

ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN HAUTE- GARONNE

Analyse de l'évolution des taux d'accord et de refus
de prestations en CDAPH 31 pour les personnes
adultes en Haute-Garonne entre 2007 et 2013

Rapport réalisé à l'initiative du **CIAH 31**, Collectif Inter-Associatif Handicaps de la Haute-Garonne,
Décembre 2013

Auteurs :

☛ Odile MAURIN, Représentante Départementale de l'APF en Haute Garonne, membre de la CDAPH¹ et de la COMEX² en Haute-Garonne, Vice-Présidente du CDCPH 31³

☛ Tristan SALORD, spécialiste Politiques publiques de la perte d'autonomie, formateur Métiers de l'intervention sociale, doctorant en sociologie - Laboratoire LISST-CERS - Université de Toulouse le Mirail - ancien membre de la Commission vie à domicile du CNCPH⁴

¹ CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

² COMEX : Commission Exécutive de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

³ CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

⁴ Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	4
Chapitre introductif : une présentation des données recueillies	7
Rapports annuels de la MDPH	7
Un échantillon statistique relativement fiable : les listings de décisions de la CDAPH	9
Données de comparaison nationale	11
Accès aux droits des personnes en situation de handicap en Haute-Garonne	12
1) L'activité décisionnelle de la CDAPH 31	12
1.1 Un doublement de l'activité en 5 ans	12
1.2 Un effet de seuil ?	14
1.3 Faiblesse de l'activité décisionnelle des commissions plénières	15
1.4 Éléments de comparaison concernant l'activité décisionnelle de la CDAPH 31	17
2) Éléments de Contextualisation	18
2.1 Données de comparaison relatives aux demandes et à la population : un département relativement peu marqué par le handicap ?	18
2.2 Données de comparaison relative à la composition des demandes de compensation : une primauté du secteur du travail ?	21
2.3 Données de comparaison relative au fonctionnement de la MDPH	23
3) Une baisse des taux d'accord à confirmer sur les prestations à enjeux	25
3.1 L'Allocation Adulte Handicapé - A.A.H.	27
3.2 La Prestation de Compensation du Handicap	35
Durcissement de l'accès aux droits ou "rodage" des dispositifs?	44
1) Validité d'une enquête "quantitative" dans le cadre de prestations individualisées?	45
1.1 L'individualisation dans les politiques d'action publique : individualiser ou responsabiliser?	45
1.2 Individualiser et Comparer ?	46
1.3 Individualisation et modèle social du handicap	47
2) Un problème de terminologie	47
2.1 Ambiguïté de la notion de "demande"	48
2.2 Ambivalence des notions de « personnes », « d'usagers », de « dossiers »... ..	48
3) Effet de notoriété ou pas ? Arguments et contre-arguments en faveur d'une lecture des taux d'accords	50
3.1 Description de l'effet de notoriété	50
3.2 Effet de la récession économique et réactivation de la notion de handicap social	51

3.3 Un manque de statistique prospective qui ne permet aucune généralisation	53
3.4 D'autres hypothèses explicatives : l'incidence du changement de formulaire de demande(s) ...	53
Propositions de pistes de travail & conclusion	56
Pour un Rapport Annuel d'activité, fruit d'un travail concerté avec les acteurs de la société civile.....	56
Demandes générales.....	56
Suivi de la procédure.....	57
Demandes spécifiques sur les prestations.....	57
Conclusion Générale	58
Annexes.....	61
Annexe 1 : Autres prestations analysées	61
CI (Carte d'Invalidité)	61
CRAAH (Complément de Ressources de l'Allocation Adulte Handicapé)	65
CP (Carte de Priorité)	69
ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne)	71
RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé).....	73
Orientation Professionnelle, Orientation vers le marché du travail (dont EA Entreprises Adaptées)	75
ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail) et Formation Professionnelle.....	79
Orientation en EMS (<i>Établissements Médico-Sociaux, hors FAM, MAS, et Foyers de vie</i>) et Foyers d'hébergement.....	83
Orientation en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé), MAS (Maison d'Accueil Spécialisé) et Foyers de vie	88
Orientation en SMS (<i>Services Médico-Sociaux</i>), en SAVS (<i>Services d'Accompagnement à la Vie Sociale</i>) et en SAMSAH (<i>Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés</i>).....	94
Autres : Affiliation Assurance Vieillesse, Prime de Reclassement, Sorties d'établissement	102
Annexe 2 : Copie de la lettre du CIAH 31 en date du 4 juin 2013 à l'attention du Président du Conseil Général de la Haute-Garonne :	106
Annexe 3 : Copie de la réponse du Conseil Général en date du 24 juin 2013 (courrier posté le 4/7 et reçu le 10/7, soit après la réunion de la COMEX du 4/7) :	107
Annexe 4 : Historique de la demande associative d'analyse de l'évolution des taux d'accord et refus de prestations en cdaph 31	108
La demande des associations du CIAH 31.....	108
Réponse argumentée des auteurs	108

INTRODUCTION

Ce rapport constitue une réponse aux demandes répétées des associations du CIAH 31 d'évaluation et d'objectivation de l'évolution des taux d'accord et de refus de prestations soumises à la CDAPH de la Haute-Garonne. En effet, les représentants associatifs, membres de la CDAPH 31 et du CIAH 31, ont le sentiment d'un durcissement des conditions d'accès à certaines prestations sans que, par ailleurs les rapports d'évaluation disponibles ne puissent ni infirmer ni confirmer un tel ressenti. C'est dans cette même perspective que les associations du Collectif Inter-Associatif avaient souhaité que soit mis à l'ordre du jour de la COMEX du 4 juillet 2013 (*voir annexe 2, 3 et 4 à la fin*) cette question d'une objectivation des conditions d'accès aux droits des personnes handicapées en Haute-Garonne, soulignant de ce fait la volonté de travail collaboratif qui les animait.

Les données et les analyses présentées dans ce travail sont principalement issues de trois sources : les listings de travail de la CDAPH, les rapports annuels de la MDPH 31 et des données de comparaison nationale fournies par l'analyse et le dépouillement des rapports annuels de la CNSA. Le croisement de ces données laisse à penser, malgré les compléments d'information qu'il appelle, qu'il y a effectivement un recul clair des droits des personnes en situations de handicap dans l'aire géographique envisagée.

Nous n'avons pu cependant, dans le cadre de ce travail d'investigation, qu'avancer un certain nombre d'hypothèses explicatives concernant un tel recul : durcissement de la législation de certaines prestations comme l'AAH, durcissement des mesures d'octroi et des conditions d'évaluation dans un contexte de crise économique et de désengagement financier de l'Etat dans le subventionnement des différentes MDPH ; effets structurels liés à la montée en charge et à la stabilisation des nouveaux dispositifs d'action publique initiés par la loi du 11 février 2005, ...

Il manquerait assurément ici un travail d'investigation plus qualitatif que nous n'avons eu ni les moyens humains, ni financiers de réaliser, et qui ne pourrait être envisagé à une telle échelle que dans le cadre d'un effort collectif de participation impliquant aussi bien les autorités publiques que le milieu associatif.

L'hétérogénéité et l'ampleur des éléments statistiques rassemblés dans ce document appelaient à une présentation plus détaillée des sources. Ainsi, dans le cadre d'un chapitre introductif, nous présentons l'ensemble des documents compulsés et la façon dont nous les avons traités. Comme le lecteur s'en apercevra, il ne s'agit ici que de statistiques descriptives. Un traitement plus approfondi des données restent à faire dans le cadre d'une plus grande collaboration avec les différentes sources de données et les personnes désireuses d'objectiver les conditions d'accès aux droits des personnes.

La présentation de nos résultats n'aurait cependant pas été parlante si nous n'avions donné qu'une interprétation décontextualisée des faits bruts que nous rassemblions. C'est, poussé par cette volonté de resituer les données recueillies dans une conjecture plus générale, que la présentation de nos données est précédée par une partie s'efforçant de mettre en comparaison un certain nombre d'éléments statistiques. Par ailleurs, il nous semblait important de revenir sur le processus même d'octroi des droits, raison pour laquelle, nous joignons à ces parties comparatives une analyse plus détaillée de l'activité décisionnelle de la CDAPH 31.

Face à l'importance des données recueillies et au besoin d'un travail plus approfondi de concertation pour leur interprétation, nous avons choisi, y compris pour des questions de lecture, de nous focaliser ici essentiellement sur deux prestations jugées à enjeux : l'AAH et la PCH. A enjeux car elles constituent en quelque sorte les deux piliers des prestations sociales du handicap. A enjeux également car elles ont subi un certain nombre de réaménagements réglementaires, législatifs et/ou pratiques, et que leur mise en œuvre locale posent pour de nombreuses associations un certain nombre de questions.

Et en annexe, l'analyse des séries statistiques que nous avons pu constituer concernant chacune des autres prestations relevant d'une décision en CDAPH. C'est dans ce chapitre que nous analysons plus particulièrement les données relatives à l'évolution des taux d'accord et de refus quant à leurs variations parfois surprenantes.

Enfin, une troisième partie de ce rapport fournit un ensemble de propositions de pistes de travail dont notamment la refonte des rapports annuels de la MDPH, la systématisation d’études permettant l’évaluation objective des conditions d’accès aux droits des personnes handicapées, la remise à plat des règles de l’activité décisionnelle de la CDAPH, ... Afin, notamment qu’une vigilance commune puisse être exercée sur les conditions de vie des personnes les plus précaires.

Il est important d’autre part que le lecteur du présent document connaisse les difficultés de recueil, c’est-à-dire d’accès et de collecte qui ont pu être les nôtres au cours de la réalisation de ce travail, ainsi que le contexte de fortes controverses qui agitent aujourd’hui cette question centrale de l’accès aux droits des personnes handicapées. C’est à cet effet que ce rapport se conclue par un chapitre en annexe présentant non seulement les réflexions théoriques plus générales que ces constats appellent mais également une présentation détaillées des arguments qui nous aurons été opposé au cours de notre entreprise.

Le travail présenté ici s’inscrit assurément dans un contexte associatif et militant particulier qu’il n’est pas question de remettre en cause. Il s’est cependant efforcé de présenter un certain nombre de données de façon la plus transparente possible, justement car il est porté par l’idée qu’une amélioration des conditions d’accès aux droits des personnes n’est possible que dans une perspective de collaboration et de participation claire de l’ensemble des acteurs qui composent le champ du handicap. En permettant une avancée collective vers une réduction de la distance aux droits qui se creuse pour les personnes en situations de handicap.

CHAPITRE INTRODUCTIF : UNE PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIES

Face à l'impossibilité (*voir les annexes 2, 3 et 4 à la fin*) d'accéder aux données brutes permettant d'analyser l'ensemble des décisions d'octroi de prestations, ce travail repose sur un processus couteux en termes de temps de travail et de moyens humains, d'extraction de données en provenance de différentes sources. Celles-ci sont issues, d'une part du traitement des listings de décisions des CDAPH auxquels les responsables associatifs membres de la CDAPH ont accès, et de l'extraction consolidée des rapports annuels de la MDPH⁵ et de la CNSA⁶.

RAPPORTS ANNUELS DE LA MDPH

Une partie des tableaux et données présentés dans cette étude sont issus des rapports annuels de la MDPH 31 tels que nous avons pu les rassembler sur la période 2007-2012. Ces rapports nous ont plus particulièrement servis à agréger des données de contextualisation de l'activité décisionnelle de la CDAPH. Par "données de contextualisation", nous entendons l'ensemble des séries statistiques qui nous ont permis d'appuyer nos constats, le cas échéant, de les nuancer ou de les contredire.

Ce disant, nous avons ainsi été plus particulièrement sensibles à l'évolution :

- du volume de personnes déposant une demande de compensation auprès de la MDPH 31,
- du volume de chaque prestation,
- du nombre de bénéficiaires de certaines prestations à "enjeux" comme l'AAH⁷ et la PCH⁸,
- du nombre de réunions de la CDAPH et de personnes reçues,
- du nombre de prestations décisionnées en CDAPH,

⁵ MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

⁶ CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

⁷ AAH : Allocation Adulte Handicapé

⁸ PCH : Prestation de Compensation du Handicap

Les données liées aux autres services de la MDPH, équipes d'évaluation, services d'accueil, services contentieux, etc. ont donc été ici écartées de notre grille de lecture.

Les données issues des rapports annuels doivent cependant être traitées avec précautions. Notre lecture laisse en effet entrevoir un certain nombre de variations, dans la structuration même de ces documents, mais également au sein des données exposées, comme de la terminologie employée, rendant plus délicat encore le travail de description statistique et d'interprétation.

Cependant, si ces variations constituent des obstacles dans la comparaison et l'analyse des données, elles demeurent intéressantes, à un autre niveau, dans ce qu'elles révèlent d'un certain nombre de préoccupations propres à l'administration et au pilotage local des politiques publiques du handicap (*voir à ce titre la partie dédiée aux différences terminologiques*).

Exemples de variations

Nombre de personnes percevant l'AAH

Dans le Rapport d'Activité de 2011, p.8, le nombre de personnes percevant l'AAH est de 17 081 sans que ne soit précisé si les données comprennent les prestations versées par le régime général et/ou les régimes spécifiques (uniquement CAF⁹, ou CAF et MSA¹⁰).

Dans le Rapport annuel d'activité de 2012, on se rend compte que le nombre de bénéficiaires de l'AAH en 2011 s'élève en réalité à 17 321 si l'on agrège le nombre de personnes percevant l'AAH via la CAF (17 081) et via la MSA.

Par ailleurs on remarquera dans le rapport d'activité de 2012 que si le nombre de bénéficiaires de l'AEEH¹¹ est connu en 2012, celui de l'AAH ne l'est pas, les données ne mentionnant que le nombre de bénéficiaires pour 2011 (*voir tableaux p.9 et 10 du Rapport annuel 2012 de la MDPH*). Ces deux prestations sont pourtant solvabilisées par la même administration, la CAF...

⁹ CAF : Caisse d'Allocations Familiales

¹⁰ MSA : Mutualité sociale Agricole

¹¹ AEEH : Allocation d'Education enfant Handicapé

UN ÉCHANTILLON STATISTIQUE RELATIVEMENT FIABLE : LES LISTINGS DE DÉCISIONS DE LA CDAPH

La source de données la plus importante que nous avons mobilisée reste les listings des décisions que les membres des CDAPH sont appelés à voter à chaque réunion des commissions.

Grâce à l’assiduité du suivi des représentants associatifs en CDAPH, les auteurs ont pu accéder à un nombre important de ces listings et constituer ce faisant un échantillon fiable de données : ***plus de 70% des décisions rendues, recueillies et consolidées.***

Compte tenu de l’importance du travail de saisie demandé, il a été décidé de se concentrer uniquement sur les CDAPH du pôle adulte. Le tableau suivant rend compte du travail réalisé :

- ***plus de 130 listings saisis et analysés,***
- ***un nombre de décisions total avoisinant les 160 000.***

Années	Nbre total de CDAPH	Nbre CDA Adultes	Nbre de Listings Examinés
2007	37	X	10
2008	50	29	22
2009	48	28	21
2010	48	27	23
2011	54	31	26
2012	48	26	20
2013	X	35	14
Total	285	176	136

Tableau 1: Comparaison du nombre de CDA adultes et du nombre de listings de CDA adultes recueilli – Les « X » signifient l’absence de données

Pour mieux apprécier l'ampleur du travail effectué et prendre la mesure de la fiabilité des données récoltées un bon moyen reste de les comparer aux données officielles de la MDPH telles que nous pouvons les extraire des différents rapports annuels (2007 à 2012).

Ainsi, si l'on ne prend pas en compte l'année de mise en place de la MDPH (2006) ni même l'année en cours (2013), nous avons réussi à extraire des listings examinés, en moyenne, 70% des décisions rendues par la CDAPH Adulte.

Ce chiffre varie de 40%, pour l'année où nous avons eu le moins de listings (2007), à près de 90% pour l'année où nous disposons du plus de listings (2011) :

Années	Nbre décisions Adultes (rapports d'activité)	Nbre décisions extraites listing	Taux de couverture des décisions extraites
2007	23 679	9 639	40,70
2008	23 555	18 667	79,24
2009	35 969	27 565	76,63
2010	42 262	33 531	79,34
2011	41 512	37 205	89,62
2012	43 282	23 428	54,12

Tableau 2 : Comparaison du nombre de décisions adultes issues du rapport d'activité de la MDPH 31 par rapport au nombre de décisions adultes extraites des listings analysées et taux de couverture des décisions extraites

D'autre part, on remarquera que **les années les mieux "couvertes" demeurent celles qui correspondent aux pics d'activité de la MDPH**. Les variations importantes que l'on peut donc noter en 2008 et 2012 n'ont, au final qu'un impact minime sur le comportement général de nos données et conclusions.

DONNÉES DE COMPARAISON NATIONALE

D'autres sources d'information ont pu par ailleurs être utilisées afin de mettre en perspective les constats avancés dans cette étude, comme les rapports annuels de la CNSA qui sont issus de l'agrégation des rapports annuels des MDPH.

De façon similaire à la lecture que nous avons pu faire des rapports de la MDPH 31, nous nous sommes ici principalement intéressés aux données relatives à l'évolution générale du volume des demandes et des différentes prestations.

ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN HAUTE-GARONNE

Analyse de l'activité décisionnelle de la CDAPH 31 et de quelques prestations-clefs

1) L'ACTIVITÉ DÉCISIONNELLE DE LA CDAPH 31

1.1 Un doublement de l'activité en 5 ans

L'activité de la CDAPH Adulte en Haute-Garonne n'a cessé d'augmenter. Si l'on se fie aux données extraites des rapports annuels de la MDPH, cette activité a en effet quasiment doublé en 5 ans, le nombre moyen de décisions par séance passant de 1 000 à près de 2 000 décisions entre 2008 et 2012 :

	Nbre CDA Adultes	Nbre de « personnes » ¹²	Nbre de Décisions Adultes	Moyenne/ CDA
2007			23 679	
2008	29	15 661	23 555	1 082,65
2009	28	21 823	35 969	1 290,21
2010	27	22 760	42 262	1 541,41
2011	31	23 045	41 512	1 447,87
2012	26	24 412	43 282	1 873,26
2013	35			

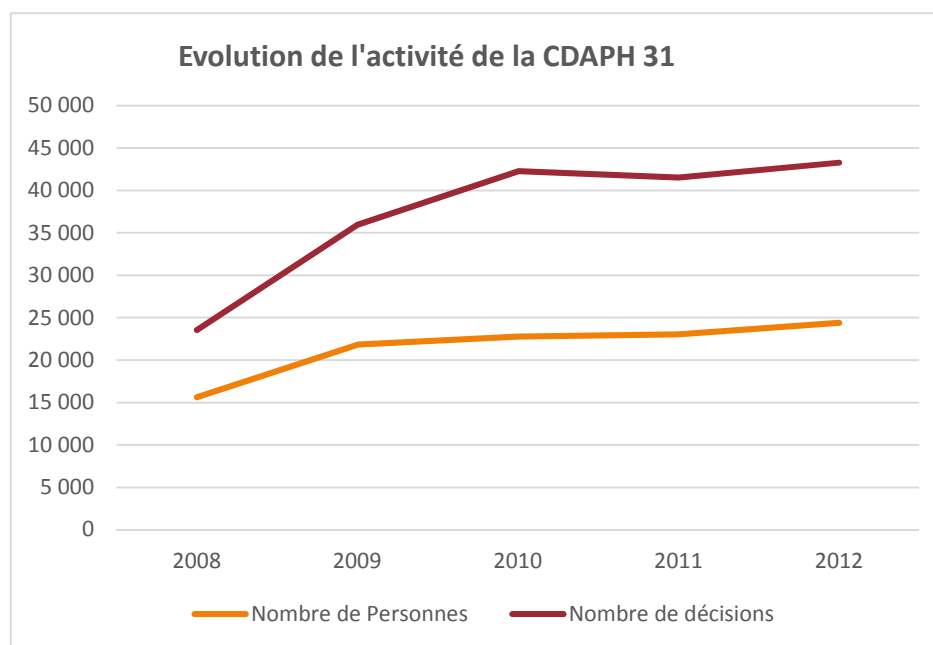
Tableau 3 : Comparaison du nombre de CDA adultes par rapport au nombre de décisions adultes et moyenne annuelle du nombre de décisions adultes par CDAPH

¹² Nombre de personnes dont au moins une demande a été vue par la CDAPH au cours de l'année

L'analyse détaillée de l'activité de la CDAPH laisse cependant voir d'importantes fluctuations.

L'année de plus forte montée en charge reste 2009 : + 12 414 demandes décisionnées ; + 6 162 personnes dont au moins une demande a été vue dans l'année par la CDA et un nombre moyen de décisions prises par CDA qui augmente de près de 200 décisions de plus par séance.

Les autres années voient l'activité de la CDAPH se stabiliser, même s'il est à noter une re-hausse du nombre de décisions prises en 2012 (+ 1 770 décisions ; + 1 367 personnes ; + 425 décisions par séance) qui s'explique notamment par le fait qu'il s'est tenu extrêmement peu de CDA adultes (26) en 2012, comparativement aux autres années (en 2011, 31 CDA adultes s'étaient réunies).



Graphique 1: Évolution de l'activité de la CDAPH 31 entre 2008 et 2012

1.2 Un effet de seuil ?

Par ailleurs, la relative stabilité du nombre annuel de CDAPH constitue en soi un résultat intéressant car contrairement à ce que l'on aurait pu accroire, **les variations du nombre de commissions ne semblent pas indexées sur les variations du volume des prestations elles-mêmes.**

Ainsi, le tableau suivant, qui rend compte de l'évolution absolue, d'une année sur l'autre, du nombre de demandes reçues par la MDPH, montre bien que les années où les variations du nombre de prestations furent les plus fortes ont été les années 2008-2010 (+ 8 413 demandes en 2008/2009; + 5 492 en 2009/2010).

Or, le nombre de CDAPH qui se sont tenues durant ces périodes reste relativement stable (*entre 27 et 29 CDAPH par an*). Dans l'ensemble, par ailleurs, le nombre de CDAPH adultes ne semblent pas énormément varier, comme s'il s'agissait là d'un effet de seuil. Il ne s'agit ici bien sûr, que d'une hypothèse. Seul un travail qualitatif pourrait ici préciser si effectivement cette trentaine de commissions par an constitue un seuil indépassable pour les acteurs siégeant en commission.

Années	Évolution Nbre Demandes
2007-2008	+ 2 232
2008-2009	+ 8 413
2009-2010	+ 5 492
2010-2011	+ 3 266
2011-2012	+3 821

Tableau 4 : Évolution absolue du nombre de demandes déposées en MDPH 31, d'une année sur l'autre, et évolution du nombre de décisions en CDAPH 31, aussi d'une année sur l'autre

1.3 Faiblesse de l’activité décisionnelle des commissions plénières

Cet effet de seuil semble par ailleurs se retrouver dans le nombre de personnes auditionnées par la CDAPH. Malgré une baisse notable du nombre de personnes vues par la CDAPH en 2010 qui mériterait d’être explicitée, il semblerait que la commission auditionne en moyenne 2 personnes par séances, soit une soixantaine par an à peu de choses près.

	<i>Nbre de CDA Adultes</i>	<i>Nbre de Personnes</i>	<i>Nbre de Personnes vues</i>	<i>Moyenne</i>
2008	29	15 661		
2009	28	21 823	56	2
2010	27	22 760	48	1,77
2011	31	23 045	66	2,12
2012	26	24 412	65	2,5

Tableau 5 : Comparaison du nombre de CDAPH adultes par rapport, d’une part au nombre de personnes dont le dossier est passé en CDAPH et d’autre part le nombre de personnes entendues en CDAPH, entre 2008 et 2012, et nombre moyen de personnes entendues en CDAPH

La majorité de l’activité décisionnelle se déroule de ce fait en dehors des temps de rencontre prévus par la loi. Ce constat semble d’ailleurs en adéquation avec les remarques de la CNSA au niveau national, sur la prépondérance de l’évaluation sur dossier (82%¹³).

L’essentiel des décisions continuent donc de se prendre sur la base d’un vote collectif concernant des volumes généraux d’accord et de refus comme le présente ci-joint la copie numérique d’un listing de décision de la commission :

¹³ « Document de Restitution 2012 des données d’activité et de fonctionnement validées des départements », p.3

Exemple de listing avant 2011

MDPH 31 Pôle Adultes		CDAPH DU 17/02/2011				
Type de Demande	Nombre de demandes	% dem	Accords	Rejets	% Rejets	% Accords
AAH	145	19,84	104	41	28	72
ACTP/ACFP	8	1,09	8	0	0	100
Cartes d'invalidité	116	15,87	98	18	16	84
Cartes de Priorité	95	13,00	62	33	35	65
Carte de Priorité accordées suite à rejet C.I.			11			
Complément AAH	52	7,11	14	38	73	27
Orientation Professionnelle	44	6,02	41	3	7	93
Orientation vers le marché du travail (Etp adaptées)	14	1,92	14	0	0	100
Orientation vers un ESAT	14	1,92	11	3	21	79
Formation Professionnelle	23	3,15	14	9	39	61
RQTH	188	25,72	180	8	4	96
Orientation vers un Ets médico social	1	0,14	0	1	100	0
Orientation en FAM	4	0,55	4	0	0	100
Orientation en Foyer de Vie	9	1,23	9	0	0	100
Orientation en MAS	1	0,14	1	0	0	100
Orientation vers un Service médico social	1	0,14	0	1	100	0
Orientation vers un SAMSAH	3	0,41	3	0	0	100
Orientation en SAVS	8	1,09	7	1	13	88
Affiliation à l'assurance vieillesse	4	0,55	1	3	75	25
Prime de reclassement	1	0,14	0	1	100	0
Total	731	100	571	160	22%	78%

Type de Demande	Nombre de demandes	%dem	Accords	Rejets
Prestations de compensation	100	12,03%	55	45
Nombre de dossiers PCH :	100			
Nombre total de demandes	831			
Nombre total de dossiers :	508			

Vote abstention

Exemple de listing en 2013

CDAPH DU		22	AOÛT	2013	Premières demandes (73%)		Renouvellements (27%)		Total	
Type de demandes	Nombre de demandes				Accords	Rejets	Accords	Rejets	Accords	Rejets
AAH	457 (20,0%)				99 (45%)	119 (55%)	232 (92%)	7 (3%)	331 (72%)	126 (28%)
Complément de ressources AAH	135 (5,9%)				20 (16%)	108 (84%)	6 (86%)	1 (14%)	26 (19%)	109 (81%)
Cartes d'invalidité	231 (10,1%)				87 (51%)	83 (49%)	59 (97%)	2 (3%)	146 (63%)	85 (37%)
Cartes de priorité	269 (11,8%)				145 (64%)	81 (36%)	43 (100%)	0 -	188 (70%)	81 (30%)
Carte de Priorité accordées suite à rejet C.I.					5 -	-	4 -	-	9 -	-
Prestation de compensation (PCH)	161 (7,0%)				61 (44%)	78 (56%)	22 (100%)	0 -	83 (52%)	78 (48%)
ACTP et ACFP	8 (0,4%)				0 -	0 -	8 (100%)	0 -	8 (100%)	0 -
Orientation Professionnelle	9 (0,4%)				0 -	9 (100%)	0 -	0 -	0 -	9 (100%)
Or. vers le marché du travail	356 (15,6%)				311 (100%)	0 -	45 (100%)	0 -	356 (100%)	0 -
Orientation vers un ESAT	39 (1,7%)				9 (53%)	8 (47%)	22 (100%)	0 -	31 (79%)	8 (21%)
Formation Professionnelle	90 (3,9%)				44 (51%)	42 (49%)	4 (100%)	0 -	48 (53%)	42 (47%)
RQTH	430 (18,8%)				284 (96%)	12 (4%)	133 (99%)	1 (1%)	417 (97%)	13 (3%)
Orientation vers un Etablissement médico social	2 (0,1%)				1 (50%)	1 (50%)	0 -	0 -	1 (50%)	1 (50%)
Orientation en FAM	8 (0,4%)				4 (100%)	0 -	3 (75%)	1 (25%)	7 (88%)	1 (13%)
Orientation en Foyer de Vie	11 (0,5%)				7 (100%)	0 -	4 (100%)	0 -	11 (100%)	0 -
Orientation en Foyer d'hébergement (TH)	6 (0,3%)				4 (100%)	0 -	2 (100%)	0 -	6 (100%)	0 -
Orientation en MAS	4 (0,2%)				2 (100%)	0 -	2 (100%)	0 -	4 (100%)	0 -
Orientation vers un Service médico social	6 (0,3%)				1 (20%)	4 (80%)	0 -	1 (100%)	1 (17%)	5 (83%)
Orientation vers un SAMSAH	16 (0,7%)				6 (86%)	1 (14%)	8 (89%)	1 (11%)	14 (88%)	2 (13%)
Orientation en SAVS	30 (1,3%)				12 (75%)	4 (25%)	14 (100%)	0 -	26 (87%)	4 (13%)
Affiliation à l'assurance vieillesse	16 (0,7%)				9 (56%)	7 (44%)	0 -	0 -	9 (56%)	7 (44%)
Total	2285				1 107 (67%)	557 (33%)	607 (97,7%)	14 (2,3%)	1 714 (75%)	571 (25%)
Nombre total de dossiers sur liste :		1158								

On ne peut que corroborer, aux vues de la faiblesse du nombre de personnes rencontrées en commissions plénières, que n'expliquent, ni la taille du département, ni le volume annuel de demandes traitées¹⁴ par la MDPH, les constats posés il y a déjà 4 ans par le rapport officiel de l'IGAS :

« Sur tous les dossiers, la CDA peut exercer un droit d'expression et d'évocation. Dans la réalité, elle tend à fonctionner le plus souvent soit comme une chambre d'enregistrement pour les dossiers traités sur liste, soit, en cas d'examen au fond à la demande des personnes handicapées, comme une première instance de recours par rapport aux propositions de l'équipe d'évaluation. »

IGAS, RAPPORT N°RM2010-159P, p.30

1.4 Éléments de comparaison concernant l'activité décisionnelle de la CDAPH 31

Le tableau suivant compare, sur trois MDPH¹⁵ dont la MDPH 31, le volume de personnes reçues en commissions plénières et/ou locales, par rapport au volume annuel de demandes reçues pour chaque MDPH.

