



**Maison Départementale
des Personnes Handicapées**

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2018

Au cours de l'année 2018, ce sont 7385 personnes qui ont déposé une demande auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Indre, soit 500 personnes de plus que l'année passée.

Œuvrant depuis l'origine dans ce contexte d'augmentation, (61.5% d'augmentation du nombre de personne ayant déposé au moins une demande, depuis sa création) la Maison Départementale des Personnes Handicapées ne se départ pas de ses fondamentaux sur la qualité du service rendu à l'utilisateur et la performance, malgré un contexte de plus en plus contraint.

Les chiffres ci-après sont autant d'indicateurs qui en témoignent :

- 17 766 demandes déposées (en augmentation de 3.83% par rapport à 2017)
- 20 097 décisions prises par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (soit 6.8% d'augmentation),
- Des délais d'instruction qui ont baissé de 0.2 mois, malgré ce contexte pour passer à 4.44 mois (2.5 mois pour le secteur enfants et 5.2 mois pour le secteur adulte).
- Une activité d'accueil physique qui reste quasi identique à 2017 avec 8 078 personnes reçues (soit 0.54%) mais un volume d'accueil téléphonique en très forte progression (5.5% par rapport à 2017) qui représente 18 838 communications.

C'est la volonté, l'énergie et l'implication de tous :

- membres du GIP-MDPH, Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées et associations, toujours extrêmement mobilisés,
- partenaires extérieurs et établissements/services médico-sociaux résolus et persévérants dans l'intérêt des personnes,
- agents de la Maison Départementale des Personnes Handicapées par leur application quotidienne, leur professionnalisme et la qualité constante de leur travail,

qui ont conduit, cette année encore, à maintenir ces résultats et ce niveau de prestation au bénéfice des personnes handicapées dans l'Indre et à la compensation des conséquences liées à leur handicap.

Je tenais vivement à vous en faire part et à vous remercier pour tout le travail accompli quotidiennement afin d'aider les personnes et leurs familles dans ces situations particulièrement difficiles.

Michel BLONDEAU
Président du GIP – MDPH

SOMMAIRE

Introduction	5	5
Situation départementale	5	
Données générales sur le public en situation de handicap	7	
Données générales sur l'offre en établissements et services médico-sociaux	7	
3.1 Adultes	11	
3.2 Enfants		
 		13
Partie 1 – Activité des services de la MDPH	13	
1. Organisation des services de la MDPH	14	
2. Communication et sensibilisation au handicap	14	
3. Accueil et information		
4. Instruction, évaluation et élaboration des réponses		16
4.1 Instruction des demandes	20	
4.2 Evaluation et élaboration des réponses	25	
5. Processus de décision	25	
5.1 Fonctionnement de la CDAPH	28	
5.2 Délais de traitement	29	
5.3 Suivi des décisions	30	
5.4 Gestion des fins de droits	30	
6. Médiation, conciliation, recours	30	
6.1 Médiations et conciliations	30	
6.2 Recours	30	
6.2.1 Recours gracieux	33	
6.2.2 Recours contentieux	37	
7. Fonds Départemental de Compensation	37	
7.1 Contributions, apports	37	
7.2 Examen des demandes		
8. Evolutions législatives et réglementaires ayant impacté la MDPH		41
8.1 Le plan d'accompagnement global	43	
8.2 Le DITEP	44	
8.3 Le PCPE	45	
8.4 La MISPE	46	
 		47
Partie 2 – Mission d'observation des politiques publiques	47	
1. Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	50	
2. Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	51	
3. Allocation Adulte Handicapé (AAH) et Complément de ressources (CPR)	52	
4. Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et ses compléments	54	
5. Cartes Mobilité Inclusion	54	
5.1 Cartes d'invalidité et de priorité	55	
5.2 Cartes européennes de stationnement	57	
6. Scolarisation des enfants handicapés et orientations scolaires	57	
6.1 La scolarisation au sein des ULIS		

6.2	La scolarisation en EGPA	58
6.3	Les mesures individuelles favorisant la scolarisation	59
7.	Emploi et orientations professionnelles	61
7.1	Orientation en ESAT	61
7.2	Orientation vers le milieu ordinaire	62
7.3	Formations professionnelles	62
7.4	RQTH	63
8.	Orientations en établissements ou services médico-sociaux	64
8.1	Sur le secteur adulte	64
8.2	Sur le secteur enfance	66
	Partie 3 – Pilotage de l’activité de la MDPH	70
1.	COMEX	70
2.	Moyens mis en oeuvre	70
3.	Système d’information et dématérialisation	74
4.	Partenariats	75
5.	Actions spécifiques et expérimentations menées	75
	Conclusion	77
	ANNEXES	80

Introduction

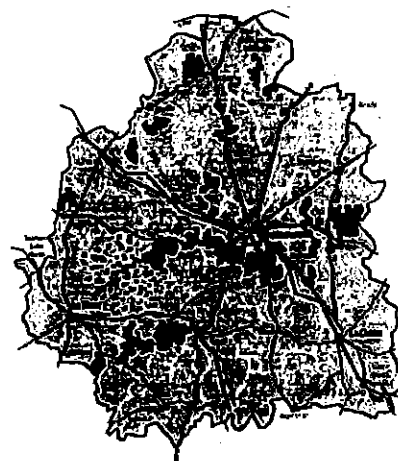
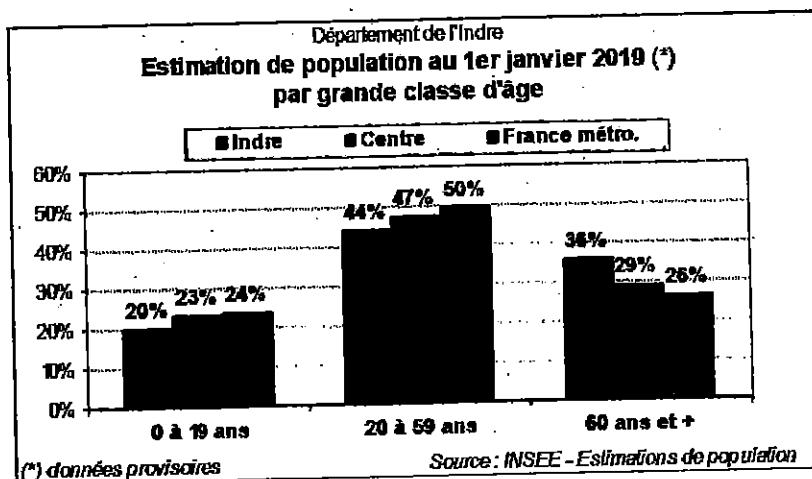
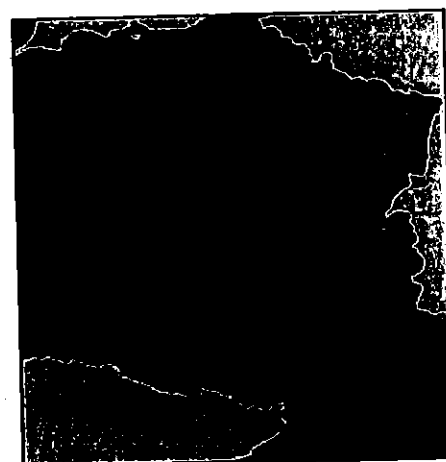
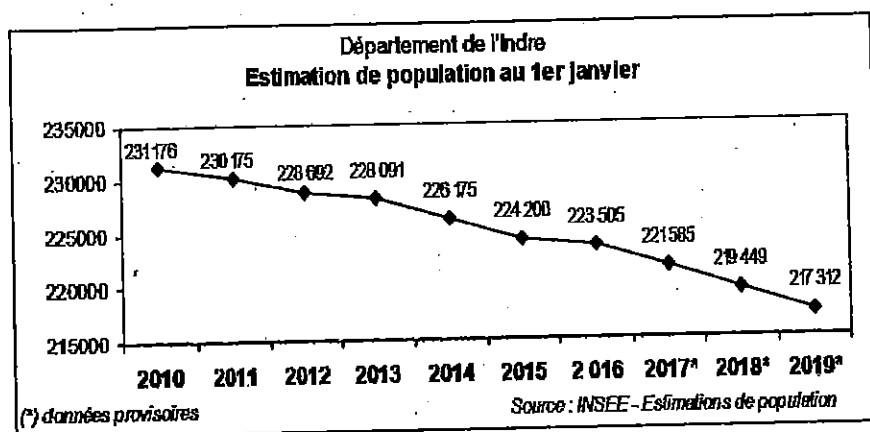
Situation départementale

Le département de l'Indre se situe dans la région Centre-Val de Loire. Il a une superficie de 6 790 km², représentant 1,2 % du territoire national.

