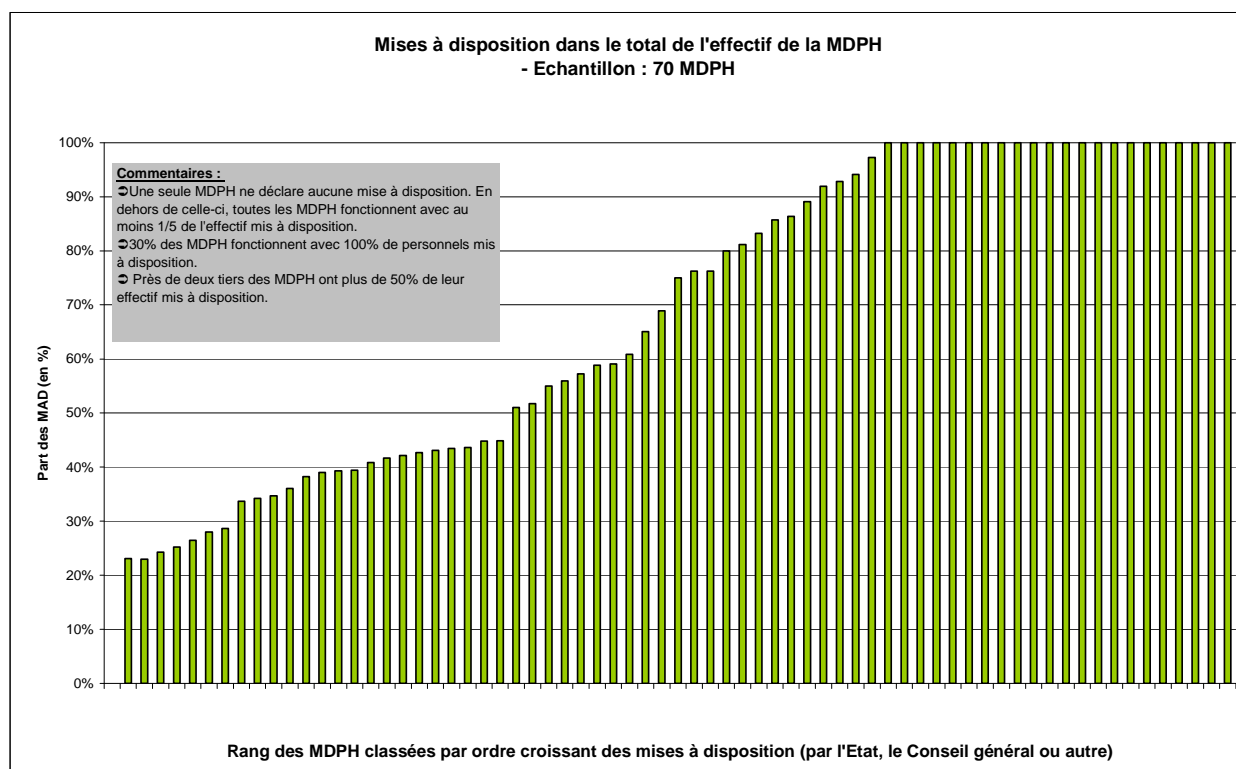
Les conditions de fonctionnement

Les personnels :

Malgré, et à cause des difficultés rencontrées dans certains départements avec les mises à disposition des personnels de l'État, les MDPH ont recruté un assez grand nombre d'agents, soit directement, soit dans la majorité des cas par le biais du Conseil général qui les affecte à la maison départementale. Il n'a toutefois pas été possible de faire la part, dans les statistiques fournies, du total des postes en équivalents temps plein à la MDPH et des postes mis à disposition. Cette rubrique a été comprise tant pour les agents mis à disposition par les trois services de l'État concernés (Éducation, Travail et Affaires sociales) que pour les agents départementaux recrutés pour la MDPH, qui sont juridiquement aussi dans une situation statutaire de mise à disposition.



Les deux tiers des MDPH fonctionnent avec au moins 50% de mises à disposition et certaines ne fonctionnent qu'avec du personnel mis à disposition.



On peut toutefois indiquer que **le nombre d'agents a globalement été augmenté de 50%** dès les deux premières années d'installation. Rares sont les départements qui ne disposent pas d'une trentaine d'emplois permanents sur les différentes missions de la maison départementale. Tel département de 300 000 habitants présente un organigramme de 43 personnes, toutes qualifications confondues, pour 28 équivalents temps plein.

Quant à leur gestion, il apparaît qu'un certain nombre de GIP ont recruté leur personnel, au delà de ce qu'on aurait pu penser au départ. Cela se retrouve dans des départements très peuplés, où l'autonomie donnée à une structure apparaissait naturelle du fait de la taille du nouveau service (c'est le cas de Paris), mais aussi dans certains départements plus petits. Cette place plus autonome ressort soit de la volonté politique locale, soit de la nécessité de donner à certains personnels un contrat plus favorable ce qui n'aurait pas été possible au sein du statut de la fonction publique territoriale. Dans certains départements, des conventions ont été formellement passées entre les services des conseils généraux et les GIP sur les questions de personnel et sur l'informatique.

On peut aussi faire la différence entre les départements pour ce qui concerne les recrutements nouveaux. Les uns, considérant qu'il s'agissait d'une mission nouvelle de leur politique sociale, ont agi comme s'il s'agissait d'une vraie décentralisation et les autres ont d'abord attendu les transferts de l'État, ou leur prise en charge financière, avant de décider de recruter directement. Il faudra voir au bilan des trois ans ce que l'augmentation régulière des concours financiers de la CNSA au fonctionnement des MDPH aura induit sur ces augmentations de personnel. Car sans tenir compte des crédits initiaux de l'État (sur le fonds de concours approvisionné par la CNSA en 2005), ni des crédits exceptionnels de 20 M€ votés par le Conseil de la CNSA en 2007, ce sont aujourd'hui 45 M€ qui sont répartis annuellement par la CNSA entre les cent départements, constituant pour eux des dotations pérennes. Si on juge que globalement les trois quarts de ces crédits de fonctionnement sont consacrés à des frais de personnel, on peut considérer que **mille emplois** sont ainsi financés en plus des ressources humaines existantes.

De nombreux rapports notent, une nouvelle fois, la précarité de certains postes, en raison de l'absence de toutes les mises à disposition des emplois initialement prévus dans les conventions de création des GIP, ainsi que les incertitudes sensibles sur les transferts de crédits de l'État. Outre le manque de moyens en personnel, venant souvent d'agents de l'État qui avaient à la fois la mémoire et les compétences techniques, on regrette aussi que cette précarité des situations ait des conséquences dommageables sur la professionnalisation des équipes dont les membres sont des remplaçants en contrats de courte durée. Cela est le cas tant pour l'accueil et l'instruction que pour le travail d'évaluation.

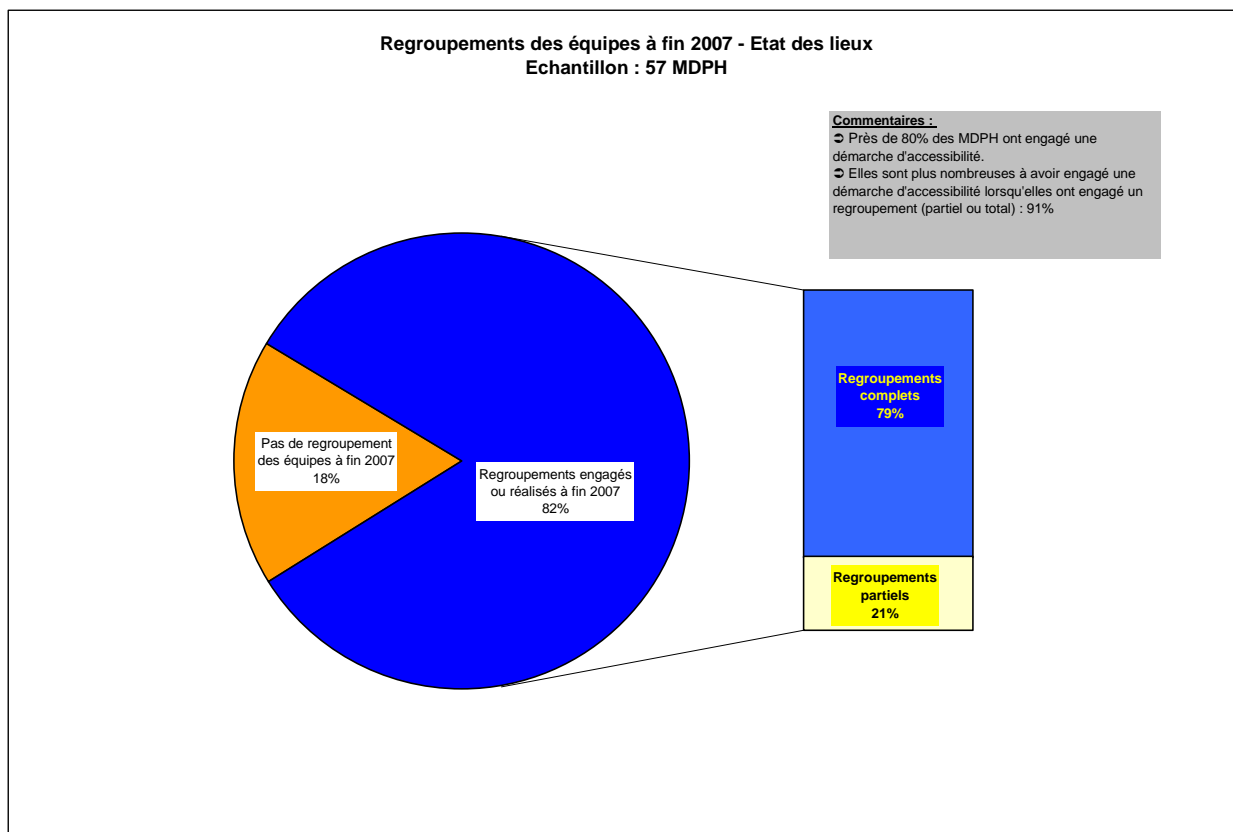
Au delà de ces difficultés dénoncées, des éléments très positifs sont mis en avant comme les efforts de formation engagés par la majorité des départements pour homogénéiser les cultures de ces personnels venant d'horizons différents et ayant des âges et de compétences diverses, y compris en faisant sauter progressivement la barrière entre les anciens des CDES et des COTOREP. La réunion en des locaux uniques, les qualités de management des directeurs, et sans doute la nouvelle proximité des membres de la CDAPH ont favorisé ces évolutions.

Les locaux :

C'est également un domaine où les progrès ont été nombreux en 2007; cela est d'autant plus utile à souligner quand on se rappelle que, lors de la discussion de la loi nouvelle, la question se posait de savoir si la maison départementale - « *guichet unique* » - était un concept de travail, dont l'unité était virtuelle, ou si elle devait disposer de locaux clairement identifiés et bien implantés. **Les trois quarts des départements disposent de locaux uniques** permettant aux équipes d'être regroupées sur un même site même si, dans certains cas encore, ce regroupement reste provisoire, avec des locaux mal agencés, en attendant des locaux neufs ou rénovés.

L'aménagement des nouveaux locaux a permis de faire réfléchir les équipes sur leurs missions et moyens et sur leurs relations fonctionnelles. En cela, au delà de la crainte toujours liée aux changements, les déménagements ont été de fait plutôt structurants. Les locaux d'accueil ont été souvent soignés, avec des véritables salles d'attente pour les familles et les enfants. Leur mise en accessibilité a fait l'objet d'un travail approfondi avec les associations représentatives pour assurer la prise en compte des besoins de tous les types de handicap, bien au delà de la simple rampe d'accès pour les fauteuils roulants. Différentes modalités d'accès pour les personnes sourdes se mettent en place (langue des signes, Web-sourd, affichage électronique...). La convivialité générale, dont les experts de la CNSA sont témoins lors de leurs déplacements, donne dans bien des cas une image de « maison » plutôt que de bureaux impersonnels.

En ajoutant les regroupements partiels, aujourd'hui moins d'un département sur cinq n'a pas encore regroupé ses équipes. Le nombre d'inaugurations auxquelles la CNSA est invitée est significatif de ces installations définitives. Ces manifestations officielles sont souvent l'occasion pour le département d'organiser une journée-rencontre, un forum participatif ou autres assises départementales du handicap, confirmant la maison dans sa fonction d'accueil de tous et d'instrument d'un début de démocratie sociale.



Le système d'information :

Ce domaine, l'un de ceux qui ont donné lieu au plus grand nombre de réunions techniques au niveau national, n'est pas traité de façon trop négative dans les rapports.

Le protocole d'assistance des services de l'État a permis aux MDPH d'accéder à partir de leurs locaux aux systèmes hérités des anciennes COTOREP et CDES, respectivement ITAC et OPALES. De part la disparition programmée de ces anciens systèmes, les MDPH ont dû s'atteler à la recherche d'une solution de remplacement leur permettant de s'affranchir des anciennes solutions nationales.

Le décret du 15 mai 2007 autorise ainsi les MDPH à mettre sur pied **un traitement automatisé des données à caractère personnel** pour faciliter l'instruction, la gestion et le suivi des demandes.

La recherche de solution a reposé sur l'extension du périmètre du système d'information de chaque conseil général dédié à l'aide sociale ou au passage d'appels d'offres pour l'acquisition d'un logiciel spécifique de gestion de la MDPH.

Si, pour 2007, peu de maisons départementales indiquent avoir fait basculer leur système, on peut considérer qu'à la mi-2008 près de la moitié d'entre elles étaient en passe de s'affranchir des anciens systèmes. L'appropriation des nouveaux systèmes s'appuie sur la conservation d'un outil répondant aux besoins d'archivage à partir des anciens logiciels, l'historique des dossiers étant ainsi garanti.

A titre d'illustration l'Aisne et la Côte d'Or donnent, dans leur rapport annuel, le **calendrier du basculement** de leur système d'information de mars 2007 à fin janvier 2008, en plusieurs étapes allant du lancement des consultations pour un nouveau progiciel, au démarrage du nouveau système opérationnel, en passant par le lancement de la numérisation des dossiers et la formation de tous les agents.

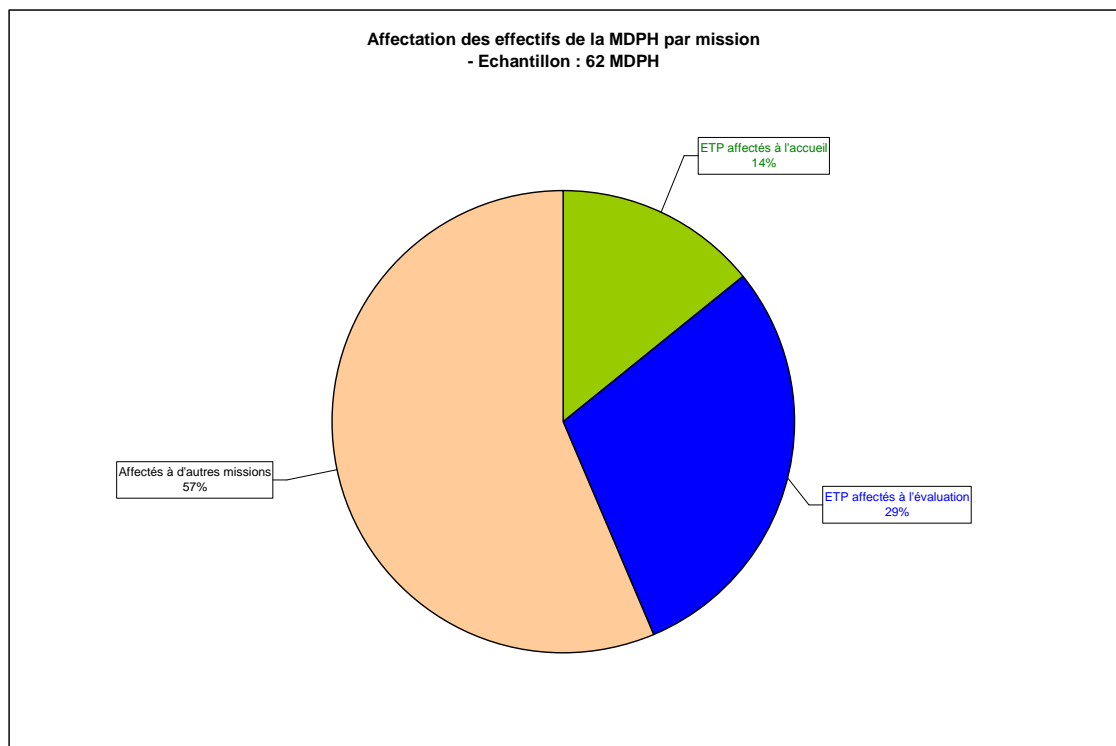
Les différentes missions de la MDPH ont été mieux prises en compte en 2007

L'accueil :

Il s'agit du « **service** » qui était le plus attendu, notamment par les associations de personnes handicapées, et le plus significatif du changement de regard dans le domaine institutionnel. Tant par le nombre d'agents chargés de cette mission première de la MDPH (14% des agents sont affectés à l'accueil), que par l'organisation des locaux, de réels progrès ont été réalisés au cours de l'année 2007. Il n'est pas rare que dans un département de taille moyenne (Calvados, Indre et Loire, par exemple) l'effectif affecté à cette mission dépasse les 10 agents. La mise en place d'un véritable suivi de l'activité de l'accueil se met en place et permet d'adapter les moyens (locaux, lignes téléphoniques et personnel dédié) en fonction de la fréquentation tant physique que téléphonique.

À titre d'exemple, dans la MDPH d'un département de taille moyenne-haute (le Finistère, 850 000 habitants), on reçoit 30 personnes par jour et on répond à 300 appels téléphoniques.

Le souci de l'accessibilité de la maison départementale s'est souvent concrétisé par des permanences en langue des signes française et l'édition de documents en braille.

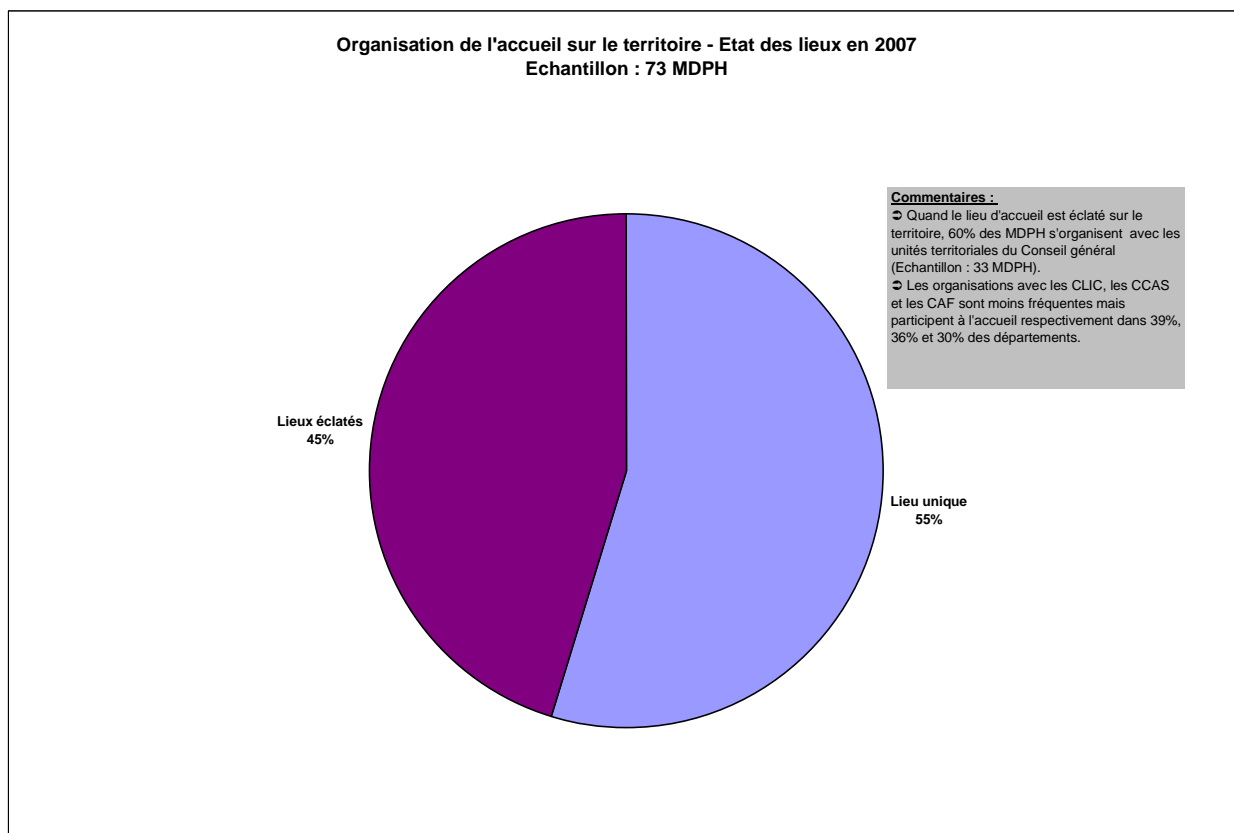


Parmi les innovations, constituant des progrès évidents si on se remémore le service d'accueil des COTOREP, on peut citer la mise en place de plates-formes téléphoniques avec des personnels formés et surtout une organisation, dans de nombreux départements, d'un accueil physique **en deux niveaux** : l'information d'une part, l'accueil plus complet pour la constitution des dossiers, permettant tout d'abord une écoute approfondie de la personne et un début d'instruction.

Dès cette deuxième année de fonctionnement, les maisons départementales ne sont plus le lieu unique d'accueil des personnes handicapées sur le département, près de la moitié ayant déjà déployé des accueils secondaires sur leur territoire.

Toutefois, parmi les structures pouvant remplir la fonction d'accueil et d'information, rares sont les CLIC ou les CCAS qui ont été mobilisés (on les trouve dans moins de 20 % des départements). Par contre, et de façon très naturelle, ce sont les **unités territoriales d'action sociale** - services des conseils généraux -, qui constituent ces points d'appui déconcentrés. Les CAF sont également sollicitées comme point d'accueil pour les parents d'enfants handicapés.

Les rapports mentionnent aussi l'ouverture de la MDPH aux associations qui y assurent des permanences, ainsi que l'existence de permanences d'accueil associatives localisées sur le territoire départemental pour le compte de la maison départementale.



Un réel souci de **communication** existe avec le développement de différents instruments et supports d'information : livret d'accueil, affichage par écran électronique, bornes interactives de la CAF et de l'AGEFIPH, site internet spécifique ou portail sur le site du Conseil général, plaquettes et brochures en direction du grand public. On note aussi la présence de la MDPH dans la communication institutionnelle du département.