- La MDPH de Syrte se situe dans un département aussi peuplé que celui de la Haute-Garonne et qui reçoit un nombre important de demandes. Il est frappant de constater que le nombre de personnes reçues en commissions plénières y est 5 fois supérieur.
- La MDPH de Smyrne se situe quant à elle dans un département deux fois moins peuplé. Pourtant le ratio entre le nombre de personnes auditionnées et le nombre de personnes déposant au moins une demande auprès de la MDPH reste deux fois plus élevé que pour la MDPH 31.

¹⁴ Se reporter à la partie suivante

¹⁵ Les données ont été anonymisées, tout recoupement avec les données CNSA ou en provenance d'autres sources étant ici rendues impossibles non seulement par le changement de nom mais également par un maquillage des données chiffrées (ce maquillage gardant l'allure statistique générale des données sources).

	Nombre de personnes reçues (Adultes + Enfants)						Volume des personnes déposant au moins une demande						Volume des demandes				
	2008	2009	2010	2011	2012		2008	2009	2010	2011	2012		2008	2009	2010	2011	2012
Smyrne				198	225		10 945	11 367	11 149	11 916	15 553		23 280	26 600	29 000	32 672	39 426
MDPH 31		90	76	110	101		26 261	29 548	32 794	36 334	33 747		40 122	44 684	51 057	54 811	60 360
Syrte	500	510											53 000	68 002			

Tableau 6: Comparaison du nombre de personnes reçues en CDAPH pour les adultes et les enfants, par rapport au volume de personnes déposant au moins une demande et au volume du nombre de demandes, ceci entre la MDPH 31 et les 2 autres MDPH, ceci entre 2008 et 2012

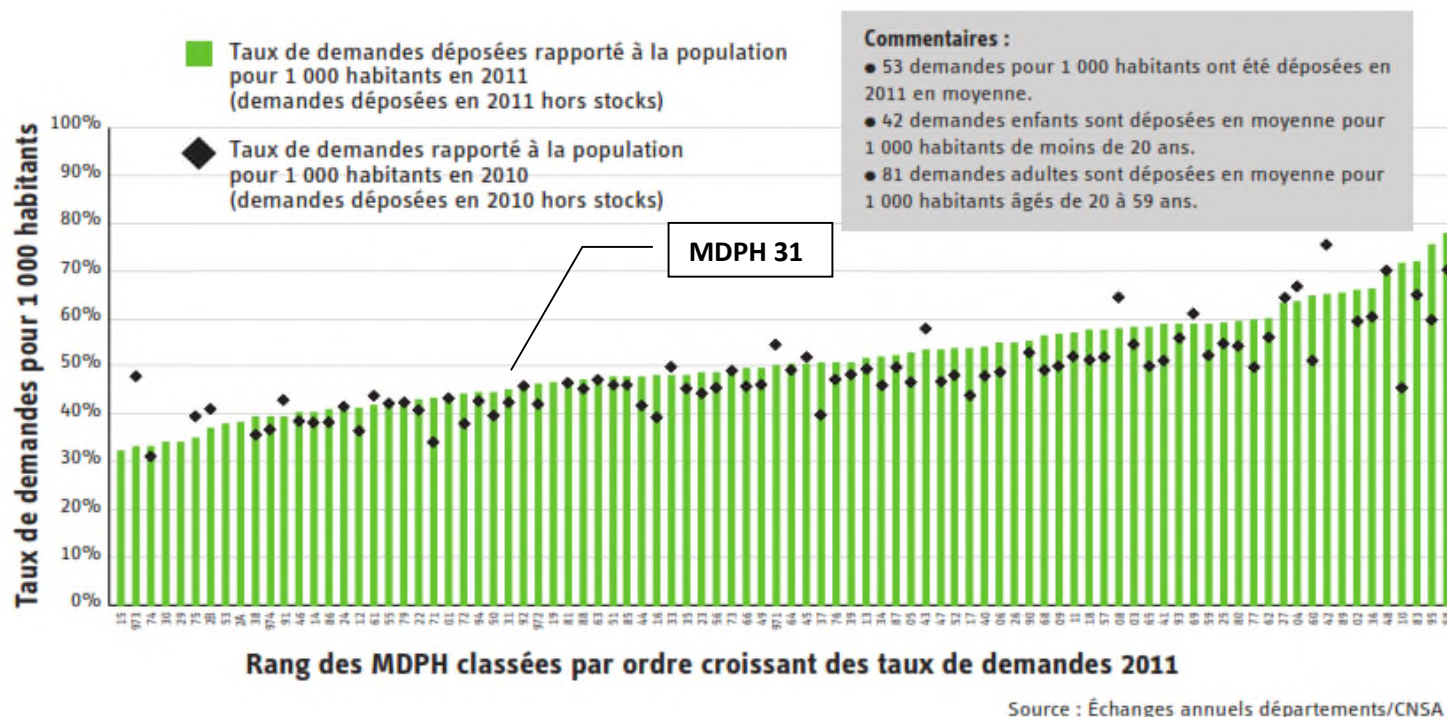
2) Eléments de Contextualisation

2.1 Données de comparaison relatives aux demandes et à la population : un département relativement peu marqué par le handicap ?

La lecture des statistiques disponibles tant au niveau national que local (grâce notamment à l'étude d'octobre 2012 de l'ORSMIP intitulée « Les personnes en situation de handicap en Midi-Pyrénées. Repères et indicateurs »), pourrait en effet laisser à penser que relativement à d'autres départements de la région et aux moyennes nationales, la population ne semble pas plus particulièrement touchée par des problématiques de compensation. Un ensemble d'indicateurs semblent appuyer cette hypothèse.

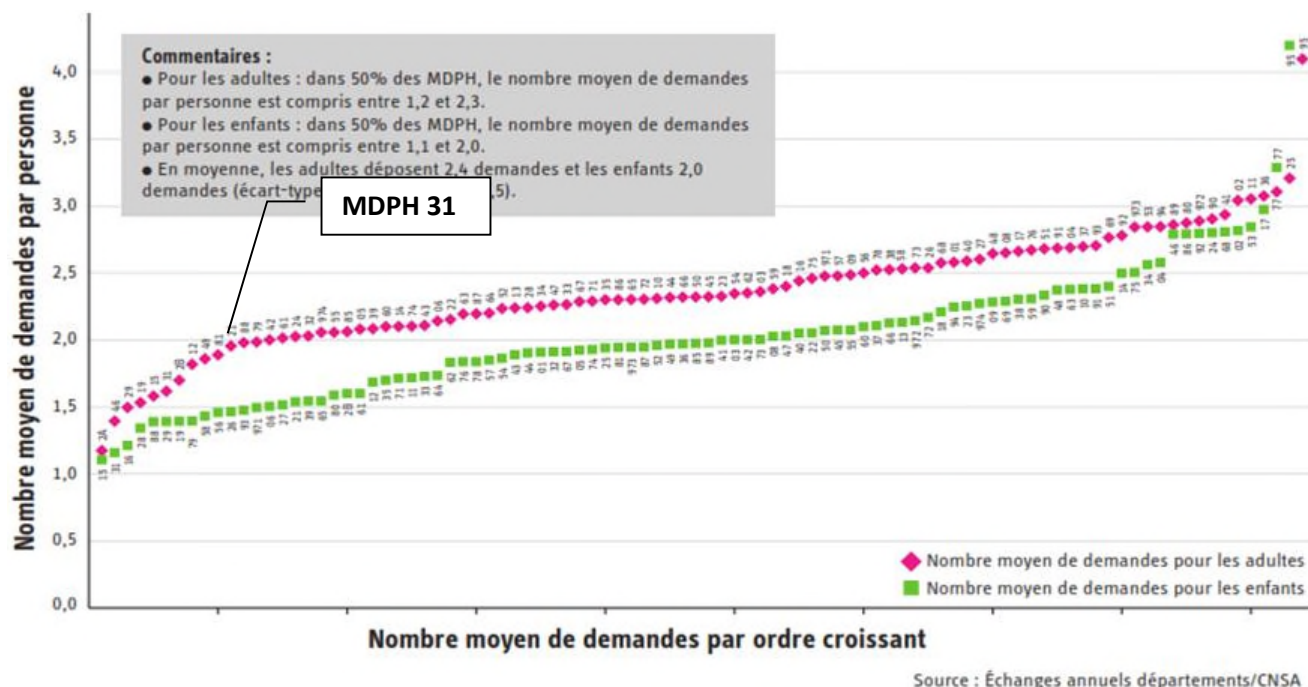
Toute proportion gardée, et au regard du fort peuplement du département, il semble en effet que **la MDPH 31 se situe au niveau national, parmi les MDPH dont le nombre moyen de**

demandes rapportées à la population (*pour 1000 habitants*) s'inscrit parmi les moyennes basses comme l'indique l'histogramme suivant issu du rapport statistique de la CNSA :



Cette mise en perspective nationale n'a par ailleurs pas échappé au rapport d'activité annuel 2012 de la MDPH qui constatait, sans donner d'éléments d'interprétations, que « **Au niveau national, 53 demandes ont été déposées en moyenne, pour 1 000 habitants ; sur la Haute-Garonne, ce taux de demandes, rapporté à la population totale, est de 48 en moyenne.** » (Rapport annuel MDPH31 p.12).

Cette donnée semble corroborée par le rapport de synthèse des rapports annuels des MDPH publié en décembre 2012. Comme l'indique le diagramme suivant extrait de ce document, la Haute-Garonne se situait en 2011 parmi les MDPH dont le nombre moyen de demandes déposées par personnes (adultes) restait relativement bas avec un **nombre moyen de demandes déclaré, cette fois-ci en 2012, de 2,17 demandes par personne contre 2,4 au niveau national.**



Enfin, on remarquera que la **part des personnes bénéficiaires de l'AAH en Haute-Garonne est la plus faible au niveau régional**, comme l'explique ici le tableau extrait de l'étude récente de l'ORSMIP sur les personnes handicapées en région Midi-Pyrénées :

Nombre et taux de **bénéficiaires de l'AAH** pour 100 personnes entre 20 et 59 ans en 2000 et 2010

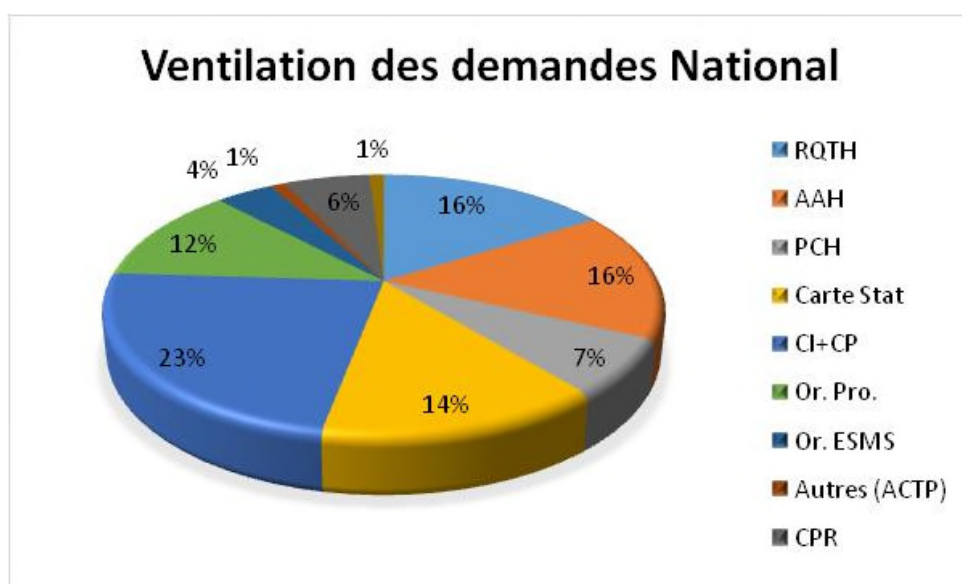
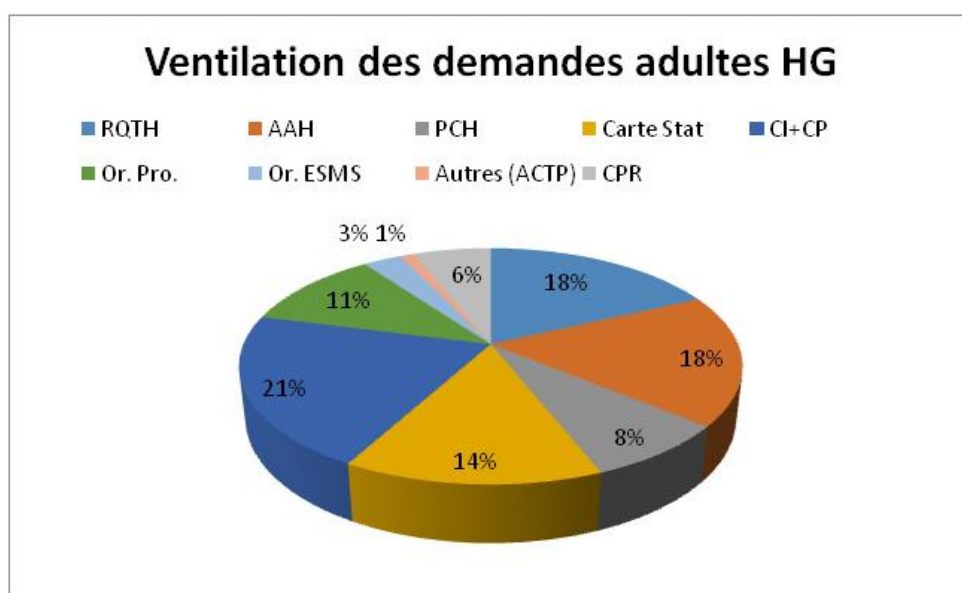
	2000		2010		Évolution du nombre de bénéficiaires (%)
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	
Ariège	2 382	3,4	2 809	3,7	17,9
Aveyron	4 896	3,7	5 022	3,7	2,6
Haute-Garonne	11 646	1,9	16 117	2,3	38,4
Gers	3 407	3,9	3 588	4,0	5,3
Lot	3 031	3,8	3 447	4,1	13,7
Hautes-Pyrénées	5 125	4,5	5 038	4,4	-1,7
Tarn	5 703	3,3	6 678	3,6	17,1
Tarn-et-Garonne	3 985	3,7	4 896	4,0	22,9
Midi-Pyrénées	40 175	2,9	47 595	3,2	18,5
France métropolitaine	687 372	2,2	884 839	2,7	28,7
France entière	710 902	2,2	914 950	2,9	28,7

*sur 100 personnes de 20 à 59 ans

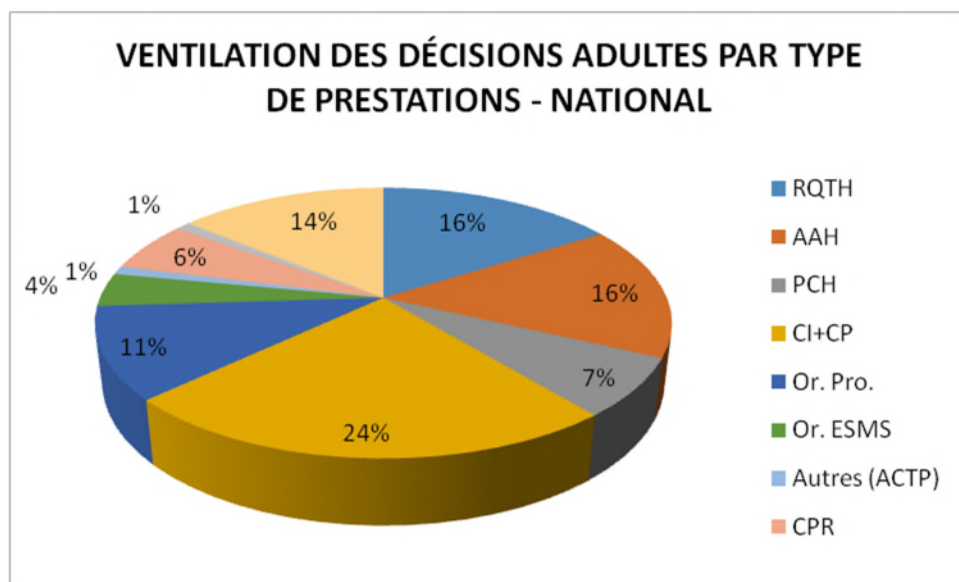
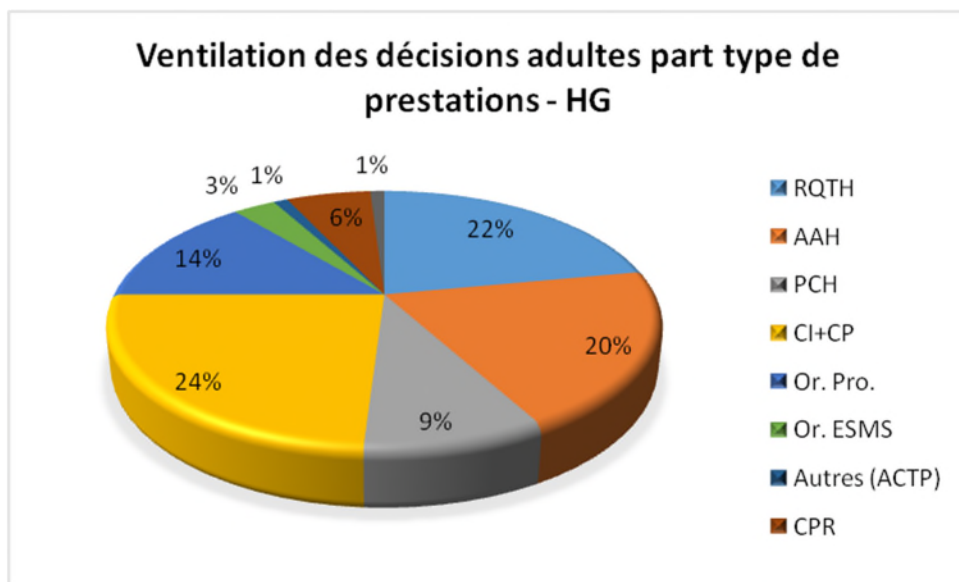
Sources : Cnaf et MSA - Insee, ELP - Exploitation Orsmip

2.2 Données de comparaison relative à la composition des demandes de compensation : une primauté du secteur du travail ?

La répartition des demandes adultes en fonction des différents types de prestations et de droits suit la composition moyenne nationale. On remarquera cependant que les demandes d'AAH et de RQTH sont légèrement supérieures à la moyenne nationale (+2 points) tandis que sur les autres types de prestations et de droits les données sont très proches quand elles ne sont pas simplement identiques.



Plus intéressante peut-être est la comparaison de la ventilation des décisions au niveau local et national qui précise les faibles écarts mentionnés plus haut :



Il semblerait en effet que les décisions prises en Haute-Garonne dans le secteur adulte, concernent en grande majorité les prestations et les droits relatifs au travail. Ainsi 56% des décisions prises en 2012 dans le secteur adulte au niveau local concernait-elles ce champ particulier du secteur (20% des décisions concernaient des demandes d'AAH, 22% de RQTH et

14 % d'orientations professionnelles) tandis que cette tendance baisse de près de 13 points au niveau national (43% des décisions au niveau national concerne le champ du handicap et du travail protégé, 16% des décisions prises concernaient des demandes d'AAH, 16% de RQTH et 11% d'Orientations et de formation professionnelle).

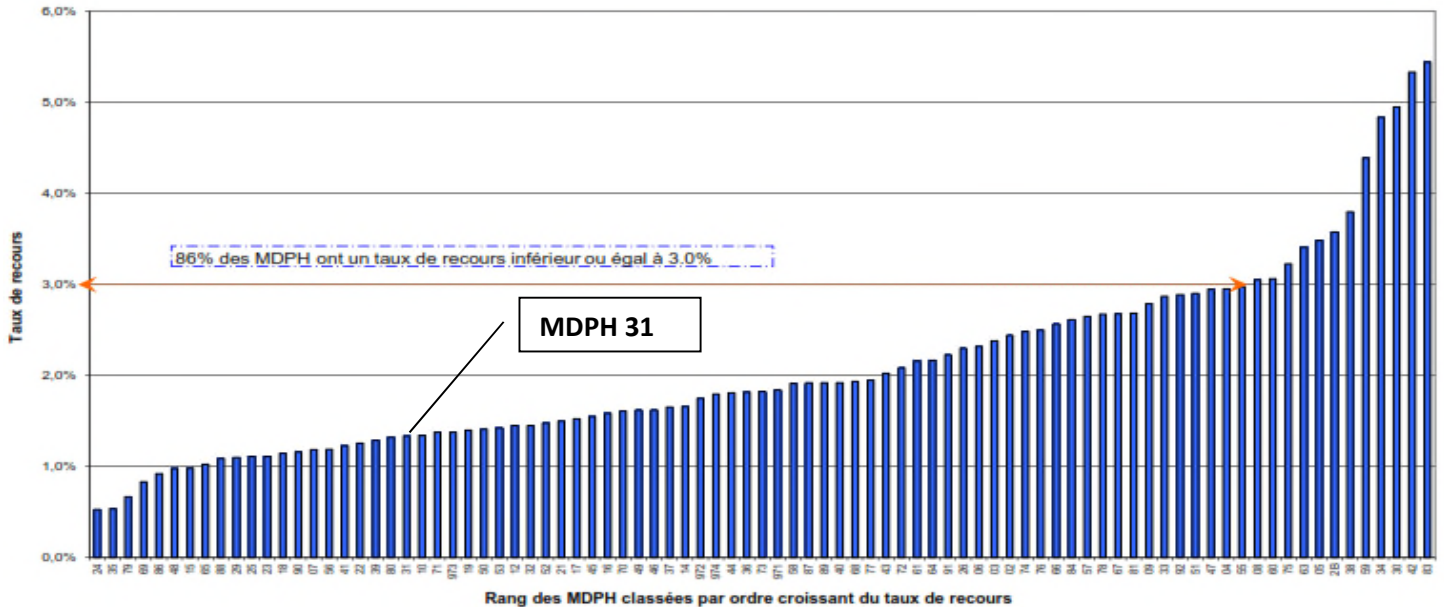
Que le handicap ait à voir historiquement dans sa structuration comme champ d'action publique spécifique avec les politiques du travail et de l'emploi n'a rien d'une nouveauté, mais il reste intéressant de noter ici à quel point ce peut être le cas pour notre département.

2.3 Données de comparaison relative au fonctionnement de la MDPH

La comparaison des données issues des rapports CNSA et des rapports annuels de la MDPH 31 permettent également d'établir quelques points de comparaison en termes de fonctionnement général :

- la MDPH 31 fait partie des 44% des MDPH qui prennent l'ensemble de leurs décisions en matière d'octroi de droits et de prestations en Commissions Plénières,
- 67 % des évaluations se feraient dans le cadre de la MDPH 31 sur dossier, ce qui reste largement en dessous des 82% d'évaluations réalisées sur dossier au niveau national.
- Le taux de recours en Haute-Garonne serait parmi les taux les plus bas au niveau national comme l'indique le diagramme suivant extrait du « *Document de restitution 2012 des données d'activité et de fonctionnement validées des départements* » (CNSA juillet 2013, p.13).

Part des recours gracieux et contentieux dans le total des décisions prises en 2012
Echantillon : 87 MDPH



- Toutefois les délais moyens de traitement de la MDPH 31 font partie des plus élevés.**
 Les délais moyens pour le secteur enfant selon la CNSA est de 3,1 mois au niveau national, il est de 4,5 en Haute-Garonne (*CNSA Décembre 2012, p.25*), tandis que pour le secteur adulte cette moyenne s'élève au niveau national à 4,4 mois, et, dans le département s'échelonnent pour la même année entre 5 et 7 mois (*MDPH 2012, p.25*). Même si dernier semble proche de la moyenne nationale des 4,4 mois pour le secteur enfant, ce que reconnaît par ailleurs le rapport annuel de la MDPH qui précisait au titre des « défis à relever » en 2012 la nécessité de « respecter les délais légaux, tout en assurant une évaluation personnalisée et individualisée des besoins de la personne » (*Rapport 2012 p.3*). De fait les délais de traitement pour le secteur adulte se situaient entre 5 et 7 mois selon le même rapport d'activité.

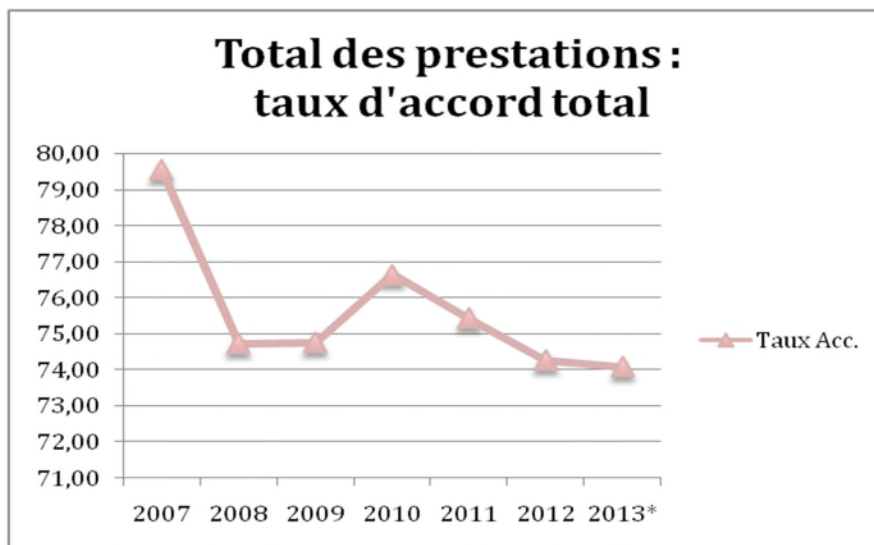
3) Une baisse des taux d'accord à confirmer sur les prestations à enjeux

Les données que nous présentons dans cette partie sont essentiellement extraites des listings de décisions de la CDAPH Adulte de la MDPH de la Haute-Garonne. Au final, ce sont **164 451 demandes, soit 136 listings du pôle adulte**, qui ont pu être traités sur une période courant de l'année 2007 à août 2013.

Ils laissent voir une certaine variabilité du taux d'accord, ce dernier oscillant annuellement entre 74 % (en 2008, 2009, 2012 et 2013), et près de 80 % (uniquement pour l'année 2007). Le taux moyen sur l'ensemble de la période couverte étant de 75,39 %. La décomposition de ces chiffres en fonction du type de demande nous montre cependant l'importance de l'écart entre « premières demandes », dont le taux moyen d'accord se situe à 66,14 %, et « renouvellements » qui connaissent des taux record (98,95 % des demandes de renouvellement sont généralement accordées).