Au 1^{er} janvier 2018, l'Indre compte 241 communes (soit deux de moins qu'en 2017 suites aux fusions) dont 5 ont plus de 5 000 habitants (Le Poinçonnet, Le Blanc, Déols, Issoudun et Châteauroux).

Depuis le décret n° 2014-178 du 18 février 2014 portant délimitation des cantons dans le département de l'Indre, le département est composé de 13 cantons répartis en 4 arrondissements.

La population de l'Indre décroît régulièrement, elle est de 217 312 habitants (soit -0,97 % estimation INSEE au 01-01-2019) et représente 8,42 % de la population de Région Centre et 0,32 % de la population française métropolitaine.



Depuis 2010, le département de l'Indre a perdu 13 864 habitants. La variation relative annuelle sur la période 2010-2019 est de -0,68%.

La part des 60 ans et plus représente 36% (soit 1% de plus qu'en 2017) de la population du département pour 26% à l'échelle nationale.

De fait, cette conséquente différence démographique a une influence certaine sur les besoins de la population, sur la quantité de demandes déposées à la MDPH et sur la hauteur de ses financements.

Données générales sur le public en situation de handicap

Données MDPH

Le logiciel métier d'instruction des demandes ayant été mis en place le 7 juillet 2008, les données extraites permettent de mesurer le stock des demandes.

Ainsi, l'année 2018 aura enregistré une augmentation de 989 personnes, soit +4 %.

Au 31 décembre 2018, **25 773 personnes étaient connues de la MDPH** dont 2 912 enfants (+8%) et 22 861 adultes (+3.5%). L'augmentation est plus fortement ressentie sur le secteur « enfant » car le volume d'enfant est moins important.

Parmi celles-ci, 19 187 personnes avaient au moins une demande en cours de validité :

- **1 925 enfants avaient au moins un droit pour 4 031 demandes**
- **17 262 adultes avaient au moins un droit pour 41 263 demandes**

Données sur les bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes

Une personne est invalide, au sens de la sécurité sociale, lorsque, suite à une maladie ou un accident non professionnel, elle perd sa capacité de travail ou de gain. La victime n'est plus en état de se procurer, par une profession quelconque, les moyens de subsister. La reconnaissance de l'invalidité par la sécurité sociale permet :

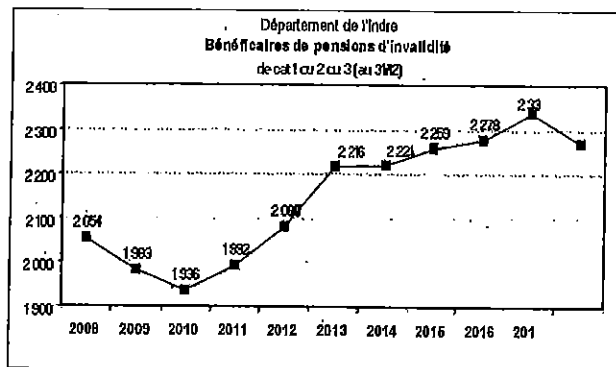
- d'accorder à l'assuré une pension en compensation de la perte de salaire entraînée par son état de santé,
- de maintenir à l'assuré et à ses ayants droit, même en l'absence d'activité professionnelle, le bénéfice des prestations en nature maladie et maternité (remboursement des soins, des médicaments).

La catégorie représente la capacité à exercer une activité professionnelle :

- Si la personne est capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée, elle est classée en 1^{ère} catégorie.
- Si la personne ne peut plus exercer d'activité professionnelle à plein temps, elle est classée en 2^{ème} catégorie (réduction de la capacité de travail de 2/3)
- Si elle a besoin de l'aide d'une personne pour l'assister dans les gestes essentiels de la vie courante, elle est classée en 3^{ème} catégorie (incapacité totale au travail)

Bénéficiaires de pensions d'invalidité dans l'Indre					
an 31/12	1 ^{ère} cat.	2 ^{ème} cat.	3 ^{ème} cat.	Total	Taux *
2008	320	1 670	56	2 054	1,00%
2009	345	1 589	49	1 983	1,77%
2010	369	1 519	48	1 936	1,75%
2011	388	1 553	51	1 992	1,84%
2012	391	1 635	54	2 080	1,94%
2013	448	1 715	53	2 216	2,12%
2014	458	1 709	54	2 221	2,16%
2015	467	1 736	56	2 259	2,22%
2016	468	1 754	56	2 278	2,28%
2017	482	1 820	56	2 358	2,39%
2018	480	1 778	51	2 309	2,36%

* : nb de bénéf. dans la pop. estimée des 20-65 ans au 1^{er} janvier de l'année n+1
Sources : CPAM 36 et INSEE - estimations de population (données 2017, 2018 et 2019 prévisionnelles)



Pour la première fois depuis 2010, le nombre de personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité est en diminution avec un total de 2 270 bénéficiaires en 2018. Proportionnellement, cette baisse porte essentiellement sur les pensions d'invalidité de 3^{ème} catégorie (-8.9%). Les personnes en invalidité 3^{ème} catégorie peuvent prétendre à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

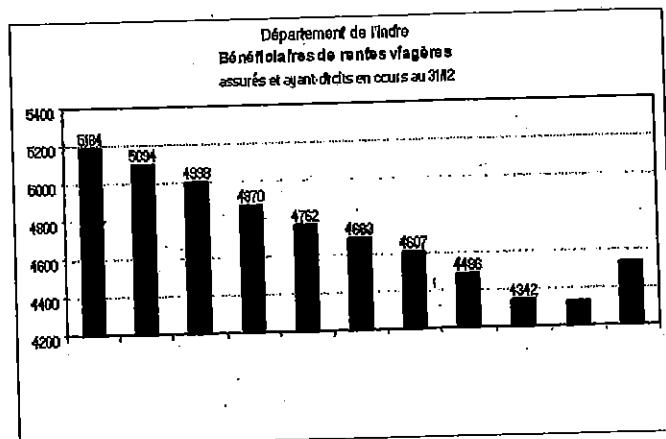
Si l'incapacité permanente du salarié résulte d'un **accident du travail (AT)** ou d'une **maladie professionnelle (MP)**, ce n'est pas une pension d'invalidité qui sera versée mais une **rente d'accident du travail**.

Le nombre de bénéficiaires de rentes AT/MP en diminution depuis 10 ans repart franchement à la hausse en 2018 avec une augmentation de 4,6%.

Au 31 décembre 2018, le nombre de bénéficiaires de rentes dans l'Indre était de 4 529 personnes.