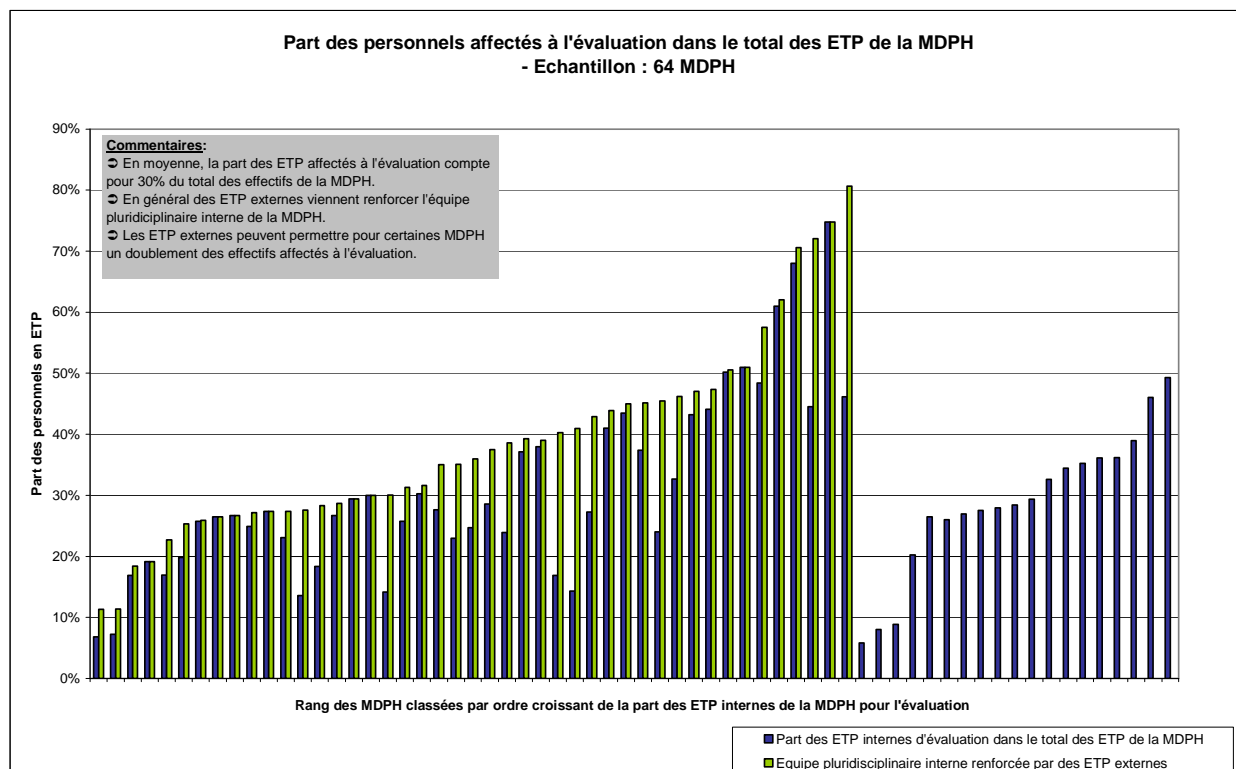
L'évaluation :

Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) apparaît utilisé par la quasi-totalité des MDPH, il ne l'est toutefois que partiellement dans 80% des départements ; quelques uns disent ne pas l'employer du tout...

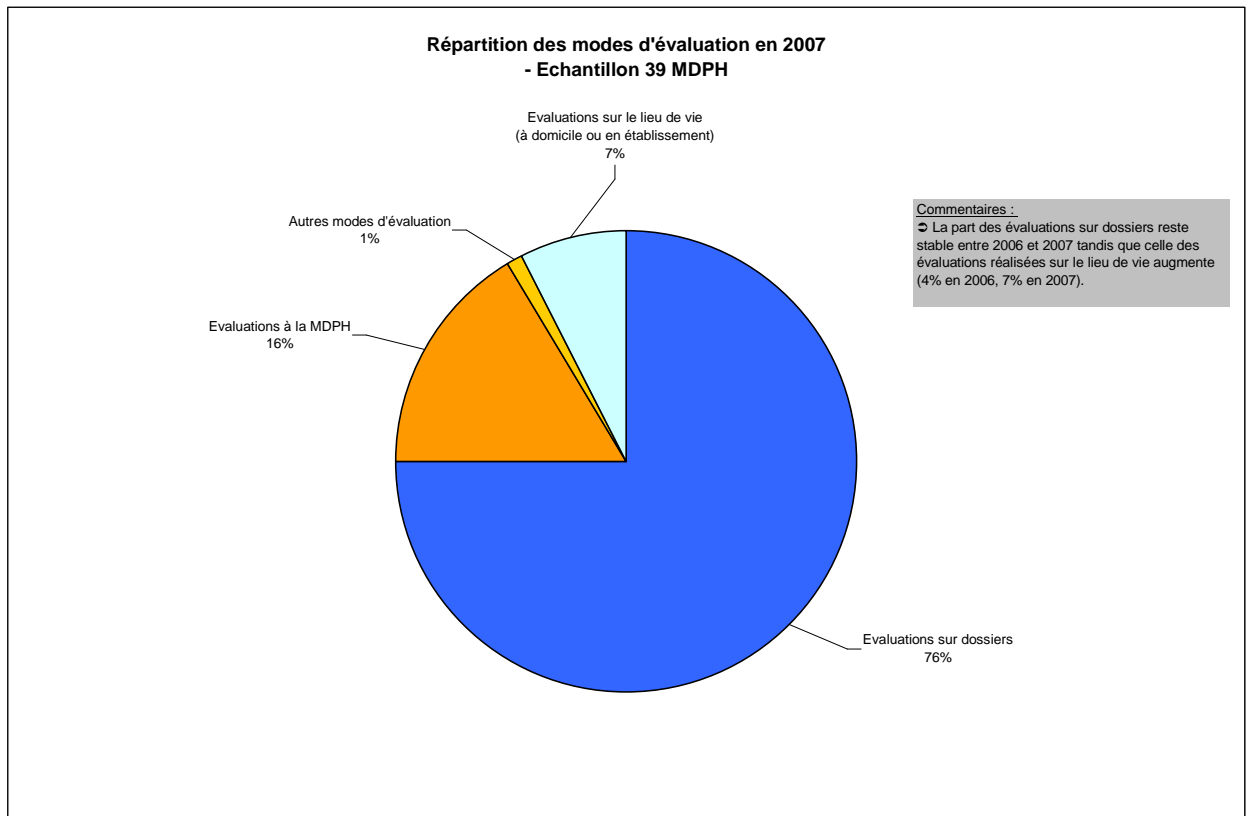
Les MDPH qui ont organisé des rencontres de travail autour de cet outil soulignent combien elles ont permis aux membres de l'équipe pluridisciplinaire et des équipes conventionnées « *d'échanger sur l'appréciation de la situation de la personne handicapée, des différentes déficiences et incapacités* », débats favorisant l'émergence d'une culture commune. La pluridisciplinarité devient progressivement une réalité au fur et à mesure de l'arrivée dans les équipes de professionnels de formations différentes (assistants sociaux, ergothérapeutes, conseillers en économie sociale et familiale...). Des formations à l'utilisation du guide sont souvent citées dans les rapports annuels.

C'est sans doute dans les équipes pluridisciplinaires que les effectifs de professionnels ont connu la plus grande augmentation ; cela est à noter positivement, puisqu'il s'agissait d'une préoccupation pointée l'année dernière ; le « noyau dur » (personnels spécialisés internes à la MDPH) représente jusqu'à 80% du

personnel. Il est souvent fait appel à des expertises extérieures, même dans le cas des gros départements. On peut citer le département des Landes qui a signé 10 conventions pour cette mission. Parmi les expériences intéressantes, on notera que l'équipe pluridisciplinaire d'un département se constitue en formation spécialisée pour étudier les situations des enfants relevant de l'Aide sociale à l'enfance. Les rapports n'évoquent cependant que très peu les services de PMI, comme de ceux des secteurs de psychiatrie...



Si, dans l'esprit de la loi, l'évaluation pluridisciplinaire devait donner lieu à des entretiens personnalisés, les trois quarts des demandes sont examinées au travers des seuls dossiers, **les visites à domicile** restent encore très minoritaires. On peut toutefois faire remarquer que ces évaluations sur le lieu de vie des personnes sont passées de 4 % en 2006 à 7 % en 2007, et qu'elles doivent ainsi représenter quelques mille visites en moyenne par département. Elles sont en effet réservées aux demandes les plus complexes nécessitant une évaluation de l'environnement de vie de la personne handicapée.



La CDAPH

Malgré le nombre important de ses membres comme de ses réunions, la **commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées** n'est pas l'objet de critiques massives quant à son fonctionnement.

Après le sentiment d'écrasement devant les tâches à accomplir, qui était celui des directeurs comme des présidents de commission en 2006, notamment en raison des stocks de **dossiers non traités** dans l'ancien dispositif, la lecture des rapports annuels de 2007 donne une impression, sinon d'apaisement, du moins de l'utile réflexion engagée par les nouveaux responsables sur la meilleure organisation à mettre en place. Pour cela certains départements ont fait appel à l'aide méthodologique de cabinets-conseil.

Comme l'aménagement des nouveaux locaux, la question de l'organisation a été structurante pour la dynamique des équipes. Toutes les maisons départementales ne sont évidemment pas au même niveau de réalisation, mais la réflexion collective a été générale. En effet la CDAPH est une organisation originale appelée à construire un mode de fonctionnement innovant qui doit à la fois faire face à la pression de la masse des dossiers et garantir la recherche du traitement le plus individualisé possible pour un certain nombre de demandes.

La majorité des départements ont organisé des sessions de la commission des droits **au moins tous les quinze jours, voire chaque semaine durant toute la journée**. Aucune MDPH ne se plaint de l'absentéisme des membres, enrayé sans doute grâce aux nombreux suppléants nommés...

Le souhait d'étudier toutes les demandes en « *ouvrant les dossiers en séance* » avait été pointé, l'année dernière, comme une difficulté structurelle du nouveau dispositif. Le taux d'examen des dossiers apparaît dans certains rapports : on peut citer tel département où 25 % pour les situations d'enfants et 33 % des situations d'adultes, dont la moitié concernent les PCH, donnent lieu à un examen du dossier. Les autres

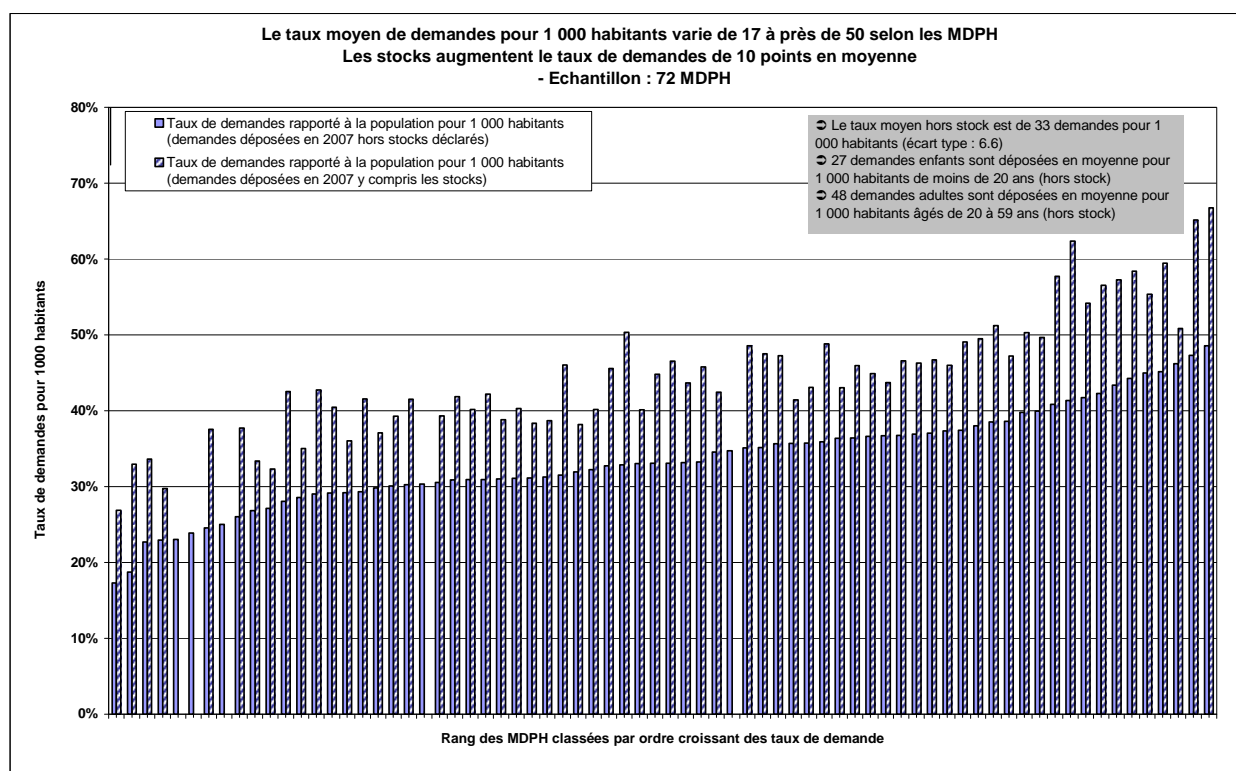
demandes font l'objet de présentations par listes. Il est évident que le nombre de dossiers examinés dépend du nombre de décisions à prendre par la CDAPH.

Une répartition selon les âges semble encore assez majoritaire dans l'organisation des CDAPH. De nombreuses commissions veillent à **recevoir les demandeurs**, dans des conditions d'écoute garantissant une certaine dignité, souvent en petit comité, évitant ainsi que les 23 membres soient tous réunis pour ces audiences.

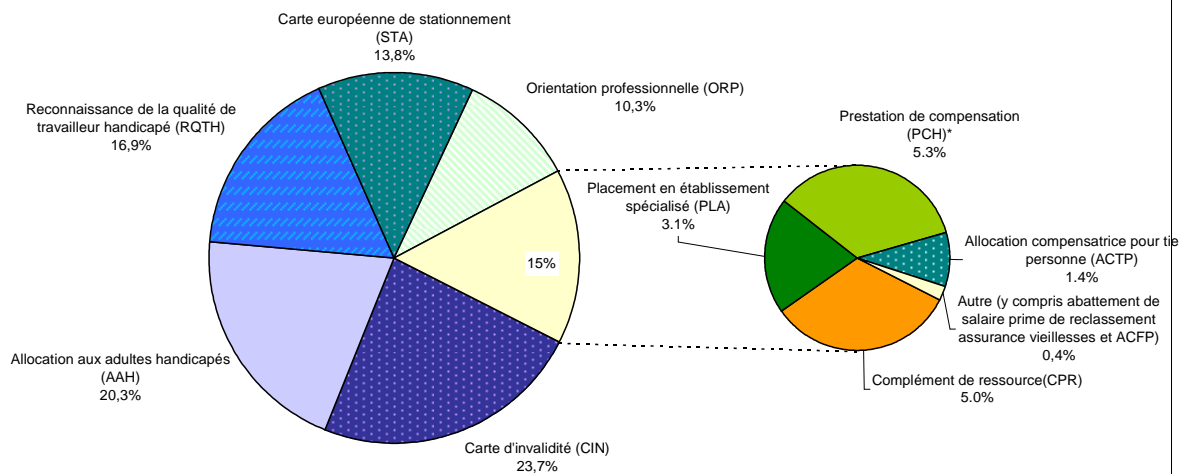
On note avec intérêt le souci d'un grand nombre des MDPH d'organiser **le flux des dossiers**, à la fois pour raccourcir les délais de traitement, et pour fluidifier les séances de la CDAPH ; ainsi une répartition des demandes par type de traitement administratif est faite dès l'arrivée du courrier, (les demandes pour l'obtention des différentes cartes seront traitées de manière plus simple et donc plus rapide qu'une demande de PCH). Une maison départementale relate ainsi en une page complète du rapport « *le parcours d'un dossier au sein de la MDPH* » : un première étude, et une pré-orientation, est organisée deux fois par semaine au sein d'une cellule médico-administrative de la maison départementale. Il faudra toutefois veiller à ce que cette indispensable répartition n'empêche pas des besoins non explicites d'émerger...

Dans le fonctionnement des MDPH de façon générale, et en particulier des commissions, le chiffre le plus significatif est sans doute celui des demandes déposées, rapporté à la population de moins de 60 ans ce chiffre varie de **17 à près de 50** pour 1000 habitants, soit de 1 à 3... selon les départements.

Parmi les différents types de demandes qui sont analysées, celles relatives à la PCH constituent les plus longs développements dans les rapports, non en raison de leur nombre, qui est très faible par rapport au total des demandes, mais en raison de la nouveauté et de la difficulté que représentent la réalisation d'une évaluation globale des besoins et la proposition d'un plan personnalisé de compensation.

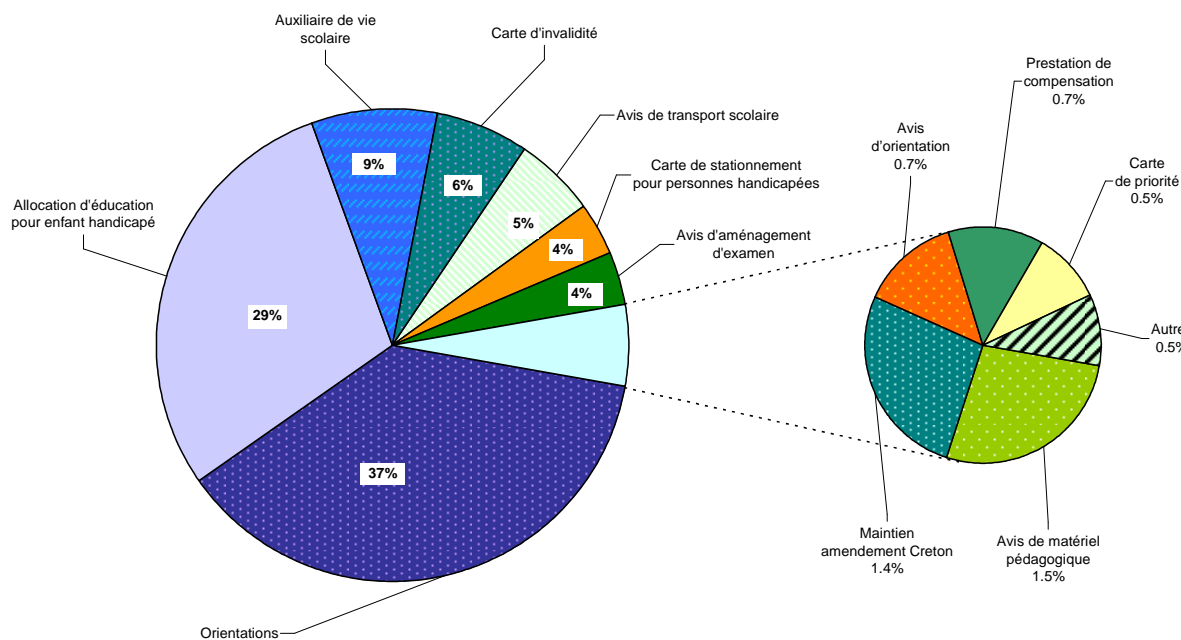


Répartition des demandes adultes déposées en 2007
- Echantillon : 97 MDPH**



Source : extraction ITAC 5-12 février 2008 et questionnaire mensuel

Répartition des demandes enfants déposées en 2007
- Echantillon : 90 MDPH**



Source : extraction OPALES 14 février 2008 et questionnaire mensuel

La conciliation

Cette fonction semble assez bien utilisée dans les départements où elle a été mise en place.

Si, lors de la première année de fonctionnement, moins de la moitié des départements avaient pu désigner la « personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation », cette fonction ayant eu des difficultés à être comprise par rapport au simple recours gracieux, et les candidats possibles semblant rares, des conciliateurs ont été nommés dans les trois quarts des MDPH. En fonction des observations faites lors des déplacements de 2008, on peut dire qu'il en existe aujourd'hui presque partout même si les MDPH soulignent souvent la difficulté de trouver des bénévoles compétents et volontaires pour effectuer cette mission.

Pour autant, les demandes de conciliation des personnes handicapées ou de leur famille sont encore en relatif petit nombre (40% des MDPH disent n'avoir eu aucune demande à traiter en 2007). Dans certains cas ce sont en fait les responsables de l'accueil qui exercent ce rôle d'explication aux personnes de la décision qui leur a été notifiée, étape souvent indispensable à une acceptation de cette décision.

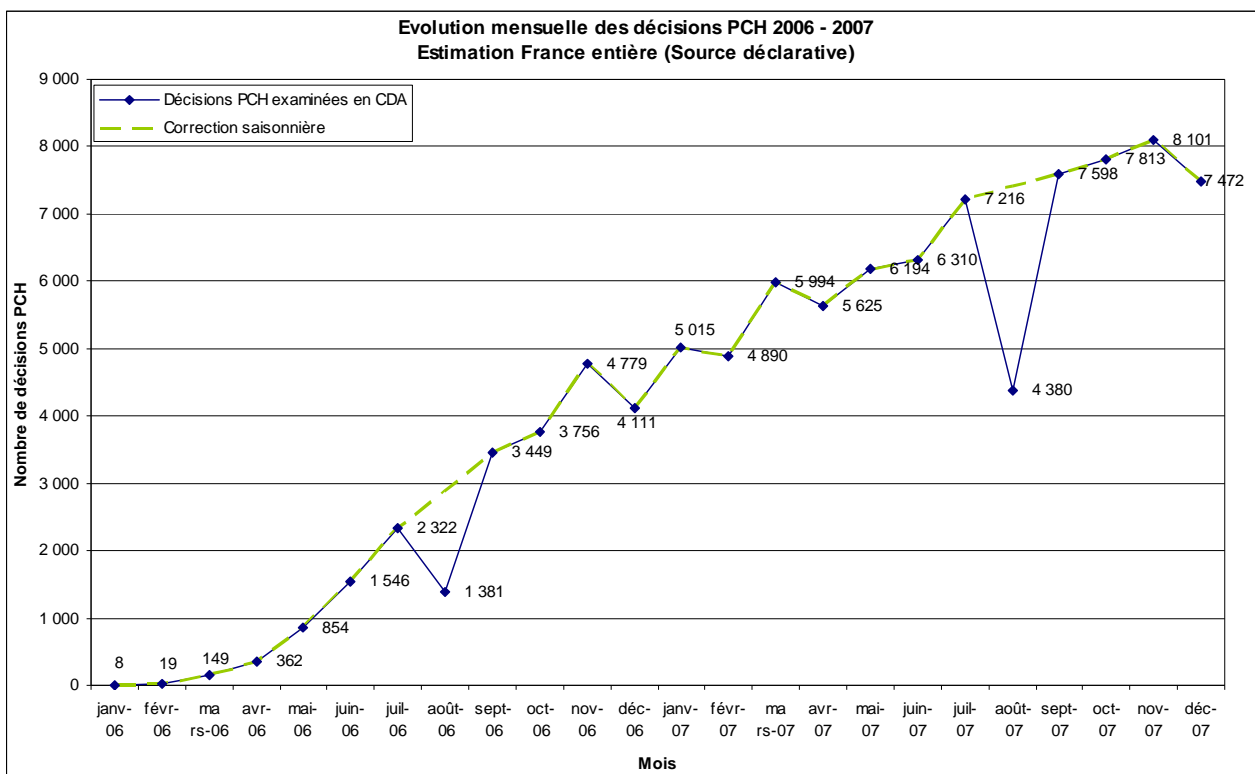
La prestation personnalisée de compensation

Les rapports des départements consacrent en général un assez long développement à la PCH, cette prestation étant reconnue comme une des dispositions essentielles de la nouvelle loi. La montée en puissance des demandes a été relativement lente lors de la création des MDPH, les départements ne faisant pas en cela la même expérience que celle vécue quatre ans plus tôt avec la montée très rapide de l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées.