	Total des prestations											
					Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007	8070	6420	1650	79,55								
2008	18667	13949	4718	74,73								
2009	27565	20608	6957	74,76								
2010	33531	25703	7827	76,65								
2011	37205	28063	9142	75,43	22958	15417	7541	67,15	7456	7449	7	99,91
2012	23428	17398	6030	74,26	17088	11089	5999	64,89	6340	6309	31	99,51
2013*	15985	11842	3955	74,08	11735	7742	3993	65,97	4251	4100	151	96,45
	164451	123983	40279	75,39	51781	34248	17533	66,14	18047	17858	189	98,95
* année partielle jusqu'au 22/8												

Tableau 7 : Comparaison du nombre de demandes adultes traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus



Graphique 1 : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'ensemble des prestations entre 2007 et 2013

Il semblerait, cependant, que le taux important d'accord au niveau des renouvellements stabilise de façon générale le taux d'accord global. Nous verrons, en effet, que dans le détail, les taux d'accord pour chaque prestation varient de manière très importante entre les différentes prestations.

Plus précisément encore, les analyses des données recueillies laissent entrevoir 3 profils d'évolution du taux d'accord. Sur l'ensemble des "prestations handicap":

- **6 prestations accusent une baisse significative de leur taux d'accord :** AAH; PCH; Orientation en ESAT; Orientation en formation professionnelle; Orientation en EMS (*Établissements Médico-Sociaux, hors FAM, MAS, et Foyers de vie*); Orientation en Foyers d'hébergement; Orientation en SMS (*hors SAMSAH*); Orientation en SAVS.
- **1 prestation semble plus particulièrement fluctuer,** c'est le cas de la Carte d'invalidité.
- **10 prestations connaissent une stabilité relative de leurs taux d'accord et de refus :** le complément de ressources; la Carte de Priorité; l'ACTP; la RQTH; Orientation Professionnelle, Orientation vers le marché du travail (dont EA); Orientation en FAM et MAS, Foyers de vie; Orientation en SAMSAH; Affiliation Assurance Vieillesse; Prime de Reclassement; Sorties d'établissement.

En dehors de l'AAH et de la PCH, l'analyse de l'évolution des taux d'accords des autres prestations est traitée en annexe, à la fin du présent rapport.

3.1 L'Allocation Adulte Handicapé - A.A.H

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une allocation de solidarité destinée à assurer aux personnes un minimum de ressources. Financée par l'État, versée par les CAF ou les caisses de Mutualité Sociale Agricole, elle est accordée sur décision de la CDAPH.

Pour en bénéficier, les personnes doivent remplir plusieurs conditions. Elles doivent notamment être atteintes d'un certain taux d'incapacité permanente (*gravité du handicap*) et disposer de ressources inférieures à certains seuils.

Le montant de l'Allocation Adulte Handicapé attribuée vient alors compléter les éventuelles autres ressources du bénéficiaire (*pension d'invalidité, revenus d'activité professionnelle, revenus fonciers, pension alimentaire, intérêts de produits d'épargne...*) afin d'amener celles-ci à un niveau garanti. Dans le calcul du montant de l'allocation, il est par ailleurs tenu compte des ressources du conjoint.

a. AAH : évolutions législatives et réglementaires

L'AAH a connu ces dernières années, depuis 2005, d'importantes modifications législatives et réglementaires. Comme nous le verrons, ces dernières ont vraisemblablement impacté l'accès à cette prestation dans une perspective beaucoup plus restrictive.

Quelles ont été ces modifications et leur impact supposé ?

Une première réforme a eu lieu par voie réglementaire avec le décret 2007-1574 du 06/11/07 modifiant l'annexe 2-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Cette annexe est particulièrement importante pour l'AAH puisqu'elle contient le guide barème d'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées. Les modifications apportées en 2007 ont été cependant d'ordre méthodologique, « obligeant » les Équipes Pluridisciplinaires à fixer le taux

d'incapacité d'une personne, quel que soit son âge, à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de ses affections.

La détermination du taux d'incapacité s'appuie donc désormais sur une analyse prenant mieux en compte les interactions entre les trois dimensions de la déficience, des incapacités du désavantage.

On ne peut supposer dans ce cas un impact direct sur l'accès à la prestation en l'absence d'études qualitatives sur les modalités de l'évaluation du taux d'incapacité et son évolution depuis la réforme. Cependant on ne peut qu'adhérer au principe d'une meilleure prise en compte de la nature "interactionnelle" et non causaliste du handicap.

Une autre modification législative importante est apparue cette fois-ci par voie législative dans le cadre de la loi des finances pour 2009, cette dernière supprimant l'ancienne condition d'un an sans activité professionnelle pour accorder l'AAH, pour les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79 %. Cette ancienne mesure avait été mise en place en 2005 et largement contestée par les associations dans la mesure où elle revenait à pénaliser ceux qui reprenaient une activité, même pour une courte durée. Cette loi des finances avait aussi instauré un traitement systématique des questions liées à l'emploi pour toute demande d'AAH.

Cette modification s'est faite également dans un sens favorable à l'usager. La suppression de l'obligation d'un an sans activité a du sûrement, suite à son abrogation, se traduire par ailleurs par un retour des demandeurs dans le circuit administratif et une augmentation temporaire du taux d'accord.

Deux autres importantes modifications de l'AAH sont parues par voies réglementaires il y a peu, via le décret 2011-974 du 16/08/11 relatif à l'attribution de l'AAH aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi et autre modalités, et la circulaire DGCS-SD1-2011-413 du 27/10/11 relative à l'application du décret 2011-974 du 16/08/11 relatif à l'attribution de l'AAH aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi.

Ces deux textes concernent en effet les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79 %, et dont l'AAH était précédemment accordée sur la condition de la reconnaissance, en plus du taux d'incapacité, de "l'impossibilité de se procurer un emploi du fait du handicap", **notion qui était bien moins restrictive que la nouvelle condition de "restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi du fait du handicap"**.

Dans cette perspective, l'impact prévisible va à l'encontre des précédentes réformes, vers de plus grandes restrictions d'accès à la prestation.

b. AAH : évolution des taux d'accord

L'analyse détaillée des listings fait ressortir une période d'augmentation du nombre de demandes d'AAH s'étalant jusqu'en 2011, à laquelle succède une phase de baisse en 2012. Par ailleurs, bien que nous ne disposions pas de données exhaustives pour 2013 il semblerait que la tendance à la baisse s'affirme, le total de demandes étant vraisemblablement inférieur à celui de 2011.

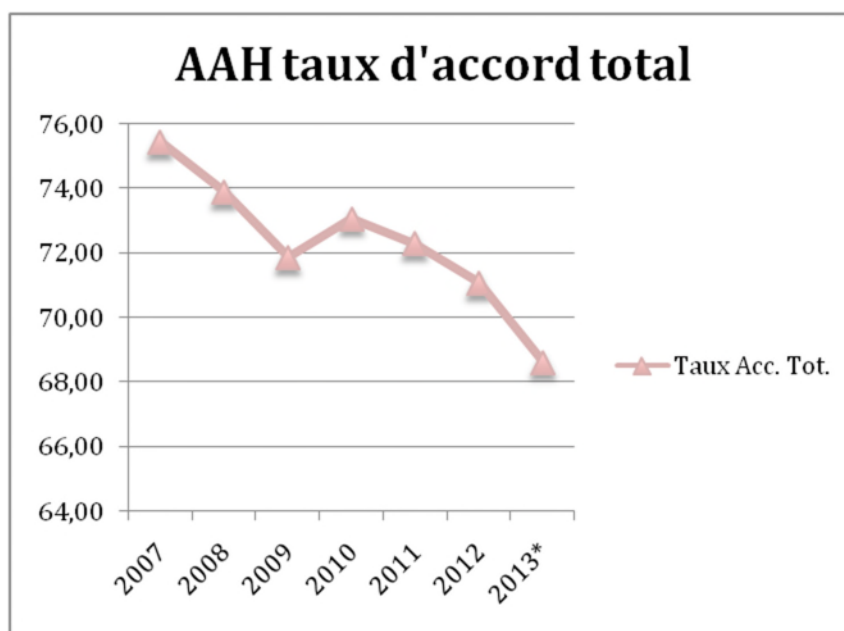
	AAH				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007	2516	1898	618	75,44								
2008	4538	3353	1185	73,89								
2009	6326	4546	1780	71,86								
2010	6354	4642	1712	73,06								
2011	7231	5226	2005	72,27	3549	1881	1668	53,00	2430	2430	0	100
2012	4643	3299	1344	71,05	2555	1221	1334	47,79	2088	2078	10	99,52
2013*	2963	2033	752	68,61	1575	703	872	44,63	1388	1330	58	95,82
	34571	24997	9396	72,31	7679	3805	3874	49,55	5906	5838	68	98,85

* année partielle jusque 22/8

Tableau 8 : Comparaison du nombre de demandes d'AAH traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

Par ailleurs, le rapport d'activité 2012 de la MDPH ne permet pas d'infirmier ou de confirmer une telle évolution, même s'il évoque une hausse de 14 % des demandes liées à l'AAH entre 2011 et 2012.

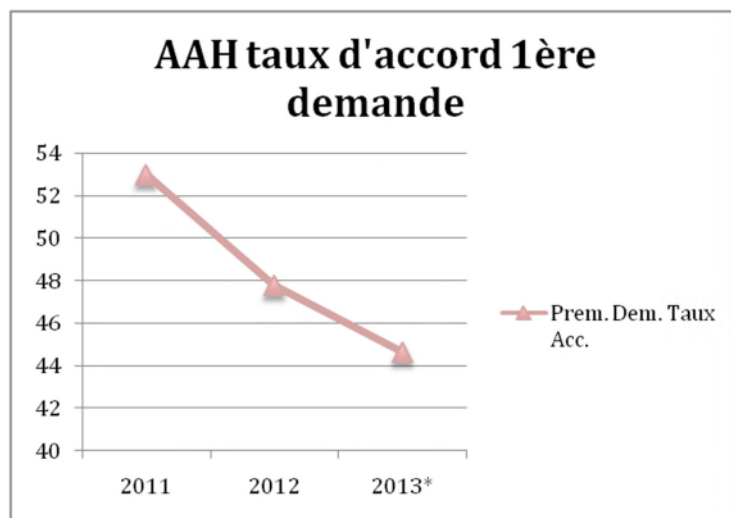
On constate par ailleurs que le taux d'accord connaît une baisse de près de 7 points passant de 75,44 % en 2007, à 68,61 % en 2013. Cette tendance effective à la diminution des taux d'accord est cependant ponctuée d'un épisode de légère remontée en 2010, puisque ce dernier gagne à l'inverse 2 points. Cet épisode doit cependant être corrélé à la quasi-stagnation du nombre de demandes d'AAH entre 2009 et 2010, d'une part, et, d'autre part, **à la disparition de la condition d'inactivité d'un an, supprimée, comme nous le rappelions précédemment par la loi des finances 2009.**



Graphique 2 : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'AAH entre 2007 et 2013

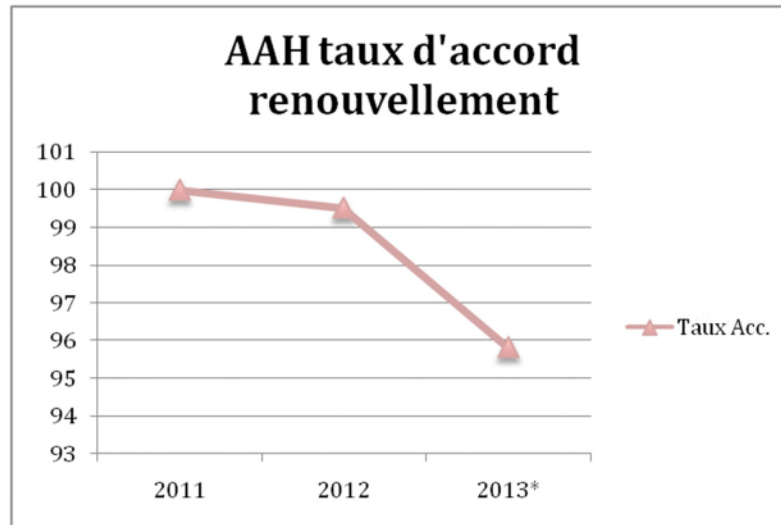
Cette tendance à la baisse est beaucoup plus explicite encore dans le cadre des premières demandes d'AAH comme le montre le graphique suivant. Le taux d'accord sur les premières demandes passe en effet de 53 % en 2011 à 44 % en 2013, perdant en moins de deux ans près de 10 points.

On peut très certainement s'interroger ici sur une possible corrélation entre les effets du décret et de la circulaire de 2011 et la forte diminution du taux d'accord de 1ère demande, ceci d'autant plus que selon le rapport d'activité 2012 de la MDPH 31, les personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 50 et 79% représentent 66% des accords d'AAH de façon stable.



Graphique 3 : Évolution du taux d'accord pour les premières demandes d'AAH entre 2011 et 2013

Si pour les demandes de renouvellement, les taux d'accord restent relativement forts, ils n'en sont pas moins impactés par la même tendance. Le tableau et le graphique suivant illustre cette chute du taux d'accord. Ainsi, alors qu'en 2011, le taux d'accord pour les renouvellements était de 100 %, il passe à 95 % en 2013 : **on passe de 10 refus de renouvellement en 2012, à 58 pour seulement les 6 premiers mois de l'année 2013.**



Graphique 4 : Évolution du taux d'accord pour les demandes de renouvellement d'AAH entre 2011 et 2013

Cela reste sûrement au regard du nombre de demandeurs d'AAH un score faible. Le nombre de refus a cependant été multiplié par près de 5 en moins d'un an.

Cela recoupe le constat de nombreux représentants associatifs en CDAPH, qui voit passer des personnes titulaires de l'AAH, avec un taux compris entre 50 et 79 %, depuis de longues années, et qui, parce qu'elles ont un emploi ne serait-ce qu'à mi-temps, se voient privées de leur droit à l'AAH. Alors que le niveau de handicap de ces personnes n'a lui pas changé...

Pour autant l'obtention d'un emploi, souvent après de multiples épreuves, ne gomme pas la situation de handicap. La suppression des revenus complémentaires que fournissait l'AAH fonctionne alors comme une « double-peine » dans le sens où l'obtention d'un poste peut très vite devenir synonyme d'une précarisation accrue de la personne. **Alors même que les titulaires de l'AAH vivent largement sous le seuil de pauvreté et qu'un salaire à mi-temps ne permet pas non plus de vivre, même complété par du RSA.**

De même, l'absence ou le manque de qualification de nombre de demandeurs et leur environnement, sont moins pris en compte, quand ce n'est pas strictement et directement lié à leur handicap.

c. L'AAH dans le département

Il faut par ailleurs prendre la mesure de ces évolutions au regard de la progression générale du nombre de bénéficiaires de l'AAH (*nombre de personnes qui perçoivent un AAH totale ou différentielle de la CAF ou la MSA, à ne pas confondre avec le nombre de personnes bénéficiant d'un accord en CDAPH*) dans le département qui a crû de 4 200 individus en 4 ans (période 2007-2011) comme le montre le tableau suivant:

	Population des 20-59 ans	Bénéficiaires de l'AAH	%population touchant l'AAH
2007		13090	
2008		13824	
2009	695737	15121	2,1
2010		16117	2,3*
2011		17321	
2012	698441		
2013			

Tableau 8 : Part de la population des 20 – 59 ans percevant une AAH en Haute Garonne

* chiffre extrait du rapport de l'ORS MiP

Bien que les données recueillies ici de l'extraction des rapports annuels de la MDPH restent partielles, elles donnent à voir une tendance à la hausse sur le département du nombre de bénéficiaires. L'étude de l'Observatoire Régional Midi-Pyrénées concernant les personnes en

Nombre et taux de **bénéficiaires de l'AAH** pour 100 personnes entre 20 et 59 ans en 2000 et 2010

	2000		2010		Évolution du nombre de bénéficiaires (%)
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	
Ariège	2 382	3,4	2 809	3,7	17,9
Aveyron	4 896	3,7	5 022	3,7	2,6
Haute-Garonne	11 646	1,9	16 117	2,3	38,4
Gers	3 407	3,9	3 588	4,0	5,3
Lot	3 031	3,8	3 447	4,1	13,7
Hautes-Pyrénées	5 125	4,5	5 038	4,4	-1,7
Tarn	5 703	3,3	6 678	3,6	17,1
Tarn-et-Garonne	3 985	3,7	4 896	4,0	22,9
Midi-Pyrénées	40 175	2,9	47 595	3,2	18,5
France métropolitaine	687 372	2,2	884 839	2,7	28,7
France entière	710 902	2,2	914 950	2,9	28,7

*sur 100 personnes de 20 à 59 ans

Sources : Cnaf et MSA - Insee, ELP - Exploitation Orsmip

situation de handicap sur la région, confirme par ailleurs une telle évolution, la hausse de la population percevant l'AAH sur la période 2000-2010 étant, comparativement aux autres départements la plus forte (+38,4%), comme l'explique l'extraction du rapport de l'ORSMIP.

Il n'en reste pas moins et le contraste est intéressant, que le département de la Haute Garonne reste, comparativement aux autres départements de la région, celui pour lequel la part de population percevant l'AAH demeure la plus basse (*2,3% de la population du département percevait en 2010 une Allocation Adulte Handicapé*).

L'augmentation du nombre de personne percevant l'AAH comme la faiblesse relative de leur poids dans la population du département sont bien sûr à re-situer dans la dynamique plus générale de population du département qui constitue, dans la région Midi-Pyrénées, un véritable pôle d'attractivité. Il serait intéressant de mener à ce titre une étude statistique et qualitative plus poussée sur les apports de population percevant l'AAH dans le département. Assistons-nous ici à un réel effet de notoriété ou, plutôt, ne pourrait-on supposer que l'apport supplémentaire d'allocataires percevant l'AAH, soit du, de façon plus globale, à la dynamique propre du peuplement de la Région ? En poussant l'hypothèse plus avant, il serait intéressant de questionner, de ce fait, l'échelle territoriale de pertinence de mise en oeuvre des dispositifs d'accès à la prestation ? L'origine de ces bénéficiaires supplémentaires sur le département, quelque soit sa source, pose en effet de nombreuses questions.

Le postulat selon lequel cette augmentation serait liée à des conditions d'octroi plus favorable dans le département n'est pas opposable ici dans la mesure où, comme nous l'avons vu, la législation propre à cette prestation s'est considérablement durcie ces dernières années. A moins de supposer des pratiques plus "généreuses" en Haute Garonne que dans les autres départements, une telle augmentation ne s'entend que si, d'une part, le taux de prévalence du handicap avait considérablement augmenté, indépendamment des apports annuels de population dans le département, ou, autre scénario, si d'autre part, les apports de population en Haute Garonne étaient venus nourrir la population locale d'allocataires. Dans ce dernier scénario, une question reste en suspend, celle de possibles mouvements infra-régionaux de populations en fonction des ressources départementales. Il s'agit là assurément d'une hypothèse appelant à être vérifiée, mais qui reste dans le paysage social et économique actuel de l'ensemble du pays, plausible.

3.2 La Prestation de Compensation du Handicap

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Cette prestation couvre les besoins en aides humaines, aides matérielles et techniques (*aménagement du logement et du véhicule, charges spécifiques et exceptionnelles*), et les aides animalières. Il est possible de bénéficier de la PCH à domicile ou en établissement. La PCH est financée d'une part par les ressources propres de la CNSA et d'autre part par les Conseils Généraux, qui ont vu leur contribution au financement augmenter au fil des ans. Les critères réglementaires d'éligibilité à la PCH, plus particulièrement en matière d'aides humaines, en limitent cependant considérablement la portée.

a. Des critères d'accès restreints

L'accès à la PCH, est en effet conditionné à l'évaluation des difficultés à réaliser pour une personne donnée, un certain nombre d'activités, la cotation de ces difficultés étant effectuée non sur les réalisations effectives mais sur les capacités fonctionnelles. Pour être éligible à la prestation, la personne doit avoir, en capacité fonctionnelle, au moins une difficulté absolue pour l'une des dix-neuf activités ou une difficulté grave pour deux d'entre elles.

Pour avoir accès au volet aide humaine au titre de la PCH, la personne doit tout d'abord être éligible à cette prestation. Si la personne est éligible à la PCH, l'accès à l'élément aide humaine ne sera possible que si au moins une des deux conditions suivantes est également remplie :

- Présenter une difficulté absolue pour au moins un des cinq actes dits "essentiels" ou une difficulté grave pour au moins deux des cinq actes essentiels du tableau ci-après.

- à défaut de remplir cette première condition, le droit pourra néanmoins être ouvert si le temps d'aide nécessaire pour les actes essentiels cités précédemment, ou au titre de la surveillance, atteint quarante-cinq minutes par jour.

<u>Domaine d'activités concerné</u>	<u>Type d'activités</u>	<u>Précisions</u>
Tâches et exigences générales, relation avec autrui	S'orienter dans le temps	
	S'orienter dans l'espace	
	Gérer sa sécurité	
	Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui	
Mobilité, manipulation	Se mettre debout	
	Faire ses transferts	
	Marcher	
	se déplacer	<i>dans le logement, à l'extérieur</i>
	Avoir la préhension de la main dominante	
	Avoir la préhension de la main non dominante	
	Avoir des activités de motricité fine	
	Déplacements	
Entretien personnel	Toilette	<i>se laver, prendre soin de son corps</i>
	Habillage	<i>s'habiller et se déshabiller</i>
	Élimination	<i>assurer l'élimination et aller aux toilettes</i>
	Alimentation	<i>manger et boire</i>
	Prendre ses repas	
Communication	Parler	
	Entendre	<i>percevoir les sons et comprendre</i>
	Voir	<i>distinguer et identifier</i>
	Utiliser des appareils et techniques de communication	

b. Évolutions législatives et réglementaires

La PCH n'a pas connu, comme l'AAH, de modifications législatives ou réglementaires majeures. Néanmoins, l'Annexe 2-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CFAS), qui est le référentiel pour l'accès à la prestation de compensation, a subi plusieurs modifications entre le décret initial de décembre 2005 (*Décret n°2005-1591 du 19 décembre 2005*), et la dernière version de mai 2008 (*Décret n°2008-451 du 7 mai 2008 - art. 3*). Entre ces deux dates, trois modifications sont intervenues par décret:

- augmentant le nombre d'heures plafond, ces dernières passant de 12h à 24h par jour (*Décret n°2006-669 du 7 juin 2006*),
- révisant notamment un certain nombre de conditions concernant les "personnes les plus lourdement handicapées » (*Décret n°2006-1311 du 25 octobre 2006*),
- étendant les bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap aux moins de 20 ans (*Décret n°2008-451 du 7 mai 2008 - art. 3*).

Ces modifications ne concernent cependant pas les critères d'éligibilité à la prestation, lesquels sont restés, depuis la mise en place des MDPH, les mêmes.

Parallèlement à ces changements réglementaires, les référentiels d'évaluation liés à la prestation ont quant à eux évolués. Ainsi, en mars 2007, la CNSA sortait le Vade mecum de la PCH, version 2, outil "(...) destiné à apporter des éléments de réponses aux questions que se posent les équipes pluridisciplinaires des MDPH et les CDAPH quant à la mise en œuvre des textes réglementaires concernant la prestation de compensation." Cet outil n'a pas de valeur réglementaire. De même, le Décret 2008-110 du 06/02/08 relatif au GEVA et son arrêté du 6/2/08 publié en mai 2008, a codifié ce nouvel outil d'évaluation, mais sans aucun changement des critères d'éligibilité.

Selon le manuel d'accompagnement du GEVA, "*Les objectifs du guide d'évaluation sont de permettre aux équipes pluridisciplinaires des MDPH de recueillir les éléments d'évaluation permettant de définir et décrire les besoins de compensation des personnes handicapées de façon appropriée, équitable, avec un langage commun et en interdisciplinarité.*"

"Le GEVA donne un support commun au recueil, à la mise en forme et au partage des informations résultant de l'évaluation par les membres de l'équipe pluridisciplinaire. C'est un outil

méthodologique, comportant plusieurs volets, conçu pour faciliter l'analyse de la situation par les évaluateurs dans l'ensemble des dimensions pertinentes pour une personne donnée. C'est l'équipe pluridisciplinaire qui détermine les volets correspondant aux dimensions à approfondir en fonction de chaque situation."

Il ne s'agit donc pas de modifications ou d'outils censés avoir impacté les critères d'éligibilité à la prestation.

c. Données nationales de cadrage.

Si il est une prestation que l'on doit particulièrement à la loi du 11 février 2005 c'est bien la PCH, or, malgré sa relative jeunesse elle a connu un véritable "succès".

Selon le dossier technique de la CNSA de décembre 2012 : "*MDPH : Au carrefour des politiques publiques - synthèse des rapports d'activité 2011 des MDPH*" et le rapport CNSA du 23/4/13 "*Analyse de la montée en charge de la PCH 2012*" :

"Le nombre de demandes de prestations de compensation adressé aux MDPH rapporté à la population de moins de 59 ans s'échelonne entre 324 à 1 142 demandes pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans. Une très large majorité des départements se situe entre 400 et 800 demandes pour 100 000 habitants (74% des départements de l'échantillon). Ce taux se resserre (en 2011, le taux était compris entre 348 et 1 869 demandes pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans)."

La Haute Garonne se situant en 2012 à environ 650 demandes pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans.

Toujours selon ces 2 rapports de la CNSA, Les conditions d'octroi de la prestation semblent par ailleurs être extrêmement variables suivant le département. Ainsi, les taux d'accords peuvent-ils varier, d'un département à l'autre, du simple au triple... En 2012, les données nationales de la CNSA faisaient ainsi état d'écarts allant de 31% à 83%. Et pour 2011, les écarts allaient de 33% à 84% selon les départements. Il faut cependant noter une étendue plus faible qu'en 2010 (de 29 % à 85%), la moyenne nationale se situant aux alentours des 50%.

De ces grandes données nationales il semble par ailleurs qu'il nous faille retenir deux grandes tendances.

La première concerne la réduction des écarts sur le territoire concernant les taux d'accord (*en 2010 par exemple les taux d'accord variaient de 29 à 85%, en 2011 de 33 à 84%, en 2012 de 31 à 83%*). Bien que peu sensible encore, cette réduction doit cependant être reliée aux développements d'instances régulatrices au niveau national comme, bien sûr, la CNSA mais également l'Association des Directeurs de MDPH qui constitue également un lieu d'échanges de pratiques.

D'autre part, et ceci constitue notre deuxième tendance, le taux d'attribution de la PCH semble diminuer de façon constante depuis 2009.

La Haute Garonne se situant en 2012 à environ 48 % de taux d'accord selon la CNSA (page 8 Montée en charge PCH 2012). Près de 3 points de moins que la moyenne nationale.

d. La PCH dans le département

Les données dont nous disposons ici concernant la PCH ne font pas de distinction en fonction des différents "éléments" de la prestation. Cependant il est important de se rappeler que l'aide humaine représente environ 45% des PCH accordées selon le rapport d'activité 2012 de la MDPH 31.

Dates	PCH				Prem. De				Renouv.			
	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007	491	326	165	66,40								
2008	1112	896	216	80,58								
2009	1333	990	343	74,27								
2010	2399	1513	886	63,07								
2011	2856	1570	1286	54,97	1962	927	1035	47,25	304	304	0	100
2012	2069	1127	942	54,47	1743	801	942	45,96	326	326	0	100
2013*	1393	662	731	47,52	1298	567	731	43,68	95	95	0	100
	11653	7084	4569	60,79	5003	2295	2708	45,87	725	725	0	100,00

Tableau : Comparaison du nombre de demandes adultes de PCH traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

La lecture de ce tableau appelle plusieurs remarques.