Bénéficiaires de rentes dans l'Indre			
au 31/12	Assurés	Ayant droits	Total
2008	4920	264	5184
2009	4833	261	5094
2010	4738	260	4998
2011	4620	250	4870
2012	4510	252	4762
2013	4430	253	4683
2014	4363	244	4607
2015	4238	248	4486
2016	4096	246	4342
2017	4081	247	4328
2018*	4234	295	4529

* Note CPAM: l'augmentation du nombre de rentiers sur le département de l'Indre s'explique par la mutation des rentiers résident à l'étranger (hors SEPA) des CPAM 19, 28, 37, 41 et 45 vers la CPAM de l'Indre. En 2019, la même opération sera effectuée pour les assurés résident à l'étranger (en SEPA).



L'adulte handicapé n'ayant droit ni à une pension d'invalidité ni à une rente d'accident du travail pourra, le cas échéant, bénéficier de minima sociaux tels que l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Données générales sur l'offre en établissements et services médico-sociaux

3.1 Adultes

S'agissant des adultes, malgré un taux d'équipement médico-social globalement supérieur à la moyenne régionale et nationale, des listes d'attente existent toujours auprès des structures du département de l'Indre (cf. Partie 2). En effet, de par les caractéristiques spécifiques de la population indrienne, plus âgée et plus précaire notamment, les besoins dans le secteur du handicap se sont accrus.

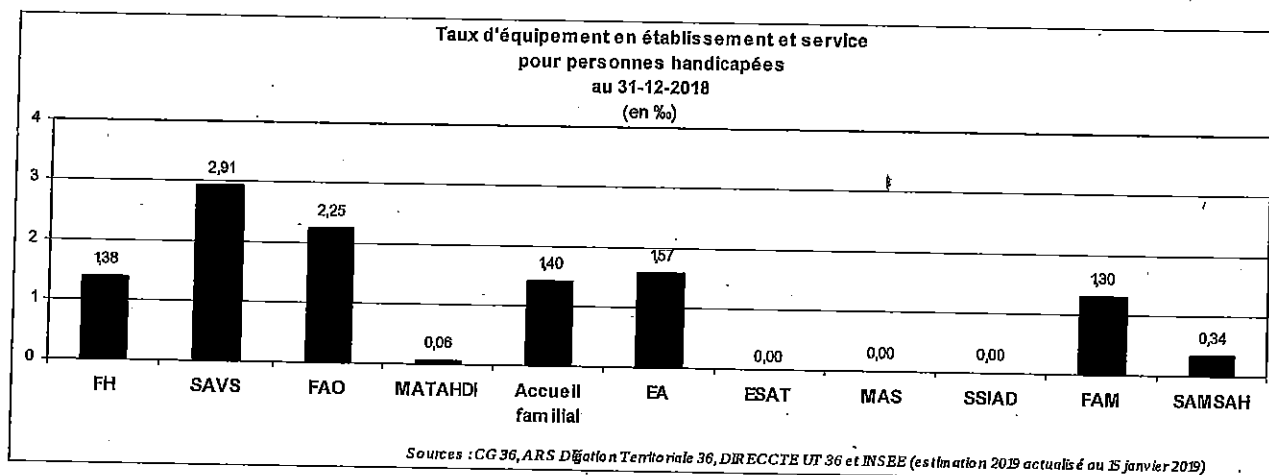
Le tableau ci-après présente la répartition des places en établissements et services médico-sociaux.

Département de l'Indre Etablissements et services pour personnes handicapées				
Nombre de lits ou places installés (ou aides au poste consommées - en ETP)	déc. 2017	déc. 2018		Variation en nombre de lits 2017-2018
	Nb de lits ou places	Nb de lits ou places	Taux ⁽¹⁾ en %	
Compétence Conseil Général (sources DPDS)				
Foyer d'hébergement	133	133	1,38	0
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.)	280	280	2,91	0
Foyer d'Accueil Occupationnel (F.A.O.)	216	216	2,25	0
Maison d'Accueil Temporaire pour adultes handicapés en Difficultés d'Insertion (M.A.T.A.H.D.I.)	6	6	0,06	0
Accueil familial (accueillants familiaux agréés et en activité)	135	135	1,40	0
Compétence Etat (sources DIRECCTE et ARS)				
Entreprise Adaptée (E.A.) - aides au poste consommées	152,91	150,51	1,57	-2,4
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.)	479		0,00	-479
Maison d'Accueil Spécialisé (M.A.S.)	185		0,00	-185
Service de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D.)	27		0,00	-27
Compétence conjointe (Etat & Département)				
Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.)	125	125	1,30	0
Service d'Accompagnement Médico-Social Rapide (S.A.M.S.R.)	30	33	0,34	3

Les variations par rapport à 2017 concernent :

- une augmentation du nombre de place en SAMSAH, avec l'ouverture de 3 places auprès du CSPCP d'Issoudun,
- du nombre de place en accueil familial, avec 7 places supplémentaires.

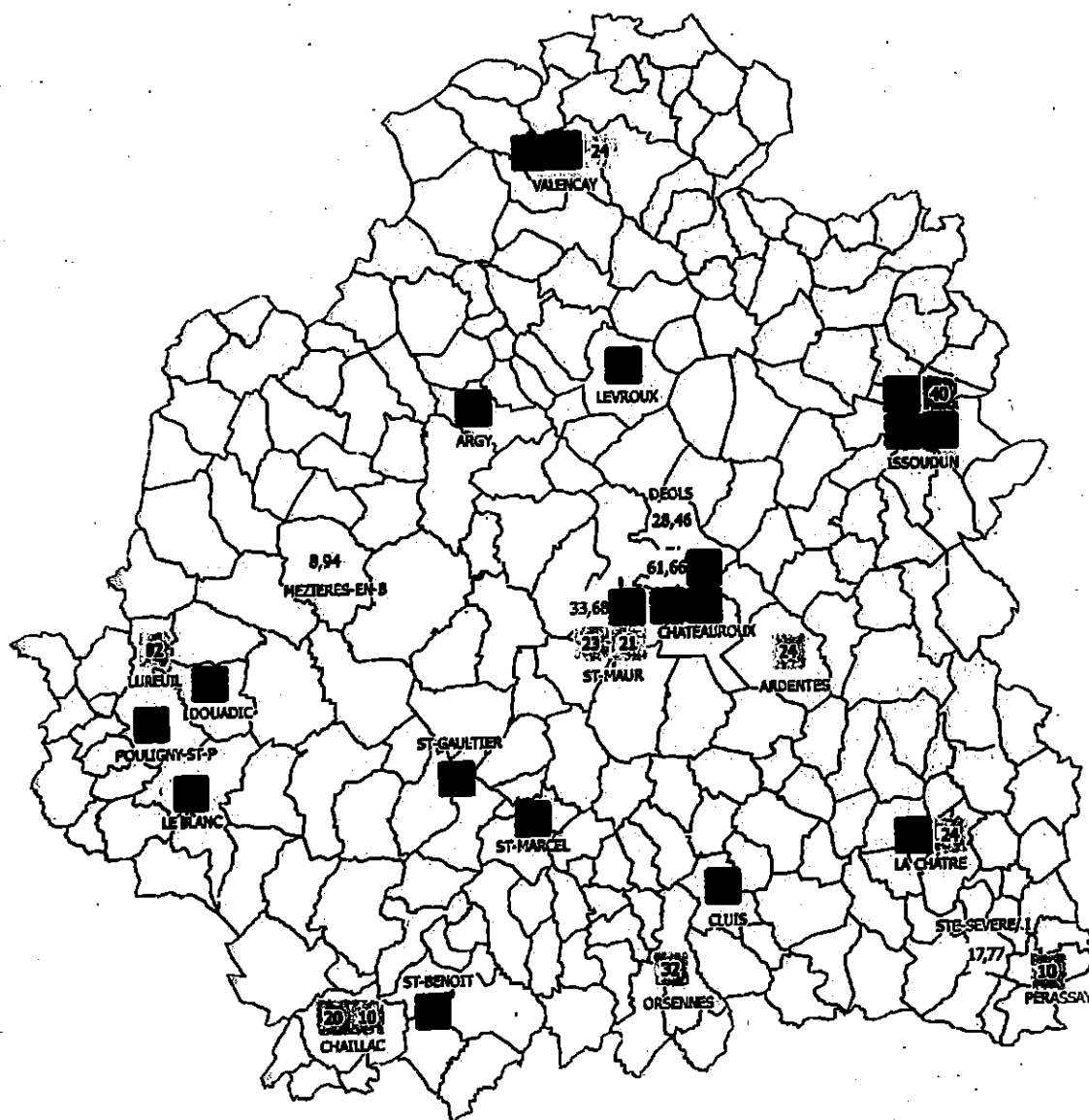
Le graphique ci-après présente les taux d'équipement en établissements et services pour personnes handicapées adultes au 31 décembre 2018 pour 1000 adultes de 20 à 59 ans.