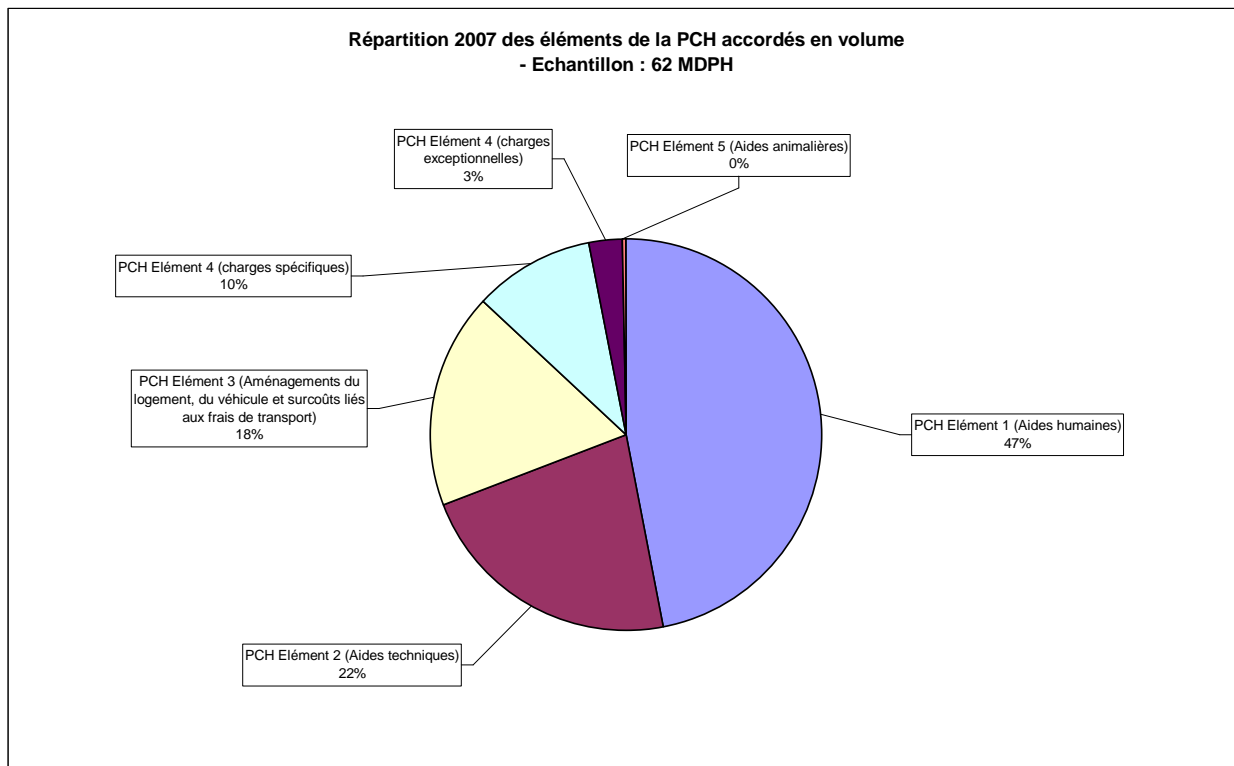
Les données statistiques sur la PCH pour 2007 ont été publiées après leur présentation au Conseil de la CNSA le 1^{er} avril 2008. Le nombre de demandes est passé de 70 000 (évaluation France entière) en 2006 à 84 000 en 2007. Il semble que le chiffre se stabilise à 8000 demandes déposées par mois en 2008.

Le taux des accords s'établissait de 60 à 80 %, et en moyenne nationale il était des deux tiers.

Les maisons départementales indiquent que le temps passé à l'étude de ces demandes est sans proportion avec leur nombre. Celui-ci représente en moyenne 5 %, comme d'ailleurs le complément de ressource, mais on peut considérer que l'étude de ces demandes occupe le quart des moyens de la MDPH et du temps de ses professionnels.



Parmi les éléments financés par la PCH, si les aides humaines en représentent encore la moitié, les aménagements de logement, les frais de transport et les autres aides techniques représentent 40 % en volume des décisions. Ces chiffres sont d'autant plus remarquables si on les compare aux anciens financements accordés par les COTOREP qui concernaient essentiellement les aides humaines.



La scolarisation

Il y a, au regard de son importance, peu de choses dans les rapports des départements sur ce thème. Contrairement à ce que l'on trouve sur le versant de l'emploi, sans doute aussi parce que la loi a semblé à beaucoup concerner d'abord les adultes. On a longtemps pensé que les changements de procédures pour les dossiers des enfants n'avaient que peu changé et que l'on n'aurait peut-être pas fait une loi pour réformer les seules CDES...

Pourtant **le changement de paradigme était complet**, puisque la loi affirme le droit commun de l'école ordinaire et qu' « elle renverse la charge de la preuve ». Ainsi il est vraiment apparu que les rôles des différents acteurs : enseignants, parents, équipe pluridisciplinaire de la MDPH, voire établissements et services médico-sociaux devaient être profondément modifiés.

L'augmentation de l'activité sur le nombre de situations d'enfants est pointée dans de nombreux rapports. De plus, la suppression des CCPE et des CCSD a transféré des tâches directement à l'échelon départemental.

Les rapports parlent également beaucoup **des missions des enseignants référents** qui, après avoir été nommés à partir des postes des secrétaires des anciennes commissions de circonscription, ont vu leur nombre augmenter assez sensiblement. Souvent hébergés dans les collèges, dont les départements ont par ailleurs la charge logistique, dans la grande majorité des situations leurs moyens de fonctionnement sont assurés par la MDPH ou directement les services du conseil général.

Les départements indiquent souvent qu'une convention a été élaborée sur les conditions des « prestations de missions » des enseignants référents et sur la mise en œuvre du plan personnalisé de scolarisation. Quelques uns traitent aussi de l'accueil des étudiants handicapés à l'université, dossier effectivement encore sensible en 2007.

Différents développements sont également fournis sur les **emplois d'auxiliaires de vie scolaire (AVS)** et des difficultés rencontrées à la rentrée scolaire 2007, avec les retards dans les décisions et la mise en

place effective de ces postes dans les établissements scolaires. Le profil, les fonctions et la pérennité de ces emplois donnent lieu à quelques interrogations dans un certain nombre de rapports départementaux.

L'insertion professionnelle

Si le domaine de l'emploi des personnes handicapées était déjà très présent dans les COTOREP, dont l'ancienne 1^{ère} section traitait les dossiers, il n'était pas apparu comme une préoccupation première lors de la création de la MDPH. L'importance des informations recueillies dans les rapports de 2007 permet ainsi un **développement détaillé sur ces thèmes de l'emploi et de l'insertion professionnelle** des personnes handicapées.

En 2007, les demandes liées à l'emploi augmentent dans les MDPH par rapport à 2006 : si quelques rares rapports constatent des baisses, les augmentations relevées sont nombreuses et importantes (de 9 à 10 % de reconnaissances de la qualité de travail handicapé en plus (départements 16, 25), jusqu'à 17 à 20 % (départements 08, 16, 34)). Au delà de la structuration classique (Pôle Enfants / Pôle Adultes / PCH), le thème de l'insertion professionnelle est développé dans plus de la moitié des rapports d'activité. Au plan national, si le nombre de demandes de **RQTH** avait nettement baissé il y a deux ans, le nombre de reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé a augmenté de 18% en 2007 (260 000 personnes), sans toutefois retrouver le niveau de 2004-2005.

La plupart des référents pour l'insertion professionnelle sont nommés

En 2007, la plupart des MDPH ont désigné un **référént de l'insertion professionnelle**. Il peut être contrôleur du travail (département 19), psychologue (08), assistant de service social, juriste (46)... Certaines MDPH disposent de deux référents nommément désignés (46), dans d'autres la fonction est assumée, de fait, mais sans désignation, par exemple par un binôme médecin du travail / assistant de service social au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Dans certains cas, le référent pour l'insertion professionnelle est mis à disposition de la MDPH, par un Cap Emploi (82), ou la DDTEFP (06). Plusieurs rapports d'activité rappellent le rôle du référent (11, 19, 60) et certains dressent un bilan spécifique de son action (60, 84).

Plusieurs formes de spécialisation se sont développées, par l'intermédiaire et autour du référent insertion professionnelle ; elles associent tout ou partie des agents des MDPH.

Des formes de spécialisation multiples se sont développées :

Plusieurs MDPH ont mis en place un **accueil individuel** dédié à l'insertion professionnelle : entretiens individuels (06), permanences physiques ou téléphoniques assurées par le référent insertion professionnelle (19, 60), un Cap Emploi (30) ou un conseiller de l'ANPE, voire l'ensemble des partenaires : les « Journées Cap » (18) proposent aux personnes handicapées ayant déposé une demande de reclassement et de formation une rencontre avec des professionnels de l'orientation : psychologue, AFPA, travailleur social CRAM ou MDPH, médecin.

Plusieurs MDPH mentionnent également la présence de la « Borne AGEFIPH » (14, 25, 30, 60, 70, 73), borne interactive dédiée à l'information des personnes handicapées sur les aides et dispositifs relatifs à l'emploi en milieu ordinaire de travail, qui permet notamment la mise en relation directe avec un conseiller Cap Emploi.

L'**accueil collectif** spécifique s'est également développé : informations collectives hebdomadaires conduites sous la responsabilité du référent insertion professionnelle (06), demi-journées d'accueil collectif trimestrielles (60), journées d'information et d'orientation professionnelles hebdomadaires (94). Ces séances d'information collective peuvent être co-animées avec un Cap Emploi (25).

L'organisation même des MDPH peut refléter cette forme de spécialisation ; plusieurs d'entre elles ont mis en place des **pôles et missions dédiés** : « Commission de synthèse orientation / insertion professionnelle » (11), « Plate-forme de suivi des parcours des travailleurs handicapés » (06), « Pôle de compétence insertion professionnelle » (88), « Mission Insertion Professionnelle » (84), « Pôle orientation professionnelle » (94), « Points d'orientation professionnelle » (18). Ces différentes formes d'organisation

s'appuient sur le même type de partenariat que celui développé au sein des équipes pluridisciplinaires spécialisées, auxquelles elles viennent souvent en appui.

Ces équipes pluridisciplinaires centrées sur les problématiques de l'insertion professionnelle, de l'orientation et de la RQTH existent de façon très répandue, mais sous des dénominations et selon des modalités variables. Dans sa forme et sous son appellation la plus répandue, « **l'équipe pluridisciplinaire insertion professionnelle** » (03, 14, 18, 19, 41, 71,74) rassemble :

- le référent insertion professionnelle MDPH,
- un médecin de la MDPH,
- un psychologue de l'AFPA,
- un représentant de l'ANPE,
- un représentant des Cap Emploi.

Ce « noyau dur » peut associer la CRAM (06, 18, 19, 30, 87, 88) et être complété par un médecin du travail (03, 28, 94), éventuellement par un conventionnement avec un service de santé au travail (47). Les SAMETH (71, 88, 94), Missions locales (06, 08, 14) et PAIO (08, 14) peuvent également être sollicitées, de même que des associations comme la FAGERH (71).

Au registre des variantes citons quelques appellations alternatives (Équipe technique spécialisée insertion professionnelle (16), Équipe pluridisciplinaire Orientation professionnelle (45), Équipe reclassement professionnel (80)), des équipes techniques délocalisées en ESAT (16), ou spécialisées ESAT (03), et une procédure accélérée pour le traitement en urgence des demandes de RQTH, instruites par le seul médecin de la MDPH (94).

Il existe également **une section spécialisée de la CDAPH à dominante insertion professionnelle** (18), mais ce cas de figure est nettement moins répandu.

Le partenariat que les MDPH ont développé à l'appui de cette spécialisation s'est étendu au delà des domaines de l'accueil, de l'information et de l'évaluation.

Les partenariats locaux se sont développés

Les MDPH ont été amenées, dans ce secteur comme dans d'autres, à passer des **conventions** fixant la participation aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation. Un très grand nombre de rapports d'activité font état des conventions passées ou à venir avec **le service public de l'emploi et les Cap Emploi** à ce titre. Dans plusieurs MDPH, les partenariats se sont mis en place sans que ces conventions aient été signées. Ces partenariats vont souvent au-delà de la participation aux équipes pluridisciplinaires, et se traduisent par des actions innovantes qui seront détaillées plus bas.

Après la signature de conventions, la participation au **Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés** (06, 18, 24, 28, 44, 46, 74, 84), et plus rarement au PRITH (19), constitue la forme la plus emblématique et la plus partagée de partenariat développé dans le domaine de l'insertion professionnelle.

Enfin, outre les bornes d'information déjà mentionnées, le partenariat des MDPH avec les **délégations de l'AGEFIPH** se développe par la contribution de cet organisme aux financements de certaines aides dans le cadre de la PCH ou du fonds de compensation, y compris pour les MDPH qui n'ont pas participé à l'expérimentation lancée sur ce thème (04, 18, 19, 28, 84). L'AGEFIPH peut également participer à l'équipe pluridisciplinaire (03), aux expérimentations et actions innovantes.

Des actions innovantes et partenariales se mettent en place

De nombreuses MDPH font état de leur participation aux **expérimentations nationales** : entretiens d'employabilité (28), co-instruction du financement des aides (30, 73), projet RECORD (44), service Appui-Projet (03, 70, 14).

D'autres ont développé ou poursuivi des **projets locaux innovants**, tels que la plate-forme de suivi des parcours des travailleurs handicapés (06), dispositif qui permet de suivre individuellement et précisément les parcours professionnels des travailleurs handicapés, expérimentations d'un dispositif d'accompagnement des travailleurs handicapés avec cofinancement sur fonds européens (87), participation

à un protocole de partenariat pour le maintien dans l'emploi (28, 44), action partenariale sur le suivi des travailleurs handicapés à leur sortie de CRP ou en CIE (18)...

Un grand nombre **d'actions partenariales** sont également développées dans le domaine de l'information, de la formation, et de l'observation : participation à la Semaine pour l'emploi des personnes handicapées (16, 18, 84), séances de formation-information à destination de la CDAPH avec la participation des membres du PDITH (46), présentation de l'AGEFIPH et du FIPHFP en CDAPH plénière (18), formation des accueillants sur le thème de l'insertion professionnelle (14), stage du référent insertion professionnelle auprès des partenaires du service public de l'emploi (14), formation du personnel MDPH sur les offres de service Cap Emploi (28) et les dispositifs d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (04) participation au comité de pilotage de la mission régionale d'observation de l'insertion professionnelle des personnes handicapées - Observatoire régional des métiers, (84).

Mais l'insertion professionnelle fera encore partie des priorités 2008

Pour beaucoup, l'amélioration de la collaboration dans le champ de l'insertion professionnelle reste une priorité, et dans les projets de 2008, de nouvelles thématiques émergent :

- l'accompagnement dans un parcours d'insertion ;
- l'insertion professionnelle des jeunes travailleurs handicapés et le parcours de formation des élèves handicapés ;
- le développement de l'observation en matière d'emploi et d'insertion professionnelle.

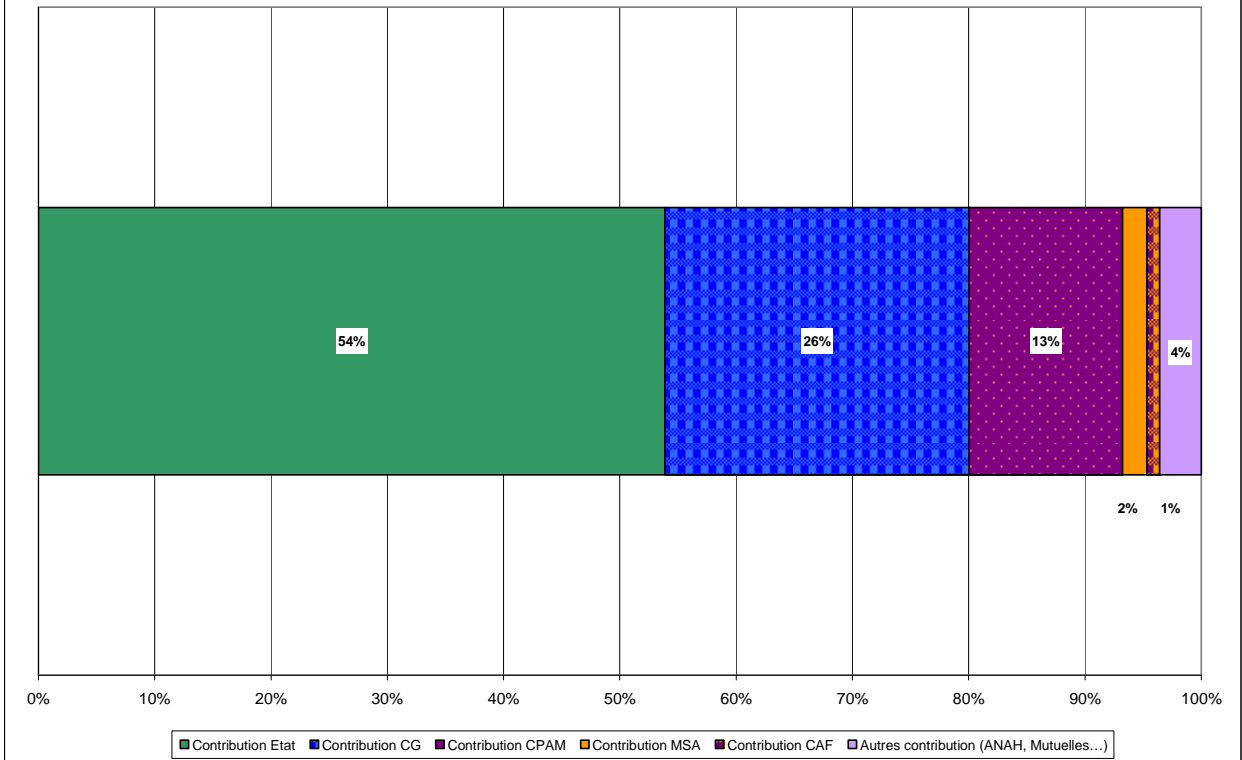
Le fonds départemental de compensation

Le fonds départemental de compensation (FDC, que l'on devrait plutôt nommer, pour éviter les confusions de compréhension « *fonds départemental complémentaire* »...) est évoqué dans presque tous les rapports transmis, et analysé systématiquement dans certains, souvent avec les prestations qu'ils ont permis de financer.

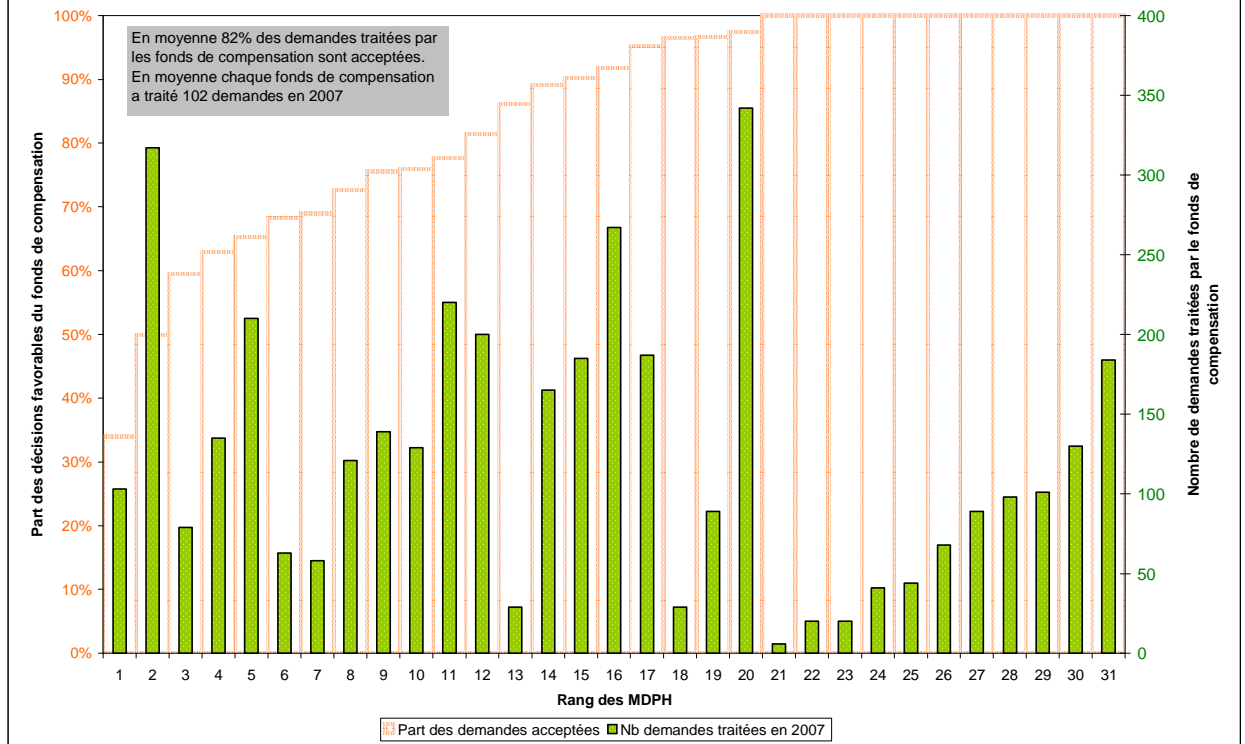
Des tableaux de synthèse présentent ainsi les types de demandes, les catégories de personnes handicapées, la nature des prestations financées. L'alimentation du fonds par l'État, avec les crédits des ex-sites pour la vie autonome créés avant la loi de 2005, apparaît essentielle. Ces crédits de l'État restent premiers, et souvent les plus importants, dans l'immense majorité des fonds départementaux. Pour les départements pour lesquels on dispose des chiffres, ce taux est en moyenne de 64 % du total du fonds. Outre le département toujours présent, les autres financeurs sont très différenciés, sans que l'on puisse effectuer une réelle cartographie aujourd'hui.

Une analyse plus approfondie des catégories de bénéficiaires, de la nature et du montant des prestations accordées sera effectuée ultérieurement.

Répartition des participations des contributeurs au fonds de compensation
Echantillon : 26 MDPH - Source : rapports d'activité 2007 des MDPH



Demandes traitées par le fonds de compensation
Echantillon : 31 MDPH - Source : rapports d'activité des MDPH 2007



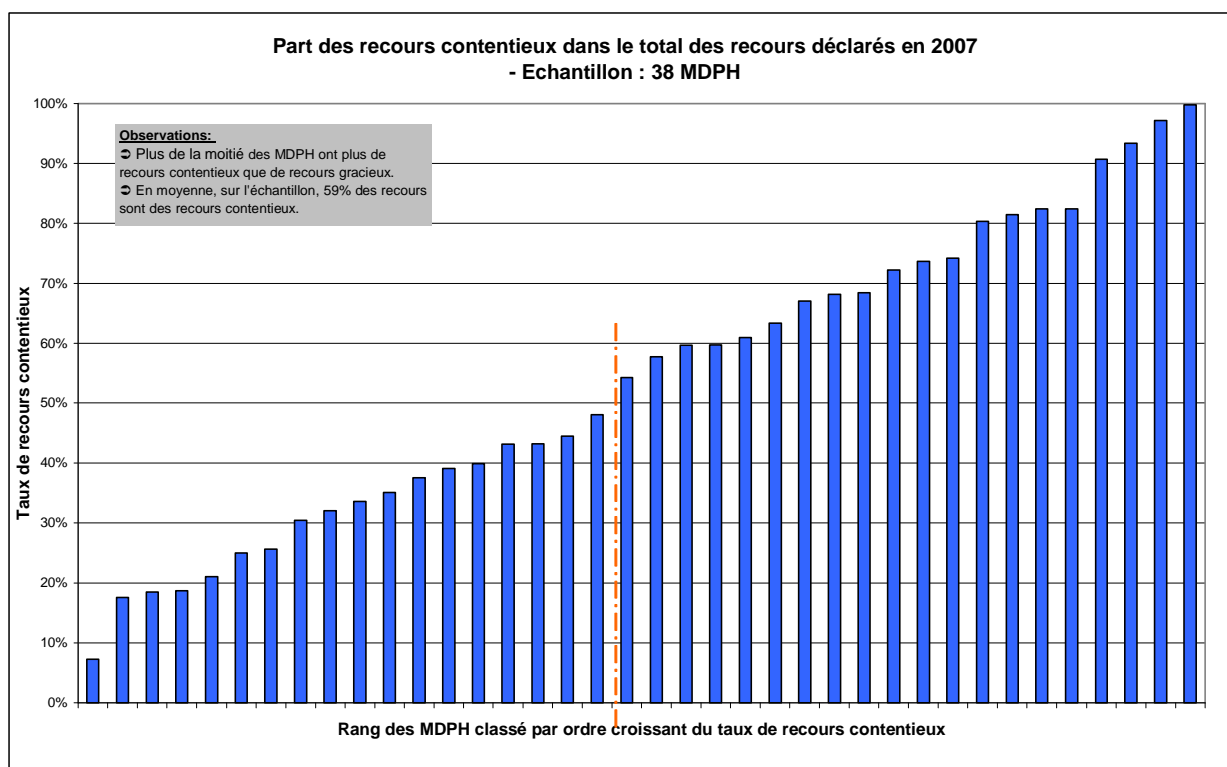
Le contentieux :

Les chiffres recueillis ne sont guère significatifs, puisqu'on ne connaît pas les statistiques de l'ancien dispositif. Parmi les recours, 60% sont des recours contentieux, mais cette moyenne doit être prise avec prudence, compte tenu du faible échantillon de 38 départements. Il sera aussi utile d'observer l'éventuelle corrélation entre **le niveau du contentieux et l'activité des conciliateurs**.