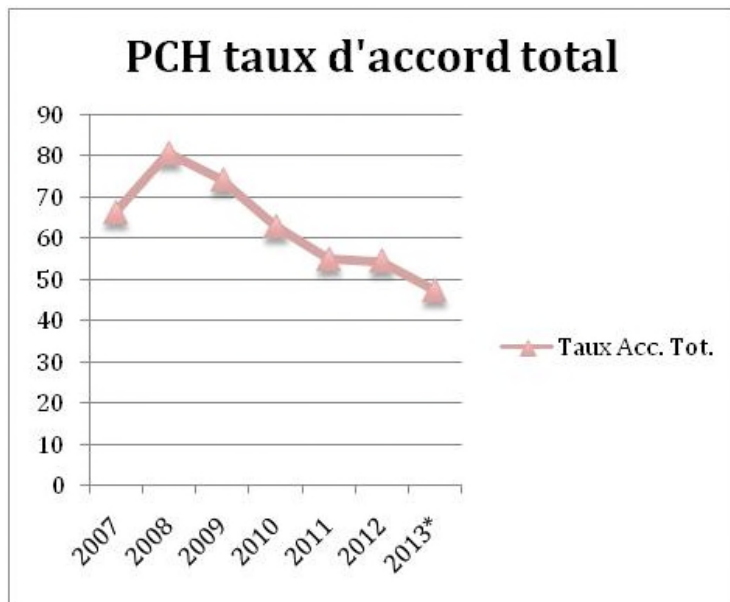
En premier lieu, on notera que de façon beaucoup plus prononcée que pour l'AAH, l'octroi de la prestation, une fois que l'on a pu déjà en être bénéficiaire est ici systématique. Entre 2011 et 2013, années pour lesquelles nous disposons de données représentatives, le taux d'accord, au moment du renouvellement n'a, en effet, jamais chuté en dessous des 100%.

Ceci étant, le taux d'accord pour les premières demandes de PCH accuse de façon significative une tendance à la baisse. Le taux d'accord passe en effet de 80,58 % à 54,97 % entre 2008 et 2011, soit 26 points d'écart. Parallèlement le nombre de demandes augmente lui aussi de façon significative, ce dernier ayant presque triplé entre 2008 (1 112) et 2011 (2 358).

Cet engouement pour la PCH connaît cependant un déclin net depuis 2011, le nombre de demandes chutant de 2 856 cette même année, à 2 069 en 2012, tandis qu'il peine à s'approcher de la barrière des 2000 demandes annuelles pour 2013 (estimation). Puis une baisse du nombre de demandes en 2012 mais avec un taux d'accord stable par rapport à l'année précédente. **La tendance pour 2013 serait à la baisse des demandes par rapport à 2011, mais surtout à une baisse du taux d'accord importante, de 54,47 % en 2011 à 47,52 % en 2013, soit plus de 7 points d'écart en 1 an !**

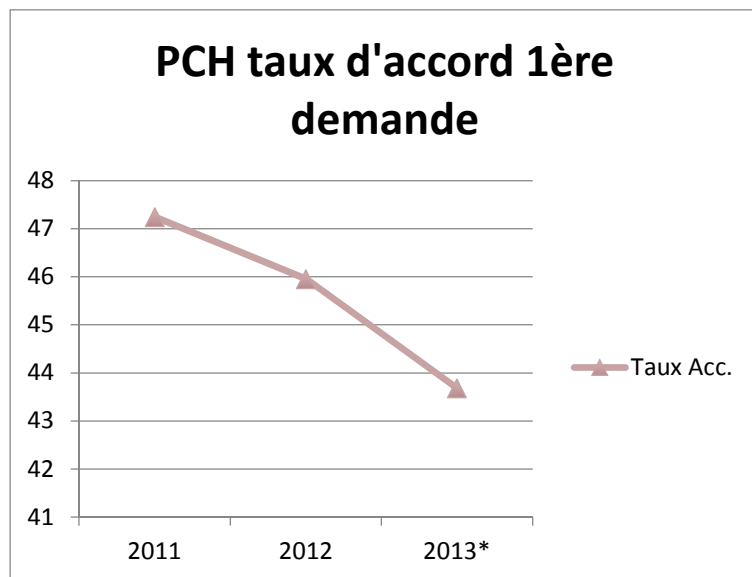
Cette très importante baisse des taux d'accord, surtout depuis 2012, est à rapporter avec l'évolution des taux d'accord pour les premières demandes (de 47,25 % en 2011 à 43,68 % en 2013, soit plus de 3 points d'écart) puisque les renouvellements sont tous accordés.

A noter que le taux d'accord que nous trouvons ainsi que celui du rapport de la MDPH 31 pour 2012 est supérieur à celui qui apparaît dans le rapport CNSA ???



Graphique 5 : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour la PCH adultes entre 2007 et 2013

Ces données laissent cependant entrevoir un grand manque quant à la ventilation de la prestation elle-même en fonction de ses différents éléments. Il faut en effet regretter que ces informations ne soient disponibles ni pour les membres décisionnels compétents de la Commission, ni dans le cadre des rapports annuels d'activité de la MDPH, et ce, alors-même que la prestation recouvre des modalités de compensation extrêmement disparates.



Graphique 6 : Évolution du taux d'accord pour les premières demandes de PCH entre 2011 et 2013

e. Analyse du rapport d'activité de la MDPH 31 sur la PCH

Selon le rapport d'activité 2012 de la MDPH 31, la PCH adulte correspond à 9% des décisions de la CDAPH adultes en 2012. Et les taux d'accord pour la PCH étaient de 56% en 2011 et 54% en 2012.

Toujours selon ce rapport, *"Sur l'ensemble des décisions prises par la CDAPH, on note une diminution du taux global d'accords sur les premières demandes. Il s'agit des demandes portant sur l'Allocation Adulte Handicapé et sur la Prestation de Compensation. Mais il est essentiel de noter que, dans le contexte économique actuel, de nombreuses personnes déposent un dossier à la MDPH afin de percevoir des prestations financières, alors même qu'ils ne relèvent pas du champ du handicap."*

Comme nous l'avons analysé précédemment, cette assertion n'est étayée par aucune étude sérieuse. D'autre part, on peut ne pas correspondre aux critères d'octroi d'une prestation mais être malgré tout en situation de handicap.

f. Quid du nombre d'heures d'aide humaine accordées et de son évolution ?

Il restera aussi à s'interroger sur une baisse éventuelle du nombre d'heures d'aide humaine accordées ?

C'est le ressenti de nombre de représentants associatifs en CDAPH, et pas seulement en Haute Garonne. Cependant, notre étude n'a pas permis d'objectiver un éventuel recul des droits en la matière, puisque les listings que nous détenions ne donnent aucune information quant au nombre d'heures d'aide humaine accordé à chaque personne. De plus, cette information n'apparaît pas dans les rapports d'activité de la MDPH 31. Ce qui est regrettable.

Il reste inquiétant de constater qu'alors que le taux de PCH accordées baisse d'année en année, s'ajoute une possible baisse du nombre moyen d'heures d'aide humaine.

Ceci dans un contexte de PCH dont le périmètre est extrêmement limité, puisqu'il ne prend en compte que les actes dits essentiels, sans tenir compte de l'ensemble des besoins réels.

Si l'on prend la situation d'une personne seule, comment peut-on concevoir de la nourrir, sans lui faire les courses ni lui préparer le repas, et sans faire la vaisselle ? De même comment faire une toilette si faute de prise en compte des activités ménagères, on ne peut plus avoir de linge propre ?

Renvoyer vers l'aide sociale alors même que les plafonds d'attribution de cette prestation ne permettent plus de prendre en compte les titulaires de l'AAH (*sauf modification du règlement départemental d'aide sociale*) montre encore une fois combien ceux qui décident sont éloignés de la réalité du terrain ! Sans oublier que l'aide sociale est remboursable et soumise à retour à meilleure fortune.

Où est la compensation intégrale du handicap voulue par le législateur quand on "oublie" de prendre en compte les activités ménagères, mais aussi l'aide à la parentalité et à la communication ???

DURCISSEMENT DE L'ACCÈS AUX DROITS OU "RODAGE" DES DISPOSITIFS?

Controverses interprétatives sur les nouvelles prestations du handicap

Les analyses statistiques que nous avons menées sur la base des sources mentionnées laissent entrevoir si ce n'est un recul des droits tout au moins un durcissement de l'accès aux droits des personnes en situation de handicap. On ne saurait cependant acter d'un tel résultat sans le nuancer des précautions à la fois statistiques et théoriques qui l'entourent.

Trois grandes limites propres aux données de type quantitatives que l'on peut récolter de façon générale sur l'activité des Maisons Départementales des Personnes Handicapées et des Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, doivent être ici explorées.

En premier lieu, il convient de s'interroger sur la validité théorique de séries statistiques construites sur la base de prestations supposées "individualisées". N'y a-t-il pas là une sorte d'injonction contradictoire à vouloir d'un côté, produire une connaissance statistique opérant par grand recoupements et, d'autre part, soutenir que les situations différant d'une personne à l'autre, sont de ce fait incomparables?

Une autre série d'interrogations surgissent tout alors concernant cette fois-ci la grande variabilité terminologique que nous avons pu constater à la consultation de nos sources. Or, si cette variabilité n'est pas irréductible, il n'en reste pas moins qu'elle peut occasionner, parfois, de réelles difficultés en ce qui concerne l'observation et la qualification des phénomènes analysés.

Enfin, une série d'arguments nous ont été adressé recontextualisant ce durcissement de l'accès aux droits des personnes handicapées dans le climat plus général de crise économique qui peut être le nôtre. Il était donc essentiel de revenir ici sur ces derniers afin d'en relativiser la portée.

1) Validité d'une enquête "quantitative" dans le cadre de prestations individualisées?

Comme nous l'évoquions en introduction, la construction d'informations statistiques sur la base de prestations dont l'attribution doit être de plus en plus individualisée pose un certain nombre de questions. Cette « individualisation » qui se traduit, dans le champ du handicap, par la notion de « situation » peut rendre problématique toute tentative de généralisation et/ou d'extrapolation quantitative des données. De même elle ne va pas sans poser un certain nombre d'interrogations plus générales que nous voudrions ici souligner. Les développements qui suivent doivent à ce titre être pris comme des incitations à débattre dans une perspective de réflexion collective sur les modalités d'accès aux droits des personnes.

1.1 L'individualisation dans les politiques d'action publique : individualiser ou responsabiliser?

Il était nécessaire à ce point de notre travail d'évoquer l'origine politique de cette injonction contemporaine à plus d'individualisation des prestations, à une plus grande adaptation, à une meilleure prise en compte des situations, qui si elle se marie bien avec la notion de "situation de handicap" ne s'origine pas moins dans un tout autre contexte politique.

De nombreux politistes et sociologues, sur les travaux desquels il n'est pas l'objet de s'étendre ici, ont montré de longue date la façon dont, en effet, ces réformes qui ont amené à une plus grande individualisation des prestations sociales, s'ancrent dans un contexte de crise économique structurelle des anciennes formes d'État-Providence, et ont été, avant tout conçu dans le but de rationaliser, c'est-à-dire de limiter les dépenses de l'État. Cette injonction à une plus grande individualisation s'est accompagnée, dans cette perspective, d'une importation, au sein des politiques publiques et des dispositifs d'action, d'outils et d'instruments issus du monde de l'entreprise, des théories gestionnaires et du management.

A l'œuvre depuis un peu plus d'une trentaine d'années, ces changements ont, en même temps qu'ils ont contribué à le façonner, stabilisé de nouvelles modalités de solidarités collectives lesquelles sont devenues de plus en plus "conditionnelles". Pour Marc-Henry Soulet qui a

longuement travaillé sur ces questions, cette individualisation marque également un profond changement dans la façon qu'ont les politiques publiques de percevoir la souffrance et les problèmes sociaux. Désormais, écrit-il, la société offre à ces "situations" une réponse de double nature :

"1) Elle valorise et promeut activement pour les vulnérables non blessés une nouvelle culture du bien-être et du bien conduire son existence afin de renforcer leur capacité à gérer leur trajectoire future.

(...)

2) Elle met en œuvre pour les vulnérables blessés une forme de thérapeutique allégée afin de contenir les effets de cette souffrance qui affecte les individus dans leur être psychique par leur être social. Cette modalité d'intervention proche de l'écoute, relevant plus de la sollicitude et de la compassion que de la solidarité, se traduit par la mise à disposition d'appuis qui allègent l'épreuve afin de permettre de la supporter, voire de la surmonter, par son propre effort.

" (Soulet Marc-Henry, « Reconsidérer la vulnérabilité », Empan, 2005/4 no 60, p. 24-29. DOI : 10.3917/empa.060.0024, p.28)

Il est nécessaire de s'interroger, sept ans après la mise en place des lois du 11 février 2005, si les différents aménagements qu'ont connu cette loi n'entre pas eux aussi dans cette perspective d'une plus grande conditionnalité des mécanismes de solidarité collective, où l'octroi de prestations serait de plus en plus dépendant de la démonstration que les personnes seraient ou pas en mesure de produire quant à la faisabilité de leur "projet".

1.2 Individualiser et Comparer ?

La traduction, au cœur des dispositifs d'évaluation des situations de handicap, de cette injonction à plus "d'individualisation", se retrouve notamment dans l'idée que deux personnes souffrant de pathologies similaires peuvent ne pas bénéficier du même montant d'AAH, ou du même plan d'aides PCH, au regard des variables environnementales, sociales, économiques, qui définissent par ailleurs leur "situation". On est, toute chose étant égale par ailleurs, plus « empêché » lorsque l'on est en fauteuil dans une ville ne disposant pas d'une voirie et de transports accessibles que dans une ville plus accessible.

Si il est "louable" que cette approche situationnelle du handicap s'impose peu à peu dans les modalités d'évaluation, d'éligibilité et d'octroi des prestations, il n'en reste pas moins que les outils statistiques que nous continuons à produire n'ont pas connu une évolution similaire.

Il semble en effet que pèse dans le champ du handicap des injonctions paradoxales. L'imposition d'un nouveau système de recueil de données informatiques au niveau national par la CNSA, les compétences d'observatoires du handicap des MDPH, la multiplication de rapports d'expertises, sont des événements qui traduisent tous une volonté collective de "mieux connaître le handicap", ce mieux connaître passant ici par l'objectivation mathématique d'une population dont la définition même pose de nombreux problèmes (*cf. les difficultés de l'enquête HID de l'INSEE*).

Or, il nous semble que cette volonté de catégorisation statistique aussi fine soit-elle, est étrangement contradictoire avec, d'autre part cette volonté d'individualisation du handicap que nous avons évoqué jusqu'alors. Comment peut-on avancer sur les deux fronts dans le même temps? Comment comparer statistiquement des prestations qui se rattachent à des situations que l'on affirme par ailleurs être complètement différentes ? Et dans ce cas, comment s'assurer d'une application objective, équitable, constante des différentes prestations ?

1.3 Individualisation et modèle social du handicap

2) Un problème de terminologie

Un autre écueil rencontré dans le présent travail concerne l'emploi d'un certain nombre de notions dont le contenu non explicité peut entraîner des difficultés non seulement de communication mais également d'interprétation.

2.1 Ambiguïté de la notion de "demande"

Il en va ainsi d'une **notion comme celle de « demande »** qui semblerait à priori ne poser aucun problème. On sous-entend qu'une « demande » équivaut à une « prestation », et que, ce disant, dans le cas d'une personne requérant l'examen de ses droits pour plusieurs prestations, plusieurs "demandes" sont réalisées. Cette interprétation qui permet un décompte statistique par type de prestations reste cependant critiquable au regard du principe de compensation du handicap.

Les prestations sont effet théoriquement activées/activables en fonction d'une situation particulière d'empêchement social, économique, physique, ... , qui appelle une compensation des effets d'inégalités qu'elle provoque. Dans cette perspective, il n'y aurait donc pas une multiplicité de « demandes » particulières, mais une seule « demande » de compensation à laquelle il s'agirait de répondre avec différents moyens/outils/instruments.

Cette "décomposition statistique" fait disparaître derrière l'instrument de la compensation, la prestation, le « projet » des personnes. Elle peut, de surcroît, laisser supposer qu'il existe un public des demandeurs de l'AAH, un public des demandeurs de la PCH, un public des demandeurs de la CI (Carte d'Invalidité)... Partant, la quantification du nombre de prestations sollicitées, acceptées, refusées, ne correspond en réalité pas à une quantification des "demandes" mais plutôt à la quantification d'un flux administratif, d'une charge de travail dans une équipe, et non d'un indicateur fiable nous renseignant sur les profils des personnes sollicitant la MDPH.

2.2 Ambivalence des notions de « personnes », « d'usagers », de « dossiers »...

Ces problèmes d'interprétation se retrouvent à un autre niveau au travers de **notions comme celles de « personnes », d'« usagers » et ou de « dossiers »**, qui sont parfois prises pour synonymes dans les rapports d'où nous avons extraits nos données. Par exemple, dans le Rapport d'activité annuel de la MDPH en 2010, était-il précisé que « (...) sur 2010, ce sont plus de 33 000 usagers qui ont sollicité un accès aux droits à la MDPH³¹ » (p.9), alors que dans les rapports d'activités suivants, le terme n'est plus réservé que pour les personnes disposant déjà d'un

dossier au sein de la MDPH, au moment de leur demande, les anciens usagers devenant alors des « personnes » : « *En 2011, ce sont 36 334 personnes qui ont sollicité un accès aux droits* » (p.9).

L'usage empirique de ces termes doit cependant laisser place à une réelle interrogation sur le "sens de la mesure" dans ce type de travail statistique descriptif. La "personne" ne peut être qualitativement parlant tenue pour équivalente d'un "*dossier*" et le seul fait de disposer d'un dossier ne rend pas pour autant la personne "*usager*" des services de la MDPH. Le dossier, comme de nombreux auteurs l'ont montré (*Bruno Latour, Jean-Marc Weller, François Sicot*), procède d'un travail de déconstruction/reconstruction d'une situation et donc de mise à distance de la personne. Il procède d'une opération de traduction, de mise en intrigue, et ne peut de ce fait être tenu pour un équivalent strict de la personne.

De même un "usager" de services administratif désigne en plus du ressortissant d'une administration, un type particulier de relations aux services administratifs qui est loin de correspondre à la figure du particulier qui use des services d'un "guichet" unique. Il conviendrait de s'interroger plus en amont, dans cette perspective, sur l'évolution des figures des ressortissants des politiques publiques du handicap et des "usages" que les individus requérant l'ouverture d'un droit auprès de la MDPH peuvent faire des services de cette dernière.

3) Effet de notoriété ou pas ? Arguments et contre-arguments en faveur d'une lecture des taux d'accords

Au cours de la réalisation de notre étude nous avons par ailleurs rencontré au cours de nos échanges avec différentes instances nationales et locales, gouvernementales et associatives, un certain nombre d'arguments arguant de la difficulté d'interprétation des taux que nous avons compulsé. Un des arguments les plus solides auquel nous avons pu nous heurter concerne ce que nous appellerons ici "l'effet de notoriété", d'une part de la MDPH, et d'autre part de certaines prestations comme la PCH. Cette partie constitue l'amorce d'un travail d'approfondissement de cet argument sur lequel reposent de nombreux enjeux.

3.1 Description de l'effet de notoriété

Les statistiques départementales et nationales confirment en effet le « succès » qu'a pu connaître cette nouvelle instance et ces nouvelles prestations dès leur création. Dans son rapport de synthèse de l'activité des MDPH en 2010, la CNSA notait (p.7) que le rythme de croissance des demandes n'avait dans l'ensemble pas faibli :

"Entre 2009 et 2010, le nombre de demandes adressées aux MDPH a augmenté de 15,2% (échantillon de 70 départements). Ce sont 90% des MDPH qui ont observé une augmentation des demandes, alors que celles-ci n'ont baissé que dans 10%. Certaines augmentations sont très importantes, près de la moitié des départements ont enregistré une augmentation de plus de 20%"

Au niveau du département, entre 2007 et 2012, on a assisté à un quasi doublement du volume annuel de demandes comme le montre le tableau suivant:

	Nbre dossiers	Nbre de demandes adulte
2007	18 115	25 481
2008	21 695	27 713
2009	23 362	36 126
2010	25 583	41 618
2011	23 045	44 884
2012	24 512	48 705

Tableau 10 : Comparaison du nombre de dossiers par rapport au nombre de demandes adultes entre 2007 et 2012 pour la MDPH 31 (rapport d'activité de la MDPH 31)

Dans ce scénario statistique, on s'attend donc à ce que l'augmentation importante du volume des demandeurs se reporte mécaniquement sur les nombres et les taux d'attribution et de refus des prestations. Cependant, il est souvent affirmé que cet "effet de notoriété" ne s'est pas reporté uniformément sur les taux d'accord et de refus, mais aurait plutôt tendance à élever ces derniers.

3.2 Effet de la récession économique et réactivation de la notion de handicap social

Les arguments avancés en faveur d'un report plus accentué de l'effet de l'augmentation du nombre de demandes sur les taux de refus, évoquent souvent le fait que ces demandes proviennent de publics non éligibles a priori aux prestations et aux droits spécifiques liés aux politiques du handicap.

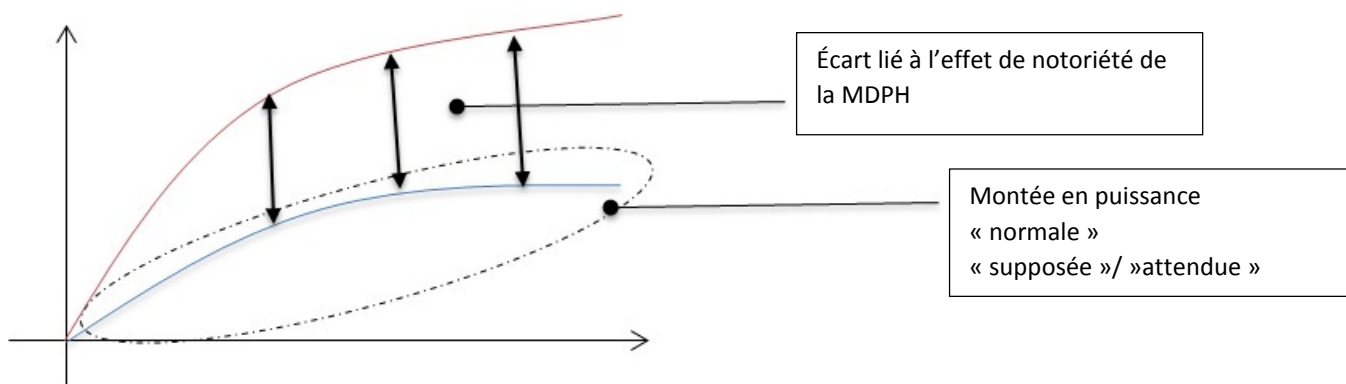
Dans le rapport annuel précédemment cité de la CNSA, il était à ce sujet rapporté que "*La situation économique et la progression du chômage sont évoquées parmi les causes de cette augmentation continue, avec aussi la meilleure connaissance de la loi et de ses ouvertures*" (p.7), réactivant au passage un certain nombre de controverses sur la notion de "handicap social".

On évoque en effet souvent les phénomènes d'« adressage de derniers recours » à la MDPH de publics en situation de rupture d'emploi, de fin de droits sociaux, pour lesquels les instances habituellement chargées de ces derniers, sursaturées, ne savent plus quels leviers mobiliser.

Cependant, si ces hypothèses peuvent être fondées, elles n'en posent pas moins un certain nombre de problèmes. À notre sens, un écueil important de ce raisonnement repose sur la confusion qu'il suppose entre évaluation et éligibilité, deux notions que la loi et les associations avaient particulièrement tenues à distinguer.

Ce n'est pas parce qu'un nombre important de personnes non éligibles requièrent des prestations qu'elles ne sont pour autant pas en situation de handicap. En l'absence de données quantitatives sur les situations des personnes sollicitant la MDPH, on ne peut statuer à priori sur leur situation ou leur absence de situation de handicap.

Par ailleurs ce scénario de l'effet de notoriété se construit schématiquement sur l'idée qu'il s'effectuerait un report d'un certain nombre de publics relevant d'autres prestations sociales sur le champ du handicap. **Si cette hypothèse est audible, il n'en reste pas moins qu'aucune étude statistique ne s'est encore attelée à un travail fiable susceptible de l'étayer.** On imagine par ailleurs les difficultés de réalisation d'un tel travail. Rien ne permet ce faisant de supposer que dans un "autre contexte" la montée en puissance de l'activité des MDPH eût été moindre.



Graphique 7 : scénario de l'effet de notoriété

3.3 Un manque de statistique prospective qui ne permet aucune généralisation

D'autre part, d'un point de vue purement technique, **il n'existe pas à notre connaissance d'étude statistique qui se soit encore penchée « scientifiquement » sur l'exploration des liens de corrélation entre augmentation du nombre de demandes et du nombre de refus**. La force des liens entre les variables d'accroissement des demandes et celles d'augmentation des taux d'accord et de refus (*un calcul des coefficients de corrélations et/ou de Pearson serait à cet égard intéressant*) reste un terrain encore à explorer en l'absence duquel on ne peut affirmer sans risque que l'augmentation du volume de demande se soit principalement reportée sur le taux de refus.

3.4 D'autres hypothèses explicatives : l'incidence du changement de formulaire de demande(s)

Un autre scénario argumentatif tend à souligner les effets conjoints du changement de formulaire opéré en 2009 et du durcissement législatif des conditions d'octroi de l'AAH sur l'augmentation du taux de refus.

Les effets du formulaire unique

En effet, depuis le début de l'année 2009, un formulaire unique (*CERFA 13788*1*) (*au lieu de 8*) permet aux personnes handicapées d'effectuer la plupart de leurs demandes à la MDPH. Le document unique et sa notice explicative est présenté comme l'aboutissement d'un travail important de tous les partenaires, visant à simplifier les démarches.

Certain ont avancé que le passage au formulaire unique s'est traduit par une incitation plus forte pour les personnes à cocher un plus grand nombre de demandes de prestations, sous-entendant que la difficulté de remplissage des 8 anciens formulaires constituait un frein pour l'expression de ses besoins de compensation.

	Nbre « personnes »	Nbre de demandes adulte	Nbre de demandes moyen par dossier	
2007	18 115	25 484	1,40678995	
2008	21 695	31 397	1,44719982	+0.04
2009	23 362	36 126	1,54635733	+0.10
2010	25 583	41 618	1,62678341	+0.08
2011	27 762	44 884	1,61674231	-0.01
2012	22 444	48 705	2,17006772	+0.56

Tableau 11 : Évolution¹⁶ du nombre moyen de demandes par personne

L'évolution du nombre moyen de demande tel qu'il transparaît dans le tableau ci-dessus (*ce dernier ne concernant que les adultes*) corrobore l'hypothèse d'une augmentation du nombre moyen de demande par dossiers. Cependant on remarquera que les évolutions les plus fortes ne correspondent pas à l'année de mise en place du nouveau formulaire (2009) mais se retrouvent surtout en 2012 (+ 0.56 demandes par rapport à 2011). A moins de faire l'hypothèse d'un effet retard de la mise en œuvre du nouveau formulaire quant à l'augmentation du nombre moyen de demandes par personnes, il faut dans ce cas, trouver une autre hypothèse explicative.

Les effets d'un scénario de recul des droits

Un autre scénario est susceptible d'expliquer de façon congruente la diminution nette du nombre de demandeurs que l'on observe depuis 2012 (-5 318 personnes) et l'augmentation du nombre de demandes (+3 821) : celui d'**un moindre accès aux droits des personnes**.

¹⁶ À titre informatif, aux vues des difficultés de recoupement d'un rapport annuel sur l'autre des mêmes informations, les données surlignées en bleu clair sont extraites du rapport annuel de la MDPH de 2011 (p. 15). Celles surlignées en rouge constituent des données sur lesquelles nous émettons des doutes. Ainsi p.15 du rapport d'activité de la MDPH de 2011 est-t-il mentionnée que 18 515 personnes adultes ont déposé au moins une demande auprès de la MDPH en 2007, alors que sur le rapport d'activité annuel de 2010 ce chiffre est de 18 115 (cf. p. 8). De même le nombre de personnes adultes ayant déposé au moins une demande en 2012 auprès des services de la MDPH ne constitue qu'une déduction du nombre moyen de demandes par dossier indiqué p.22 dudit rapport, le nombre de dossiers effectifs n'étant pas présent....

Le durcissement législatif de l'octroi de certaines prestations comme l'AAH, des conditions d'éligibilité et de calcul d'autres moyens de compensation comme la PCH, les différentes mesures qui sont venues inquiéter le statut et l'organisation des actuelles MDPH sembleraient concourir à valider l'hypothèse d'un scénario d'une complexification de l'accès aux droits des personnes handicapées.

Dans un tel scénario, on peut en effet supposer que seules les situations de handicap les plus lourdes, c'est-à-dire celles requérant les moyens les plus importants de compensation, et donc un nombre moyen de demande par dossiers plus élevé, continuent de recevoir un avis favorable.

Inversement, dans l'hypothèse d'un durcissement des droits, les situations « les moins complexes », les dossiers « limites », les « situations tangentes », auraient tendance à être plus rapidement évacuées du circuit d'instruction des demandes. Par ailleurs, ce durcissement des conditions d'accessibilité aux droits multiplierait les situations de non-recours qui pourraient expliciter la baisse du nombre de demandeurs adultes.