Structures pour adultes handicapés Compétence Etat







Décembre 2018

Source : ARS-DD36 et DIRECCTE-UT36



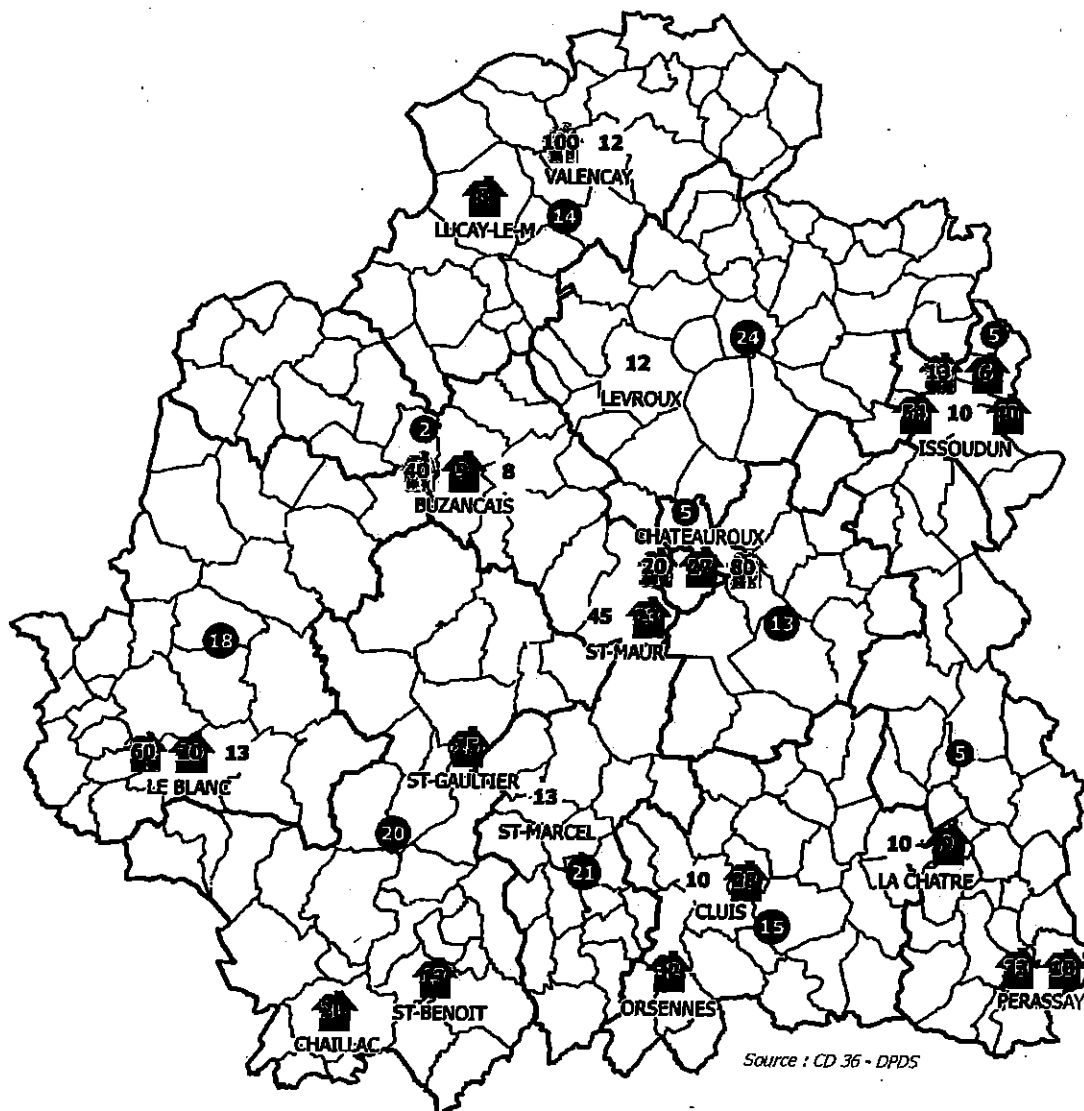
Type de structures et capacité

Entreprise adaptée (aides au poste consommées) : 150,51 aides au poste (en ETP)







-  Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) : 462 places
-  ESAT hors les murs : 17 places
-  Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)* : 125 places
-  Maison d'Accueil Médicalisé (MAS) : 185 places
-  Services d'Accompagnement Médico-Social Adulte Handicapé (SAMSAH)* : 33 places
-  Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) : 27 places

* : compétence conjointe (Etat et Département)

**Structures pour adultes handicapés
compétence Conseil départemental
au 31 décembre 2018**



Type de structures et capacité au 31 décembre

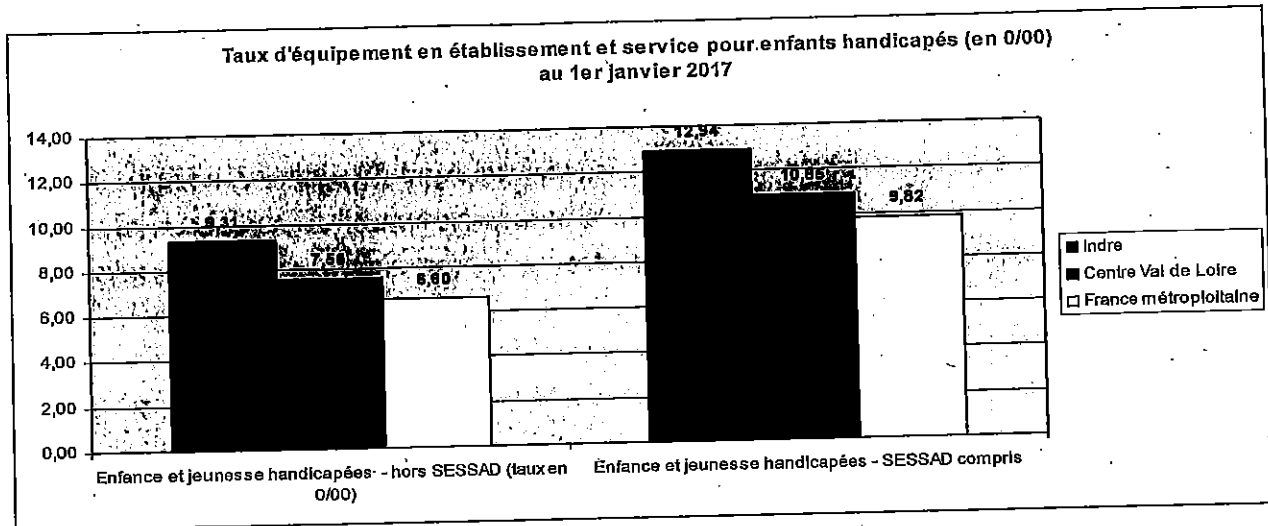
- Foyer d'hébergement (1) : 133 places
-  Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) (2) : 125 places
-  Foyer d'Activités Occupationnelles (FAO) (3) : 216 places
-  Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés en Difficulté d'Insertion (MATAHDI) : 6 places
-  Services d'Accompagnement Médico-Social Adultes Handicapés (SAMSAH) (2) : 33 places
-  Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) : 280 places
-  Accueil familial agréé au titre du handicap (valeur cantonale) : 142 places

(1) : hébergement permanent, hébergement temporaire et accueil d'urgence
 (2) : hébergement permanent, hébergement temporaire et accueil de jour - compétence conjointe (Etat et Département)
 (3) : hébergement permanent, accueil de jour, hébergement temporaire et accueil d'urgence

3.2 Enfants

Le taux d'équipement (12.94 pour 1000) en établissements et services pour enfants handicapés dans l'Indre n'a que faiblement évolué (depuis les dernières données transmises (2015) par les services de l'Etat qui s'établissaient à 12.59 pour 1000).