L'organisation d'une fonction d'explication des décisions aux personnes (voir ci-dessus) contribue à faire diminuer le nombre de recours contentieux souvent liés à une incompréhension de la décision ou au sentiment de ne pas avoir été suffisamment écouté au cours de la procédure par la maison départementale.

L'histogramme ci-après montre l'importance relative des recours contentieux ; on sera toutefois prudent dans son interprétation dans la mesure où le suivi des informations n'a pas été suffisant et que ce secteur dans les MDPH reste encore à structurer. On notera à cet égard que certaines maisons départementales ont nommé **un juriste** parmi leur personnel, cet emploi n'étant évidemment pas seulement dédié aux affaires contentieuses, mais en premier chef à l'aide à l'instruction et à la décision.

Dans ce même sens, la dernière rubrique de la lettre bimensuelle de la CNSA « Infos réseau MDPH », consacrée aux questions-réponses sur l'application des textes est la plus lue, semble-t-il, par les acteurs des maisons départementales.



Le suivi des situations

Il y a relativement peu de choses sur ce thème, qui n'était sans doute pas encore considéré comme une priorité, et peut-être pas comme une des fonctions obligatoires de la MDPH.

Quand un chapitre est consacré à cette préoccupation de la maison départementale et de sa CDAPH, il est fait état de la création d'un **outil de suivi de l'effectivité** des décisions.

Il est à cet égard proposé de poursuivre les échanges entre MDPH sur les mécanismes à inventer sur ce thème - sujet qui était d'ailleurs pointé dans la note de synthèse de la CNSA l'année dernière - le suivi de la

situation de la personne handicapée dans le temps étant un des enjeux de la réussite du nouveau dispositif, comme l'est aussi la fonction d'observation des besoins collectifs par la maison départementale.

La qualité du service

Décidé par le Conseil de la CNSA un dispositif permanent de **mesure de la satisfaction des usagers** a été proposé fin 2006 aux MDPH. On peut en rappeler l'économie générale.

Il se compose de :

- un **questionnaire** de satisfaction unique élaboré par vingt représentants des MDPH et trente représentants d'associations de personnes handicapées dans tous les types de handicaps. Ce questionnaire est disponible au format papier et au format électronique ;
- une liste de 770 relais associatifs disponibles pour diffuser le questionnaire, en appui aux diffusions réalisées par la MDPH ;
- la possibilité de faire analyser gratuitement par un prestataire de service tiers les réponses reçues par chaque maison départementale ;
- des analyses graphiques fournies à chaque MDPH trimestriellement, semestriellement ou /et annuellement, à sa convenance.

Ce dispositif permet aux membres des commissions exécutives des MDPH de disposer d'informations sur le ressenti des usagers au regard des efforts engagés par l'institution pour répondre aux attentes et besoins de ses usagers.

Mis en place dans les premiers départements à partir de février 2007, il s'est étendu progressivement à plus de 50 aujourd'hui.

Cette montée en puissance du dispositif, peut-être parce que lente, ne se traduit pas par de grands développements dans les rapports de 2007. C'est à partir de l'évolution trimestrielle ou annuelle des résultats que la MDPH pourra vérifier l'impact de son action sur la satisfaction des bénéficiaires...

Certains, toutefois, consacrent un chapitre à cet outil en donnant les résultats des premiers questionnaires exploités (le Calvados fait ainsi apparaître que c'est pour la mission « élaboration du projet de vie » et pour la mission « évaluation » que les avis des personnes concernées sont les plus favorables)

Conclusion

S'il est délicat de conclure sur un nouveau domaine d'action publique, après simplement deux ans d'existence, on peut toutefois, sans émettre de jugement hâtif, donner certaines tendances et faire part de certaines interrogations pour le proche avenir.

Cela apparaîtra d'autant plus utile que le document écrit l'année dernière faisait dans des « premières conclusions » un certain nombre de réflexions.

Parmi les sept « *points de préoccupation et de vigilance* » qui étaient évoqués, on peut considérer qu'au cours de 2007 cinq ont connu de vrais progrès ou qu'ils ressortent au moins d'un net « commencement de preuve » :

- **la constitution d'une véritable équipe pluridisciplinaire** faisant appel à des professionnels nouveaux, stables et formés : ces équipes structurantes du nouveau dispositif, sans être toutefois suffisantes, ont été constituées de manière déterminée dans les différents départements, les difficultés de recrutement de certains spécialistes constituant quelquefois un frein à la composition d'une équipe « complète ». Si les conventions passées pour des expertises extérieures constituent une richesse dans le partenariat, leur très grand nombre pourrait aussi être significatif d'un éclatement excessif du travail en équipe. D'où l'importance de structurer véritablement l'action par un minimum de travail en commun et dans la durée.

- **le fonctionnement de la CDAPH**, dont on souhaitait qu'elle ne devienne pas une simple chambre d'enregistrement, n'a sans doute pas encore trouvé sa vitesse de croisière, mais il a donné lieu dans la majorité des départements à une véritable réflexion entre les responsables de la MDPH et les membres de la commission. On peut citer, à cet égard, les réunions entre l'équipe pluridisciplinaire et la CDAPH, quelquefois tenues avec l'aide des experts de la CNSA, afin d'harmoniser les positions et fixer le rôle de chacun, les formations communes et l'apparition d'une jurisprudence locale pour faciliter la prise de décisions.

Bien que les MDPH se soient organisées pour fluidifier le fonctionnement de leurs commissions, il sera sans doute nécessaire de proposer une modification des textes de façon à ce que les décisions, toujours prises collectivement, ne soient pas trop lourdes à gérer, notamment en nombre de séances.

- **les liaisons avec les politiques nationales de droit commun** se sont très nettement développées, spécialement dans les domaines de l'emploi et de l'école, même si ce qui est explicitement dit dans les rapports, sur ce dernier champ, n'est pas encore très nourri. En ce qui concerne l'insertion professionnelle, les différents chantiers expérimentaux proposés ont sans doute été pédagogiques et incitatifs pour l'ensemble des MDPH.

Les questions de santé sont traitées le plus souvent sous l'angle des orientations vers les établissements médico-sociaux, certaines MDPH ayant élaboré un suivi des places disponibles sur leur département. La santé mentale est, quant à elle, presque entièrement absente, ce que l'on regrettera car s'il est une politique comparable, en doctrine, avec le dispositif des MDPH, travaillant en réseau, c'est bien la psychiatrie de secteur.

Le secteur du logement a donné lieu à d'intéressantes innovations, cela d'autant plus qu'il n'était pas cité au début de la mise en place des MDPH.

Dans les domaines de la culture, des sports et des loisirs les initiatives, bien que présentes, n'apparaissent pas prioritaires et quand elles sont évoquées restent encore parcellaires

- **le maintien des ACTP ayant été pointé** comme étant trop important, alors que la PCH devait permettre une réponse plus adaptée aux besoins de façon plus personnalisée, on notera là aussi un réel infléchissement des demandes, puisqu'elles ont diminué de moitié entre 2006 et 2007. Certains se posent la question de la pérennité de cette ancienne allocation, trois ans après la création de la PCH (mais on notera qu'au plan national, la dépense d'ACTP des départements diminue peu).
- **l'installation d'un système d'information fiable** était aussi fortement souhaitée dans la note de l'an dernier ; on a pu voir que malgré les difficultés liées à la maintenance des deux systèmes anciens et la charge de travail pour les équipes locales, la moitié des départements ont aujourd'hui assuré le transfert sur leur nouveau système.

Les deux derniers points évoqués dans le bilan de l'année dernière concernent l'existence ou non d'un plan personnalisé de compensation et le suivi des décisions, avec l'accompagnement des personnes dans le temps.

- S'agissant du **plan personnalisé de compensation**, on voit qu'il n'est élaboré que dans les cas de demande explicite d'une PCH. L'étude menée par l'ODAS en 2007 sur les premiers PPC concluait d'ailleurs sur cette observation. Cette étape constitue bien un des piliers de la réforme, le PPC devant regrouper l'ensemble des actions proposées à la personne handicapée et offrir un élément de dialogue, permettant à la personne d'obtenir l'ensemble de ses droits. Il conviendra sans doute de réfléchir dans quelles situations on pourrait ne pas en élaborer. Et sans que cela soit considéré comme un recul des pratiques qui ne mettraient plus la personne handicapées au cœur d'un dispositif, qui doit répondre au plus près à ses besoins et de ses souhaits.
- **Le suivi des situations et l'accompagnement des personnes dans le temps**, pour lesquels un certain nombre de départements présentent quelques expériences intéressantes, devront donner lieu à une plus large réflexion collective, par exemple au sein d'ateliers interdépartementaux

proposés par la CNSA, de façon à ce que ces missions puissent être mieux structurées. Dans les progrès attendus de la nouvelle institution, ils apparaissent indispensables, là où les anciennes commissions (surtout la COTOREP) n'avaient guère réussi.

- **Sans aller jusqu'à un véritable accompagnement de toutes les personnes, il est nécessaire que la MDPH puisse savoir quelle suite est donnée aux décisions prises.**

Si cela n'a pas été traité dans cette note de synthèse, un grand nombre de rapports fournissent des **données financières**. On voit ainsi que les MDPH, sans être directement attributaires des financements extérieurs, se préoccupent des coûts de leurs décisions. Pour l'exercice 2007 les financements de la PCH à la charge du département n'apparaissent pas trop difficiles à assurer, mais certains donnent des signes d'inquiétude pour les années à venir.

Concernant en particulier **les budgets des GIP-MDPH**, une étude a été réalisée par la CNSA avec une vingtaine de départements ; présentée au Conseil de juillet dernier, on s'y reportera utilement (*cf. dernier chapitre de ce document*).

Cette étude montre que si la participation de l'État reste encore importante, et cela malgré les difficultés liées à la mise à disposition des personnels, l'investissement des conseils généraux - et de la CNSA - a permis un développement relativement rapide de la nouvelle institution, au triple plan des emplois, des locaux et de la logistique, spécialement en matière d'informatique.

Alors que **les conventions d'appui à la qualité de service** signées entre les présidents de conseils généraux et la CNSA arrivent à échéance fin 2008 (elles seront tacitement prorogées de six mois), il sera nécessaire d'examiner les conditions de présentation des futurs rapports, de façon à assurer leur exhaustivité et une meilleure comparabilité, la transparence des informations étant un des vecteurs de l'égalité de traitement sur le territoire dont la Caisse nationale est chargée par la loi.

Enfin on peut témoigner, tant à la lecture de ces rapports que dans les relations régulières que la CNSA a développé avec elles, que les maisons départementales des personnes handicapées ont su mettre en œuvre une réforme qui demandait d'abord un **vrai changement de culture**. Le souci de la qualité du service rendu, notamment en terme d'accueil, et la volonté de nouer des partenariats avec les autres acteurs de la politique du handicap dans leur département font des MDPH, un début heureux d'un **modèle nouveau de service public**.

À l'issue de deux ans d'existence, et bientôt de trois à l'heure où est rédigée cette note de synthèse, les maisons départementales ont donné la preuve, malgré toutes leurs difficultés, d'un vrai dynamisme et elles constituent, sans doute, un réel progrès dans le paysage français de l'action sociale.

Certaines ont d'ores et déjà une place reconnue localement, comme centre de ressources et observatoire des besoins des personnes et des groupes, sur un périmètre faisant d'elles **un pivot de la politique du handicap dans le département**. Les journées ou forums qu'elles commencent à organiser, dans de nombreux départements avec le soutien des conseils généraux, sont significatifs de cette place.

Données nationales des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Personnes handicapées adultes chiffres clés 2006 - 2007

Avant la mise en place des MDPH en 2006, les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) assuraient la gestion des demandes de prestations et d'orientation des personnes adultes handicapées. Elles avaient pour mission de répondre aux besoins de leur public dans le panel des prestations et orientations dont elles disposaient. Toutes les Cotorep utilisaient le même logiciel de gestion, ITAC. L'activité des Cotorep a fait l'objet de plusieurs publications (*cf. Études et Résultats, DREES*)

Suite à la loi du 11 février 2005, les maisons départementales des personnes handicapées ont été mises en place le 1^{er} janvier 2006. Elles ont repris, entre autres activités, celles des Cotorep. Chaque MDPH, devant disposer d'un système d'information qui lui est propre, les informations relatives aux prestations et orientations des personnes adultes handicapées ne sont plus disponibles comme auparavant. Au fur et à mesure que les MDPH basculent vers un nouveau système d'information, le logiciel ITAC est de moins en moins alimenté. C'est ainsi qu'aucune donnée nationale n'a été publiée sur l'activité de l'année 2006. Les dernières données disponibles datent de 2005 (*Études et résultats, n°527, DREES*)

Aujourd'hui, la CNSA avec la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, a mis au point une méthode pour, en phase transitoire, être en mesure d'assurer la communication des données nationales et ainsi répondre aux différentes attentes. La méthode est empirique : le redressement s'appuie sur les données ITAC disponibles et, pour le cas particulier de la prestation de compensation, sur les données du questionnaire mensuel établi par la CNSA et rempli chaque mois par les MDPH. Il se base sur les taux d'évolution annuels passés.

La note présente les chiffres nationaux pour les principales prestations et décisions d'orientation, pour les années 2006 et 2007.

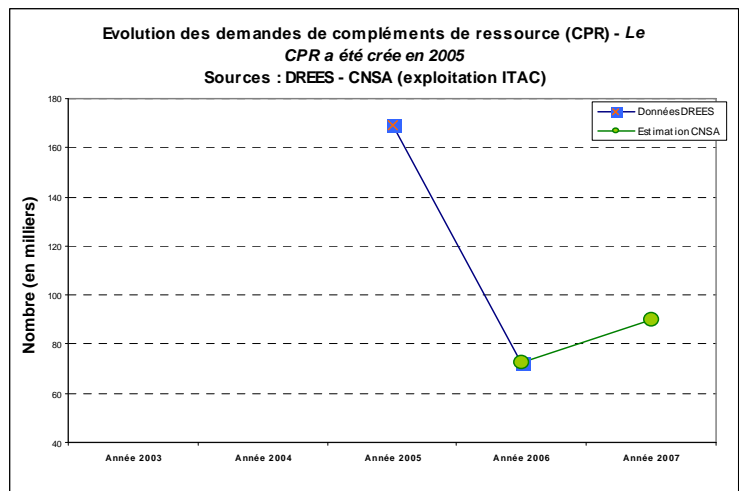
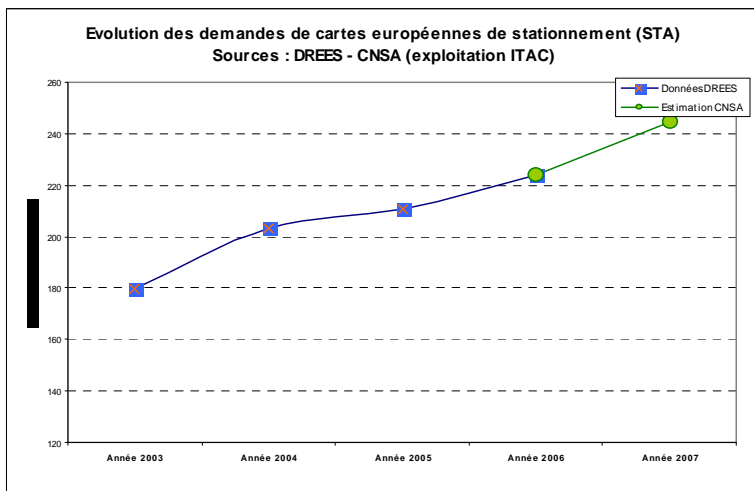
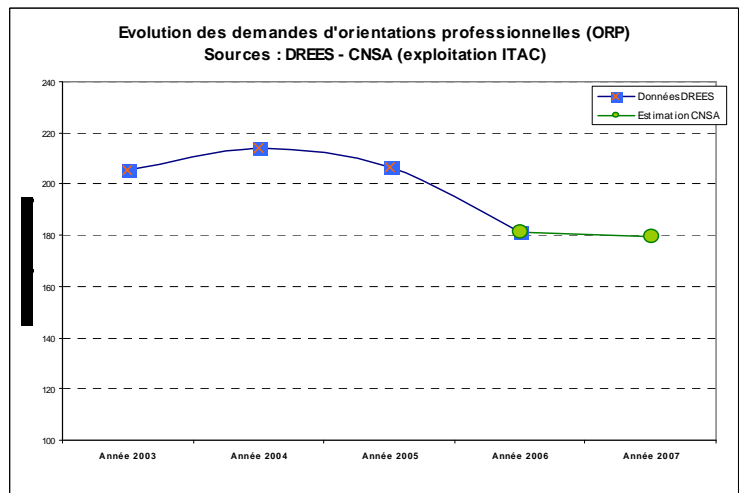
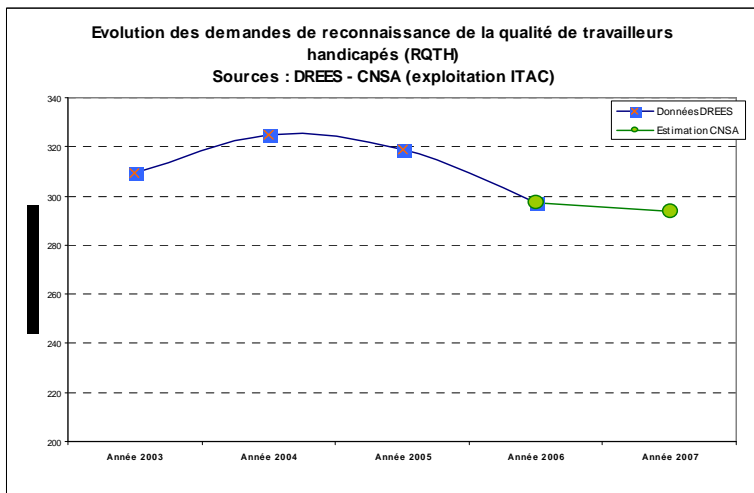
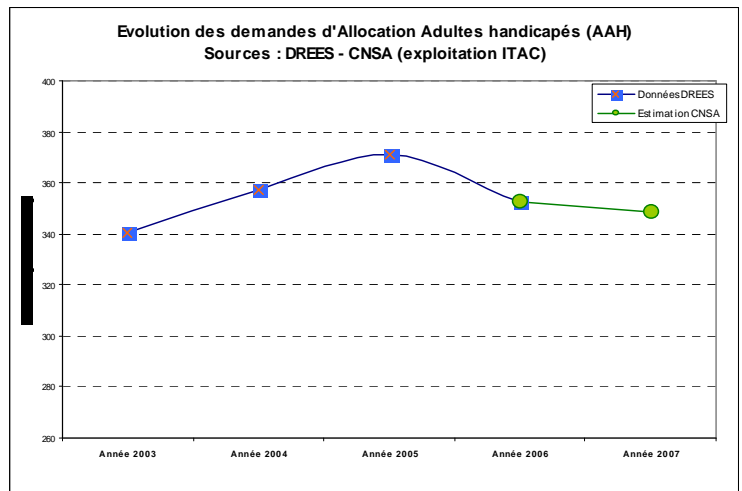
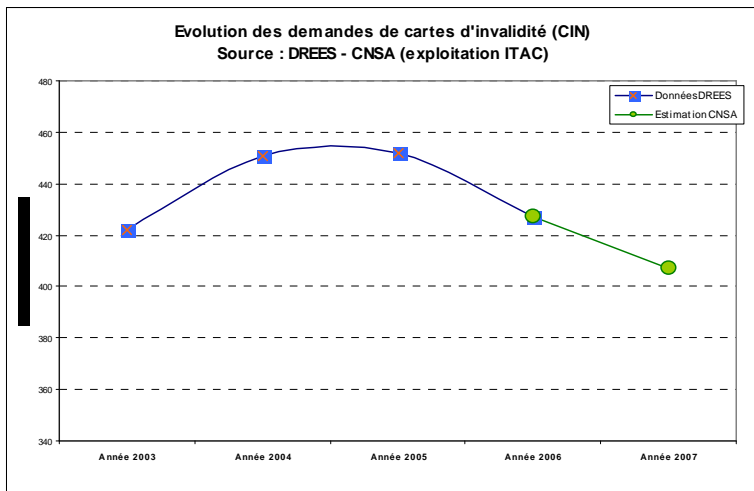
Les demandes

Les principales prestations et orientations - allocation adulte handicapé (AAH), reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), orientation professionnelle (ORP), cartes d'invalidité (CIN) et carte européenne de stationnement (STA) - représentent respectivement 87% et 85% du total des demandes déposées en 2006 et en 2007.

Les sept prestations et orientations estimées ci-dessous représentent 95% du total des demandes déposées en 2006 et en 2007.

La répartition des prestations et orientations reste identique en 2006 et 2007 bien que le total des demandes ait progressé de 1.5% entre 2006 et 2007, à champ constant.

