

SYNTHESE DU RAPPORT

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, en décembre 2013

Par 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

Et 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

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 des 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.

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'État 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,

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, poussés par cette volonté de resituer les données recueillies dans une conjecture plus générale, que le présent rapport est ouvert 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,

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

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

³ CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

⁴ CNCPH : Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées

raison pour laquelle, nous joignons à ces éléments de comparaison 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 focaliser⁵ 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.

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 rapport 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. À cet effet ce rapport se conclue par un chapitre en annexe présentant les réflexions théoriques plus générales que ces constats appellent.

Chapitre introductif : une présentation des données recueillies

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.

Accès aux droits des personnes en situation de handicap en Haute-Garonne

L'activité décisionnelle de la CDAPH 31

L'activité de la CDAPH Adulte en Haute-Garonne n'a cessé d'augmenter : doublement de l'activité en 5 ans. Une lecture détaillée de cette évolution laisse cependant à voir d'importantes fluctuations d'une année sur l'autre (l'année de plus forte montée en charge reste 2009 tandis que les autres années voient l'activité de la CDAPH se stabiliser)

Un effet de seuil ?

Au-delà le nombre annuel de CDA reste stable, ce qui constitue en soi un résultat intéressant car contrairement à ce que l'on aurait pu accroire, les variations du nombre de commissions ne

⁵ L'analyse des autres séries statistiques que nous avons pu constituer concernant chacune des autres prestations est renvoyée en annexes

semblent pas indexées sur les variations du volume des prestations elles-mêmes. 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.

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. Il semblerait que la commission auditionne en moyenne 2 personnes par séances, soit une soixantaine par an à peu de choses près. La majorité de l'activité décisionnelle se déroule de ce fait en dehors des temps de rencontre prévus par la loi⁶.

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 traitées 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.*** »

Éléments de Contextualisation sur la compensation en Haute-Garonne

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 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.

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 le tableau extrait de l'étude récente de l'ORSMIP sur les personnes handicapées en région Midi-Pyrénées.

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 : 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. Toutefois les délais moyens de traitement de la MDPH 31 font partie des plus élevés.

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

Les données extraites des listings de décisions de la CDAPH Adulte de la MDPH de la Haute-Garonne 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 % pour l'année 2007. Le taux moyen d'accord 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

⁶ 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%).

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).

Par ailleurs les taux d'accord pour chaque prestation varient de manière très importante entre les différentes prestations. Les analyses des données recueillies laissent ainsi 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 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.

L'Allocation Adulte Handicapé - A.A.H

L'analyse détaillée des listings fait ressortir une période d'augmentation du nombre de demandes d'AAH 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. **Le taux d'accord de l'AAH connaît d'autre part une baisse de près de 7 points passant de 75,44 % en 2007, à 68,61 % en 2013.** Alors que le nombre de demandes d'AAH stagne entre 2009 et 2010. La disparition de la condition d'inactivité d'un an, supprimée par la loi des finances 2009 explique pour partie ces variations.

Mais cette tendance à la baisse est beaucoup plus explicite encore dans le cadre des premières demandes d'AAH. **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.

Si pour les demandes de renouvellement, les taux d'accord restent relativement forts, ils n'en sont pas moins impactés par la même tendance. 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.** 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...

La Prestation de Compensation du Handicap

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 (*du simple au triple*).

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, et la 2e, 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.

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.

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.

Certes, le nombre de demandes augmente lui aussi de façon significative, ce dernier ayant presque triplé entre 2008 (1 112) et 2011 (2 358). Mais **l'engouement pour la PCH connaît 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)).**

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 !

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 détenons 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.

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 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 diffèrent 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 adressés 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.

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.

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 recentration 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 !