Le taux de couverture départemental reste supérieur à la moyenne régionale, pour autant des listes d'attente existent aussi. Elles se traduisent par le maintien dans le circuit de scolarisation ordinaire d'enfants nécessitant un accompagnement spécifique faute de places disponibles dans les établissements médico-sociaux de l'Indre.



	INDRE	CENTRE VAL DE LOIRE	France métropolitaine
Population 0-19 ans - Indre au 1er janvier 2017 (données provisoires) (en 000)	241 330	2 122 245	16 827 874
Population 0-19 ans - Indre hors SESSAD (en 000)	23	23	23
Population 0-19 ans - Indre SESSAD compris (en 000)	1 891	1 891	1 891
Population 0-19 ans - Centre Val de Loire hors SESSAD (en 000)	1 868	1 868	1 868
Population 0-19 ans - Centre Val de Loire SESSAD compris (en 000)	1 224	1 224	1 224
Taux (en 0/00)	12,94	10,85	9,82

La carte de la page suivante présente les lieux d'implantation des structures pour enfants handicapés.

Une modification est intervenue en fin d'année 2018 sur le dispositif d'accueil des jeunes handicapés, dans le cadre de la mise en œuvre des dispositifs intégrés.

En effet, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, prévoit dans son article 91 la possibilité pour les établissements et les services médico-sociaux de fonctionner en « dispositif intégré » pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques, dont des troubles du comportement, qui perturbent gravement leur socialisation et leur accès aux apprentissages.

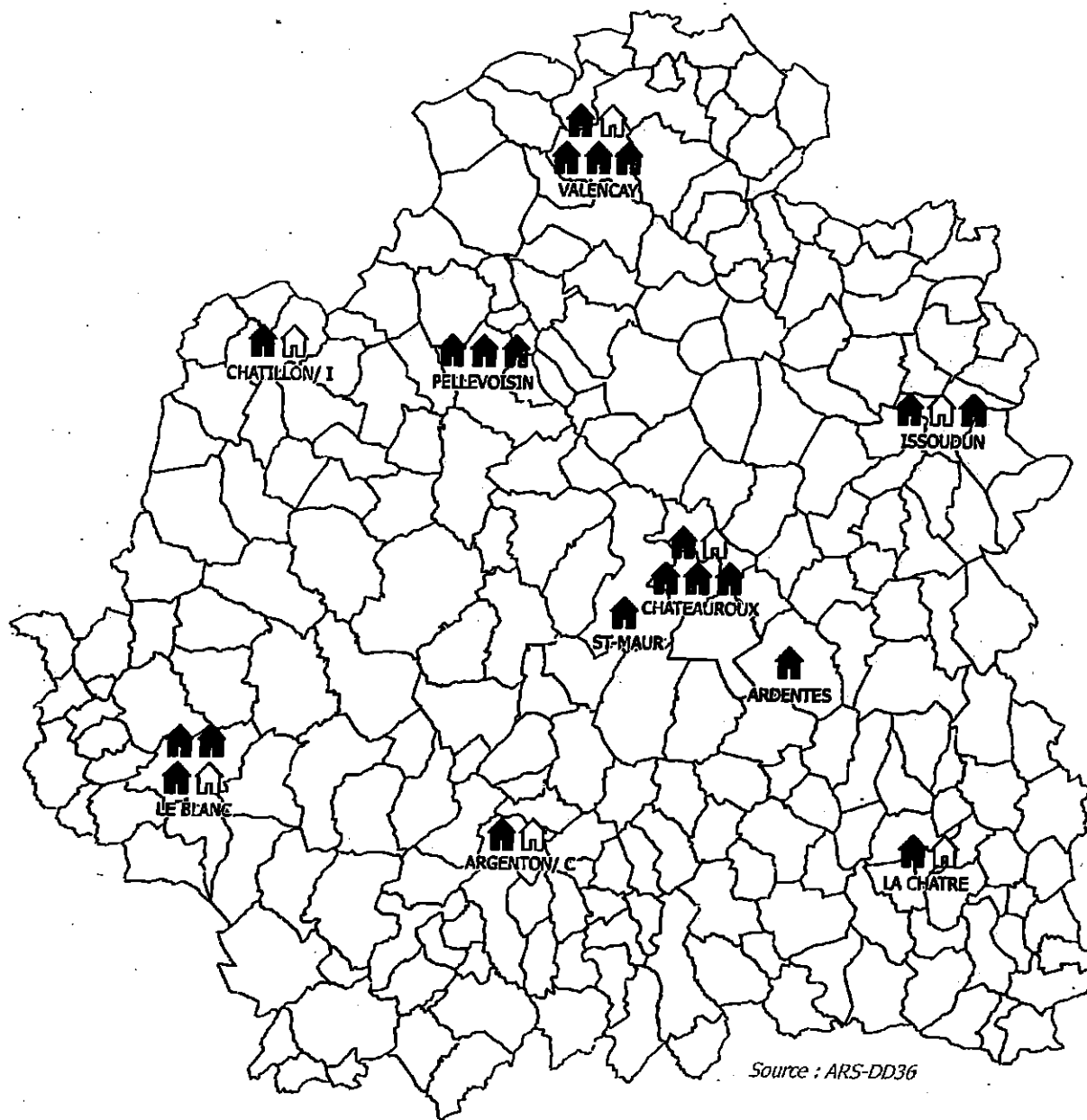
Ce dispositif doit permettre de fluidifier les parcours en simplifiant l'organisation des changements intervenant dans les différentes modalités d'accompagnement.

Cette organisation est définie sur la base d'une convention pluri-partenaire, en cours de signature ; pour le département de l'Indre, en décembre 2018.

Structures pour enfants handicapés

Lieux d'implantation

31 décembre 2018



Type de structures et capacité (financé au 31 décembre 2018)

🏠 IME : 256 places (1)	🏠 CMPP : 20 000 séances	🏠 CALME : 24 places
🏠 SESSAD : 173 places	🏠 IERM : 62 places	🏠 Accueil de jour : 7 places
🏠 CAMSP : 235 places	🏠 ITEP : 52 places	🏠 Accueil familial : 33 places (21 ITEP et 12 IME)

(1) : dont 25 places section autiste de l'IME de Saint-Maur

Partie 1 – Activité des services de la MDPH

1. Organisation des services de la MDPH

La MDPH est installée sur un site unique situé à la Maison de la Solidarité au Centre Colbert, à Châteauroux, depuis septembre 2007.

La MDPH accueille le public au rez-de-chaussée de ce bâtiment, dans des locaux totalement adaptés au handicap.

Les recrutements effectués depuis 2006 au sein de la MDPH se sont efforcés d'élargir le panel des spécialités en intégrant les profils d'ergothérapeute, infirmière spécialisée en psychiatrie, assistante sociale, psychologue, juriste, médecins... afin de fédérer les complémentarités des professionnels.