PROPOSITIONS DE PISTES DE TRAVAIL & CONCLUSION

Pour un Rapport Annuel d'activité, fruit d'un travail concerté avec les acteurs de la société civile

L'examen détaillé des rapports d'activité de la MDPH 31 de 2007 à 2012 nous a amené à formuler un certain nombre de propositions de travail collectif afin d'améliorer le niveau d'information des prochains rapports. Le manque d'éléments de comparaison détaillés sur plusieurs années et non pas sur des périodes statistiques restreintes, l'absence, d'une année sur l'autre dans les rapports annuels de la MDPH, de niveaux d'informations systématisés (*on peut trouver une année une information statistique qui ne sera plus présente l'année d'après*), l'hétérogénéité de la terminologie employée, le manque d'éléments de contextualisation plus nationaux et régionaux, ... nous ont en effet conduit ici, dans une démarche constructive, à proposer des items d'informations statistique à faire figurer dans les prochains rapports de façon à mieux évaluer la prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap, et l'évolution de leur accès au droit.

Demandes générales

Les demandes que nous faisons sont des demandes favorisant la comparaison systématique des données depuis 2006.

- Prévalence des grandes familles de handicap (intellectuel, psychique, physique, ...),
- Synthèse des listings de l'année passée et comparaison par rapport aux années précédentes, depuis 2006, avec les taux d'accord et de refus en nombre et en pourcentage
- Analyse qualitative des nombres et pourcentage de refus pour chaque prestation et analyse des types de motif de ces refus

- Nombre de personnes qui se voient accorder un droit à une ou plusieurs prestations
- Analyse des recours par type de recours, type de prestations et résultat positif ou négatif
- Stock au 31/12 de chaque année de dossiers non décisionnés (*dossiers déposés mais pas encore passés en CDAPH*),
- Situation des jeunes entre 16 et 25 ans

Suivi de la procédure

- Nombre de personnes qui demandent la procédure simplifiée,
- Nombre de personnes qui demandent la procédure d'urgence et combien sont accordées et dans quel délai
- Nombre et pourcentage de PPC établis pour l'ensemble des demandeurs de prestations par rapport au nombre total de demandeurs
- Parmi le nombre de PPC établis, combien concernent des demandeurs ayant une demande de PCH, combien pour une demande d'AAH, etc...

Demandes spécifiques sur les prestations

- Nombre et pourcentage d'accord d'AAH suivant le taux d'incapacité à comparer avec nombre et pourcentage d'AAH payées par les CAF et MSA et distinction entre AAH à taux plein et AAH différentielle,
- Nombre d'heures moyen de PCH aide humaine accordées par personne chaque année, avec le minimum et le maximum d'heures accordées par personne, et comparaison depuis 2006,
- Montants moyens pour les éléments 2 à 5 de la PCH accordées par personne chaque année, avec les montants minimum et maximum, et comparaison depuis 2006,
- Nombre d'heures moyen de PCH aide humaine par personne payées chaque année, avec le minimum et le maximum d'heures payées par personne par le Conseil Général, et comparaison depuis 2006
- Comparaison des statistiques de la MDPH par rapport aux statistiques des organismes payeurs,

- Nombre de demandes de renouvellement de PCH comportant une baisse du nombre d'heures d'aide humaine par rapport à la notification précédente,
- Nombre de personnes concernées par une baisse de leur(s) prestation(s),
- Combien de demandes de PCH aide humaine pour des personnes en établissements ?,
- Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale pour les services ménagers aux personnes handicapées,
- Nombre de Cartes d'invalidité accordées par tranche d'âge,
- Détails sur les personnes sans solutions (*notification de droits non suivies d'effet : orientation en Ets non effective, AVS ou nombre d'heures non effectifs, ...*)

Conclusion Générale

Les éléments d'analyses statistiques exposés tout au long de ce rapport n'ont cessé de montrer la difficulté qu'il y avait à réunir des sources cohérentes de données. La multiplication des canaux d'informations n'est pas gage ici d'une véritable continuité, ni des méthodes de calcul et d'agrégations des données, ni de leur qualification.

Malgré tout, l'hypothèse d'un recul des droits semble bien avérée, qu'on l'attribue à des logiques gestionnaires et économiques, ou aux changements législatifs qui ont impacté récemment certaines prestations comme l'AAH.

Certes, comme nous n'avons cessé de le rappeler, seule une enquête qualitative rigoureuse et l'exploration plus poussée de données statistiques systématisées permettrait ici de l'avaliser en toute rigueur. Cependant, comme nous avons essayé d'en rendre compte les contre-arguments qui nous étaient opposés ne semblent pas tenir l'épreuve des faits.

Les MDPH, et à leurs titres, la MPDH de la Haute-Garonne, ont bien connu un « effet de notoriété », lié en partie à des phénomènes d'adressages opportunistes, mais cet effet semble

s'être résorbé, comme le montre corrélativement le ralentissement de l'évolution du nombre des demandes et la baisse du nombre de personnes déposant un dossier à la MDPH.

Là, d'autres scénarios sûrement plus complexes se dessinent. La question d'un accroissement des situations de non-recours reste une piste intéressante à explorer, de même que celle d'une re-concentration des dispositifs d'aide sur les situations de handicap les plus « lourdes ». On ne pouvait de toute façon pas postuler sans danger que les phénomènes d'adressages « opportunistes » ont constitués la plus grosse partie de la montée en charge des MDPH. Là encore seule une étude avancée des jeux locaux d'acteurs, souvent complexes du fait de la sédimentation des dispositifs et de la transversalité de certaines problématiques sociales au premier titre de laquelle figure le handicap, pourrait nous fournir des éléments solides de réflexion et d'analyse.

Toute chose étant égale par ailleurs, on ne peut de toute façon que constater que les plus fortes baisses du taux d'accord concernent ici l'AAH et la PCH, prestations qui, rappelons-le font partie des compétences « sociales » du Conseil Général. Ces constats qui s'expliquent sûrement au vu de l'accumulation des problèmes de financement de ces collectivités locales et de l'accumulation des « dettes » de l'État au regard de ce qui avait été initialement prévu comme financements de la compensation, n'en n'interrogent pas moins sur leurs effets quant aux trajectoires personnelles des personnes en situation de handicap.

A l'heure où chacun s'enorgueillit à juste titre de la participation de la France à La Convention Internationale relative aux Droits des Personnes handicapées, et de la ratification du protocole additionnel, il convient de souligner que les restrictions sociales en matière d'accès à la compensation sont par définition en opposition complète avec les principes de non-discrimination et d'égalité que prônent ces textes réglementaires internationaux...

Par ailleurs, les comparaisons menées nous font nous interroger sur un certain nombre de questions de fonctionnement et d'organisation propres à la MDPH 31 comme le nombre excessivement bas de personnes auditionnées en CDAPH, le fait que la majorité des décisions soient votées en commissions plénières alors que nous nous trouvons face à des volumes de demandes importants, la part toujours importante d'évaluations menées sur dossiers, des délais de traitement dépassant les moyennes nationales, ...

L'ensemble de ces constats pointent la nécessité de mener localement un travail de concertation avec l'ensemble des experts des politiques publiques du handicap aux titres desquels on doit obligatoirement compter les associations qui non seulement ont fait les frais d'une politique de désinvestissement de l'État et ce depuis les années 75, mais, aujourd'hui se retrouvent à participer au pilotage de dispositifs sans avoir réellement de mots à dire sur leur organisation.

La loi du 11 février 2005 a voulu imposer une séparation nette entre décideurs et payeurs, afin d'éviter toute position d'hégémonie sur des dispositifs qui historiquement n'ont pu fonctionner et ne peuvent continuer de fonctionner que sur la base d'une bonne entente entre les multiples niveaux de compétences et d'acteurs qui structurent le champ local du handicap.

Le but de ce travail est d'alerter chacun sur les enjeux et les risques que comportent ces constats que nous avons posé en termes de recul des droits tant au niveau des personnes bénéficiaires des dispositifs qu'au niveau de ceux qui les pilotent.

Les personnes les plus fragiles ne doivent pas être les premières sacrifiées sur l'autel de l'austérité !

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTRES PRESTATIONS ANALYSÉES

CI (Carte d'Invalidité)

Rappel sur les CI

La carte d'invalidité civile a pour but d'attester que son détenteur est handicapé. Elle est accessible sous conditions, et permet de bénéficier de certains droits spécifiques, notamment dans les transports, et d'avantages fiscaux.

La carte d'invalidité est délivrée, sur demande, à toute personne, dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 %, ou qui est bénéficiaire d'une pension d'invalidité classée en 3ème catégorie par la Sécurité sociale.

Selon le guide barème, *"Un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en œuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80 % est atteint. C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction."*

Il ne s'agit pas d'une prestation financière, mais elle permet éventuellement des réductions d'impôts.

Il s'agit d'une des trois prestations majeures qui concentrent 70 % de l'activité de la MDPH 31, selon le rapport d'activité 2012.

CI : évolution des taux d'accord

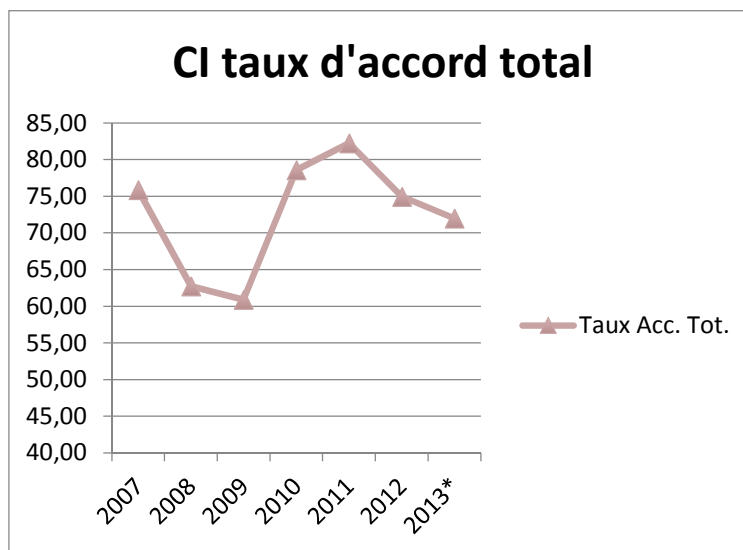
On note une augmentation du nombre de demandes, passant de 1131 en 2007, à 4679 en 2011, puis une baisse à 2689 demandes en 2012.

Le taux d'accord pour les 1ères demandes et les renouvellements passent de plus de 75 % en 2007, à 60 % en 2009. Pour remonter à plus de 78 % en 2011 puis 82 % en 2012, pour redescendre de nouveau à 74 % en 2012 puis près de 72 % en 2013. Avec une moyenne de plus de 71 % entre 2007 et 2013. **On enregistre donc plus de 22 points d'écart entre les taux d'accord annuels les plus hauts et les plus bas.**

Sans trouver d'explications à ces écarts ???

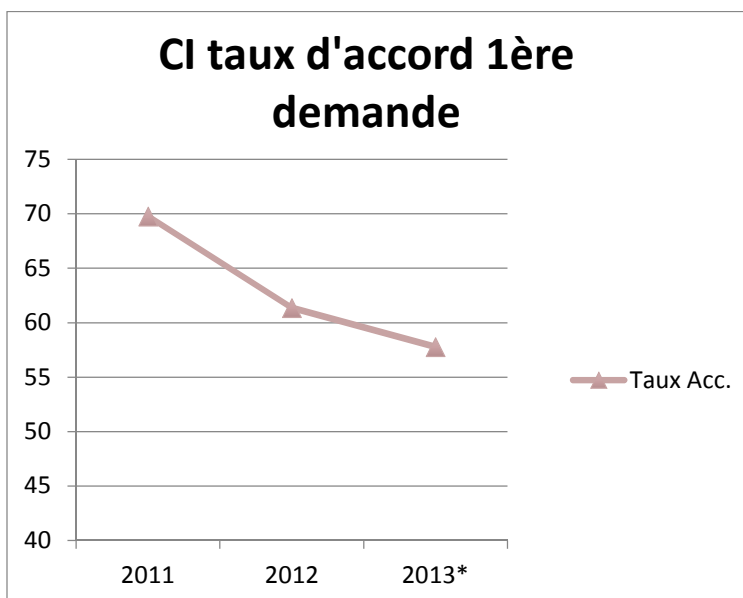
CI												
Dates					Prem. Dem.				Renouv.			
	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007	1131	858	273	75,86								
2008	4121	2585	1536	62,73								
2009	5478	3336	2142	60,90								
2010	4467	3511	956	78,60								
2011	4679	3849	830	82,26	2236	1560	676	69,77	1576	1575	1	99,94
2012	2689	2015	674	74,93	1724	1058	666	61,37	965	957	8	99,17
2013*	1649	1187	462	71,98	1004	580	424	57,77	645	607	38	94,11
	24214	17341	6873	71,62	4964	3198	1766	64,42	3186	3139	47	98,52
* année partielle jusque 22/8												

Tableau : Comparaison du nombre de demandes de Cartes d'invalidité, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour la Carte d'Invalidité entre 2007 et 2013

Quant aux 1ères demandes, elles représentent plus de la moitié de toutes les demandes en 2011, avec un taux d'accords de seulement 69 %, à comparer au taux d'accord total de 82 % cette année-là. Taux d'accord des 1ères demandes qui descend à 61 % en 2012, en parallèle avec une baisse du nombre de demandes, et à 57 % en 2013. **12 points d'écart en moins de 3 ans !**

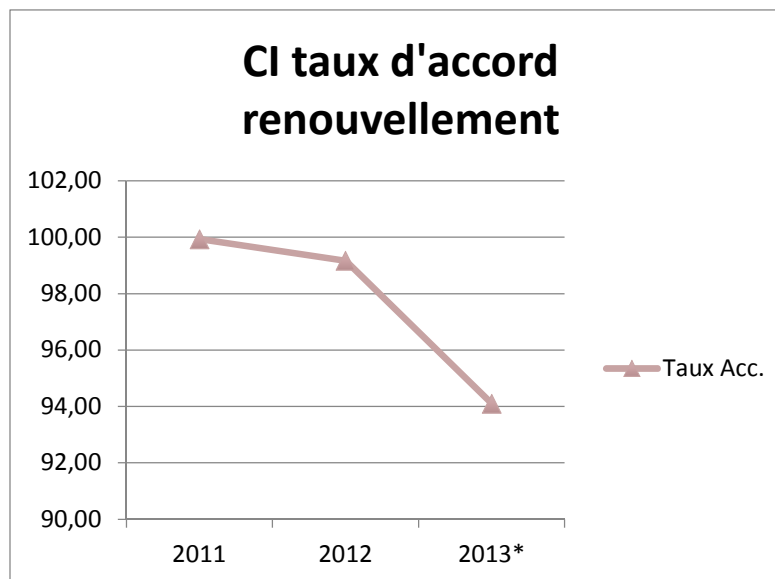


Graphique : Évolution du taux d'accord des premières demandes pour la Carte d'Invalidité entre 2011 et 2013

Même les taux d'accords des renouvellements baissent entre 2011 et 2013, de 99 à 94 %.

Alors que le nombre de demandes de renouvellement a été presque divisé par 2 entre 2011 et 2012 et qu'il ne semble pas remonter en 2013.

Sans explication cohérente puisque les conditions d'octroi n'ont pas changé.



Graphique : Évolution du taux d'accord des renouvellements de Carte d'Invalidité entre 2011 et 2013

Logiquement, les effets de notoriété de la prestation et du nouveau formulaire auraient dû avoir pour effet de multiplier le nombre de demandes. Or c'est le contraire qui se produit ! Mais le taux d'accord baisse quand même !

CRAAH (Complément de Ressources de l'Allocation Adulte Handicapé)

Rappel sur le CRAAH

Le complément de ressources est une allocation forfaitaire qui s'ajoute à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour constituer une garantie de ressources dans le but de compenser l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler. Comme l'AAH, il est financé par l'État.

Les critères d'accord sont extrêmement limités.

Selon la circulaire N°DGAS-1C-2005-411 du 7 septembre 2005 relative à l'allocation aux adultes handicapés, à la garantie de ressources pour les personnes handicapées et à la majoration pour la vie autonome, en application de l'article L 821-1 du Code de la Sécurité Sociale :

« Peut bénéficier du complément de ressources le bénéficiaire de l'AAH au titre de l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale (c'est-à-dire dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %) âgé de moins de soixante ans :

- ***dont la capacité de travail est, compte tenu de son handicap, inférieure à 5 % ; une telle capacité de travail s'apparente, en fait, à une incapacité de travailler ayant un caractère quasiment absolu et a priori non susceptible d'évolution ;***
- *qui n'a pas perçu de revenu d'activité à caractère professionnel propre depuis une durée d'un an (les revenus issus de CAT constituent des revenus d'activité à caractère professionnel) ;*
- *qui dispose d'un logement indépendant (.....) ;*
- *qui perçoit l'allocation aux adultes handicapés à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail.*

Toute reprise d'activité professionnelle entraîne la fin du versement du complément de ressources. Le taux d'incapacité et la capacité de travail sont appréciés par la COTOREP et, à l'avenir, par la commission des droits et de l'autonomie. »

Complété par la circulaire DGAS-1C-2006-37 du 26 janvier 2006 sur l'appréciation condition de capacité de travail pour le complément de ressources de l'AAH.

Le problème est que quasiment seule une personne grabataire pourrait être qualifiée d'une capacité de travail inférieure à 5 %.

Puis en 2007, la circulaire DGAS-1C-SD3-2007-141 du 10 avril 2007 relative à l'appréciation de la condition de capacité de travail inférieure à 5 % pour l'octroi de la garantie de ressources pour les personnes handicapées prévue à l'article L. 821-1-1 du code de la sécurité sociale, précisera

d'avantage cette condition de capacité de travail, permettant davantage de souplesse, en tenant compte de l'éloignement du marché du travail du demandeur.

Et la circulaire DGAS-1C-SD3-2007-142 du 10 avril 2007 traitera la question relative à l'appréciation de la condition de logement indépendant pour l'AAH et son complément.

CRAAH : évolution des taux d'accord

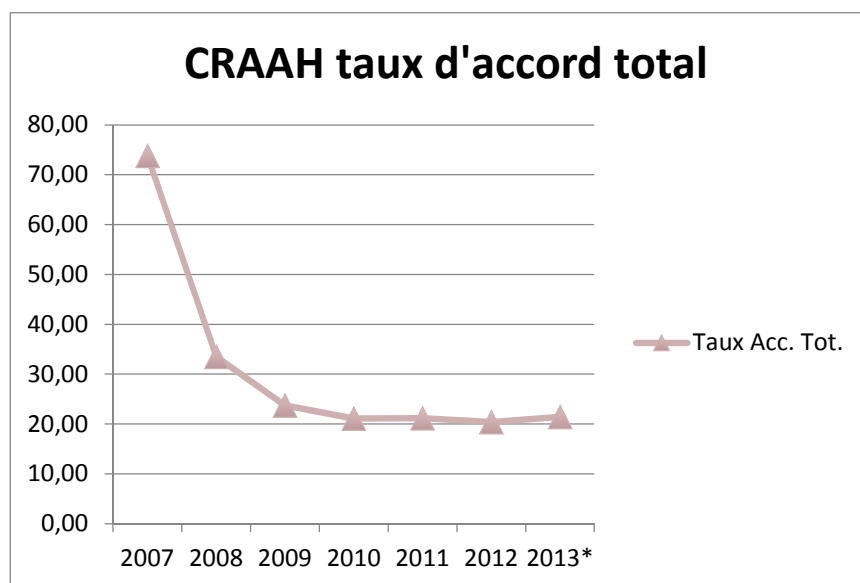
	CRAAH				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007	210	155	55	73,81								
2008	809	271	538	33,50								
2009	1533	364	1169	23,74								
2010	2126	448	1678	21,07								
2011	2407	510	1897	21,19	1867	308	1559	16,50	104	104	0	100
2012	1489	304	1185	20,42	1407	225	1182	15,99	82	79	3	96,34
2013*	990	212	778	21,41	910	143	767	15,71	80	69	11	86,25
	9564	2264	7300	23,67	4184	676	3508	16,16	266	252	14	94,74

* année partielle jusqu'à 22/8

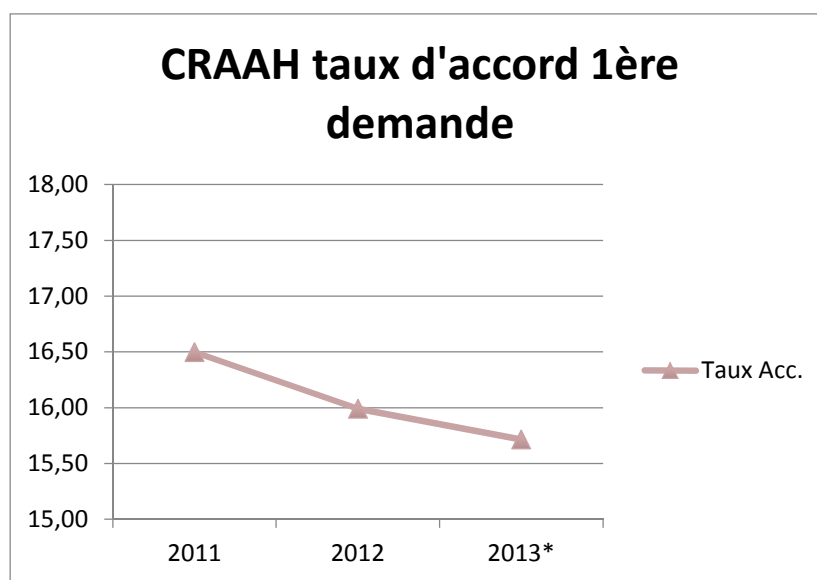
Tableau : Comparaison du nombre de demandes de Complément de ressources de l'AAH, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

En dehors de l'année 2007 avec taux d'accord de près de 75 % pour l'ensemble des demandes (1ères et renouvellements), dès 2008, le taux d'accord baisse à 23 %, puis 21 % dès 2010, pour rester à ce niveau jusqu'en 2013. **On parle quand même d'un taux de refus moyen de près de 80 %.**

Quant au nombre de demandes, s'il augmente beaucoup jusqu'en 2011, passant de 210 en 2007 à plus de 2400 en 2011, il décroît aussi rapidement à 1400 environ en 2012. Et ne semble pas réellement remonter en 2013.

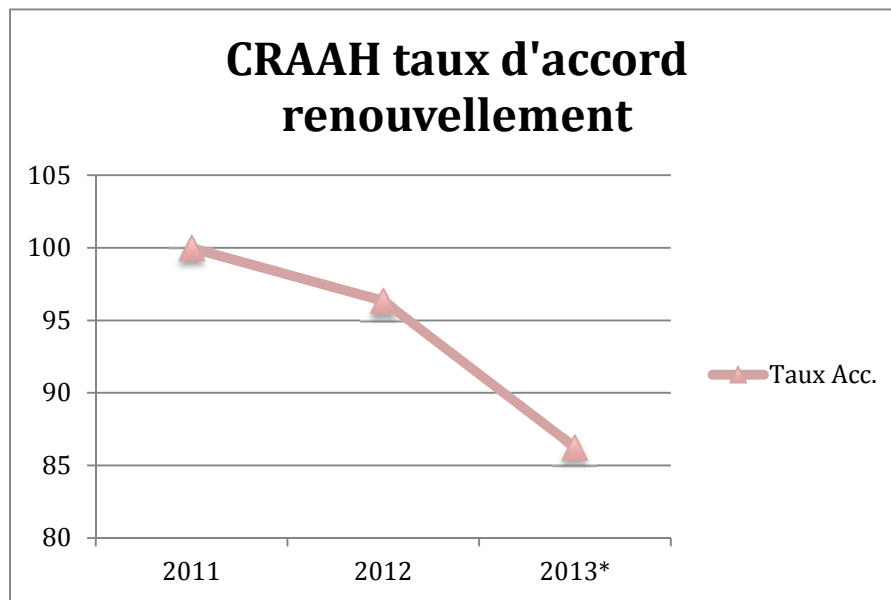


Graphique: Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour le CR AAH entre 2007 et 2013



Graphique : Évolution du taux d'accord des premières demandes pour le CR AAH entre 2011 et 2013

Quant au taux d'accord des premières demandes, sur la période limitée de 2011 à 2013, il semble stable.



Graphique : Évolution du taux d'accord des renouvellements du CR AAH entre 2011 et 2013

On note une chute des taux d'accord pour les renouvellements, passant de 100 % en 2011 à 86 % en 2013, **soit 14 points d'écart en moins de 3 ans.**

Alors que les premiers critères de la loi aurait dû aboutir à un taux d'accord extrêmement faible en 2007, c'est l'inverse qui se produit avec un taux d'accord global qui baisse très fortement dès 2008 pour se stabiliser autour de 21 %. La circulaire de 2007 aurait dû avoir pour effet d'assouplir les critères, mais ça n'a visiblement pas été le cas.

CP (Carte de Priorité)

Rappel sur CP

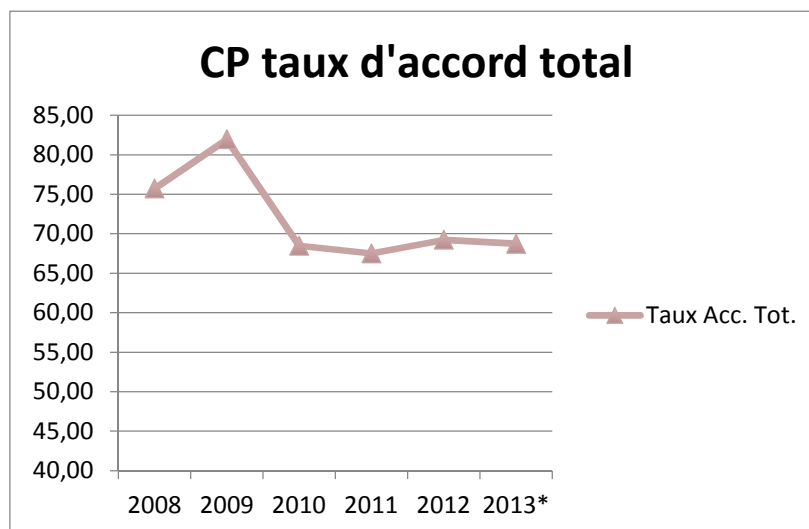
Cette carte, anciennement appelée carte station debout pénible, permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, de même que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente. Il ne s'agit donc pas d'une prestation financière.

CP : évolution des taux d'accord

	CP											
					Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	1138	862	276	75,75								
2009	2345	1922	423	81,96								
2010	3830	2623	1207	68,49								
2011	4548	3071	1477	67,52	3372	2152	1220	63,82	403	403	0	100
2012	2766	1915	851	69,23	2364	1513	851	64,00	402	402	0	100
2013*	1903	1308	595	68,73	1621	1038	583	64,03	282	270	12	95,74
	16530	11701	4829	70,79	7357	4703	2654	63,93	1087	1075	12	98,90
* année partielle jusque 22/8												

Tableau : Comparaison du nombre de demandes de Cartes de priorité, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

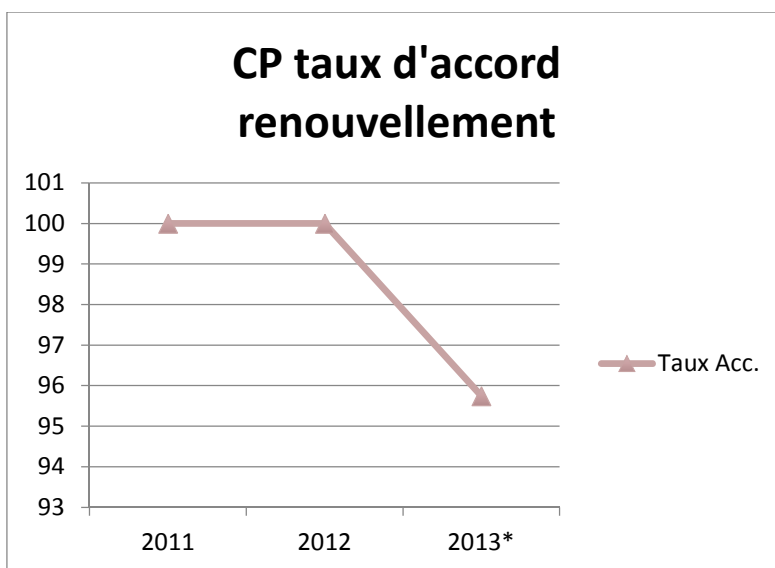
Les demandes de Carte de Priorité ne sont pas comptabilisées à part en 2007. Entre 2008 et 2011, le nombre de demande triple, et le taux d'accord passe de 75 à près de 82 % en 2009, puis 68 % en 2010, taux qui va se stabiliser à ce niveau jusqu'en 2013, alors que le nombre de demande décroît lui fortement depuis 2012.