Prestation/Orientation	Données DREES			Estimation CNSA/ France entière				
	Total des demandes déposées en 2003	Total des demandes déposées en 2004	Total des demandes déposées en 2005	Total des demandes déposées en 2006*	Total des demandes déposées en 2007*	Nombre de MDPH pour l'estimation	Nombre d'utilisateurs ITAC en 2006	Nombre d'utilisateurs ITAC en 2007
Source	ITAC Extraction mars 2004	ITAC Extraction mars 2005	ITAC Extraction mars 2006	ITAC Extraction fév 2008	ITAC Extraction juin 2008			
Carte d'invalidité (CIN)	422 200	450 900	451 700	427 000	407 200	68	96	87
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	340 200	357 200	371 300	352 600	348 400	65	96	87
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	309 400	324 700	319 300	297 200	293 900	77	96	87
Orientation professionnelle (ORP)	205 200	213 800	206 300	181 100	179 500	66	96	87
Carte européenne de stationnement (STA)*	179 500	203 400	210 900	223 800	244 200	68	94	86
Placement en établissement spécialisé (PLA)	41 000	44 600	46 700	46 400	54 000	77	96	87
Complément de ressource (CPR)	-	-	169 100	72 700	90 000	70	96	87
Source				Questionnaire mensuel	Questionnaire mensuel			
Prestation de compensation (PCH)	-	-	-	70 600	83 900			



Taux d'évolution annuel des demandes				
	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006
RQTH	4.9%	-1.7%	-6.9%	-1.1%
CIN	6.8%	0.2%	-5.5%	-4.7%
STA	13.3%	3.7%	6.1%	9.2%
ORP	4.2%	-3.5%	-12.2%	-0.9%
AAH	5.0%	3.9%	-5.0%	-1.2%
CPR			-57.0%	23.8%
PCH				18.8%

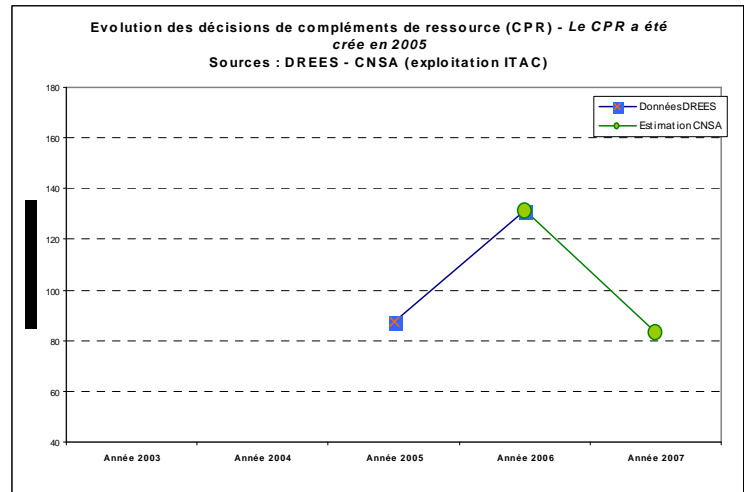
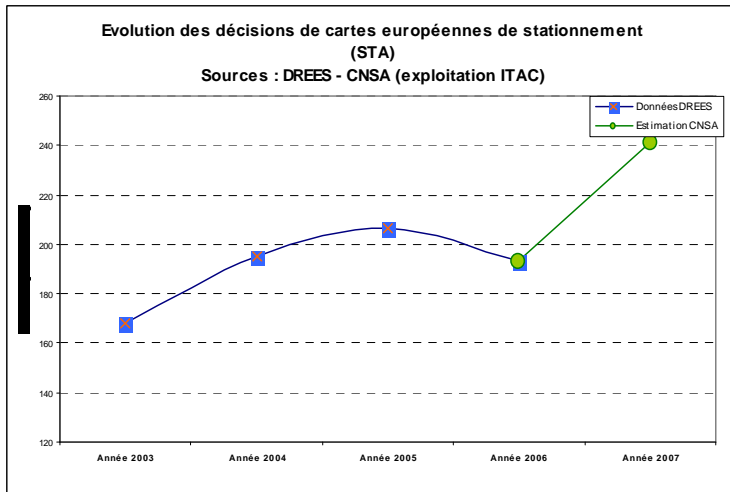
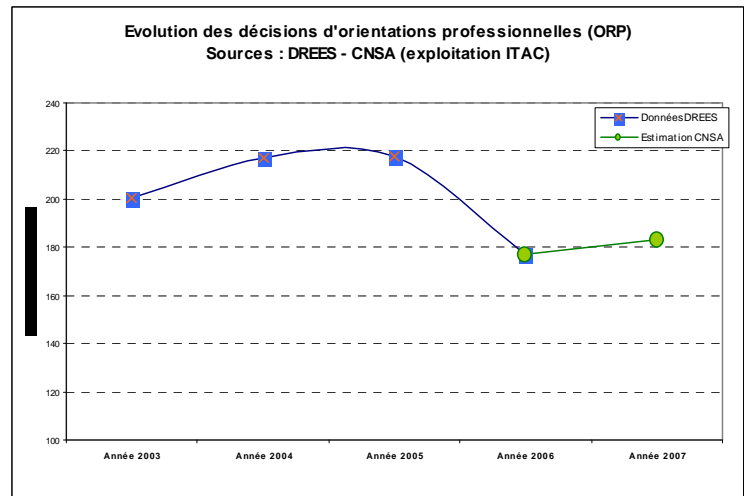
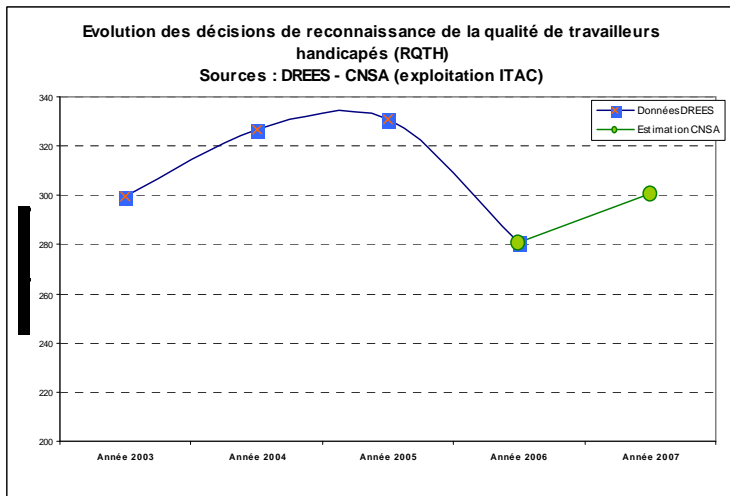
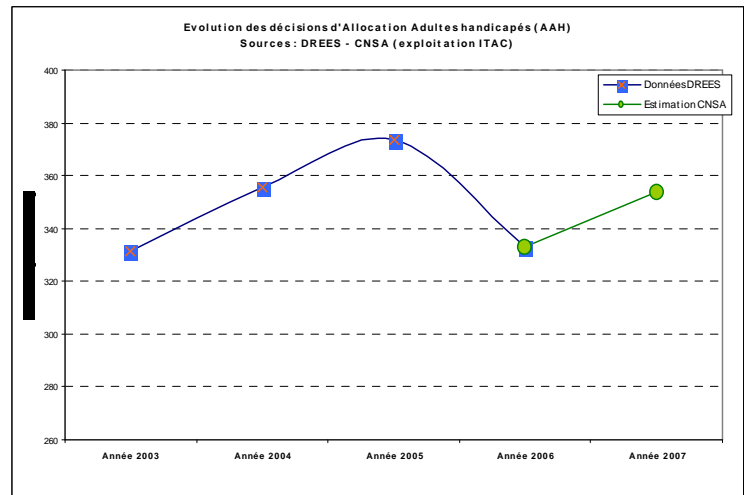
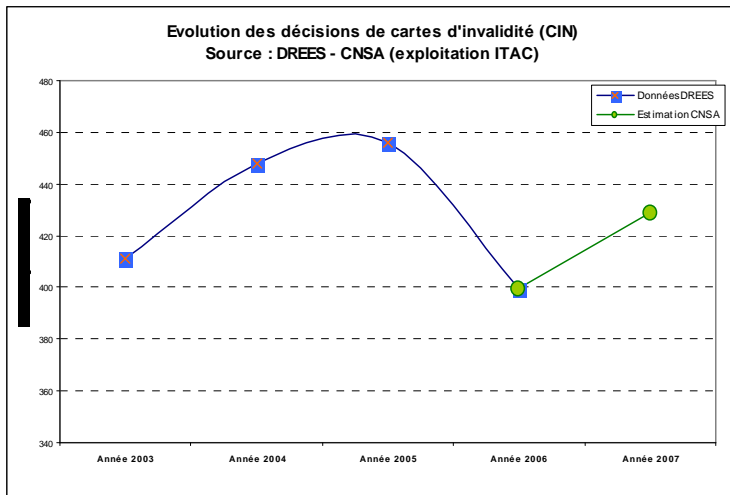
Les décisions

Les principales prestations et orientations - allocation adulte handicapé (AAH), reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), orientation professionnelle (ORP), cartes d'invalidité (CIN) et carte européenne de stationnement (STA) - représentent respectivement 85.5% et 86% du total des décisions prises en 2006 et en 2007.

Les sept prestations et orientations estimées ci-dessous représentent 95% du total des décisions prises en 2006 et en 2007

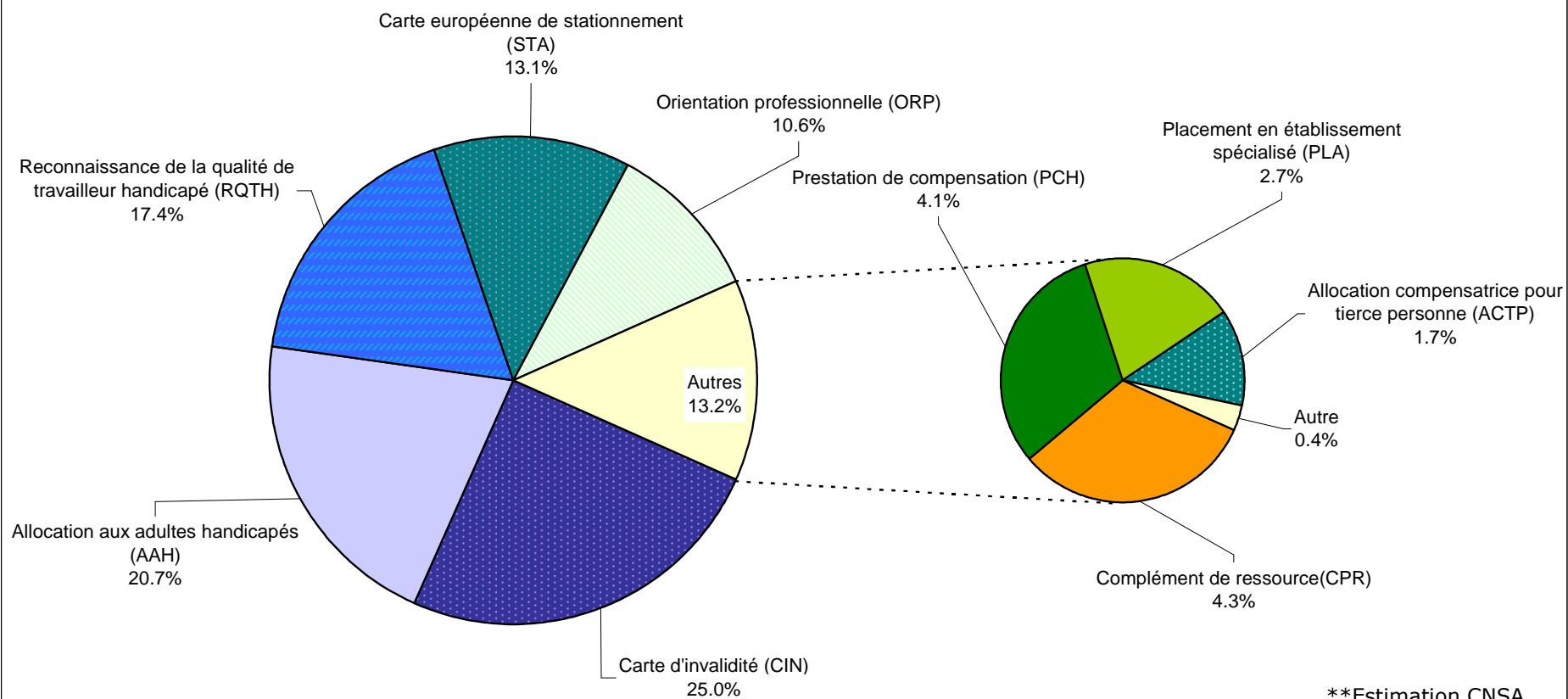
Le total des décisions a progressé de 7.9% entre 2006 et 2007, à champ constant.

Prestation/Orientation	Données DREES			Estimation CNSA/ France entière		Nombre de MDPH pour l'estimation	Nombre d'utilisateurs ITAC en 2006	Nombre d'utilisateurs ITAC en 2007
	Total des décisions 2003	Total des décisions 2004	Total des décisions 2005	Total des décisions 2006*	Total des décisions 2007*			
Source	ITAC Extraction mars 2004	ITAC Extraction mars 2005	ITAC Extraction mars 2006	ITAC Extraction fév 2008	ITAC Extraction juin 2008			
Carte d'invalidité (CIN)	410 900	447 900	455 800	399 700	429 000	66	98	92
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	331 400	355 700	373 300	333 400	354 100	73	98	92
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	299 700	326 800	331 200	280 800	300 600	74	98	92
Orientation professionnelle (ORP)	200 600	217 400	217 800	176 800	183 600	80	98	92
Carte européenne de stationnement (STA)*	167 800	195 400	206 600	193 000	241 500	69	94	90
Placement en établissement spécialisé (PLA)	40 600	43 800	46 200	43 647	53 764	71	98	92
Complément de ressource (CPR)	-	-	87 300	131 100	83 200	57	98	92
Source				Questionnaire mensuel	Questionnaire mensuel			
Prestation de compensation (PCH)				23 500	76 600			



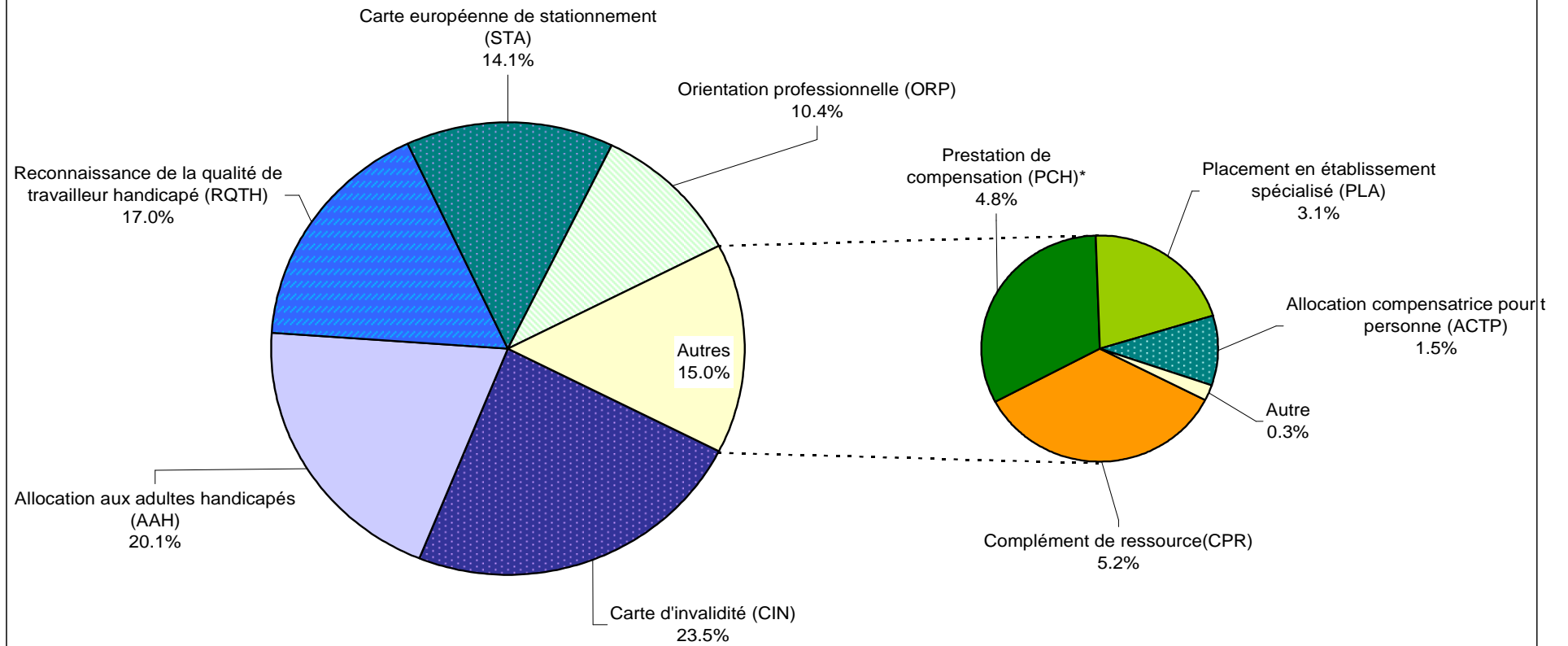
	Taux d'évolution annuel des décisions			
	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006
RQTH	9.0%	1.3%	-15.2%	7.1%
CIN	9.0%	1.8%	-12.3%	7.3%
STA	16.4%	5.8%	-6.6%	25.1%
ORP	8.4%	0.2%	-18.8%	3.8%
AAH	7.3%	5.0%	-10.7%	6.2%
CPR			50.2%	-36.5%
PCH				225.8%

Répartition des demandes adultes déposées en 2006 - Estimation France entière**



**Estimation CNSA
Sources : Exploitation ITAC/questionnaires mensuels

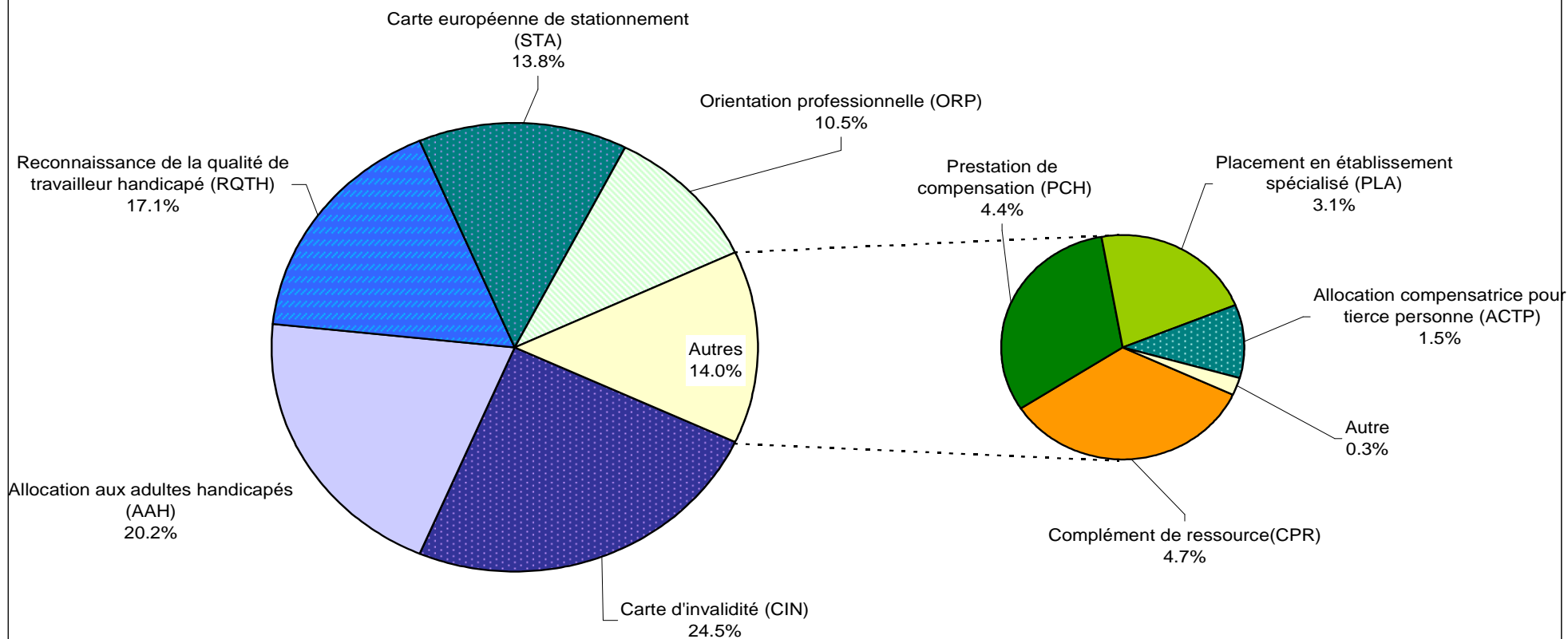
Répartition des demandes adultes déposées en 2007 - Estimation France entière**



**Estimation CNSA

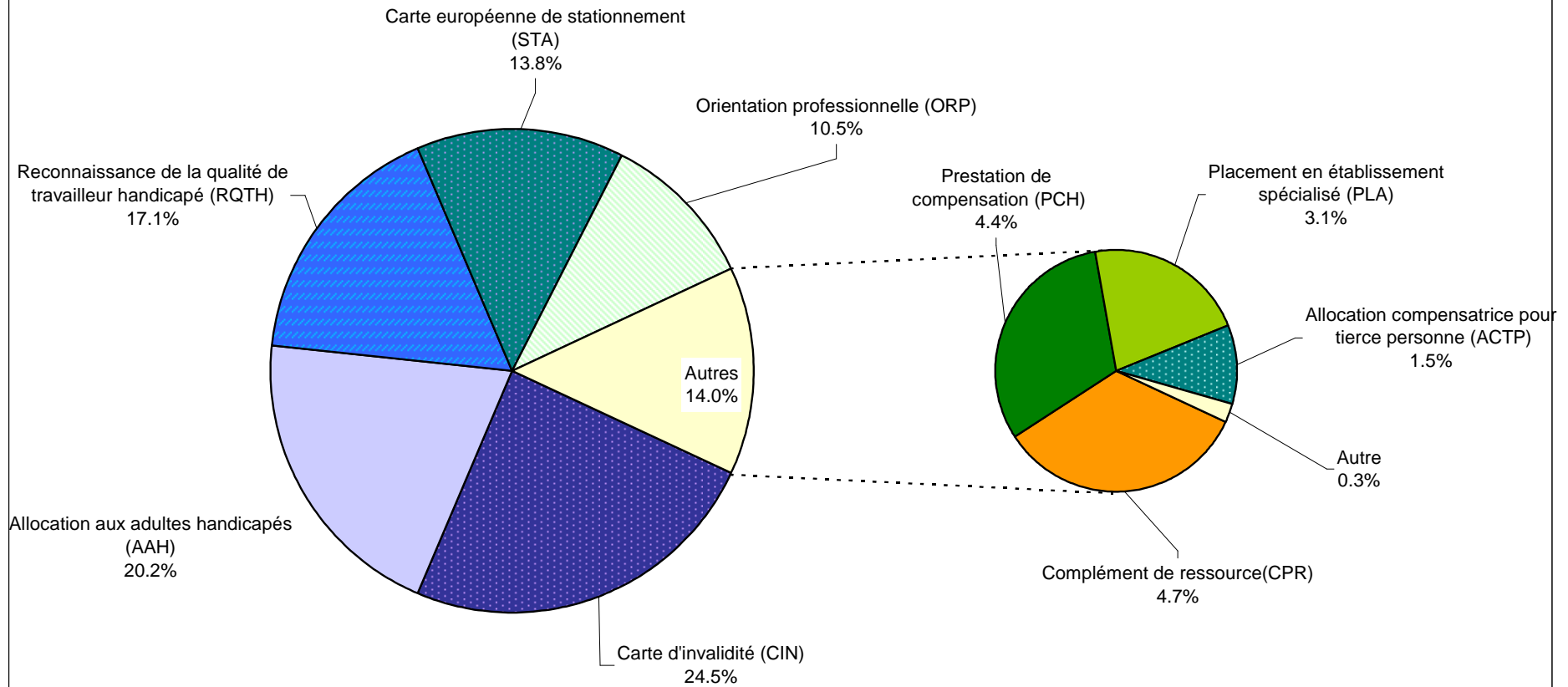
Sources : Exploitation ITAC/questionnaires mensuels

Répartition des décisions adultes déposées en 2007 - Estimation France entière**



**Estimation CNSA
Sources : Exploitation ITAC/questionnaires mensuels

**Répartition des décisions adultes déposées en 2007
- Estimation France entière****



**Estimation CNSA

Sources : Exploitation ITAC/questionnaires mensuels

Prestation de compensation du handicap : suivi de la montée en charge et du contenu

Analyse des résultats du questionnaire mensuel 1^{er} semestre 2008

Les résultats présentés ici sont issus des réponses au questionnaire envoyé chaque mois par la CNSA aux MDPH depuis janvier 2006, mois de mise en place des Maisons départementales des personnes handicapées et de l'entrée en vigueur de la prestation de compensation du handicap.

D'abord encadré par la convention provisoire signée entre chaque département et la CNSA pour l'année 2006, le questionnaire, s'inscrit depuis 2007, dans la convention d'appui à la qualité de service de la MDPH.