Actuellement, la MDPH est structurée autour de 4 pôles :

ACCUEIL / INSTRUCTION DES DEMANDES

Le pôle est chargé de l'instruction administrative des demandes et de l'accueil physique et téléphonique des personnes handicapées (enfants et adultes)

Accueil permanent physique et téléphonique.

Ouverture continue :
de 8h30 à 17h15
du lundi au vendredi

ÉVALUATION

L'équipe d'évaluation interne est chargée d'effectuer les **évaluations médicales, sociales et professionnelles**.

Le pôle réalise des évaluations dans le cadre de la PCH et, en fonction du caractère complexe des situations, pour toute autre demande nécessitant une évaluation sociale de type orientation en établissements ou services, employabilité, AAH...

COORDINATION

Le pôle est chargé du suivi des demandes et de leur présentation en équipe pluridisciplinaire et devant la CDAPH.

Il est composé de 2 secteurs :

- un secteur « **enfance - jeunesse** » qui a compétence pour traiter les demandes des enfants et jeunes handicapés âgés de 0 à 20 ans ;
- un secteur « **adulte** » qui a compétence pour traiter l'ensemble des demandes formulées par les personnes handicapées adultes.

Ce pôle comprend également une Référente Insertion Professionnelle.



DIRECTION / ADMINISTRATION GÉNÉRALE

Ce pôle regroupe les missions de direction, les fonctions transversales, administratives et logistiques.

Le détail des effectifs figure à la partie 3 – Pilotage de l'activité de la MDPH.

2. Communication et sensibilisation au handicap

La MDPH attache une grande importance à l'ouverture vers l'extérieur, que ce soit, bien entendu, à destination des usagers et de leur famille mais également auprès des partenaires institutionnels, des associations, des établissements ou des services ... pour donner de l'information, participer à des groupes de travail, d'échange ou des manifestations. En effet, en tant que guichet unique et « tête de réseau », la MDPH est au cœur d'un dispositif qui ne peut fonctionner de manière satisfaisante qu'en partenariat avec tous les acteurs locaux.

Ainsi, sur sollicitation de partenaires extérieurs ou à l'initiative de la MDPH, de nombreuses interventions ont eu lieu en 2018 notamment pour :

- les étudiants infirmiers de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) de Châteauroux,
- la journée annuelle des « Dys » en lien avec l'Education nationale et les associations « CORIDYS Indre » et « Dys + Dys », avec une intervention de la MDPH sur les modalités d'évaluation,
- la réflexion quant à la création d'une Maison des Apprentissages
- le salon des séniors et de l'autonomie, avec la tenue d'un stand sur 2 jours,
- le CODESPA.

Les demandes concernent le plus souvent une présentation de la MDPH, de son organisation, de ses missions et des prestations, droits, orientations destinés aux personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, chaque année, la MDPH est associée au groupe de travail sur la semaine d'information sur la santé mentale (SISM).

Cette manifestation doit sa création à l'Association Française de Psychiatrie. Depuis 2009, en partenariat avec l'UNAFAM et sous l'égide de la ville de CHÂTEAUROUX dans le cadre de son contrat local de santé se déroule la dernière quinzaine de mars une semaine d'information.

En 2018, la thématique portait sur « Santé mentale : Parentalité & Enfance ».

La MDPH est également membre de la commission de labellisation « Tourisme – Handicap »,

Elle est aussi membre de la cellule de Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP) animée par la CARSAT.

Enfin, elle est membre du groupe de travail de l'hôpital de Châteauroux « accessibilité aux soins, pour tous ». Sur ce dernier groupe de travail, ont été menés plusieurs travaux et notamment au cours de l'année 2018, et notamment sur la mise aux normes des bâtiments recevant du public et plus particulièrement la mise en sécurité du site.

Toujours dans ce cadre, et depuis 2013, sont organisées chaque année des ½ journées de sensibilisation du personnel hospitalier au handicap via des ateliers (manutention, repas dans le noir, présentation d'établissements ou services médico-sociaux, présentation du CAIS, du SPIJ, de l'APF, de la MDPH...).

3. Accueil et information

Accueil téléphonique

Ouverte en continu de 8h30 à 17h15 du lundi au vendredi, la plate-forme téléphonique permet une grande disponibilité de plage horaire afin de répondre aux questions des usagers.

L'agent en charge de la réception des appels téléphoniques assure un accueil de premier niveau en consultant le logiciel métier où il peut renseigner son interlocuteur sur le niveau d'instruction du dossier, les pièces manquantes, etc. La réponse donnée à l'utilisateur est ainsi **personnalisée**.

Dans le cas où l'agent n'est pas en mesure de répondre aux questions des usagers, l'appel est transmis à un agent du pôle coordination ou du pôle évaluation.

Accueil physique

Organisé sur les mêmes plages horaires que l'accueil téléphonique, l'accueil physique permet l'accueil des personnes :

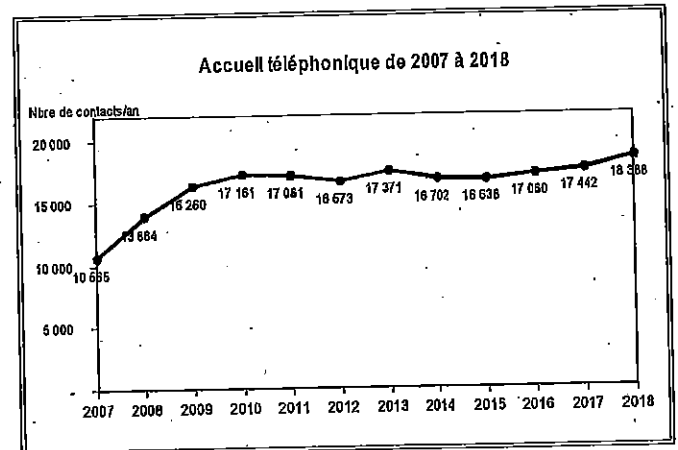
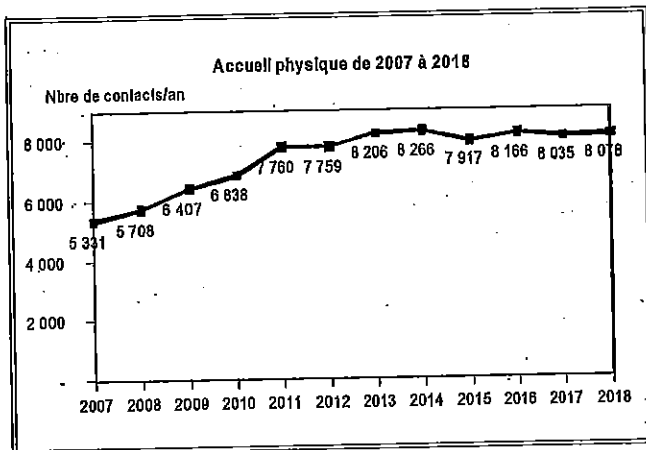
- désirant une simple information ou une aide à la rédaction des dossiers de demande et des projets de vie,
- souhaitant connaître l'avancement de leur dossier,
- convoquées par la MDPH pour l'évaluation de leurs demandes.

Des bureaux d'accueil et d'entretiens médicaux sont disponibles pour des entretiens personnalisés et confidentiels.