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour le Carte de Priorité entre 2008 et 2013

Quant aux 1ères demandes, elles donnent un taux d'accord d'environ 64% stable.

Mais les **renouvellements commencent à comptabiliser des refus en 2013. S'agissant d'un nombre important de demandes, les rejets concernent donc plusieurs centaines de personnes.**



Graphique : Évolution du taux d'accord des renouvellements de Carte de Priorité entre 2011 et 2013

ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne)

Rappel sur l'ACTP

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) est destinée à permettre à certaines personnes d'assumer les frais occasionnés pour l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie. Cette allocation, qui a été remplacée en 2006 par la prestation de compensation du handicap (PCH), ne concerne plus que les personnes qui la percevaient déjà et qui ont choisi de la conserver.

L'ACTP est financée comme la PCH, d'une part par les ressources propres de la CNSA et d'autre part par les Conseils Généraux.

ACTP : évolution du taux d'accord

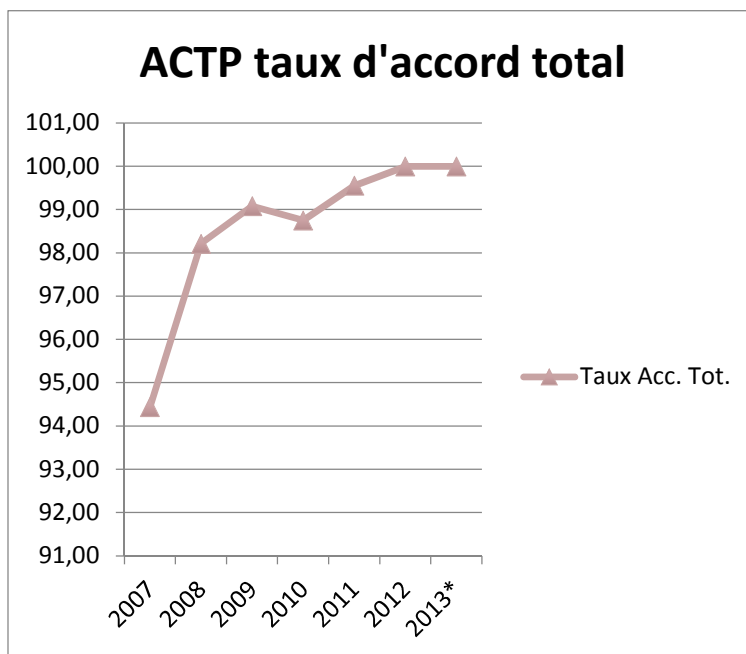
Les taux d'accords varient de 97 à 100 %. On sent que l'information sur la disparition de cette prestation est bien passée.... Quant au nombre de demandes, peu important, il monte jusqu'en 2009 puis baisse.

À noter une erreur manifeste concernant l'année 2011 : si l'on se fie aux listings, 2 premières demandes d'ACTP ont été accordées, alors que cette prestation ne peut plus être attribuée en première demande depuis début 2006...

ACTP												
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Prem. Dem.				Renouv.			
					Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007	144	136	8	94,44								
2008	280	275	5	98,21								
2009	327	324	3	99,08								
2010	321	317	4	98,75								
2011	224	223	1	99,55	3	2	1	66,67	181	181	0	100
2012	114	114	0	100	0	0	0		114	114	0	100
2013*	89	89	0	100	0	0	0		89	89	0	100
	1499	1478	21	98,60	3	2	1	66,67	384	384	0	100

* année partielle jusque 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'ACTP, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'ACTP entre 2008 et 2013

Les refus enregistrés jusqu'en 2011 sont logiques, puis qu'il n'est plus possible d'accorder l'ACTP en premières demandes depuis 2006. La baisse des refus semble montrer que l'information a fini par passer.

RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)

Rappel sur les RQTH

La notion de travailleur handicapé concerne la personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont réduites, à cause d'un handicap.

Il peut s'agir de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) reconnaît la qualité de travailleur handicapé.

Elle favorise également l'accès de la personne handicapée aux mesures d'emploi et de formation professionnelle.

L'examen d'une demande de RQTH est systématique pour toute demande d'AAH dans le cadre de l'examen de l'employabilité du demandeur, depuis janvier 2009.

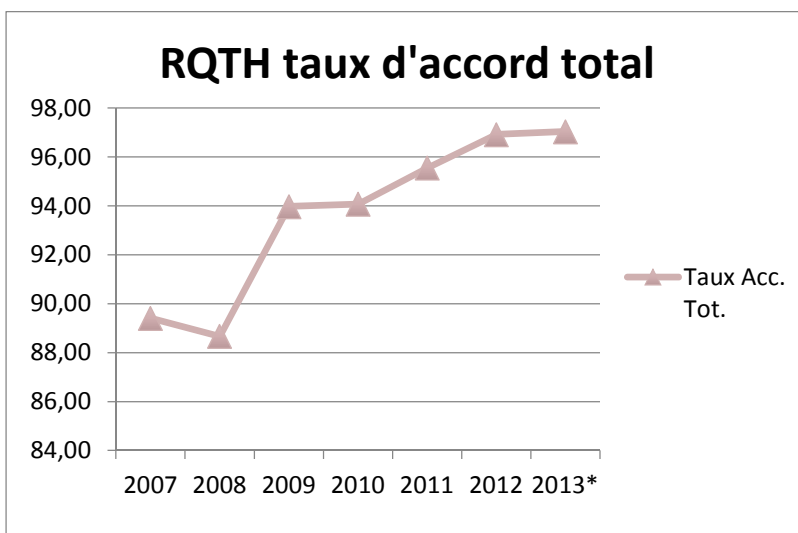
RQTH : évolution du taux d'accord

	RQTH				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007	2200	1967	233	89,41								
2008	3743	3319	424	88,67								
2009	5498	5167	331	93,98								
2010	7426	6986	440	94,07								
2011	8079	7720	359	95,56	5051	4753	298	94,10	1517	1517	0	100
2012	5364	5199	165	96,92	3747	3587	160	95,73	1617	1612	5	99,69
2013*	3173	3079	94	97,04	2150	2066	84	96,09	1023	1013	10	99,02
	35483	33437	2046	94,23	10948	10406	542	95,05	4157	4142	15	99,64

* année partielle jusque 22/8

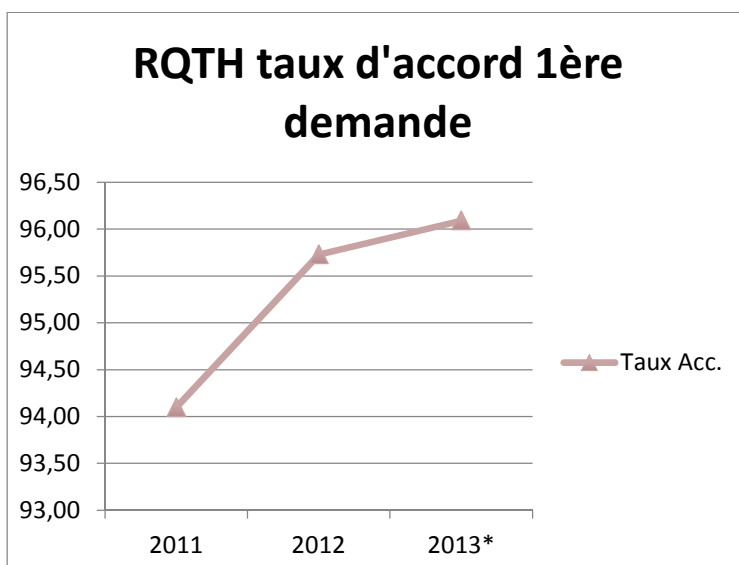
Tableau : Comparaison du nombre de demandes de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

Le nombre de demande de RQTH est multiplié par 4 entre 2007 et 2011, passant de 2200 en 2007 à 8079 en 2011. Pour décroître fortement en 2012, passant à 5364 demandes et la tendance semble se stabiliser en 2013.



Graphique: Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour la RQTH entre 2007 et 2013

Le taux d'accord de l'ensemble des demandes passe d'environ 89 % à plus de 97 %.



Graphique : Évolution du taux d'accord des 1ères demandes de RQTH entre 2011 et 2013

Orientation Professionnelle, Orientation vers le marché du travail (dont EA Entreprises Adaptées)

Rappel sur les EA Entreprises Adaptées

Les entreprises adaptées sont des entreprises à part entière, employant au moins 80% de travailleurs handicapés. Des personnes handicapées dont la capacité de travail est au moins égale à un tiers de la capacité d'un travailleur « valide » exécutant les mêmes tâches.

Les entreprises adaptées ne peuvent embaucher que des travailleurs handicapés orientés vers le marché du travail par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Les travailleurs handicapés employés par une entreprise adaptée ont le statut de salarié. Leur contrat de travail peut être à durée déterminée ou indéterminée. Ils perçoivent un salaire fixé compte tenu de l'emploi qu'ils occupent et de leur qualification par référence aux dispositions réglementaires ou conventionnelles applicables dans la branche d'activité, qui ne peut être inférieur au SMIC.

Sous certaines conditions, l'entreprise adaptée reçoit, pour chaque travailleur handicapé orienté vers le marché du travail par la CDAPH qu'ils emploient, une aide au poste forfaitaire, versée par l'État.

L'Entreprise Adaptée peut servir de transition vers un emploi en milieu ordinaire de production.

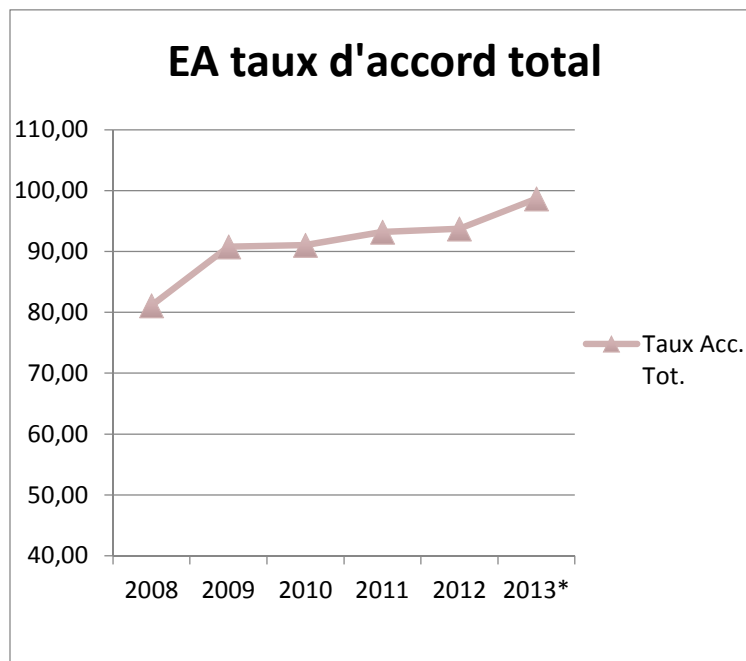
EA : évolution du taux d'accord

Orientat marché du travail (EA)												
Dates					Prem. Dem.				Renouv.			
	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	90	73	17	81,11								
2009	435	395	40	90,80								
2010	714	650	64	91,04								
2011	678	632	46	93,22	460	419	41	91,09	98	98	0	100
2012	382	358	24	93,72	297	274	23	92,26	85	84	1	98,82
2013*	1385	1367	18	98,70	1195	1184	11	99,08	190	183	7	96,32
	3684	3475	209	94,33	1952	1877	75	96,16	373	365	8	97,86
* année partielle jusque 22/8												

Tableau: Comparaison du nombre de demandes d'orientation vers le marché du travail et/ou en Entreprises Adaptées, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

On note une augmentation du nombre de demandes en 2008 et 2010, passant de 90 à 714, puis une baisse à 678 demandes en 2011, puis une chute à 382 demandes en 2012, puis une remontée très forte à 1385 demandes pour seulement 8 mois en 2013.

Sans explications.



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'Orientation en Entreprise Adaptée entre 2008 et 2013

Quant au taux d'accord, il augmente d'années en années, passant de 81 % à plus de 98 % en 2013. Là aussi pas d'explication rationnelle trouvée.

Rappel sur les Orientations professionnelles

Sans connaissance réelle de ce à quoi correspond réellement l'Orientation professionnelle : orientation vers le service spécialisé Cap Emploi (*accompagnement des TH*) ? Autre chose ?

Orientation professionnelle : évolution des taux d'accord

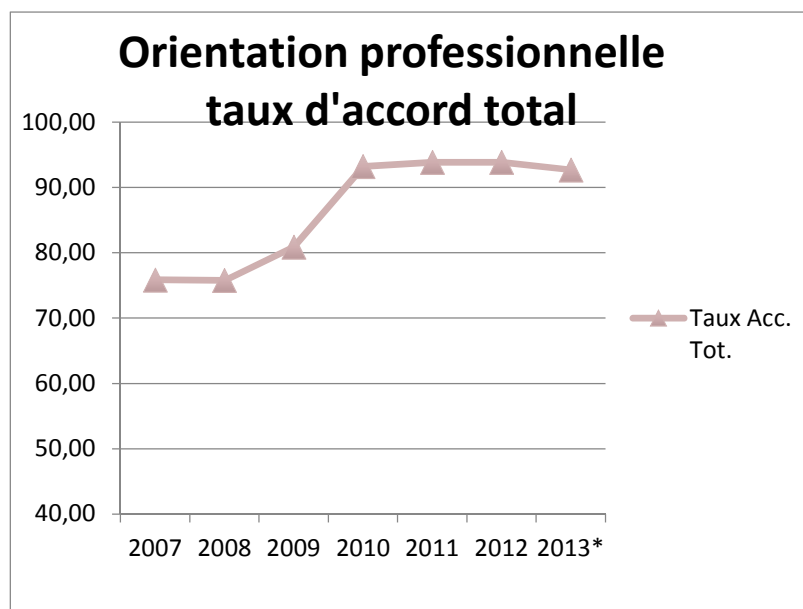
Orient. Pro												
Dates					Prem. Dem.				Renouv.			
	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007	1131	858	273	75,86								
2008	1310	993	317	75,80								
2009	1426	1154	272	80,93								
2010	2224	2074	150	93,26								
2011	2399	2252	147	93,87	1850	1723	127	93,14	111	111	0	100
2012	1424	1337	87	93,89	1334	1247	87	93,48	90	90	0	100
2013*	743	689	44	92,73	689	635	54	92,16	54	54	0	100
	10657	9357	1290	87,80	3873	3605	268	93,08	255	255	0	100,00

* année partielle jusque 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation professionnelle, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

Un nombre de demandes qui grimpe entre 2007 et 2011, pour décroître en 2012, avec la même tendance en 2013.

En parallèle, un taux d'accord qui ne cesse de grimper de plus de 75 % en 2007 à près de 94 % en 2012. Avec un taux d'accord pour les premières demandes stable autour de 93 %. Pour 100 % de renouvellements.



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'Orientation professionnelle entre 2007 et 2013

ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail) et Formation Professionnelle

Rappel sur les ESAT

Les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) (*couramment encore appelés « centres d'aide par le travail » ou CAT*) sont des établissements médico-sociaux qui relèvent, pour l'essentiel, des dispositions figurant dans le code de l'action sociale et des familles. Ils offrent aux personnes handicapées des activités diverses à caractère professionnel et un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.

Le financement des ESAT est assuré par des ressources régulières qui ont 3 origines :

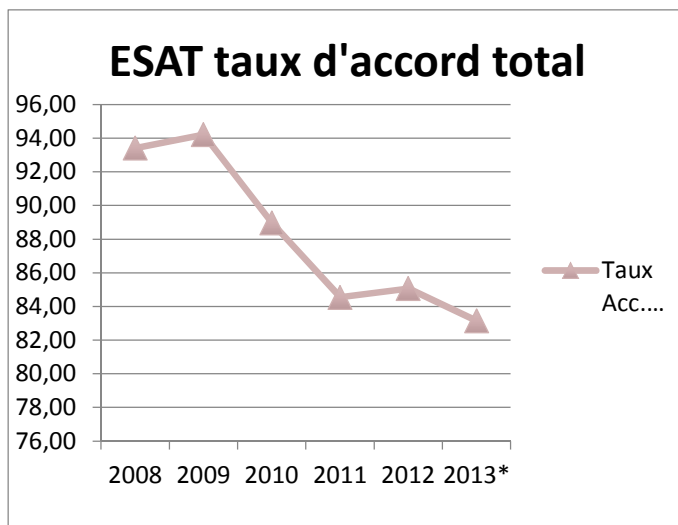
- La dotation globale annuelle versée par l'ARS (*Agence Régionale de Santé*) qui prend en charge les dépenses de fonctionnement non relatives à la production.
- La production des travailleurs. L'ESAT a une activité de production propre ou de sous-traitance.
- La subvention de l'État par l'ASP (*Agence des services de paiements*) pour assurer un complément de rémunération aux travailleurs handicapés.

ESAT : évolution des taux d'accord

	ESAT				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	274	256	18	93,43								
2009	589	555	34	94,23								
2010	672	598	74	88,99								
2011	764	646	118	84,55	339	245	94	72,27	268	268	0	100
2012	402	342	60	85,07	208	149	59	71,63	194	193	1	99,48
2013*	279	232	47	83,15	145	102	43	70,3448	134	130	4	97,01
	2980	2629	351	88,22	692	496	196	71,6763	596	591	5	99,16
* année partielle jusque 22/8												

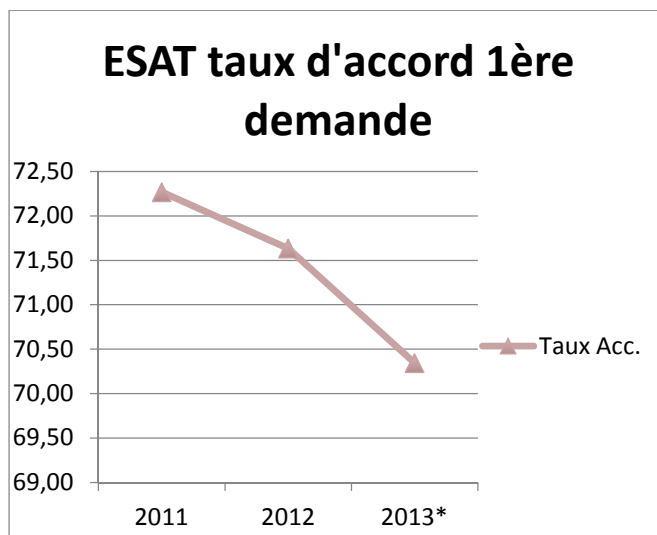
Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation en ESAT traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

Si la moyenne des accords entre 2008 et 2013 est de plus de 88%, on passe de plus de 93 % en 2008, et plus de 94 % en 2009, à 83 % en 2013, **soit une baisse de 10 à 11 points** (voir graphique 9). Alors que le nombre de demandes, après avoir plus que triplé entre 2008 et 2011, va décroître en 2012, sans forcément remonter en 2013. **À partir de 2012, le taux d'accord baisse alors même que le nombre de demandes décroît.**



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'orientation en ESAT entre 2007 et 2013

Sur les premières demandes, le taux d'accord passe de 72 à 70%, ce qui est peu significatif.



Graphique 10 : Évolution du taux d'accord des premières demandes pour l'orientation en ESAT entre 2011 et 2013

Quant aux renouvellements, ils sont quasiment tous accordés.

Rappel sur les Orientation en Formation professionnelle

Les orientations en formation professionnelle ne concernent pas l'ensemble des formations que les demandeurs d'emploi handicapés peuvent suivre. Il s'agit essentiellement des orientations en CRP (*Centre de Rééducation Professionnelle*) et en CPO (*Centre de Pré-Orientation*). Les formations de droits communs accessibles aux personnes bénéficiant d'une RQTH ne sont pas soumises à l'accord de la CDAPH.

Le financement des CRP et CPO est assuré par l'Assurance Maladie pour les frais de fonctionnement (*prix de journée*). Quant aux frais de formation professionnelle, ils relèvent de l'État (DIRECCTE) ou du Conseil Régional.

Orientation en Formation Professionnelle : évolution des taux d'accord

	Form. Pro.				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	499	355	144	71,14								
2009	1169	834	335	71,34								
2010	1497	1031	466	68,87								
2011	1662	1026	636	61,73	1314	778	536	59,21	50	45	5	90,00
2012	1167	637	530	54,58	1114	584	530	52,42	53	53	0	100,00
2013*	757	437	320	57,73	730	411	319	56,30	27	26	1	96,30
	6751	4320	2431	63,99	3158	1773	1385	56,14	130	124	6	95,3846

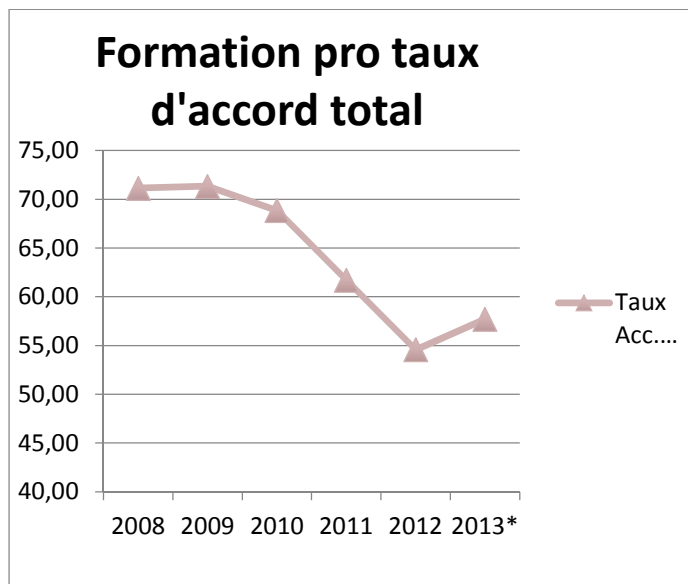
* année partielle jusqu'au 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation en Formation professionnelle traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

Pas de données pour 2007, où les listings comportent beaucoup moins de prestations individualisées.

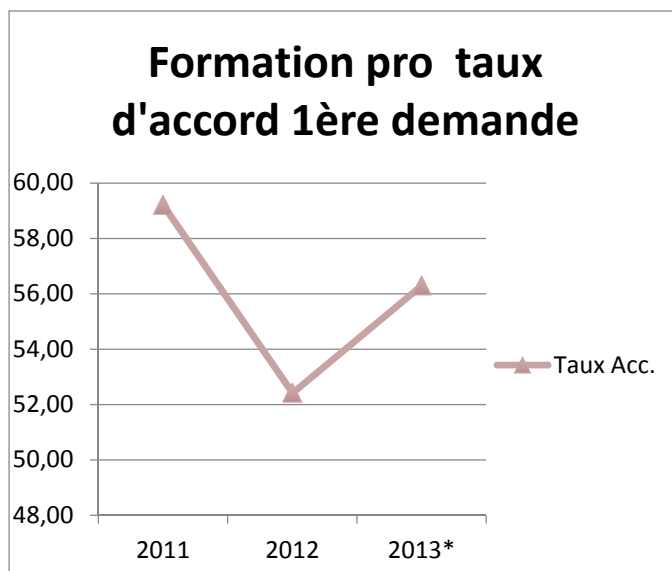
Si la moyenne des accords entre 2008 et 2013 est de près de 64%, on passe de 71 % en 2008 à 57 % en 2013, **soit une baisse de 14 points** (voir graphique 11). Alors que le nombre de demandes, après avoir plus que triplé entre 2008 et 2011, va décroître en 2012, sans forcément remonter

en 2013. À partir de 2012, le taux d'accord baisse alors même que le nombre de demandes décroît. Baissant même à 54 % en 2012, **soit 17 points de moins qu'en 2008.**



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'orientation en formation professionnelle entre 2007 et 2013

Sur les premières demandes, le taux d'accord passe de 59 à 56%, ce qui est peu significatif.



Graphique 12 : Évolution du taux d'accord des premières demandes pour l'orientation en formation professionnelle entre 2011 et 2013

Quant aux renouvellements, l'évolution est peu significative sur moins de 3 ans, avec un taux compris entre 90 et 100 %, mais fluctuant.

Orientation en EMS (*Établissements Médico-Sociaux, hors FAM, MAS, et Foyers de vie*) et Foyers d'hébergement

Rappel sur les EMS

Nous n'avons malheureusement pas de précisions suffisantes pour établir une liste précise des établissements concernés, puisque sont exclus les FAM, MAS, foyers de vie et foyers d'hébergement. On peut supposer qu'il peut s'agir de foyers d'accueil polyvalent, d'établissements d'accueil temporaire, d'établissements expérimentaux, voire d'accueil familial,

Orientation en EMS : évolution des taux d'accord

Pas de données pour 2007, sauf dans le tableau Placements, où les listings comportent beaucoup moins de prestations individualisées.

Pour les Orientations en EMS, le nombre de demandes annuelles concernées varie de 171 maximum en 2011 à 84 minimum en 2009. Mais il y a aussi la rubrique « Placements », terme utilisé en 2007 et 2008, et dont on peut penser qu'il s'agit de demandes similaires. Difficile dans ces conditions d'interpréter les 2 tableaux.

À noter quand même que le nombre élevé de demandes en 2011 est lié pour une majeure partie à des 1ères demandes, et même chose en 2012 et 2013.

Le taux d'accord passe quand même de 90 % en 2008 à 64 % en 2013, avec une moyenne de 78 % pour la période 2008 – 2013. **Soit un écart de 30 points à la baisse en moins de 6 ans. Alors qu'à partir de 2012 le nombre de demandes décroît.**

Orientation EMS												
					Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	105	95	10	90,48								
2009	84	72	12	85,71								
2010	119	94	25	78,99								
2011	171	129	42	75,44	139	106	33	76,26	4	4	0	100
2012	99	70	29	70,71	96	67	29	69,79	3	3	0	100
2013*	45	29	16	64,44	43	27	16	62,79	2	2	0	100
	623	489	134	78,49	278	200	78	71,94	9	9	0	100

* année partielle jusqu'au 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation en Établissements Médico-sociaux, hors FAM, MAS, foyer de vie ou d'hébergement, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

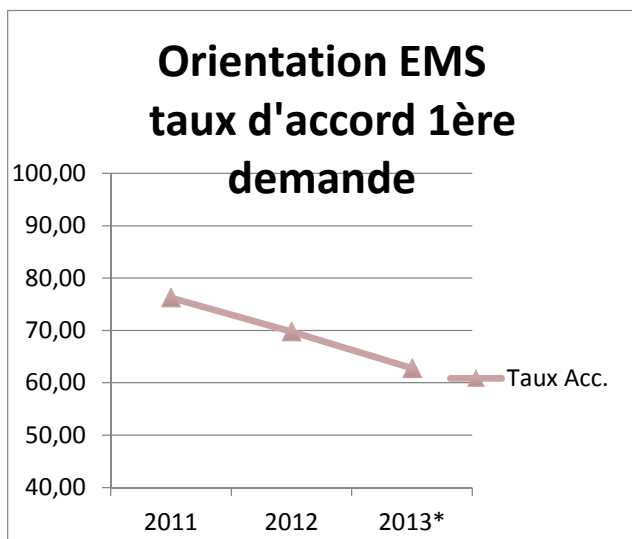
Et on constate entre 2011 et 2013, que ce sont les premières demandes qui enregistrent cette baisse du taux d'accord, tous les renouvellements de cette période étant accordés. Mais nous n'avons pas ces infos pour les années précédentes.

Pour les placements, taux d'accords élevés en 2007 et 2008 mais pas de comparaison possible avec les années suivantes.