Ce questionnaire permet de recueillir des éléments de fonctionnement de la MDPH (dates de création des CDAPH, dates de création des fonds départementaux de compensation, locaux, regroupement des équipes professionnelles...), de suivre, en particulier, la montée en charge de la prestation de compensation et sa composition. Il permet aussi, durant la phase transitoire de construction des systèmes d'information des MDPH, un suivi minimum de l'activité des MDPH.

Entre 2006 et 2007, le questionnaire a évolué pour adapter les items au contexte des MDPH. Alors qu'il s'agissait en 2006 essentiellement de données d'organisation et de fonctionnement de la MDPH, il s'attache davantage à l'activité à partir de 2007.

En 2008, le questionnaire tient compte de l'entrée en vigueur de la prestation de compensation pour les enfants.

↳ En 2006, en moyenne, les résultats portent sur les réponses de 78 MDPH. Selon les mois, elles sont entre 71 et 84 à remplir le questionnaire ;

↳ En 2007, 88 MDPH en moyenne répondent chaque mois au questionnaire. Hors le mois de décembre, où 77 réponses seulement ont été recensées, 82 à 94 MDPH remplissent chaque mois le questionnaire. Près des ¾ des départements ont répondu systématiquement chaque mois.

↳ En 2008, sur le premier semestre, en moyenne, 86 MDPH répondent chaque mois au questionnaire.

Comme attendu, la baisse des réponses observée en début d'année n'est plus d'actualité. Les MDPH ont répondu rétroactivement au questionnaire : alors que, lors de l'analyse précédente, 79 questionnaires avaient été comptabilisés en janvier, 74 en février et 65 en mars, aujourd'hui, le nombre de retours enregistrés pour ces mois est respectivement de 90, 88 et 88. Ainsi, au premier trimestre, le taux de réponse est 89%. Le risque d'une nouvelle baisse – temporaire – n'est pas exclu d'ici la fin de l'année. Le basculement des MDPH vers des systèmes informatiques nouveaux est une période tendue qui ne permet pas toujours de traiter les éléments demandés dans les questionnaires dans les temps impartis.

Dix MDPH seulement n'ont jamais répondu au questionnaire en 2008 : l'Allier, le Finistère, la Gironde, l'Isère, la Lozère, la Mayenne, le Morbihan, le Nord, les Pyrénées Atlantiques, la Haute Saône ne participent pas aux résultats présentés

↳ Les MDPH répondent au questionnaire complètement ou partiellement, quand elles n'ont pas connaissance de certains items.

Les demandes de prestation de compensation :

(79 répondants pour l'analyse)

Méthode : En 2006 et 2007, l'extrapolation a été réalisée sur la base des données de population, en faisant l'hypothèse que plus la taille du département en nombre d'habitants est importante, plus le nombre de demandes déposées est susceptible de l'être aussi. Empiriquement cette relation n'est pas vérifiée.

En 2008, la CNSA dispose d'un recul de 2 ans de données concernant la PCH : si, comme il a été observé en 2007, la montée en charge des demandes a effectivement atteint un niveau stable, il est possible d'améliorer l'estimation France entière en tenant compte des nombres de demandes moyen mensuels déposées à la MDPH en 2007.

200 000 demandes de prestation de compensation ont été déposées depuis le 1^{er} janvier 2006

En 2006, 70 600 prestations de compensation ont été demandées ; en 2007, 84 000 soit une progression annuelle de près de 8% (hors les trois premiers mois de démarrage). Au premier semestre 2008, le nombre de demandes de PCH déposées varie entre 44 600 à 46 800, selon l'une ou l'autre méthode d'estimation¹.

Au total, en deux ans et demi, depuis l'entrée en vigueur de la prestation de compensation, 200 000 demandes de prestations de compensation ont été formulées auprès des MDPH.

Sur le premier semestre 2007, en moyenne, 7 300 demandes ont été déposées chaque mois. En 2008, le nombre moyen mensuel de demandes PCH est 7 800 demandes.

La montée en charge des demandes de prestation de compensation : encore d'actualité en 2008 ?

7 800 demandes en moyenne chaque mois au cours du premier semestre 2008 ont été déposées. Sur cette même période de l'année précédente, 7 300 demandes avaient été enregistrées dans les MDPH, ce qui se correspond à une augmentation moyenne de 7.4% entre le premier semestre 2008 et le premier semestre 2007.

Cette augmentation ne traduit sans doute pas la réalité puisqu'il existe un effet de méthode entre 2007 et 2008 : l'augmentation la plus probante entre les deux semestres est +2.3%.

Il s'agit d'un constat sur l'activité et non sur les bénéficiaires : sans qu'on puisse le chiffrer *via* le questionnaire, il existe sans doute des demandes qui sont déjà des renouvellements pour certains bénéficiaires de la PCH. Pour apprécier le nombre des bénéficiaires de la PCH au 30 juin 2008, il faudrait, en effet, connaître ces doubles comptes éventuels ainsi que les dossiers clos.

¹ Méthode 2007 de redressement par la population ou méthode 2008 de redressement par rapport à la structure 2007.

Demandes déposées		
2 0 0 6 - 2 0 0 8	Total des demandes PCH 2006 * (80 répondants en moyenne)	70 622
	Total des demandes PCH 2007 * (80 répondants en moyenne)	83 917
	Total des demandes PCH 2008 ** - 1er semestre 2008 (79 répondants en moyenne) - provisoire	46 844
	Nombre moyen mensuel de demandes de PCH* - année 2006	6 479
	Nombre moyen mensuel de demandes de PCH* - année 2007	6 993
	Nombre moyen mensuel de demandes de PCH* - 1er semestre 2007	7 272
	Nombre moyen mensuel de demandes de PCH** - 1er semestre 2008	7 807

*extrapolées à la population française

**redressées des données du 1er semestre 2007 appliqué à la structure 2008 observée

L'entrée en vigueur de la PCH enfants en avril 2008 n'a pas d'incidence sur l'activité PCH au premier semestre 2008

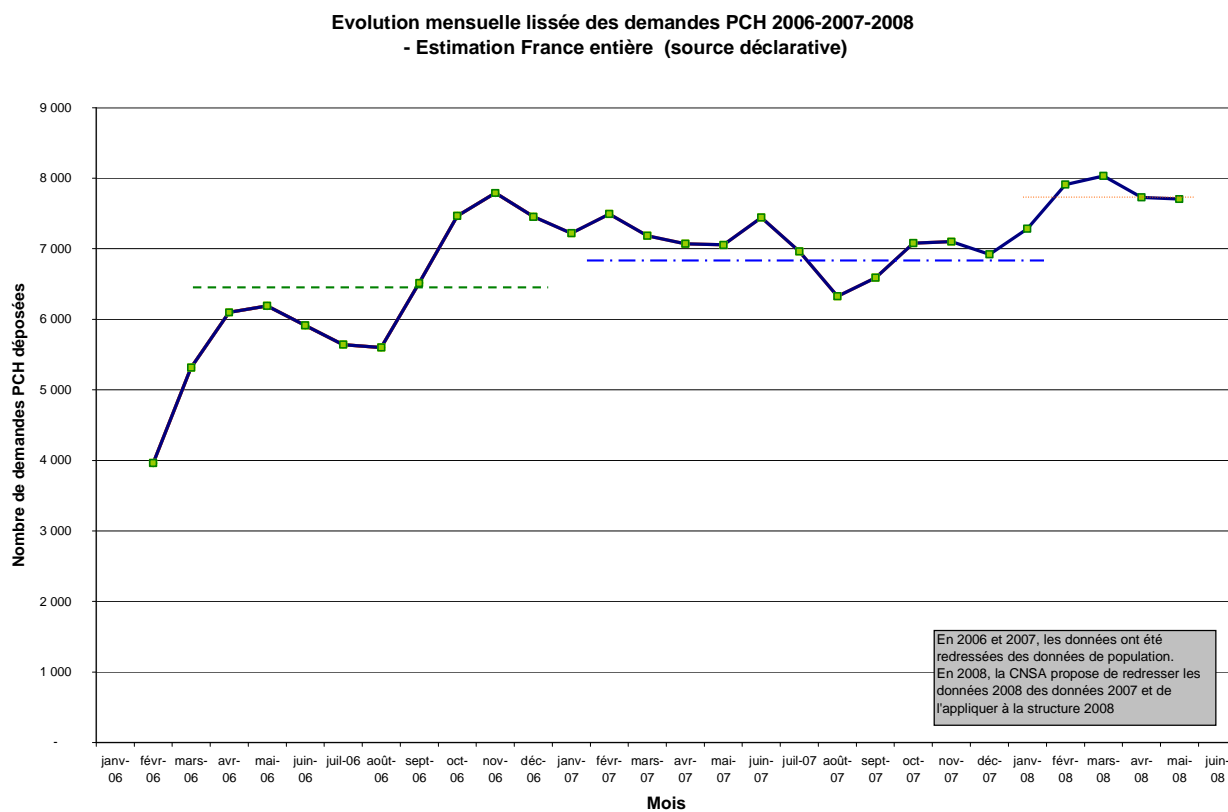
L'entrée en vigueur de la PCH enfant en avril 2008 aurait pu provoquer une augmentation sensible de la part des demandes PCH pour les enfants au 1^{er} semestre 2008.

Il apparaît au vu des chiffres, que l'entrée en vigueur de la PCH enfants ne se traduit pas par des demandes massives. Le nombre de demandes déposées pour les enfants est passé de 3,4% en moyenne en 2007 des demandes PCH à 3,6% au cours du 1^{er} semestre 2008.

Les demandes de PCH représentent 5,1% de l'ensemble des demandes de prestations et orientations enregistrées dans les MDPH. La part des demandes de renouvellement d'ACTP reste stable début 2008 : elle compte pour 1,2 % au premier semestre 2008.

2 0 0 7	Part des demandes PCH dans le total des demandes déposées - année 2007	5.0%
	Part des demandes ACTP dans le total des demandes déposées - année 2007	1.3%
	Part des PCH adultes dans le total des PCH - année 2007	96.6%
	Part des PCH enfants dans le total des PCH - année 2007	3.4%
2 0 0 8	Part des demandes PCH dans le total des demandes déposées - 1er semestre 2008	5.1%
	Part des demandes ACTP dans le total des demandes déposées - 1er semestre 2008	1.2%
	Part des PCH adultes dans le total des PCH - 1er semestre 2008	96.4%
	Part des PCH enfants dans le total des PCH - 1er semestre 2008	3.6%

Graphique 1 : l'évolution 2006-2008 des demandes PCH



Les décisions PCH² extrapolées à la population française :
(83 répondants pour l'analyse 2008)

		Décisions examinées en CDA-PH	
		Total des décisions PCH 2006 *	23 514
		Total des décisions PCH 2007 *	76 608
		Total des décisions PCH* - 1er semestre 2007	34 029
		Total des décisions PCH* - 2ème semestre 2007	42 580
2		Total des décisions PCH* - 1er semestre 2008 (86 répondants)	52 293
0		Taux de croissance moyen des décisions PCH - 1er trimestre 2008/1er trimestre 2007	+51%
0		Taux de croissance moyen des décisions PCH - 1er semestre 2008/1er semestre 2008	+54%
6		Nombre moyen de décisions PCH* prises - 1er trimestre 2007	5 300
		Nombre moyen de décisions PCH* prises - 2ème trimestre 2007	6 043
-		Nombre moyen de décisions PCH* prises - 3ème trimestre 2007	6 398
		Nombre moyen de décisions PCH* prises - 4ème trimestre 2007	7 795
2		Nombre moyen de décisions PCH* prises - 1er trimestre 2008	8 027
0		Nombre moyen de décisions PCH* prises - 2ème trimestre 2008	9 404
0		Nombre moyen de décisions PCH* prises - 1er semestre 2008	8 716
8		Rythme de croissance moyen des décisions PCH - janvier-mai 2006	>100% chaque mois
		Rythme de croissance moyen des décisions PCH - juin -décembre 2006	+ 25% chaque mois
		Rythme de croissance moyen des décisions PCH - 2007	+ 4% chaque mois
		Rythme de croissance moyen des décisions PCH - 1er trimestre 2008	+ 2% chaque mois
		Rythme de croissance moyen des décisions PCH - 1er semestre 2008	+15% entre janvier et juin 2008

* extrapolées à la population française

La montée en charge des décisions PCH se poursuit

76 600 décisions PCH (accords et refus confondus) ont été prises en 2007. Il s'agit d'une nette augmentation en 2007 par rapport au nombre de décisions PCH prises en 2006. La montée en charge des décisions PCH s'est poursuivie au long de l'année 2007 et bien qu'inférieure à celle observée en 2006, année de démarrage, elle reste soutenue (+4% chaque mois).

En 2008, bien que la croissance se ralentisse, la tendance est toujours à la hausse.

Le nombre moyen mensuel de décisions PCH prises continue d'augmenter : en moyenne 8 000 décisions PCH ont été prises chaque mois au cours du premier trimestre 2008 et 9 400 décisions PCH l'ont été au 2^{ème} trimestre 2008. Au total, pour le premier semestre 2008, 8 700 décisions PCH ont été rendues chaque mois, ce qui représente une augmentation de 23% par rapport au semestre précédent et +54% par rapport au 1^{er} semestre 2007.

L'entrée en vigueur de la PCH enfants n'a pas – encore – de répercussions sur l'activité des MDPH

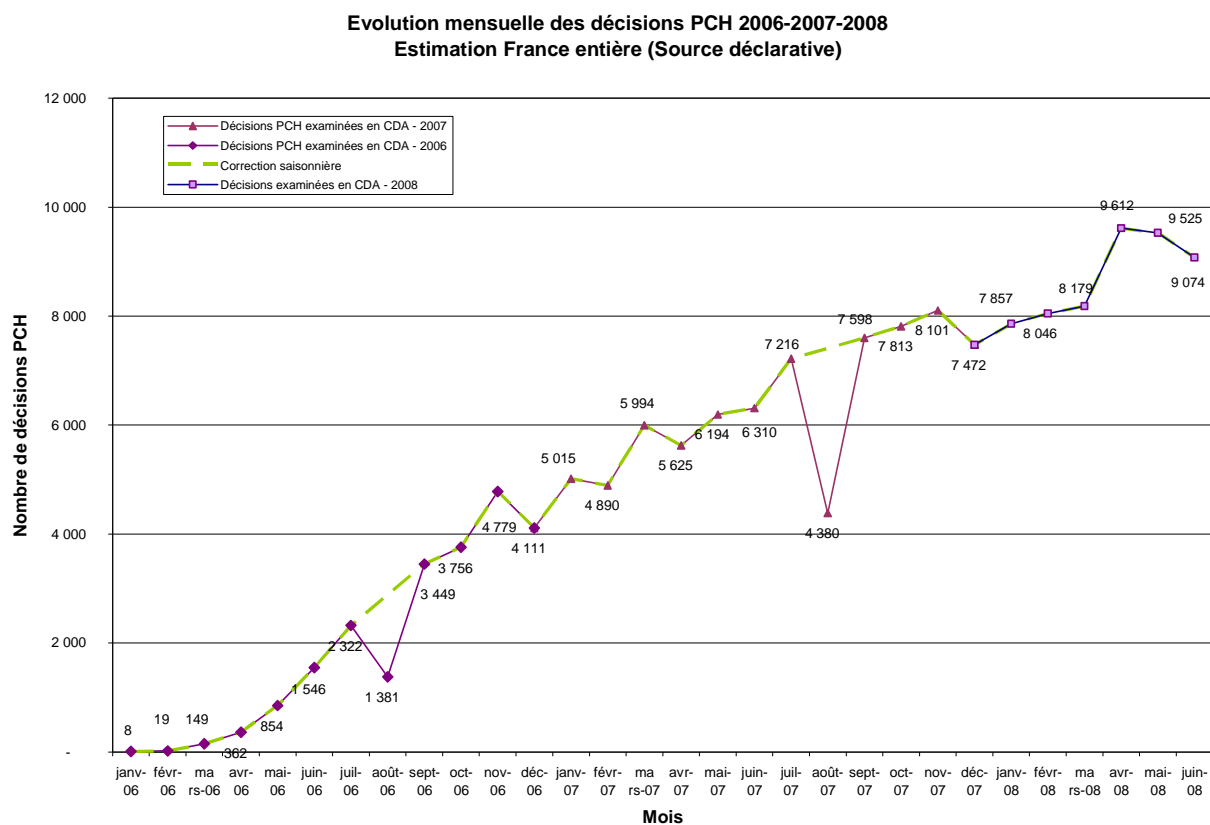
Au premier semestre 2008, la part des décisions PCH prises représente près de 5% de l'ensemble des décisions prises en CDAPH alors qu'en 2007, elle représentait moins de 4%.

Très peu de décisions PCH concernent les enfants alors que, depuis avril 2008, ils peuvent bénéficier de tous les éléments de la PCH. On observe d'ailleurs une diminution des décisions en leur faveur : en 2007, les PCH d'aménagement du logement et du véhicule pour les enfants représentaient 3% du total des décisions PCH ; au premier semestre 2008, les décisions PCH comptent pour 2% du total des décisions PCH. L'attente de la publication des décrets d'application, parus en mai-juin 2008, a conduit les MDPH à reporter leurs décisions en la matière.

		Part des décisions PCH dans le total des décisions prises - année 2007	3.7%
2	2	Part des décisions PCH adultes dans le total des PCH - année 2007	97.0%
0	0	Part des décisions PCH enfants dans le total des PCH - année 2007	3.0%
0	0	Part des décisions PCH dans le total des décisions prises - 1er semestre 2008	4.8%
7	8	Part des décisions PCH adultes dans le total des PCH - 1er semestre 2008	97.9%
		Part des décisions PCH enfants dans le total des PCH - 1er semestre 2008	2.1%

² Chaque décision PCH est comptée une fois quel que soit le nombre d'éléments qu'elle contienne.

Graphique 2 : l'évolution 2006-2008 des décisions PCH



Les PCH accordées en 2008 extrapolées à la population française (85 répondants pour l'analyse 2008)

Prestations de compensation accordées		
	Nombre de PCH accordées en 2007 *	52 997
2	Nombre de PCH accordées * - 1er trimestre 2008	16 952
0	Nombre de PCH accordées * - 2ème trimestre 2008	17 855
0	Nombre de PCH accordées * - 1er semestre 2008	34 807
7	Nombre moyen de PCH* accordées - 1er trimestre 2007	3 415
/	Nombre moyen de PCH* accordées - 2ème trimestre 2007	4 135
2	Nombre moyen de PCH* accordées - 3ème trimestre 2007	4 652
0	Nombre moyen de PCH* accordées - 4ème trimestre 2007	5 464
0	Nombre moyen de PCH* accordées - 1er trimestre 2008	5 651
8	Nombre moyen de PCH* accordées - 2ème trimestre 2008	5 952
	Nombre moyen de PCH* accordées - 1er semestre 2008	5 801

* extrapolées à la population française

2	Taux moyen d'accords PCH en 2007	66.4%
0	Réparties en PCH accordées adultes	97.8%
0	...et PCH accordées enfants	2.2%
7	Taux moyen d'accords - PCH adultes	67.1%
	Taux moyen d'accords - PCH enfants	84.3%
2	Taux moyen d'accords PCH - 1er semestre 2008	66.4%
0	Réparties en PCH accordées adultes - 1er semestre 2008	97.3%
0	...et PCH accordées enfants - 1er semestre 2008	2.7%
8	Taux moyen d'accords : PCH adultes - 1er semestre 2008	65.9%
	Taux moyen d'accords : PCH enfants - 1er semestre 2008	82.1%

Comme observé en 2007, au premier trimestre 2008, 2/3 des PCH sont accordées :

En 2007 comme au premier semestre 2008, le taux moyen d'accords 2007 est 66.4%.

Les PCH accordées concernent pour l'essentiel les adultes (97.3%) et peu les enfants. Toutefois, il existe une vraie différence entre les publics : les adultes voient leur prestation refusée dans un tiers des cas, tandis que les enfants ont leur prestation accordée dans plus de 80% des cas.

Le nombre moyen de PCH accordées suit la tendance à la hausse des décisions PCH. Le nombre d'accords PCH augmente en 2008 par rapport à 2007 : en moyenne, 5 700 PCH sont accordées par mois au cours du 1^{er} semestre 2008 (+14% par rapport au dernier semestre 2007).

En 2008, au cours du premier semestre, 34 800 PCH ont été accordées, ce qui représente deux tiers du total des accords pris en 2007.

La montée en charge du nombre d'accords se poursuit (cf. graphique 3)

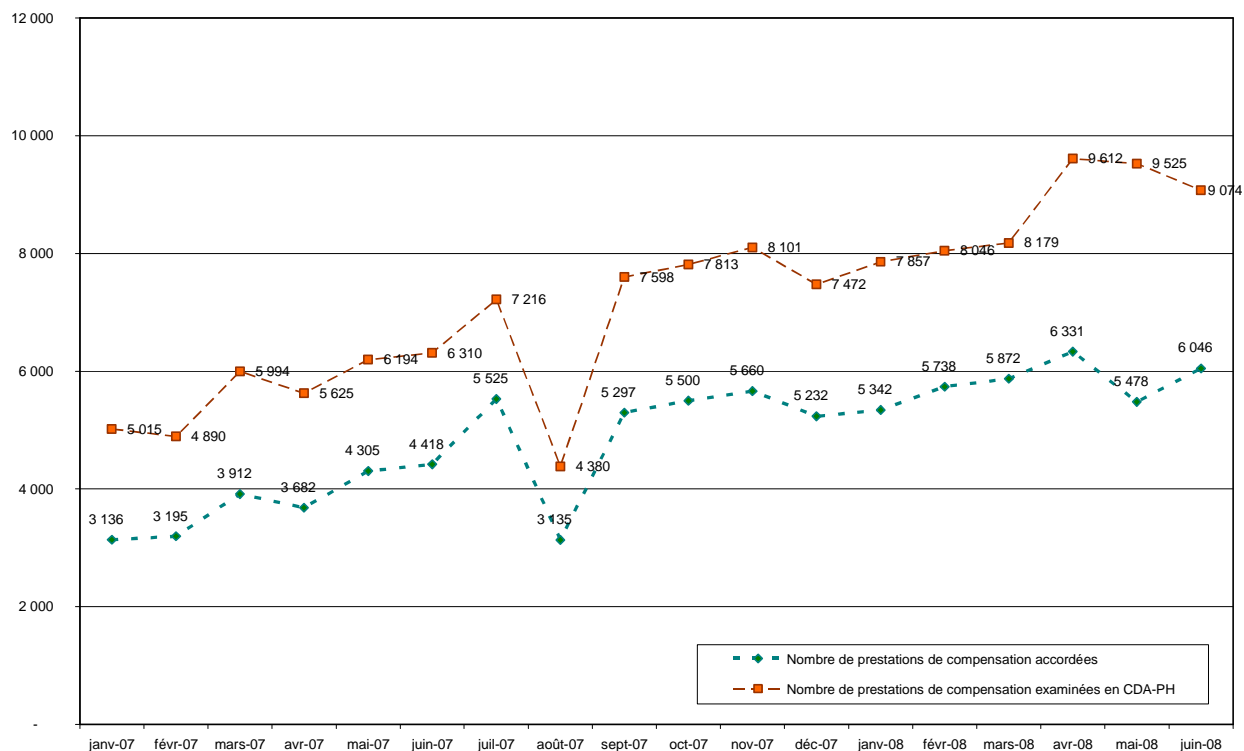
L'évolution des accords suit celle des décisions PCH.

Le taux d'accords national masque des situations départementales contrastées (cf. graphique 4)

La dispersion autour du taux moyen d'accords PCH, enfants et adultes confondus, est de 37%. Elle est d'autant plus forte dans le cas des PCH accordées pour les enfants (45%).