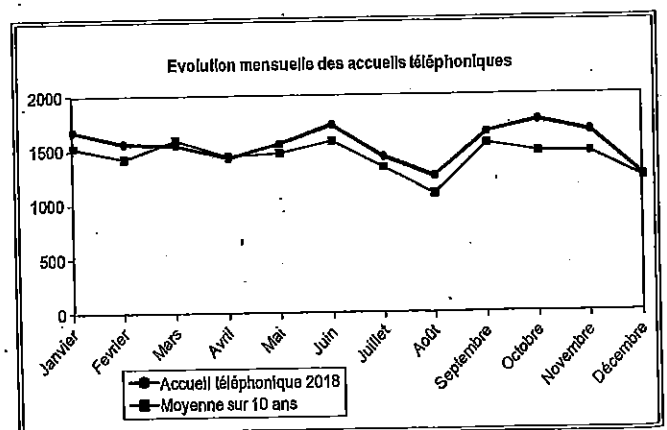
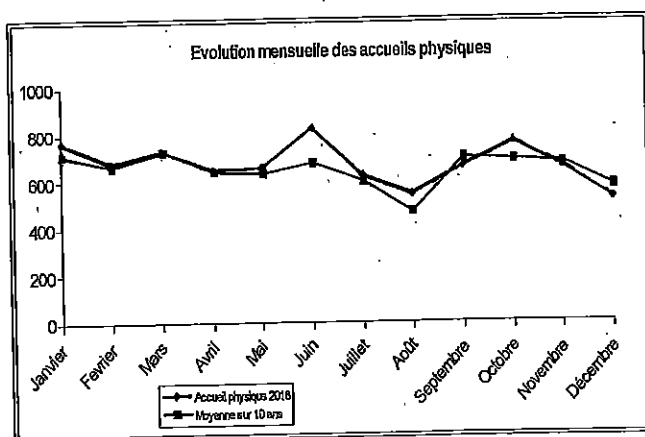
• Données chiffrées

Le nombre d'accueils physiques est stable, enregistrant une légère progression de 0.54% en 2018 contrairement aux accueils téléphoniques qui enregistrent une augmentation de 5.42%.

Les 8 078 accueils physiques représentent en moyenne 37 personnes reçues par jour et les 18 388 accueils téléphoniques, 84 appels téléphoniques quotidiens sur une base de 218 jours travaillés.



La moyenne mensuelle des flux d'accueil est de 645 visites avec des hausses sur les mois de janvier, de juin et d'octobre et de façon identique pour ce qui tient des appels téléphoniques avec une moyenne de 1422 appels sur le mois.



4. Instruction, évaluation et élaboration des réponses

4.1 Instruction des demandes

La hausse du nombre de demandes déposées se poursuit.

Ainsi, depuis la création du GIP Maison Départementale des Personnes Handicapées en 2007, c'est 61% d'augmentation en 12 ans et pour la seule année 2018, ce sont 17 766 demandes soit 3.83% d'augmentation.

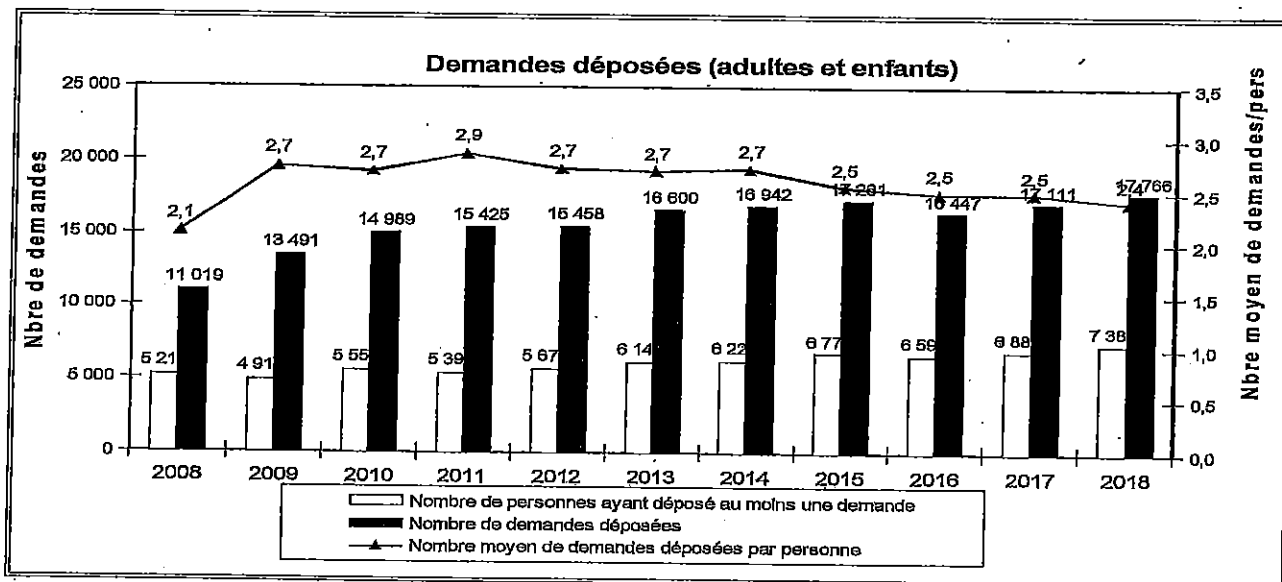
Le taux moyen national de demandes pour 1000 habitants est compris entre 8.4 et 96 selon les MDPH. Il s'établit pour la MDPH de l'Indre à 81.30 demandes pour 1000 habitants.

Le nombre de personnes concernées par ces demandes augmente aussi avec 7 385 personnes pour 6 883 personnes en 2017, soit une hausse de 7.29% pour 4.3% en 2017.

Le ratio de demandes déposées est toujours stable autour de 2.5 demandes déposées par personne. Il est de 2.4 pour 2018.

Il était en moyenne de 2.7 il y a 5 ans.

Au niveau national, le nombre moyen de demandes « adultes » déposées est de 2.6 en 2017, le nombre moyen de demandes « enfants » est de 2.3



Pour mémoire, les demandes déposées correspondent aux premières demandes et aux renouvellements déposés spontanément par les usagers ainsi qu'aux demandes déposées suite aux recommandations de l'équipe pluridisciplinaire et de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

Les renouvellements les plus fréquents concernent les allocations financières (AAH et CPR), les cartes d'invalidité et de priorité ainsi que les demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Dans un contexte économique tendu où les besoins de garanties quant au maintien de l'emploi sont réels, un niveau élevé des demandes de RQTH est observé.

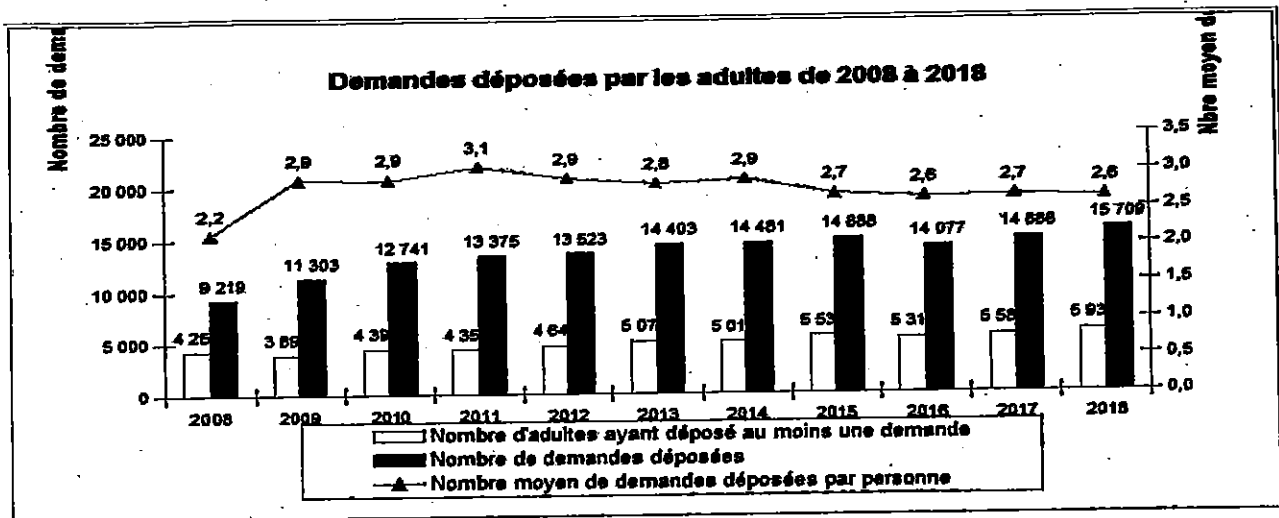
A noter également le nombre important de demandes de carte d'invalidité pour les personnes âgées de plus de 60 ans, cette carte procurant notamment l'avantage d'une demi-part fiscale supplémentaire.