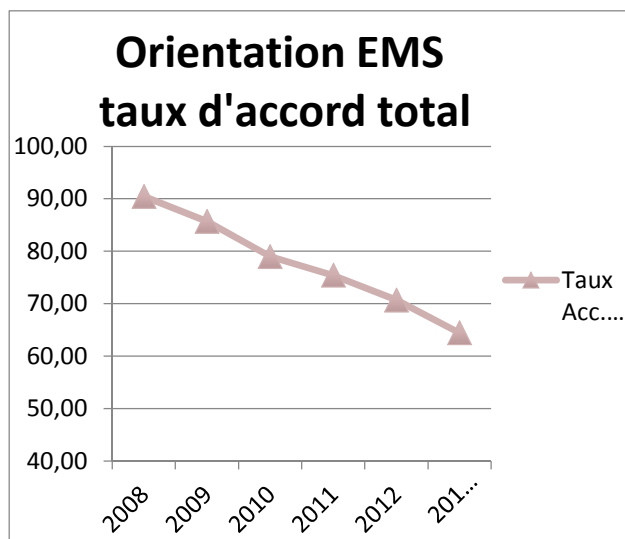
Placements				
Dates	Nbre	Accords	Refus	Taux d'accord
2007	215	201	14	94
2008	53	49	4	95
2009				
2010				
2011				
2012				
2013*				
	268	250	518	93,2836

* année partielle jusqu'au 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes de placements traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2008, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord,



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'orientation en EMS entre 2007 et 2013



Graphique : Évolution du taux d'accord de premières demandes pour l'orientation pour l'orientation en EMS entre 2011 et 2013

Rappel sur Foyer d'hébergement

Les Foyers d'Hébergement (FH) accueillent des personnes adultes travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée dans un milieu protégé (*établissement ou service d'aide par le travail – ESAT*), en milieu ordinaire (*Entreprise adaptée – EA ou entreprise ordinaire*) ou qui suivent un stage de rééducation professionnelle ayant suffisamment d'autonomie pour accomplir les actes courants de la vie quotidienne.

Les foyers d'hébergement relèvent de la compétence du Conseil Général notamment pour leurs autorisation, capacité et financement via l'aide sociale départementale. Le président du conseil général fixe le prix de journée du foyer d'hébergement, acquitte ce prix de journée et demande ensuite aux résidents une participation aux frais d'hébergement, compte tenu d'un minimum de revenus qui doit être laissé aux personnes accueillies. La participation de la personne handicapée peut être recouvrée par l'établissement et déduite du prix de journée facturé au département.

Foyer d'hébergement : évolution des taux d'accord

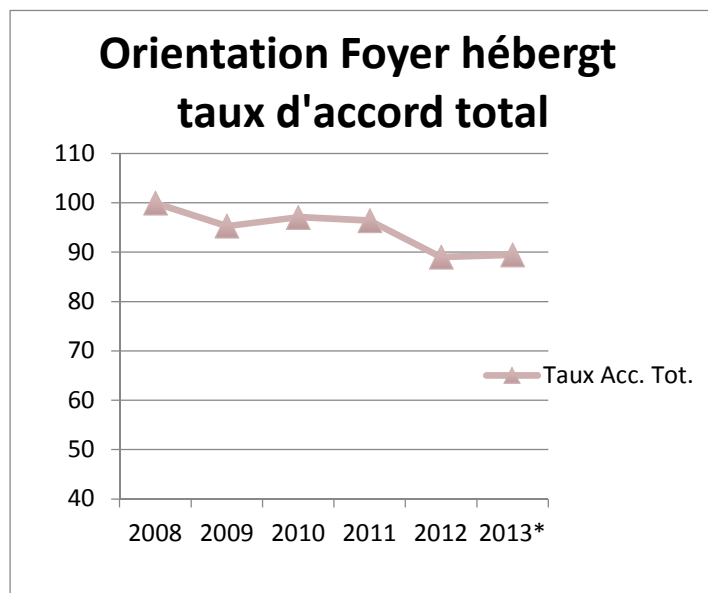
Pas de données pour 2007, sauf dans le tableau Placements (*tableau précédent*), où les listings comportent beaucoup moins de prestations individualisées.

Le nombre de demandes annuelles concernées varie de 140 en 2011 à 64 en 2009. Mais il se peut là aussi que la rubrique « Placements », terme utilisé en 2007 et 2008, concerne aussi pour cette période des demandes d'orientation en foyer d'hébergement. Toujours difficile dans ces conditions d'interpréter les 2 tableaux... **À noter quand même, encore une fois, que le nombre élevé de demandes en 2011 est lié pour une majeure partie à des 1ères demandes, et même chose en 2012 et 2013.**

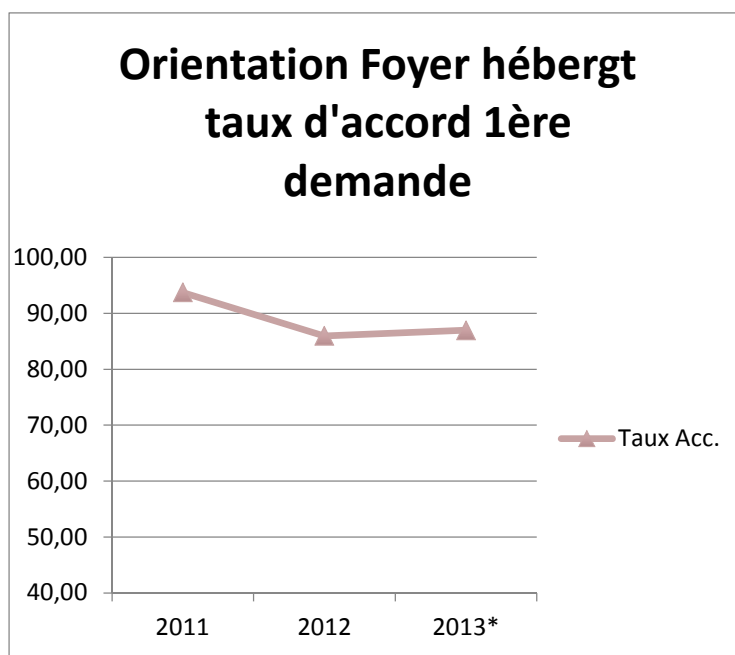
Mais le taux d'accord passe quand même de 100 % en 2008 à 89 % en 2012 et 2013, avec une moyenne de plus de 94 % pour la période 2008 – 2013. **Soit un écart de 11 points à la baisse, avec une baisse plus marquée à partir de 2012. Alors qu'à partir de 2012, le nombre de demandes décroît ?** Et on constate entre 2011 et 2013, que ce sont les premières demandes qui enregistrent cette baisse du taux d'accord, tous les renouvellements de cette période étant accordés.

	Foy. Herbergt				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	19	19	0	100								
2009	64	61	3	95,31								
2010	104	101	3	97,12								
2011	140	135	5	96,43	80	75	5	93,75	36	36	0	100
2012	73	65	8	89,04	57	49	8	85,96	16	16	0	100
2013*	57	51	6	89,47	46	40	6	86,96	11	11	0	100
	457	432	25	94,53	183	164	19	89,62	63	63	0	100
* année partielle jusque 22/8												

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation en foyer d'hébergement, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'orientation en foyer d'hébergement entre 2007 et 2013



Graphique : Évolution du taux d'accord des premières demandes pour l'orientation en foyer d'hébergement entre 2011 et 2013

Orientation en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé), MAS (Maison d'Accueil Spécialisé) et Foyers de vie

Rappel sur FAM

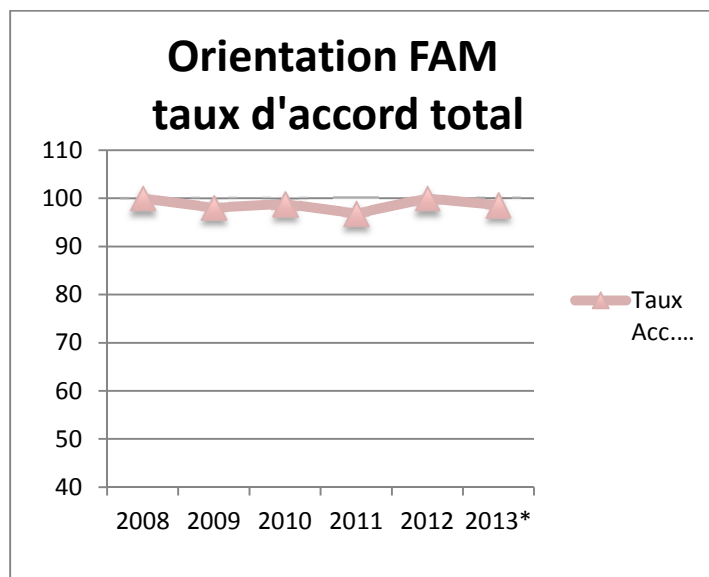
Le foyer d'accueil médicalisé reçoit des personnes lourdement handicapées et ayant besoin d'une assistance, pour la plupart des actes essentiels de la vie courante, ainsi que d'une médicalisation sans toutefois justifier une prise en charge en complète par l'Assurance maladie. L'accueil peut être limité à la journée, sans hébergement (*FAM de jour*).

Financés par l'Assurance Maladie (*Soins*) et pour l'hébergement et l'accompagnement à la vie sociale, par l'usager ou les Conseils Généraux (*aide sociale*)

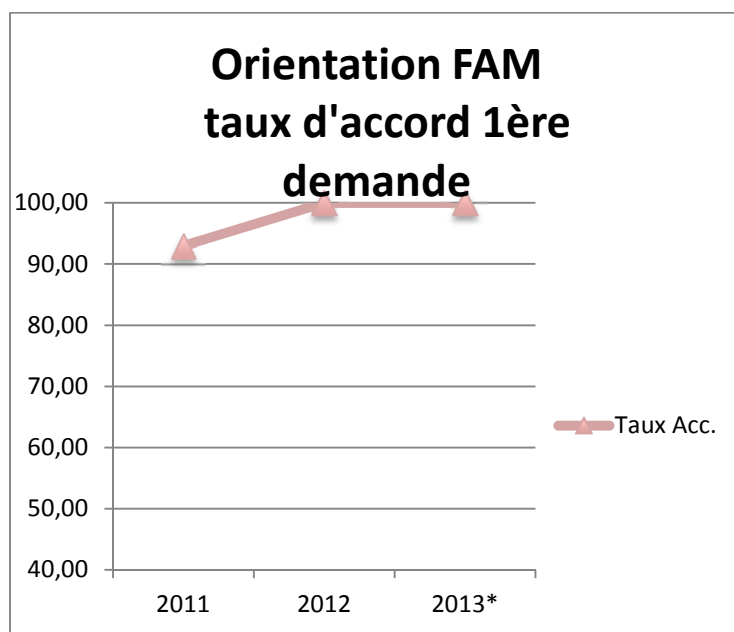
FAM : évolution du taux d'accord

	FAM				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	98	98	0	100								
2009	156	153	3	98,08								
2010	175	173	2	98,86								
2011	159	154	5	96,86	71	66	5	92,96	62	62	0	100
2012	85	85	0	100	34	34	0	100	51	51	0	100
2013*	71	70	1	98,59	24	24	0	100	47	46	1	97,87
	744	733	11	98,52	129	124	5	96,12	160	159	1	99,38
* année partielle jusque 22/8												

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation en FAM, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'orientation en FAM entre 2008 et 2013



Graphique : Évolution du taux d'accord des 1ères demandes d'orientation en FAM entre 2011 et 2013

Rappel sur MAS

La maison d'accueil spécialisée reçoit des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de la vie et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

L'accueil peut être limité à la journée, sans hébergement (MAS de jour).

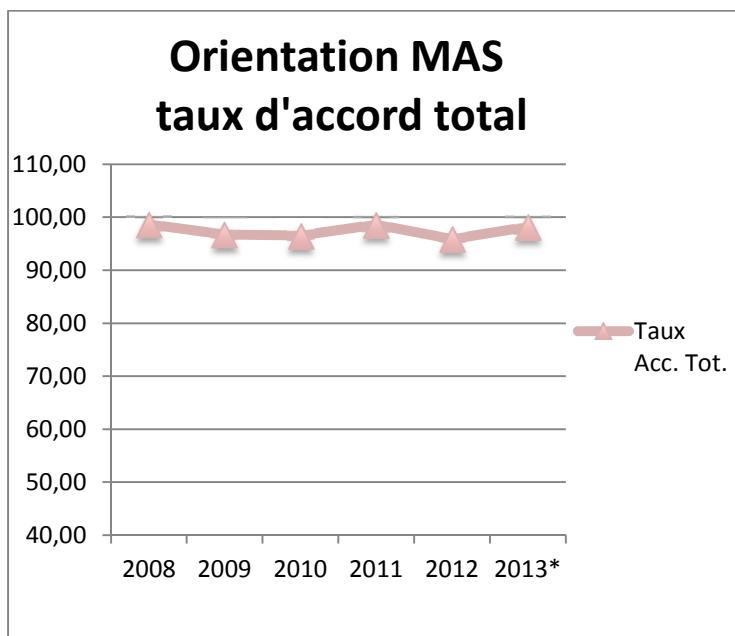
Financement par l'Assurance Maladie (prix de journée, éventuellement globalisé)

MAS : évolution du taux d'accord

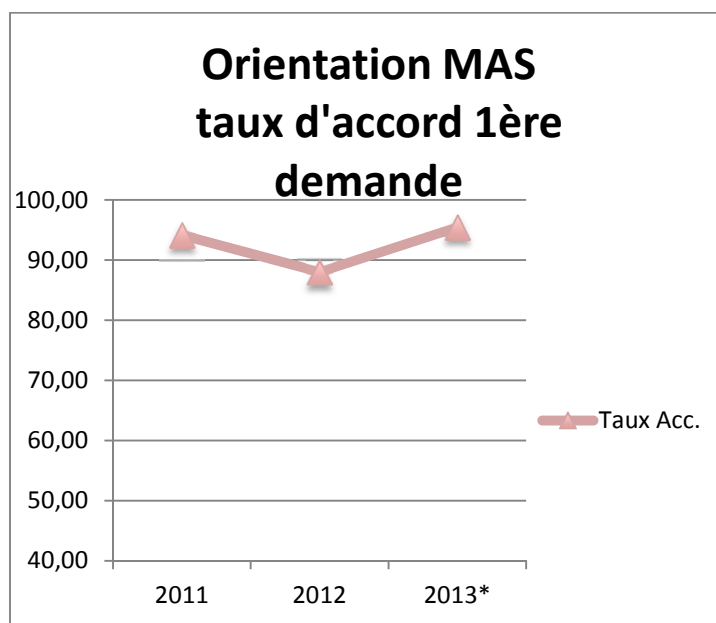
	MAS											
					Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	74	73	1	98,65								
2009	152	147	5	96,71								
2010	173	167	6	96,53								
2011	141	139	2	98,58	34	32	2	94,12	71	71	0	100
2012	73	70	3	95,89	25	22	3	88,00	48	48	0	100
2013*	55	54	1	98,18	22	21	1	95,45	33	33	0	100
	668	650	18	97,31	81	75	6	92,59	152	152	0	100

* année partielle jusque 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation en MAS, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'orientation en MAS entre 2008 et 2013



Graphique : Évolution du taux d'accord des 1ères demandes d'orientation en MAS entre 2011 et 2013

Rappel sur Foyer de vie

Le foyer de vie (ou *foyer occupationnel*) accueille des personnes adultes dont le handicap ne leur permet plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais qui ont une autonomie physique et intellectuelle suffisante pour se livrer à des activités quotidiennes et participer à une animation sociale.

L'accueil en FV peut être limité à la journée, sans hébergement (*FV de jour*).

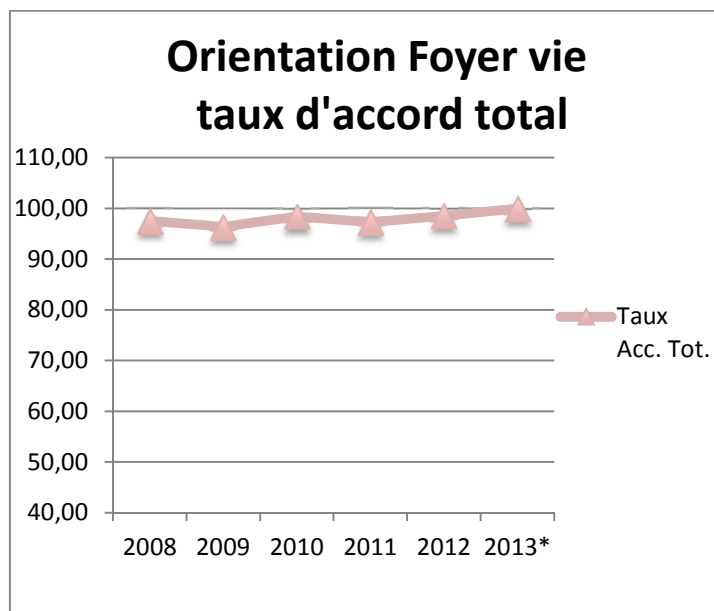
Financement par les usagers ou les Conseils Généraux (*Aide sociale*)

Foyer de vie : évolution du taux d'accord

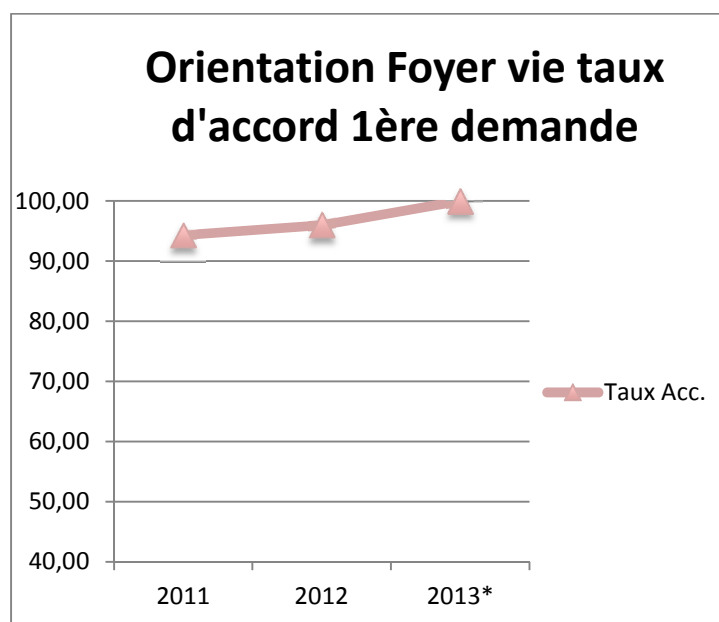
	Foy. Vie				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	122	119	3	97,54								
2009	251	242	9	96,41								
2010	259	255	4	98,46								
2011	259	252	7	97,30	88	83	5	94,32	117	117	0	100
2012	140	138	2	98,57	50	48	2	96,00	90	90	0	100
2013*	86	86	0	100	29	29	0	100	57	57	0	100
	1117	1092	25	97,76	167	160	7	95,81	264	264	0	100

* année partielle jusqu'au 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation en foyer de vie, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'orientation en Foyer de vie entre 2008 et 2013



Graphique : Évolution du taux d'accord des 1ères demandes d'orientation en Foyer de vie entre 2011 et 2013

Orientation en SMS (*Services Médico-Sociaux*), en SAVS (*Services d'Accompagnement à la Vie Sociale*) et en SAMSAH (*Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés*)

Rappel sur les SMS

En dehors des SAMSAH (*Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés*) et des SAVS (*Service d'Accompagnement à la Vie Sociale*), nous ne voyons pas quels peuvent être les SMS (*Services médico-Sociaux*) concernés. En effet, les SSIAD (*Services de Soins Infirmiers A Domicile*), SAAD (*Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile*) et les SPASAD (*Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile*) ne sont pas soumis à une orientation par la CDAPH. S'agit-il d'établissements expérimentaux ?

SMS : évolution des taux d'accord

Pas de données pour 2007 où les listings comportent beaucoup moins de prestations individualisées.

Le nombre de demandes annuelles concernées varie de 40 en 2008 à 110 en 2011. Puis le nombre de demande décroît en 2012.

À noter quand même, encore une fois, que le nombre élevé de de demandes en 2011 est lié pour une majeure partie à des 1ères demandes, et même chose en 2012 et 2013.

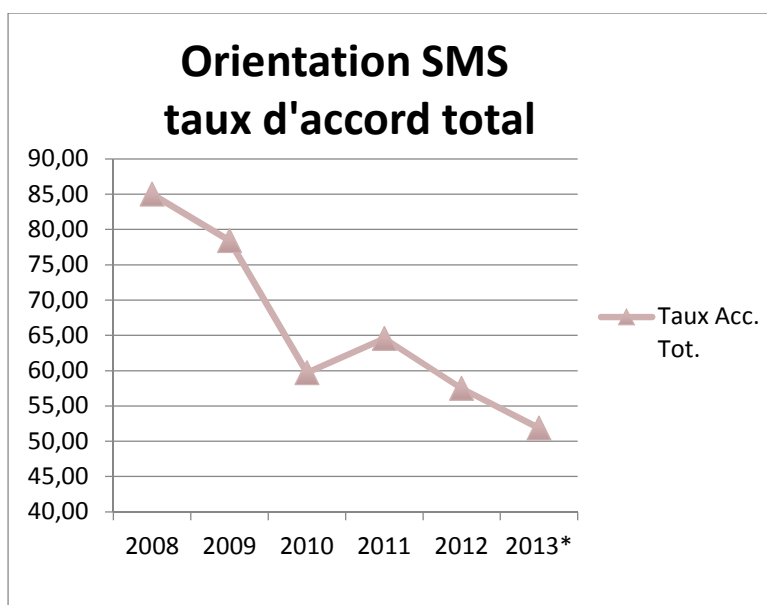
Le taux d'accord passe quand même de 85 % en 2008 à 51 % en 2013, avec une moyenne de plus de 64 % pour la période 2008 – 2013. **Soit un écart de 34 points à la baisse. Alors qu'à partir de 2012, le nombre de demandes décroît ?**

Et on constate entre 2011 et 2013, que ce sont les premières demandes qui enregistrent cette baisse du taux d'accord, quasiment tous les renouvellements de cette période étant accordés.

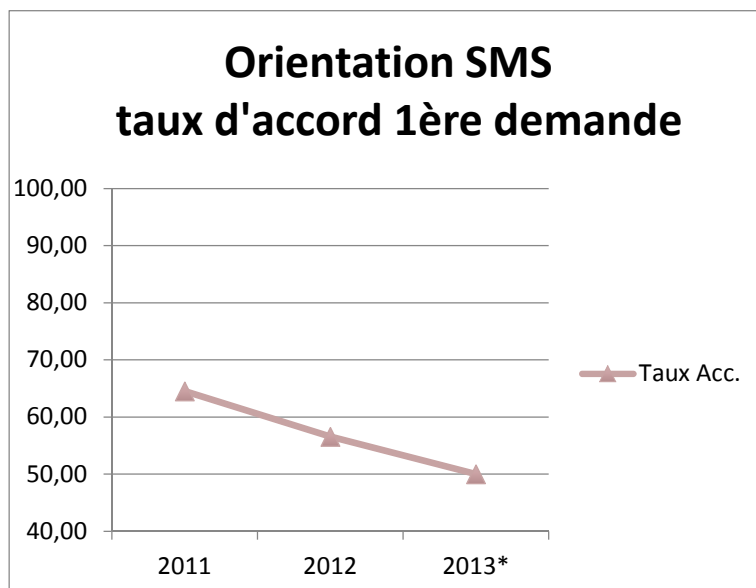
	SMS				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	40	34	6	85,00								
2009	51	40	11	78,43								
2010	67	40	27	59,70								
2011	110	71	39	64,55	93	60	33	64,52	0	0	0	
2012	80	46	34	57,50	76	43	33	56,58	4	3	1	75
2013*	54	28	26	51,85	50	25	25	50,00	4	3	1	75
	402	259	143	64,43	219	128	91	58,45	8	6	2	75

* année partielle jusque 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation en Services Médico-sociaux, hors SAMSAH et SAVS,, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'orientation en SMS entre 2007 et 2013



Graphique : Évolution du taux d'accord des premières demandes pour l'orientation en SMS entre 2011 et 2013

Rappel sur les SAVS

Les SAVS ont pour vocation d'apporter un accompagnement adapté en favorisant le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, scolaire, universitaire ou professionnel et en facilitant l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Leurs missions consistent en l'assistance et l'accompagnement dans tout ou partie des actes essentiels de l'existence ainsi qu'en un accompagnement social en milieu ouvert.

Ces services accompagnent des personnes adultes handicapées de façon plus ou moins lourde dont les déficiences et incapacités nécessitent, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager, une assistance et un accompagnement. Sans soins contrairement aux SAMSAH.

Les SAVS organisent et mettent en œuvre tout ou partie des prestations suivantes :

L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;

L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;

Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;

Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;

Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;

Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;

Le suivi éducatif et psychologique.

Les SAVS sont financés par les conseils Généraux (prix de journée ou dotation globale)

SAVS : évolution des taux d'accord

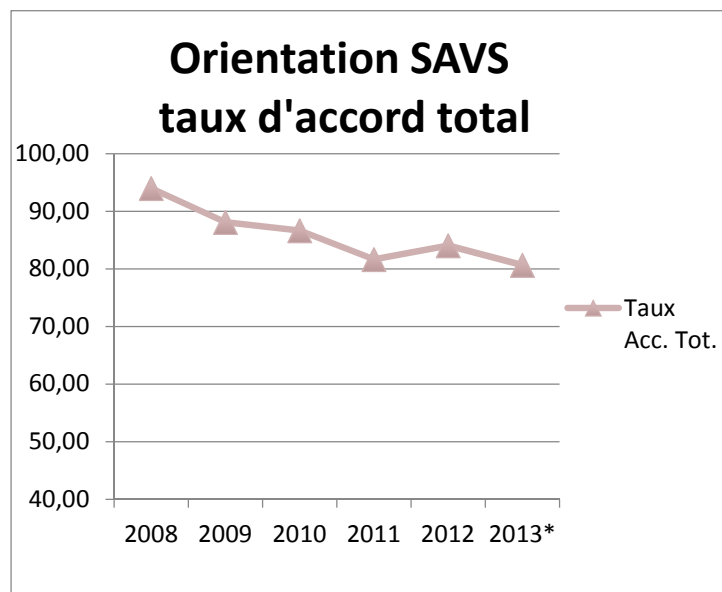
Pas de données pour 2007 où les listings comportent beaucoup moins de prestations individualisées.

Le nombre de demandes annuelles concernées varie de 216 en 2008 à 305 en 2011, pour redescendre à 169 en 2012. À partir de 2011, on note que le nombre de premières demandes représentent environ la moitié de l'ensemble des demandes.

	SAVS											
					Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	216	203	13	93,98								
2009	218	192	26	88,07								
2010	270	234	36	86,67								
2011	305	249	56	81,64	161	111	50	68,94	97	96	1	98,97
2012	169	142	27	84,02	90	63	27	70,00	79	79	0	100
2013*	119	96	23	80,67	55	38	17	69,09	64	58	6	90,63
	1297	1116	181	86,04	306	212	94	69,28	240	233	7	97,08
* année partielle jusqu'au 22/8												

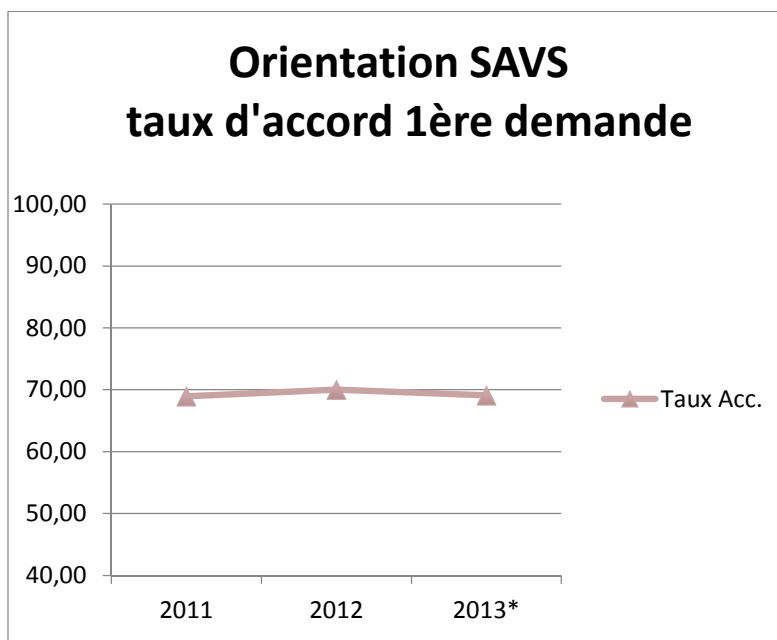
Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation en SAVS, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

Le taux d'accord passe quand même de près de 94 % en 2008 à 80 % en 2013, avec une moyenne de 86 % pour la période 2008 – 2013. **Soit un écart de 14 points à la baisse.** Alors qu'encore une fois, à partir de 2012, le nombre de demandes décroît, avec près de moitié moins de demandes en 2012 par rapport à 2011 ?