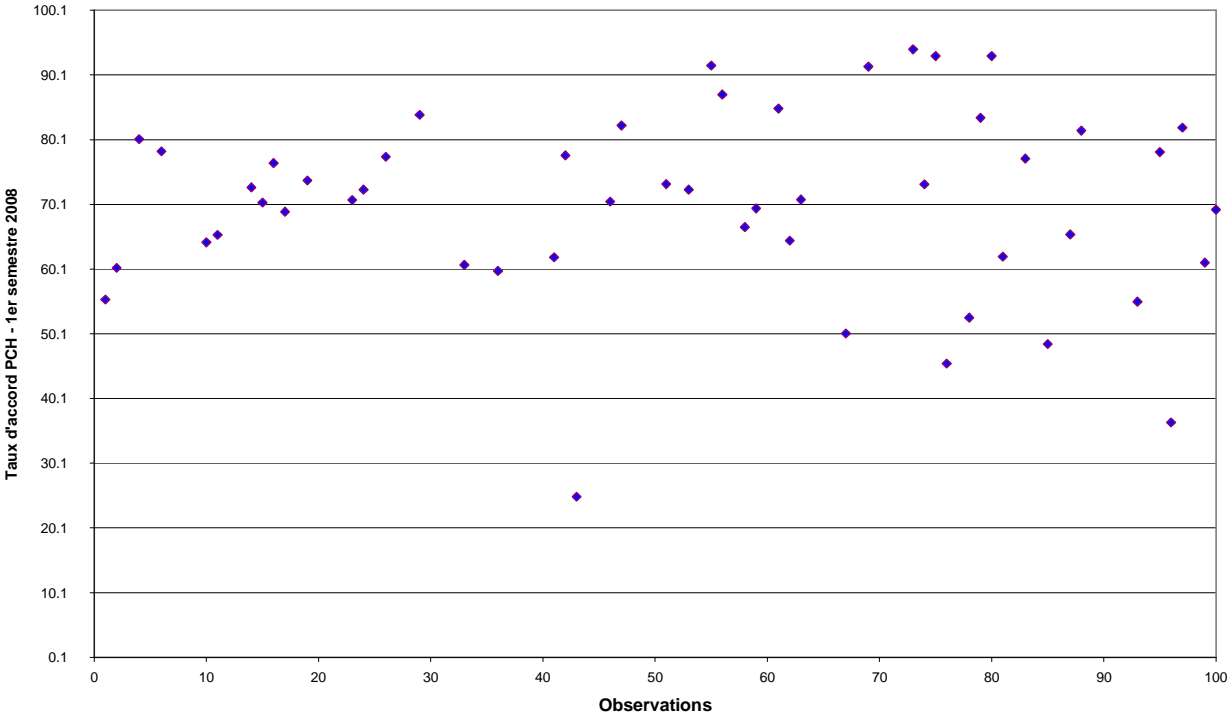
Graphique 3 : l'évolution mensuelle des accords PCH

Evolution mensuelle des prestations de compensation accordées en 2007 - 2008
 Estimation France entière (Source déclarative)



Graphique 4 : Les taux d'accords PCH départementaux

Les taux d'accords varient entre 25 et 94% dans les départements
source déclarative - 1er semestre 2008



Analyse des budgets des GIP - MDPH « comptes consolidés » 2007

En sa séance du 3 juillet 2007, le Conseil de la CNSA a exprimé son souhait de pouvoir disposer d'éléments significatifs sur le niveau des dépenses de fonctionnement des MDPH afin de déterminer le montant d'une participation financière efficiente et de faire, le cas échéant, des propositions sur ses clés de répartition.

Cependant, les budgets des GIP MDPH *stricto sensu* ne donnent pas une lecture complète des ressources mobilisées et des coûts de fonctionnement. On constate un décalage important entre, d'une part les coûts et les apports effectifs des contributeurs et d'autre part, ce que l'on voit dans les comptes.

Cette demande du Conseil a rejoint les besoins des conseils généraux en matière de pilotage financier de la MDPH et de comparaisons interdépartementales. Elle a nécessité la définition d'une présentation consolidée des coûts, faisant apparaître leur constitution et les différentes sources de financement (incluant les différents apports en nature : personnels et services mis à disposition).

Dans le cadre d'un travail partenarial avec plusieurs départements (conseils généraux et MDPH), ainsi qu'avec les services de l'État (administrations centrales et services déconcentrés) et les autres contributeurs financiers, les équipes de la CNSA (direction de la compensation et direction financière) ont développé une maquette de présentation consolidée des budgets et comptes administratifs.

Il s'agit d'un outil non normatif qui n'a pas valeur de document comptable ou budgétaire, mais qui permet une présentation globale, ainsi que différentes considérations utiles sur les poids respectifs de certaines dépenses ou sur certains ratios.

Il a ainsi pour objectifs :

- De fournir des outils pour aider au pilotage des MDPH, notamment par la disposition d'indicateurs comparatifs, et d'indicateurs de suivi de gestion ;
- d'appuyer, au sein de la commission exécutive du GIP, le dialogue entre partenaires en disposant d'un outil de présentation budgétaire complet ;
- de s'engager sur le repérage progressif de « coûts de référence » sur certaines fonctions, voire de « profils budgétaires types » de MDPH ;
- de mieux fonder et justifier les montants et critères des contributions nationales, et notamment des concours de la CNSA ;
- et enfin, conformément aux recommandations des chambres régionales des comptes, d'aider les MDPH et les contributeurs à établir la justification de leurs comptes

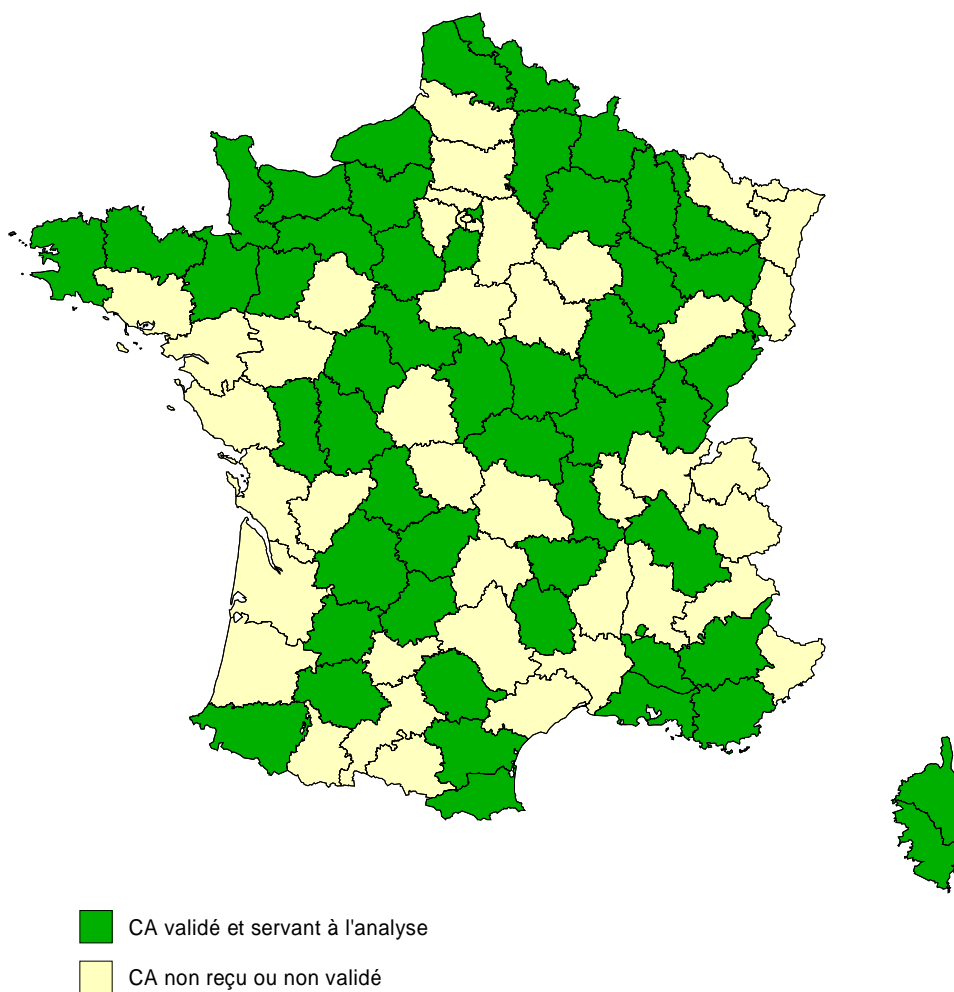
L'intégration de nouvelles maquettes à l'étude initiale de juin permet de consolider les résultats et de les présenter avec une meilleure représentativité au Conseil de la CNSA du 14 octobre 2008.

1) L'échantillon constitué porte sur plus de la moitié des MDPH

Au 9 octobre 2008, plus de 70 maquettes consolidées de MDPH ont été transmises à la CNSA par les départements, sur une base de volontariat.

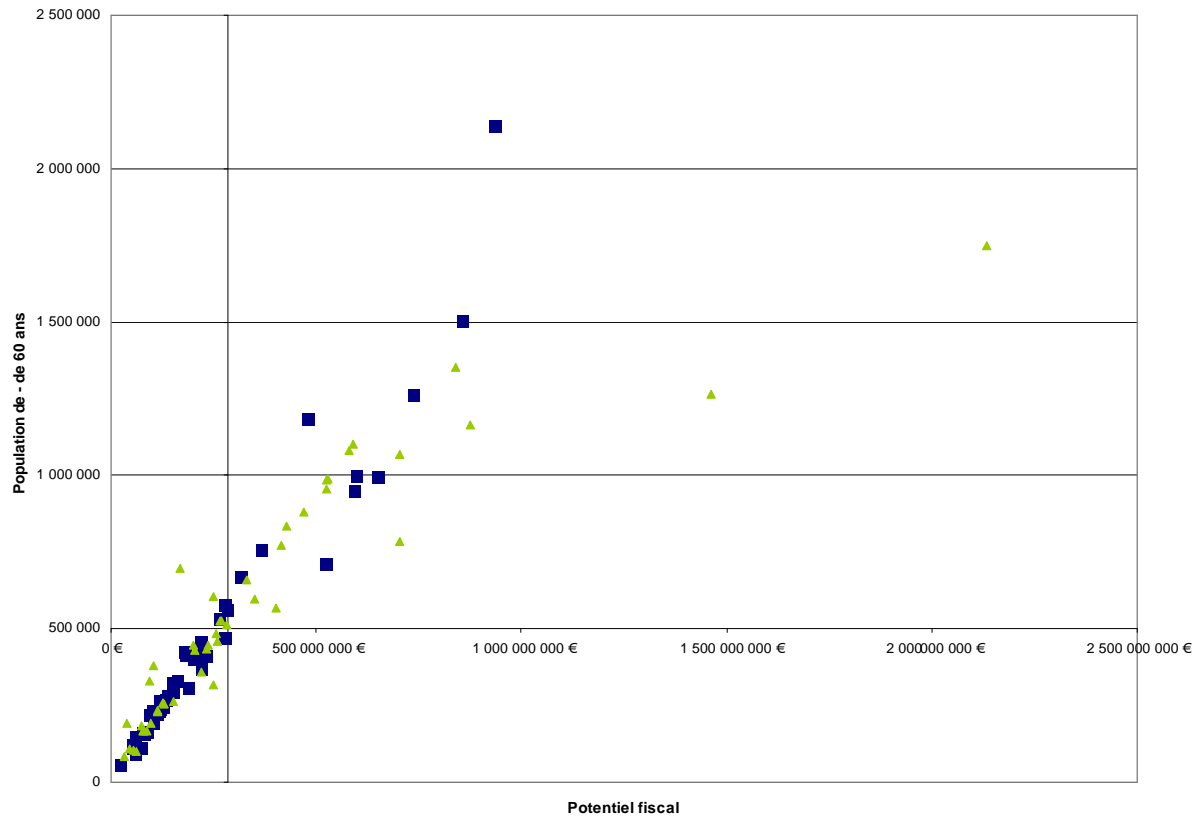
Sur ces maquettes budgétaires, 53 ont pu être validées au terme de contrôles standard de cohérence et de conformité. Ils servent de base à l'analyse présentée ci-dessous.

Les départements pris en compte dans l'analyse



L'échantillon des 53 départements, qui sert de base à l'analyse, représente 47% de la population nationale, 42 % du potentiel fiscal total et 49% des dotations CNSA 2007.

Potentiel fiscal et population de moins de 60 ans



En carrés bleus, les départements de l'échantillon

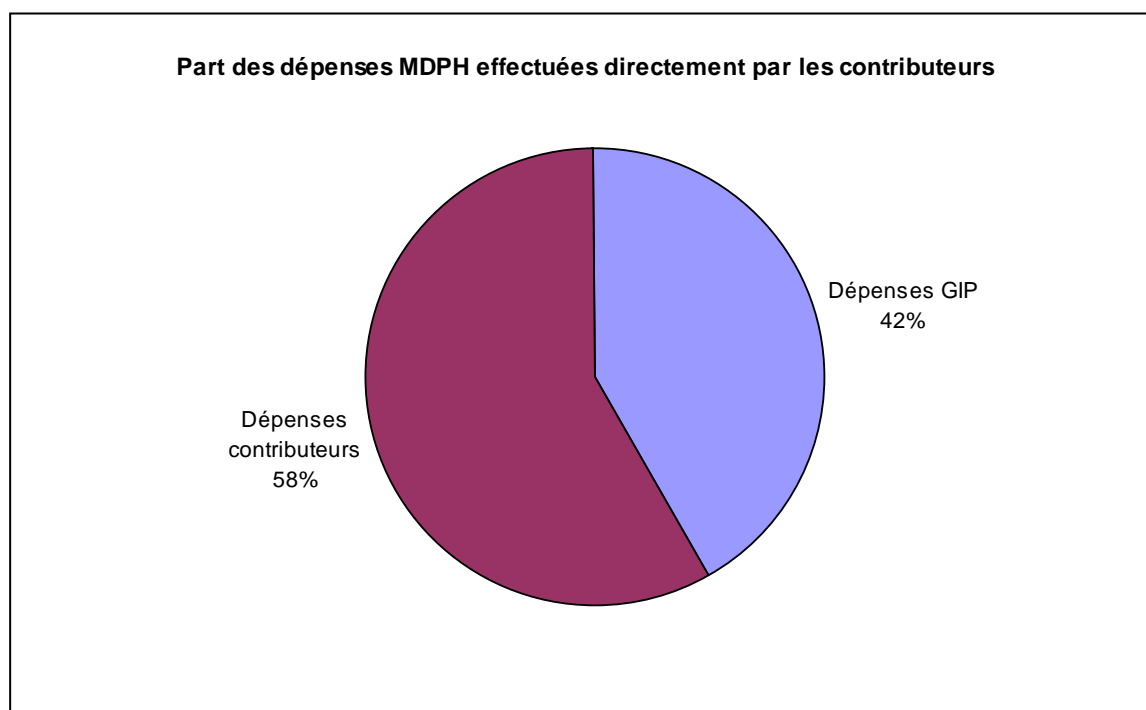
2) L'analyse permet à ce stade de dégager trois enseignements principaux qui dessinent les lignes de force de la structure des budgets « réels » des MDPH

2-1) En premier lieu on constate qu'une part majoritaire des dépenses est effectuée « en dehors » du budget apparent du GIP-MDPH.

L'exercice de présentation consolidée des comptes administratifs permet de réintégrer dans l'analyse plus de la moitié (58%) des coûts de la MDPH, qui sont donc directement supportés par les contributeurs.

La disparité interdépartementale est toutefois très forte, cette part des dépenses réintégrées dans le total du budget de la MDPH variant de 22 % à 94 %.

Cela montre bien toute la valeur ajoutée du travail de présentation budgétaire proposé, grâce à cette « maquette budgétaire consolidée » aux conseils généraux et aux MDPH.



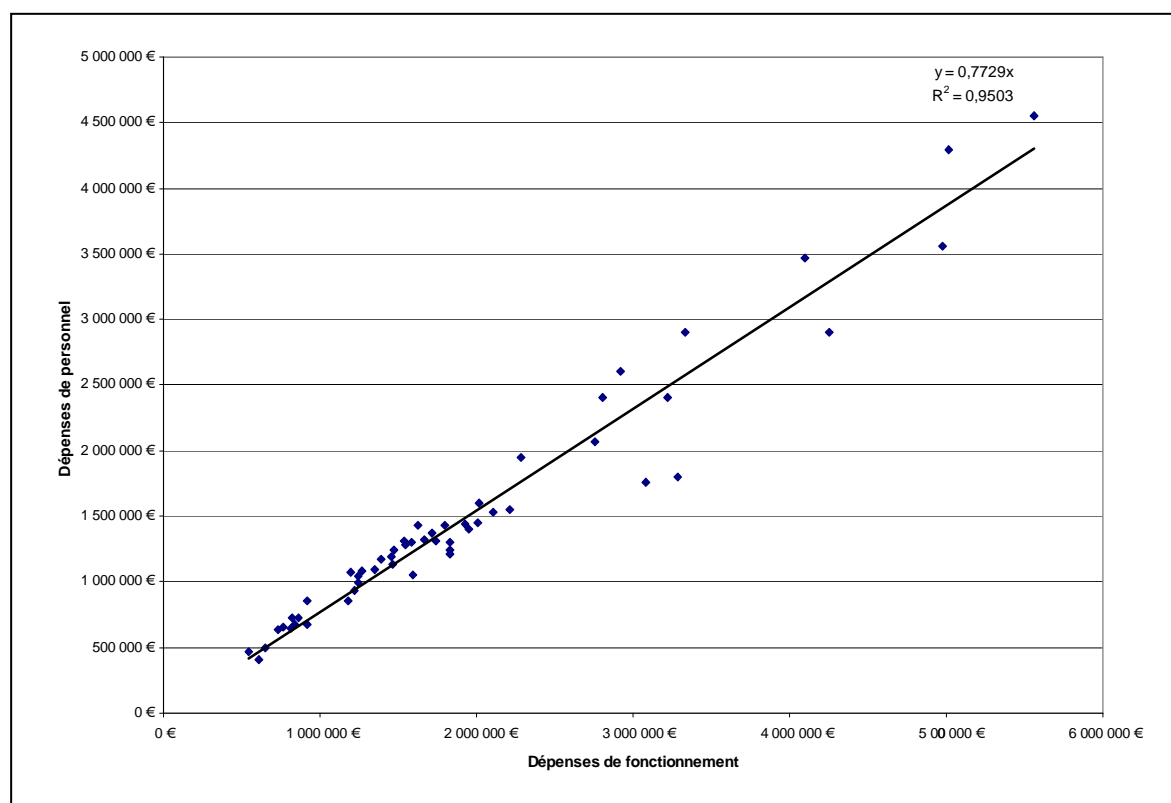
2-2) En deuxième lieu, les dépenses de fonctionnement apparaissent - fort logiquement - très fortement corrélées aux dépenses de personnel.

Ces dépenses de personnel recouvrent deux types de postes qu'il convient de distinguer :

- les personnels travaillant directement pour la MDPH ou en son sein
- et les services rendus à la MDPH par l'un des membres du GIP (souvent le conseil général) et qui doivent être valorisés comme un apport en personnel (service comptabilité ou ressources humaines notamment).

Les dépenses de personnel représentent ainsi presque 80 % des dépenses de fonctionnement des MDPH et 74% des dépenses totales (fonctionnement et investissement).

Les dépenses d'investissement représentent quant à elles environ 5 % du total des comptes consolidés.

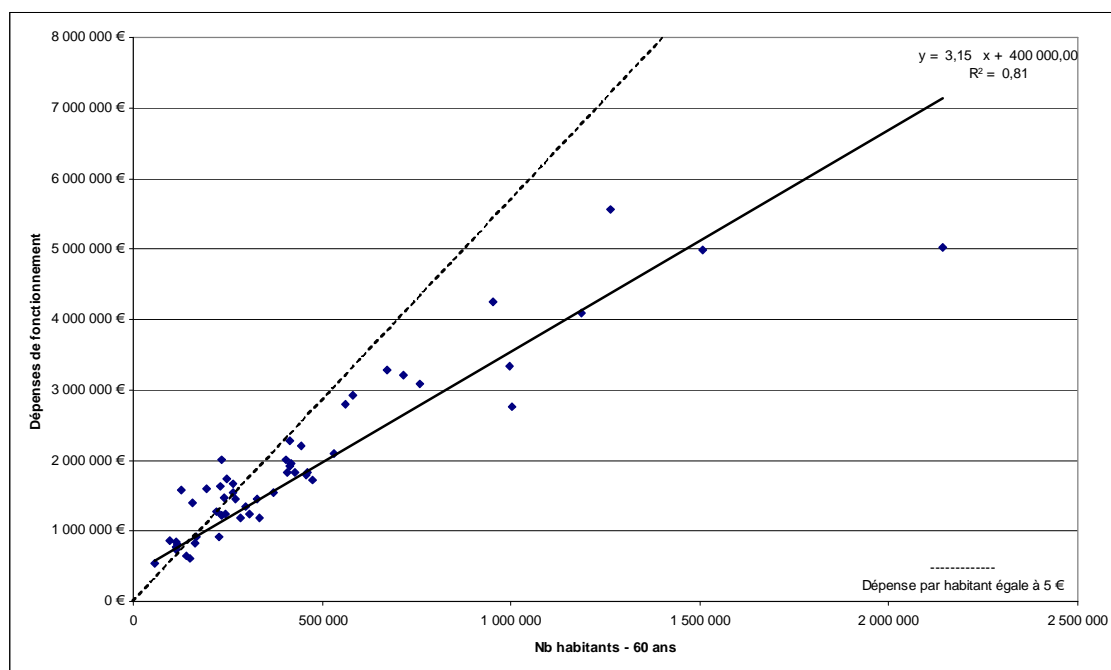


2-3) En troisième lieu, la structure des postes de dépense entre coûts fixes et coûts variables obéit à une « loi empirique » relativement nette, qui constitue l'un des principaux enseignements de l'étude.

Les dépenses consolidées du GIP ont été rapportées à la population de moins de 60 ans (qui constitue l'un des deux critères de répartition du concours de la CNSA au fonctionnement des MDPH).

Une méthode statistique a été utilisée pour estimer un coût fixe de dépenses et un coût de dépenses variant avec le nombre d'habitants du département. Le coût fixe a fait l'objet d'un ajustement pour permettre l'adéquation avec les départements à faible population.