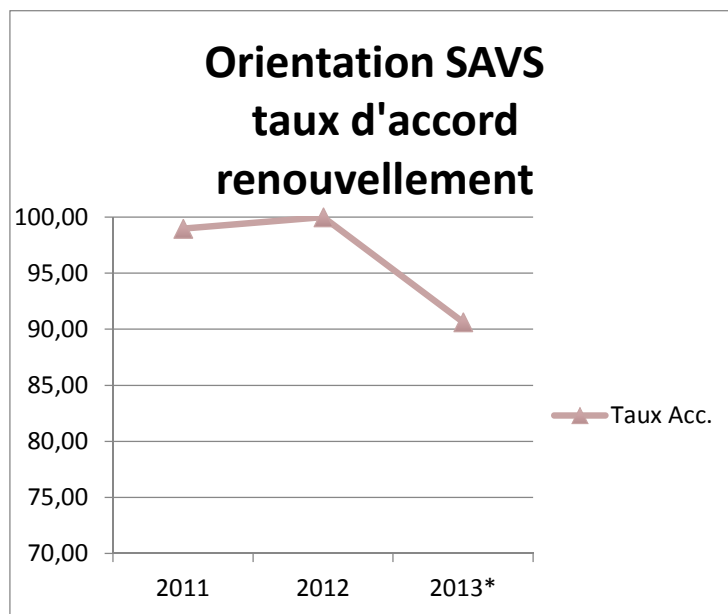


Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'orientation en SAVS entre 2007 et 2013

Et on constate **entre 2011 et 2013**, que ce sont les **premières demandes** qui enregistrent cette **baisse du taux d'accord (autour de 70 % pour les premières demandes, à comparer aux plus de 80 % pour l'ensemble des demandes)**.



Graphique : Évolution du taux d'accord des premières demandes pour l'orientation en SAVS entre 2011 et 2013



Graphique : Évolution du taux d'accord des renouvellements pour l'orientation en SMS entre 2011 et 2013

Avec quasiment tous les renouvellements de cette période accordés, sauf **en 2013, où le taux d'accord des renouvellements descend à 90 %**.

Comment expliquer de tels écarts ? Et cette tendance à la baisse du taux d'accord qui semble se confirmer en 2013, alors qu'en parallèle le nombre de demandes décroît ?

Rappel sur SAMSAH

Les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de réaliser les missions d'intégration sociale et professionnelle également dévolues aux SAVS. Ces services s'adressent à des personnes plus lourdement handicapées afin de leur apporter une réponse pluridimensionnelle intégrant une dimension thérapeutique.

Ces services accompagnent des personnes adultes handicapées de façon plus ou moins lourde (SAVS/SAMSAH) dont les déficiences et incapacités nécessitent, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager, une assistance, un accompagnement et/ou des soins.

Le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés accompagne des personnes dont l'état nécessite, en plus des interventions mentionnées pour le SAVS :

- des soins réguliers et coordonnés ;
- un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

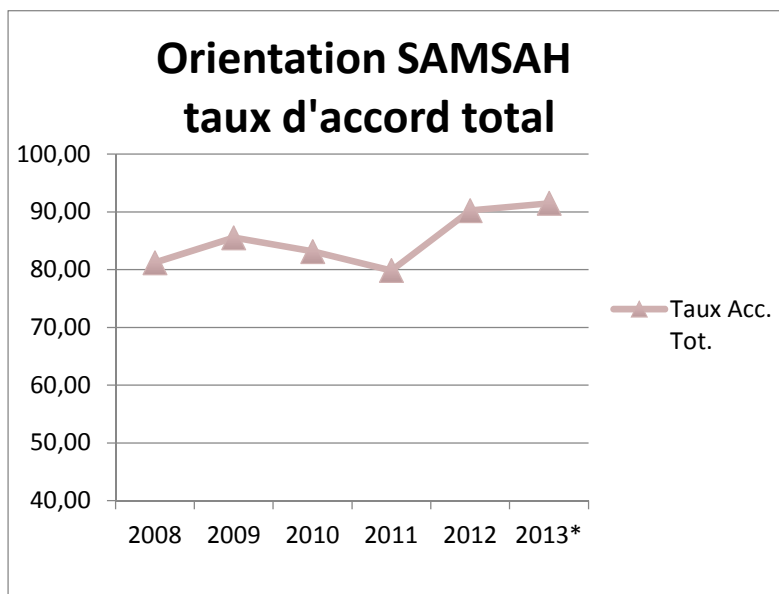
Cofinancement par l'Assurance Maladie (forfait soins) et les Conseils Généraux (tarif journalier)

SAMSAH : évolution du taux d'accord

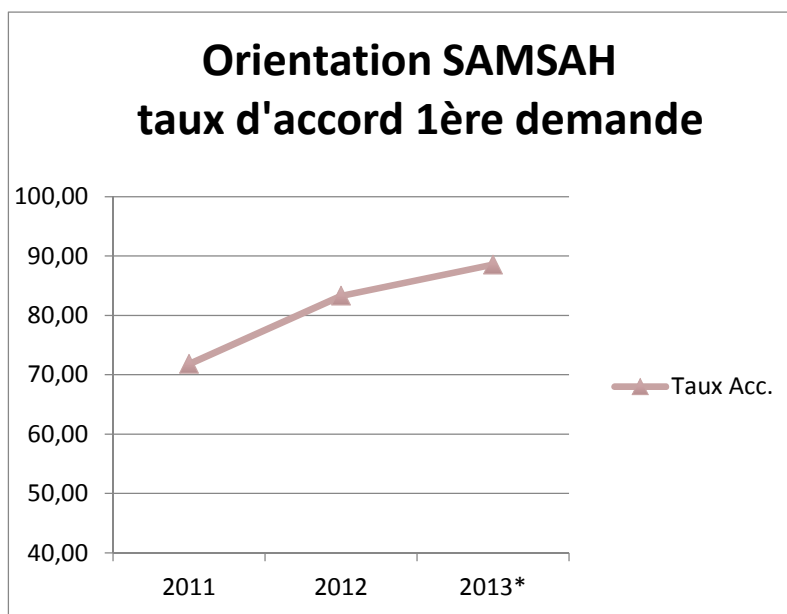
	SAMSAH				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008	16	13	3	81,25								
2009	90	77	13	85,56								
2010	119	99	20	83,19								
2011	154	123	31	79,87	103	74	29	71,84	26	26	0	100
2012	72	65	7	90,28	42	35	7	83,33	30	30	0	100
2013*	59	54	5	91,53	35	31	4	88,57	25	23	2	92,00
	510	431	79	84,51	180	140	40	77,78	81	79	2	97,53

* année partielle jusque 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'orientation en SAMSAH, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus



Graphique : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'orientation en SAMSAH entre 2008 et 2013



Graphique : Évolution du taux d'accord des 1ères demandes d'orientation en SAMSAH entre 2011 et 2013

Autres : Affiliation Assurance Vieillesse, Prime de Reclassement, Sorties d'établissement

Rappel sur l'Affiliation à l'Assurance Vieillesse, la Prime de reclassement et les sorties d'établissements

L'affiliation à l'assurance vieillesse permet à l'aidant familial de valider des trimestres pour sa retraite sans qu'il ait besoin de verser des cotisations auprès de sa caisse de retraite. La validation des trimestres prend en compte la période durant laquelle il s'occupe de la personne handicapée.

L'affiliation est accordée sous conditions relatives :

- au handicap de la personne,
- aux ressources du foyer.

L'Aidant familial qui peut être affilié est une personne qui s'occupe de la personne handicapée (adulte ou enfant) vivant à domicile.

Il doit avoir un lien de parenté ou d'affiliation, ou être lié par un PACS avec la personne handicapée ou avec le conjoint de celle-ci (qu'ils soient mariés ou non) :

- Conjoint,
- Concubin,
- Pacs,
- Ascendant de l'un des deux membres du couple,
- Descendant de l'un des deux membres du couple,
- Collatéral de l'un des deux membres du couple.

Une aide financière, appelée prime de reclassement, peut être attribuée sur demande et sous conditions à certaines personnes ayant effectué un stage de rééducation, de réadaptation et de formation professionnelle.

La prime de reclassement sert à l'achat de fournitures nécessaires à la reprise d'une activité (*vêtements, instruments de travail...*).

Pour pouvoir bénéficier de la prime de reclassement, il faut répondre à l'ensemble des conditions suivantes :

- être reconnu travailleur handicapé par la CDAPH,
- avoir suivi intégralement un stage de rééducation, de réadaptation ou de formation professionnelle dans un centre spécialisé ou chez un employeur privé,
- certifier par écrit ne pas avoir droit à une autre aide de même nature (*versée aux accidentés du travail, ou prévue par le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre*),

- et résider en France depuis au moins 3 ans à la date de l'admission en stage, si le demandeur est une personne étrangère.

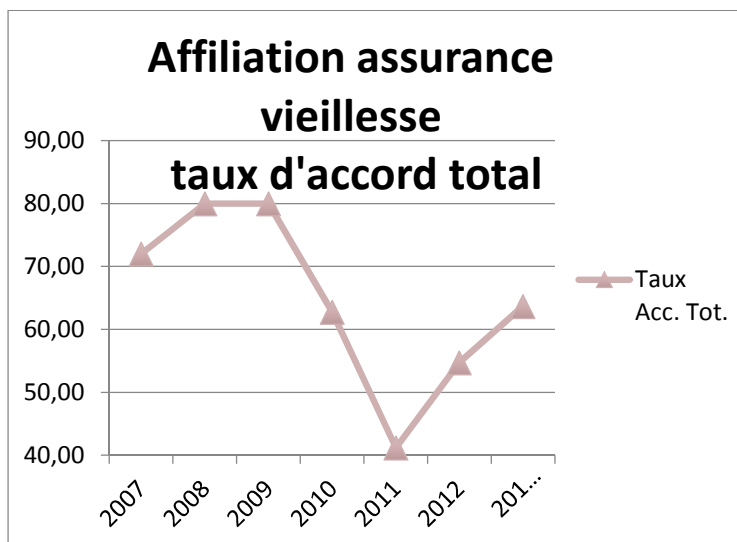
Le montant de la prime de reclassement est fixé à 100 €. Elle n'est versée qu'une seule fois.

Affiliation à l'Assurance Vieillesse : évolution du taux d'accord

Aff. Vieill.					Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007	25	18	7	72,00								
2008	10	8	2	80,00								
2009	5	4	1	80,00								
2010	94	59	35	62,77								
2011	182	75	107	41,21	146	60	86	41,10	1	1	0	100
2012	128	70	58	54,69	125	69	56	55,20	3	1	2	33,3333
2013*	99	63	36	63,64	99	63	36	63,64	0	0	0	
	543	297	246	54,70	370	192	178	51,89	4	2	2	50

* année partielle jusqu'au 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes d'affiliation à l'assurance vieillesse, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus



Graphique 43 : Évolution du taux d'accord total (premières demandes et renouvellements) pour l'affiliation à l'assurance vieillesse entre 2007 et 2013

Prime de reclassement : évolution du taux d'accord

Chiffres extrêmement variables : on passe de 0 demande en 2008 (après seulement 7 demandes en 2007), à 35 en 2009, puis 121 en 2010 pour retomber à 57 en 2011. Les taux d'accords sont aussi compris entre 19,30 % en 2011 et 94 % en 2009. Les années comportant le plus de demandes en nombre ayant le plus fort taux d'accord.

Prime Reclassement												
Dates					Prem. Dem.				Renouv.			
	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc. Tot.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007	7	3	4	42,86								
2008	0	0	0									
2009	35	33	2	94,29								
2010	121	88	32	72,73								
2011	57	11	46	19,30	40	2	38	5,00	0	0	0	
2012												
2013*												
	220	135	84	61,36	40	2	38	5,00	0	0	0	

* année partielle jusqu'à 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes de Primes de reclassement, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

Impossible de trouver la moindre cohérence ou explication à ces variations.

Sorties d'établissement : évolution du taux d'accord

Il s'agit à priori de demandes provenant d'établissements afin d'autoriser la sortie d'un usager. Dans la pratique, il semble s'agir de personnes dont les établissements ne veulent plus pour des raisons de respect du règlement intérieur.

Données non significatives sur moins d'un an.

	Sortie établissement				Prem. Dem.				Renouv.			
Dates	Tot. Demande	Tot. Acc.	Tot. Refus	Taux Acc.	Nbre. Prem. Dem.	Accords	Refus	Taux Acc.	Nbre	Accords	Refus	Taux Acc.
2007												
2008												
2009												
2010												
2011												
2012												
2013*	16	16	0	100	15	15	0	100	1	1	0	100
	16	16	0	100	15	15	0	100	1	1	0	100

* année partielle jusqu'au 22/8

Tableau : Comparaison du nombre de demandes de sorties d'établissements, traitées en CDAPH 31, entre 2007 et 2013, avec les taux d'accord et de refus en nombre, et le pourcentage de taux d'accord, en distinguant les premières demandes et les demandes de renouvellement pour la période 2011 à 2013 - 2013 année partielle traitée jusqu'au 22/08/13 inclus

ANNEXE 2 : COPIE DE LA LETTRE DU CIAH 31 EN DATE DU 4 JUIN 2013 À L'ATTENTION DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA HAUTE-GARONNE :

"Les représentants des associations de personnes en situation de handicap et de leurs familles, membres de la COMEX et du CIAH 31, vous prient de bien vouloir inscrire les points suivants à l'ordre du jour de la COMEX du 1er juillet 2013.

À plusieurs reprises, les représentants des associations du CIAH 31 qui siègent en COMEX, ont demandé que soit réalisée une **synthèse par année, depuis 2006, des taux et nombres d'accords et de refus pour chaque type de prestation accordée en CDAPH**, en précisant s'il s'agit d'une première demande ou d'un renouvellement pour les périodes où cette distinction apparaît dans les listings des votes en CDAPH.

En effet, dans leur forme actuelle, les rapports d'activité de la MDPH ne permettent pas d'apprécier les taux d'évolution d'accords et de refus des différentes prestations accordées. Or, le c'est le seul moyen pour nos associations d'objectiver une évolution des demandes et des droits accordées.

Nous nous permettons donc de vous renouveler notre demande de synthèse par année de ces éléments pour chacune des prestations accordées. Si vos services ne sont pas en mesure d'établir cette synthèse, nous vous remercions par avance de nous fournir au plus tôt les fichiers Excel de chacune des CDAPH, et nous nous chargerons d'en effectuer le dépouillement et la synthèse, s'agissant de fichiers anonymisés, cela ne devrait pas poser de problème.

Pour l'avenir, nous vous remercions par avance de prévoir dorénavant de faire figurer ces informations dans les rapports annuels d'activité de la MDPH."

ANNEXE 3 : COPIE DE LA RÉPONSE DU CONSEIL GÉNÉRAL EN DATE DU 24 JUIN 2013 (COURRIER POSTÉ LE 4/7 ET REÇU LE 10/7, SOIT APRÈS LA RÉUNION DE LA COMEX DU 4/7) :

"Par courrier en date du 4 juin 2013, vous me demandez d'inscrire divers points à l'ordre du jour de la Commission exécutive du 1^{er} juillet 2013

Dans un premier temps, vous sollicitez une synthèse. par année, des taux et des nombres d'accords et de refus pour chaque type de prestations relevant de la CDAPH, avec la précision relative aux premières demandes et aux renouvellements, et ce depuis 2006. Afin que vous puissiez objectiver une évolution des demandes et des droits accordés.

Comme mes services l'ont déjà expliqué, ces données ne sont pas disponibles en l'état. En effet, les statistiques qui sont présentées en commission sont directement extraites du logiciel métier de la MDPH dont la mise en place reste relativement récente. Grâce à la consolidation de cet outil, ces statistiques permettent désormais de renseigner le procès-verbal de la CDAPH au fur et à mesure de chaque action effectuée par les membres de l'équipe. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les indicateurs clé de l'année 2011 avaient pu vous être présentés sous la forme sollicitée, lors du CDCPH du 2 octobre 2012.

Concernant ces procès-verbaux des commissions, ils comportent l'ensemble des coordonnées des usagers. Il s'agit donc d'un document confidentiel qui ne peut vous être transmis. Par ailleurs, toute requête statistique nécessite une expertise informatique avérée et c'est la raison pour laquelle ce sont les services de la Direction de l'Informatique et des télécommunications du Conseil Général qui assurent ces éditions. Vous n'êtes pas sans savoir que la CNSA rencontre actuellement, et malgré la mobilisation des différents éditeurs, de grandes difficultés dans la mise en œuvre du dispositif SipaPH, tant au niveau de l'explicitation des étapes de chaque action que dans l'extraction et le traitement des données, compte tenu de la complexité de chaque base informatique. Ainsi, votre demande de transmission de fichier Excel ne peut être satisfaite.

Afin de répondre à votre demande tout en tenant compte de ces différentes contraintes, un travail de recherche et d'extraction de données va être entrepris pour vous apporter les informations demandées à la prochaine réunion de la Commission exécutive suivant celle du 1^{er} juillet, pour les données 2011 et 2012 pour le service "adultes" et 2012 pour le service "enfants", dates à partir desquelles sont disponibles des extractions fiables des données demandées.

À ce sujet, je vous rappelle que la MDPH est une organisation qui date de 2006 seulement et qui est confrontée à une augmentation de son activité de 120 % en 7 ans. Dans ces conditions, souhaiter objectiver une évolution des demandes et des droits accordées en ne prenant appui que sur les taux de rejets, sans prendre en compte les autres variables et éléments de contexte, induirait un biais important que vous n'êtes pas sans appréhender."

ANNEXE 4 : HISTORIQUE DE LA DEMANDE ASSOCIATIVE D'ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES TAUX D'ACCORD ET REFUS DE PRESTATIONS EN CDAPH 31

La demande des associations du CIAH 31

Suite à de nombreuses demandes orales, formulées notamment dans le cadre de la COMEX 31, les associations du CIAH avaient demandé la mise à l'ordre du jour de cette question à l'occasion de la COMEX 4 juillet 2013. Voir annexe 1 et 2 précédant.

Réponse argumentée des auteurs

On s'étonne en effet d'une telle réponse dans la mesure où :

- Les données statistiques étaient déjà, pour une grande partie, disponibles via différents médias (voir ci-après), et que, ce disant, nous ne requérions qu'un accès aux tableurs agrégeant ces données,
- Le recueil d'informations statistiques fait partie des compétences réglementaires de ce Groupement d'Intérêt Public qui avait en outre, initialement, comme mission de devenir également un observatoire local du handicap. Rappelons à ce propos le peu de données statistiques dont nous disposons concernant les différentes situations de handicap que rencontrent dans leur quotidien les personnes, et l'importance de telles informations pour l'élaboration de réponses de compensation adaptées.

- **La mission d'observation des MDPH**

« (...)Chaque maison départementale recueille et transmet les données mentionnées à l'article L. 247-2, ainsi que les données relatives aux suites réservées aux orientations prononcées par la commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées, notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées. »

Article L146-3 du CASF

« (...)Dans le cadre d'un système d'information organisé par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les maisons départementales des

personnes handicapées transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, outre les données mentionnées à l'article [L. 146-3](#), des données :

- relatives à leur activité, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises ;
- relatives à l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie;
- relatives aux caractéristiques des personnes concernées ;
- concernant les décisions mentionnées à l'article [L. 241-6](#). »

Article L247-2 du CASF

- **Les médias potentiels d'information statistique en Haute-Garonne :**

Il est remis aux membres de la Commission des Droits et de l'Autonomie, à l'occasion de chaque réunion de la CDAPH, un tableau récapitulant le nombre de demandes par type de prestation, avec les nombres et les pourcentages de taux d'accord et de refus, et s'il s'agit d'une première demande ou d'un renouvellement ;

Il est fourni annuellement au CDCPH et aux membres de la CDAPH un rapport de fonctionnement de la MDPH qui agrège un nombre important de données malheureusement hétérogènes d'une année sur l'autre ;

Dans le cadre de ses obligations réglementaires, la MDPH 31 fait remonter à la CNSA les données statistiques agrégées mentionnées à l'article L147-2 du CASF afin que cette dernière puisse réaliser son rapport annuel sur la mise en œuvre des politiques publiques du handicap.

Considérant les différents éléments mentionnés précédemment, on s'étonne en effet que des données statistiques disponibles en version papier ne soient pas aussi disponibles en version numérique...

Argument 1 : un système de recueil de données en cours de mise en œuvre

Certes, est-il précisé dans la lettre qui nous a été adressée, la MDPH 31 fait valoir les difficultés de la CNSA à mettre en place un système général d'informations statistiques, appelé SIPAH, concernant les données agrégées par les différentes MDPH de France : « *Vous n'êtes pas sans savoir que la CNSA rencontre actuellement, et malgré la mobilisation des différents éditeurs, de grandes difficultés dans la mise en œuvre du dispositif SipaPH, tant au niveau de l'explicitation des étapes de chaque action que dans l'extraction et le traitement des données, compte tenu de la complexité de chaque base informatique. Ainsi, votre demande de transmission de fichier Excel ne peut être satisfaite.* ».

Mais ces difficultés qui reposent en grande partie sur l'hétérogénéité des systèmes d'information départementaux (*qui dépendent eux-mêmes des Conseils Généraux qui ont compétence réglementaire en la matière*), concernent des données nationales, et non locales, comme nous le requérons. Dit autrement, la requête ne concernait pas une extraction SIPAH des données de la Haute-Garonne, mais une extraction sous forme de tableau ou de liste non mis en forme des données du système informatique de la Haute-Garonne en matière de handicap, qui plus est sur des points précis.

Par ailleurs, on comprend aisément que la mise en place de ces systèmes, leur renouvellement, les délais propres dans ce domaine à la complexité des marchés publics, entraînent des dysfonctionnements lourds pour les équipes de professionnels en charge de récolter, compiler et traiter ces données statistiques.

Cependant, les extractions que nous requérons ne concernaient que des tableaux de données ou des listes déjà existantes puisque ayant servis soit dans le cadre des différentes Commissions des Droits et de l'Autonomie, soit dans le cadre des remontées d'informations fournies à la CNSA avant l'existence du SIPAH et qui ont, notamment, permis d'élaborer les rapports de fonctionnement annuel de la MDPH.

Argument 2 : un droit à l'anonymat est-il un droit au secret ?

L'argumentaire avancé dans la réponse qui nous a été fournie repose par ailleurs sur une évocation du devoir d'anonymisation de ces données : « *Concernant ces procès-verbaux des commissions, ils comportent l'ensemble des coordonnées des usagers. Il s'agit donc d'un document confidentiel qui ne peut vous être transmis.* ».

Nous nous joignons à la nécessité de garantir aux personnes effectuant une demande officielle auprès de la MDPH, un droit absolu d'accès, c'est-à-dire un droit égal de publication et/ou de privatisation, aux données qui les concernent. Cependant, nous rappelons que :

- les données demandées ne sont pas des données individualisées,
- qu'il est fait obligation réglementaire dans les systèmes d'informations informatiques servant de base à l'enregistrement, au traitement et à la diffusion numérique de données tombant sous le sceau soit du secret médical (qui ne lit de droit, rappelons-le qu'un médecin donné à un patient donné), soit du secret professionnel, de donner un numéro d'anonymisation aux dossiers de sorte qu'un travail à l'échelle individuelle peut-être réalisé sans divulgation d'informations personnalisées,
- que les associations qui ont entrepris ce travail de recueil et d'analyse des données sont non seulement des association représentative de la parole, des droits et des intérêts des personnes en situation de handicap, et que d'autre part elles sont pour une bonne part membres de la CDAPH et donc tenue elle-même au secret.

Argument 3 : un conflit d'expertise : les associations de personnes handicapées expertes ou profanes ?

Par ailleurs, dans la réponse qui a été adressée aux associations du CIAH, il est fait mention d'un ensemble d'arguments relatif au bien-fondé du projet mené et aux compétences mobilisées pour ce faire. Ainsi, concernant ce dernier aspect, avons-nous quelque mal à saisir le sens premier de l'argument suivant : « *toute requête statistique nécessite une expertise informatique avérée et c'est la raison pour laquelle ce sont les services de la Direction de l'Informatique et des télécommunications du Conseil Général(...)* ».

S'il s'agit d'une invite à se rapprocher des services ayant compétence en matière de traitement informatique au sein du Conseil Général, un appel donc, à la coopération, les participants au présent rapport se tiennent disponibles pour envisager un travail collectif. S'il s'agit, par contre, de s'interroger sur les compétences d'analyse et de traitement statistique des données des membres de ce projet, nous souhaitons rassurer pleinement les équipes du Conseil Général en les assurant de la mobilisation des ressources nécessaires et compétentes en la matière (*des personnes aux compétences avérées ont été consultées pour la menée des analyses statistiques du présent rapport*).

Argument 4 : Jeunesse ou Maturité des dispositifs ?

Enfin, il était avancé dans la réponse à la demande du CIAH, la relative jeunesse de la MDPH, la constante montée en charge de son activité, et les biais que cela pouvait occasionner quant à l'évaluation de taux d'accords ou de refus : « A ce sujet, je vous rappelle que la MDPH est une organisation qui date de 2006 seulement et qui est confrontée à une augmentation de son activité de 120 % en 7 ans. Dans ces conditions, souhaiter objectiver une évolution des demandes et des droits accordées en ne prenant appui que sur les taux de rejets sans prendre en compte les autres variables et éléments de contexte, induirait un biais important que vous n'êtes pas sans appréhender. »

Concernant l'âge de la MDPH, soit 7 ans, et aux vues du rythme de réformes législatives en France, de la façon même dont les anciennes COTOREP et CDES ont été à de nombreuses reprises réformées, cet âge constitue malgré tout un record de maturité....

Concernant la montée en charge de l'activité de la MDPH, nous insistions sur le peu de valeur représentative de ce chiffre. À quoi correspond cette montée en charge ? Au traitement à la fois des demandes de renouvellement et aux premières demandes ? Peut-on de façon cohérente, mélanger dans l'évaluation d'une « montée en charge » traitement des stocks et nouvelles demandes ? Quel est d'ailleurs le niveau d'analyse de cette montée en charge ? La « demande » qui est une unité trompeuse dans la mesure où une même personne peut en formuler plusieurs, ou le « dossier » ? Qui plus est, cette donnée si elle n'est pas corrélée à d'autres variables, comme, par exemple, le taux de prévalence de chaque type de handicap ne signifie dans l'absolu que peu de choses. A l'inverse, en effet, de l'APA et de la population à laquelle cette prestation se destine, c'est méconnaître la population des personnes en situations de handicap, que de penser que les demandes seront en constante évolution. Il est en effet dommageable de rappeler ici que le « handicap » n'est pas une maladie, ni même une condition de l'existence humaine, mais le résultat de situations de rencontre entre des environnements incapacitants et des incapacités individuelles, lesquelles demeurent circonstancielles et non conditionnelles¹⁷. Les courbes de financement à termes atteindront sous peu leur « rythme de croisière », comme cela est déjà mentionné dans plusieurs rapports¹⁸...

¹⁷ Nous renvoyons à ce propos le lecteur aux travaux canadiens autour du Processus de Production du Handicap et aux théories des Disabilities Studies, dont celles d'un auteur comme Vic Finkelstein, dont on trouvera un extrait particulièrement d'actualité à l'adresse suivante : <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/finkelstein-The-Social-Model-of-Disability-and-the-Disability-Movement.pdf>

¹⁸ Dont dossier technique de la CNSA de décembre 2012 : "MDPH : Au carrefour des politiques publiques - synthèse des rapports d'activité 2011 des MDPH" et rapport CNSA du 23/4/13 "Analyse de la montée en charge de la PCH 2012"

Enfin, nous voudrions préciser qu'évaluer un taux de refus, c'est calculer au regard de l'ensemble du nombre de demandes, celles qui n'ont pas été acceptées. Autrement dit, le taux varie en fonction de l'ensemble de la population de la classe statistique envisagée. C'est une valeur relative que l'on ne peut, de ce fait, taxer d'être déconnectée de l'évolution du nombre de demandes que reçoit régulièrement la MDPH. A moins de considérer qu'une grande partie des demandes adressées à la MDPH ne sont pas des demandes « légitimes » (*voir partie Effet de notoriété*).

Qui plus est, « l'objectivation » que nous cherchons à réaliser de l'évolution du traitement des demandes n'a pas pour but de condamner ou de dénoncer mais simplement d'analyser puis de comprendre... L'objectif a été, est et reste celui d'une amélioration partagée.