Il apparaît alors, avec une bonne corrélation statistique, que les dépenses « spontanées » des MDPH en 2007 peuvent être empiriquement modélisées par un coût fixe de 400 000 € et un coût variable de 3,15 € par habitant

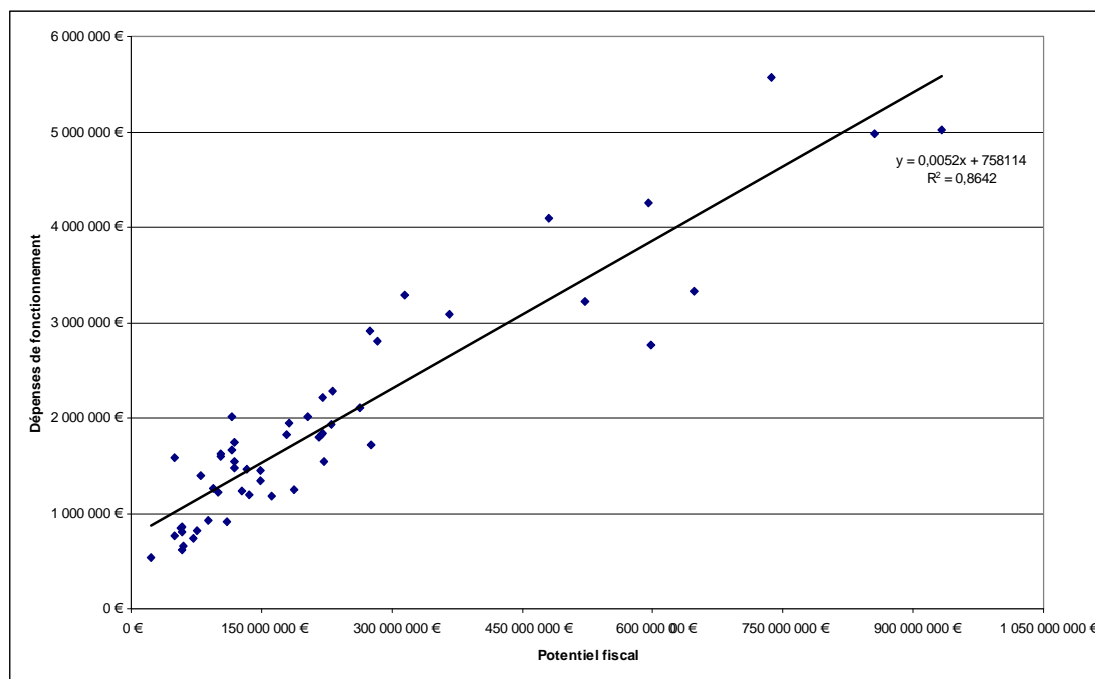


La corrélation avec la population est un enseignement important de la présente étude et constitue une base solide pour les estimations proposées par la suite.

Toutefois, cette modélisation gagnera à être plus approfondie l'année prochaine. En effet, une approche par strate permettra certainement d'affiner les résultats.

3) Diverses considérations complémentaires peuvent être faites, touchant au rapport avec la richesse fiscale des départements, la part des dépenses dites « nouvelles » ou l'impact des reports d'excédents de 2005 et 2006

3-1) S'agissant du lien avec le potentiel fiscal, la corrélation est ainsi assez forte quand on compare les coûts totaux à la richesse fiscale du département. Il convient toutefois de rappeler que cette richesse est elle-même fortement corrélée à la population.

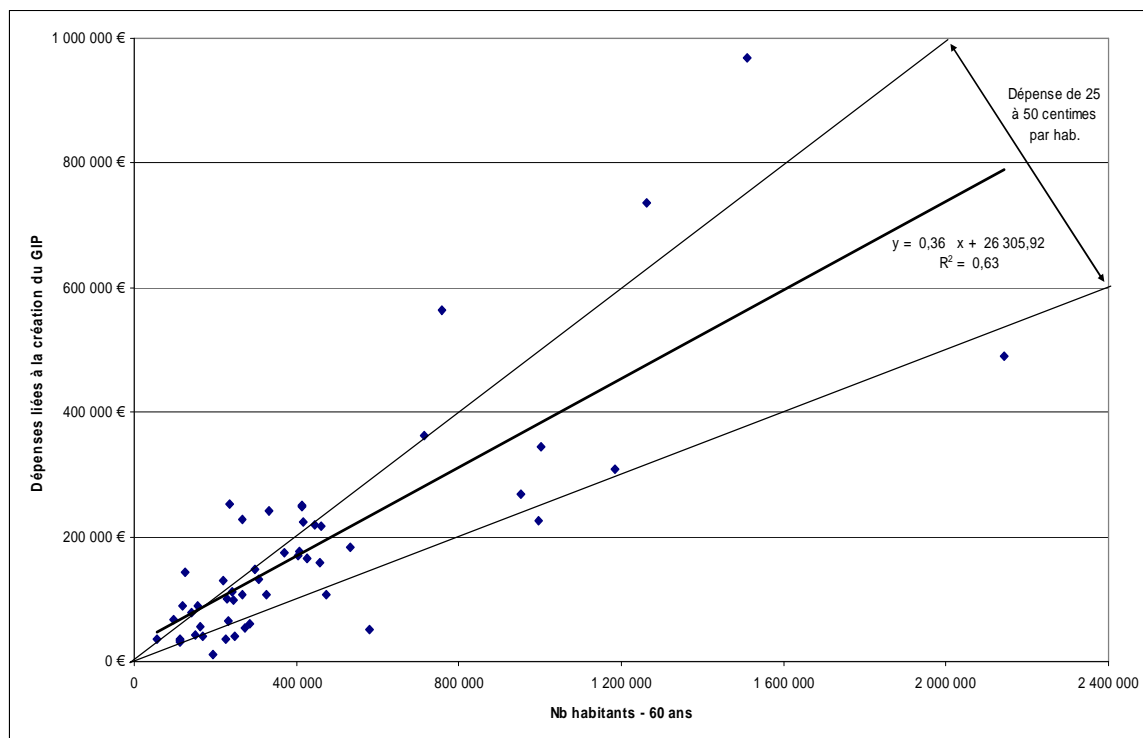


3-2) On peut également mesurer le poids des dépenses liées à la création de la nouvelle structure MDPH elle-même.

Ainsi, à la demande des départements ayant participé à l'élaboration de la maquette, certaines dépenses de fonctionnement ont été spécifiquement identifiées dans la synthèse de la maquette de présentation parce qu'elles peuvent être considérées comme étant liée à la création de la nouvelle structure MDPH.

Il s'agit des dépenses d'imprimés, des frais de déplacement, des frais d'affranchissement, des coûts de télécommunications, des loyers et charges associées (quand les locaux sont loués) et des indemnités du comptable.

Ces dépenses apparaissent essentiellement proportionnelles à la population du département (environ 0,40 € par habitant du département de moins de 60 ans).



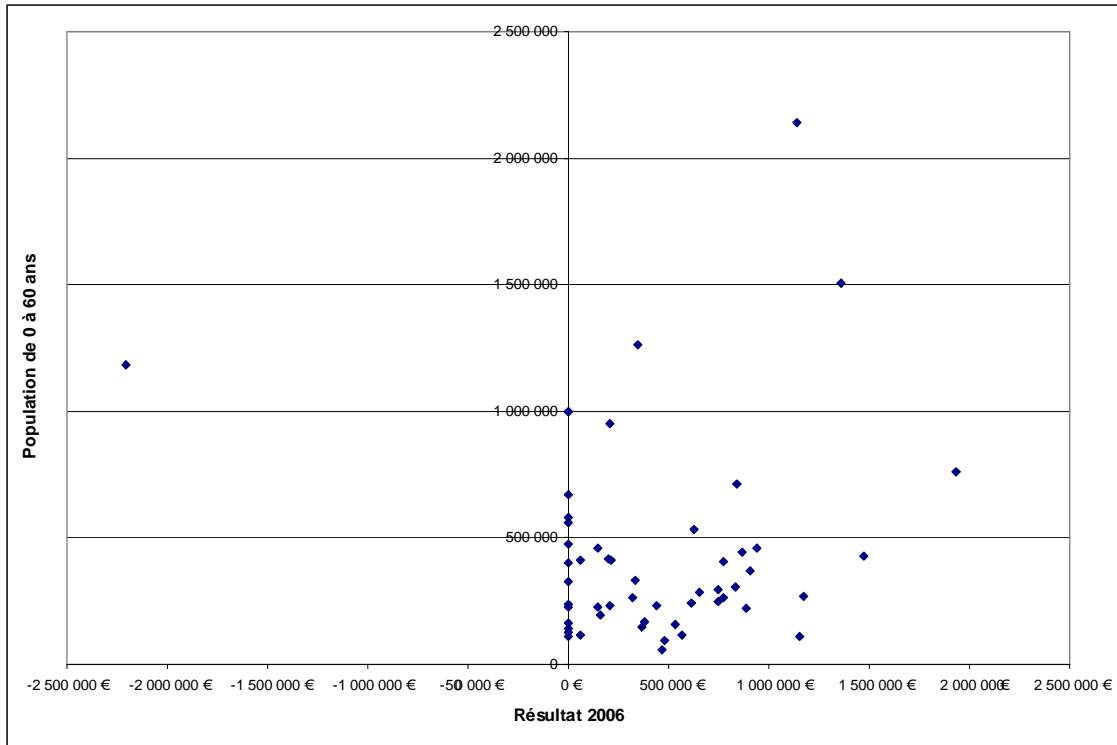
Seuls les départements ayant au moins une dépense liée à la création du GIP ont été représentés sur le graphique.

3-3) Enfin, les comptes administratifs 2007 contiennent une trace des réserves constituées sur la base des dotations 2005 et 2006, à travers la ligne « excédents reportés ».

Cette analyse des reports à nouveau montre que, pour l'année 2006, la différence entre les recettes et les dépenses, hors dotation CNSA, dégage, pour les départements concernés, un excédent cumulé de près de 13 M€.

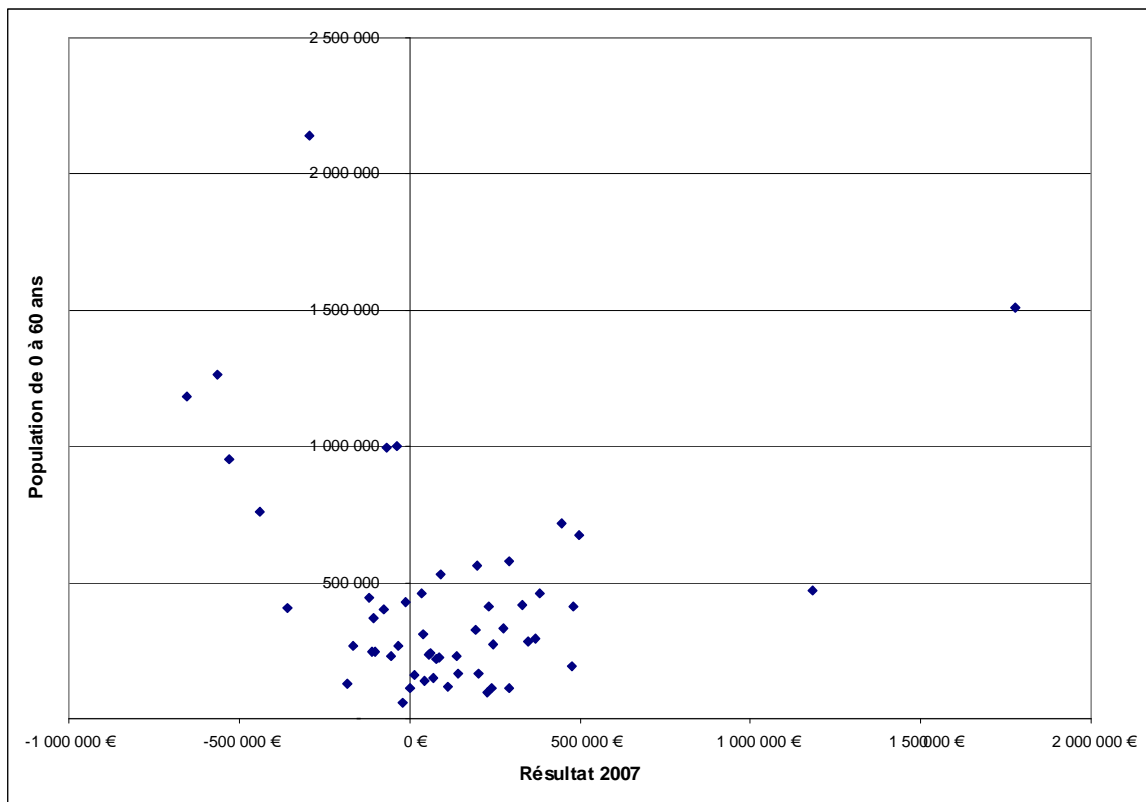
Ainsi, à fin 2006, la situation des MDPH analysées est encore largement excédentaire, avec déjà quelques situations "tendues".

Le graphique ci-après présente le résultat 2006 (recettes y compris CNSA – dépenses investissement et fonctionnement) par habitant de moins de 60 ans.



En revanche, dès 2007, les dépenses sont plus importantes que les recettes, hors dotation CNSA, et approchent 40 M€.

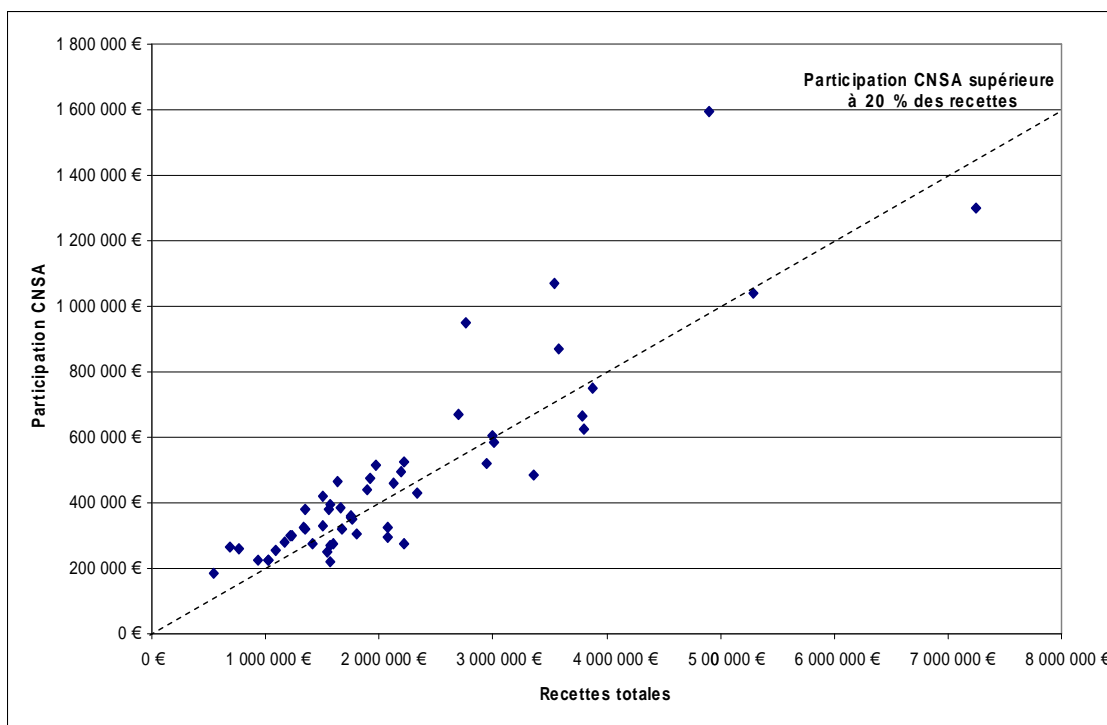
Entre 2006 et 2007 le besoin s'est donc accru d'une cinquantaine de millions d'euros. Ainsi près d'une vingtaine de MDPH présentaient, à fin 2007, un résultat déficitaire. Le graphique ci-après présente le résultat 2007 (recettes y compris CNSA – dépenses Investissement et fonctionnement) par habitant de moins de 60 ans.



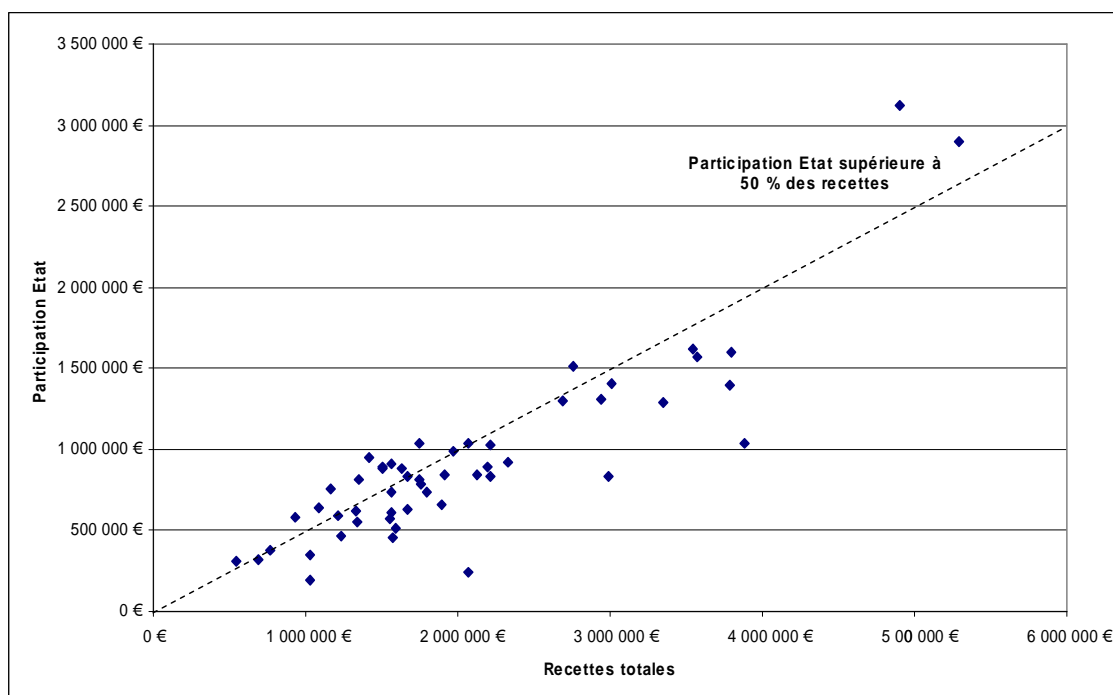
4) La maquette budgétaire offre de précieuses indications sur le poids relatif des trois principaux contributeurs au budget de la MDPH (État, Conseils généraux, CNSA)

On constate ainsi que les dotations nationales (CNSA et concours des administrations de l'État) représentent globalement entre 60% et 75% des recettes des MDPH.

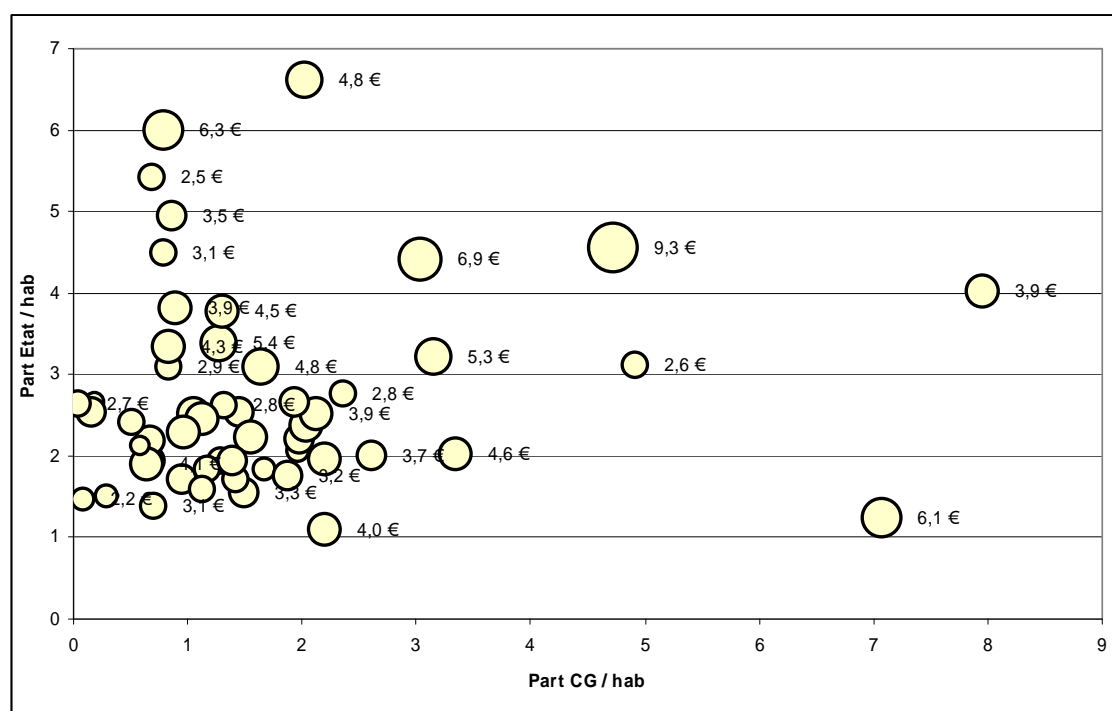
4-1) La dotation CNSA représente en moyenne 23 % des recettes totales des MDPH avec une relative homogénéité interdépartementale (droite de tendance à 21 %).



4-2) La participation de l'État s'élève en moyenne à 45 % du total des recettes des MDPH. Une plus grande hétérogénéité est constatée : la participation État représente en effet de 12 à 67 % selon les départements (droite de tendance à 44 %).



4-3) La comparaison de la contribution de l'État et de la contribution des conseils généraux livre plusieurs enseignements :



Graphique présentant en abscisse, la part CG totale ramenée par habitant de moins de 60 ans, et en ordonnées la part État ramenée par habitant de moins de 60 ans. La taille des bulles est proportionnelle au coût variable par habitant (i.e. en enlevant le coût fixe de 400 000 € aux dépenses de fonctionnement)

La comparaison des interventions par habitant des deux contributeurs principaux État et conseil général montre ainsi que :

- la majorité des MDPH se situe dans la partie en bas à gauche du graphique : participation de l'Etat entre 1 et 4 euros et participation du Conseil général inférieure à 2 euros.
- La dispersion des participations rapportée à la population est très forte.
- Il n'y a que peu de cas où la contribution des deux membres est très forte.
- les MDPH pour lesquelles les coûts variables par personne de moins de 60 ans (taille des bulles) sont les plus importants se situent plutôt du côté droit du graphique : participation conseil général forte (+ de 3 € par habitant de moins de 60 ans).

5) Il est possible d'extrapoler, à partir d'un échantillon couvrant près de la moitié de la population nationale, un certain nombre d'indicateurs.

La totalité des dépenses des 53 départements étudiés est de 108,5 M€. Si on considère que ces 53 départements représentent 47 % de la population totale des moins de 60 ans, on peut estimer le niveau cumulé des dépenses à 231 M€.

Selon une autre méthode de calcul, en appliquant la répartition des coûts fixes et coûts variables, on peut estimer le niveau cumulé des dépenses à $400\,000 \times 100 + 3,15 \times 50\,000\,000 = 40\,000\,000 + 157\,500\,000 = 198\,500\,000$ € (voir paragraphe 2-3).

Ces deux méthodes permettent de donner en 2007 une estimation du total des dépenses de fonctionnement globalisées des MDPH (apport en budget et en nature) comme étant compris entre 200 et 230M€.

Sur cette base, on peut évaluer la part des principaux postes de dépenses à :

- Charges de personnel : 75 % (soit entre 149 et 173 M€)
- Autres charges de fonctionnement : 20 %
- Investissement : 5 %

En conclusion

Le travail entrepris cette année avec les départements a permis d'engager une démarche qui devrait porter ses fruits dans les années à venir, lorsque les comptes administratifs de plusieurs années auront pu être consolidés.

Les résultats de cette analyse sont à prendre avec précaution dans la mesure où ils portent sur un peu plus de la moitié des MDPH. Afin de consolider ces résultats, il est fortement souhaitable que l'ensemble des conseils généraux adopte cette présentation dans les échanges avec la CNSA.

Certaines limites sont toutefois à préciser :

- En premier lieu, l'analyse ne permet pas de dire quelle est la destination des financements (les comptes administratifs ne sont pas une comptabilité analytique qui donnerait les financements par destination).
- En outre, elle ne permet pas de conclure de manière définitive sur les besoins de financement. En effet, il s'agit d'une présentation de ce qu'ont pu faire les MDPH en fonction des ressources disponibles et non de ce qu'elles auraient souhaité faire.
- Enfin, il faut indiquer que les analyses ne prennent pas en compte les dépenses ou recettes du fonds départemental de compensation.

www.cnsa.fr

CNSA

66, avenue du Maine

75682 Paris cedex 14

tél. 01 53 91 28 00

fax 01 53 91 28 82