Secteur adultes

Dans la continuité de l'année passée, 2018 connaît aussi une augmentation du nombre de demandes adultes déposées :

- 15 709 demandes, soit une augmentation de 5.53 % par rapport à 2017.

Le nombre d'adultes ayant déposé au moins une demande est également en hausse avec 5 939 adultes, soit 5.53 % de plus qu'en 2017 (5 587 adultes), Le nombre de demandes déposées par adulte ne varie que très peu pour s'établir à 2.6.

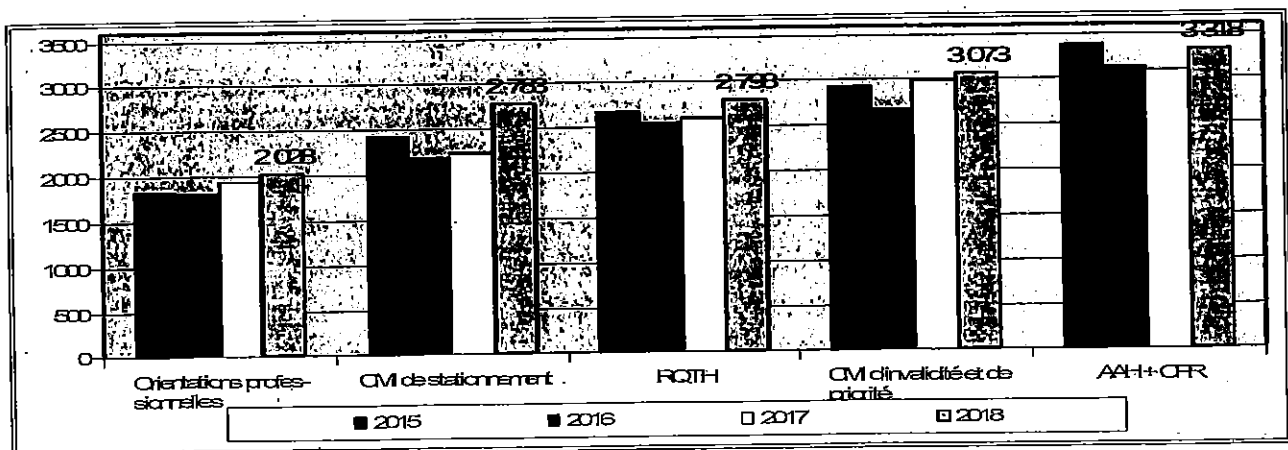


Depuis 2013, le trio "allocation adultes handicapés, CMI invalidité et priorité et RQTH" demeure les natures de demandes les plus sollicitées.

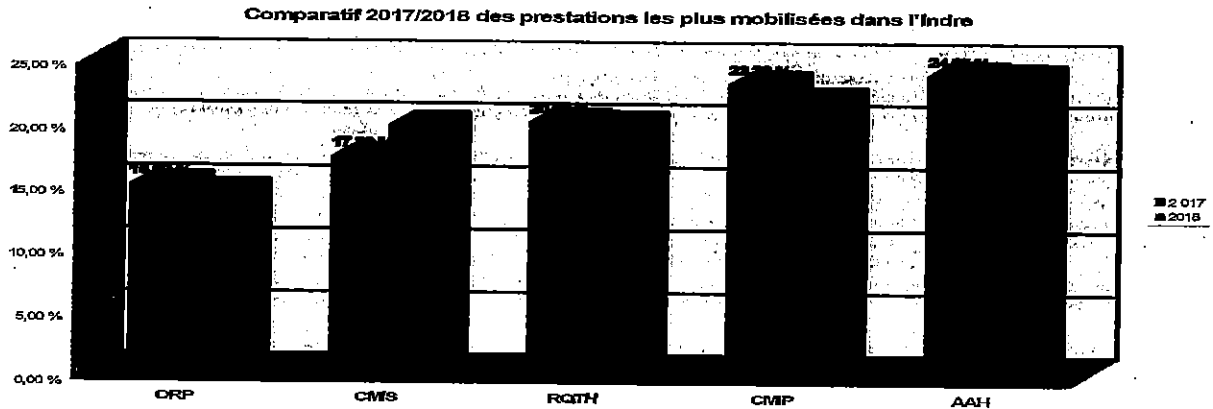
En 2018, même si elles demeurent les principales mesures adultes sollicitées, on enregistre néanmoins un recul au bénéfice de la Carte Mobilité Stationnement

Evolution depuis 2013 des prestations sollicitées	2017	2018	Evolution
Orientations professionnelles	14,32%	14,35%	0,03%
CMI de stationnement	17,29%	17,76%	0,46%
RQTH	20,14%	20,11%	-0,03%
CMI d'invalidité et de priorité	23,49%	23,21%	-0,27%
AAH + CPR	24,76%	24,57%	-0,19%

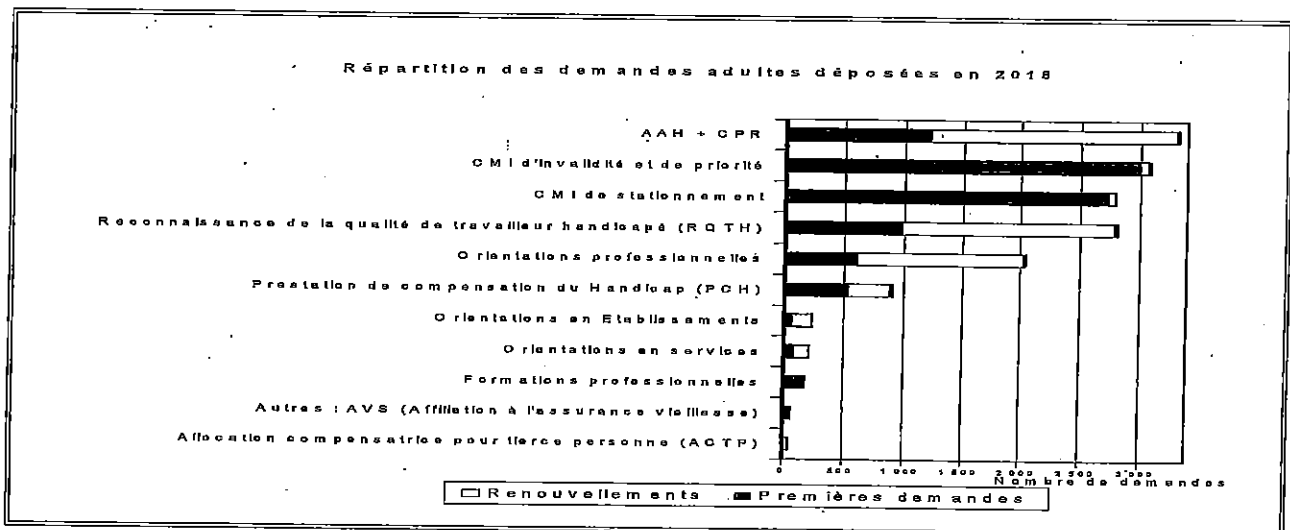
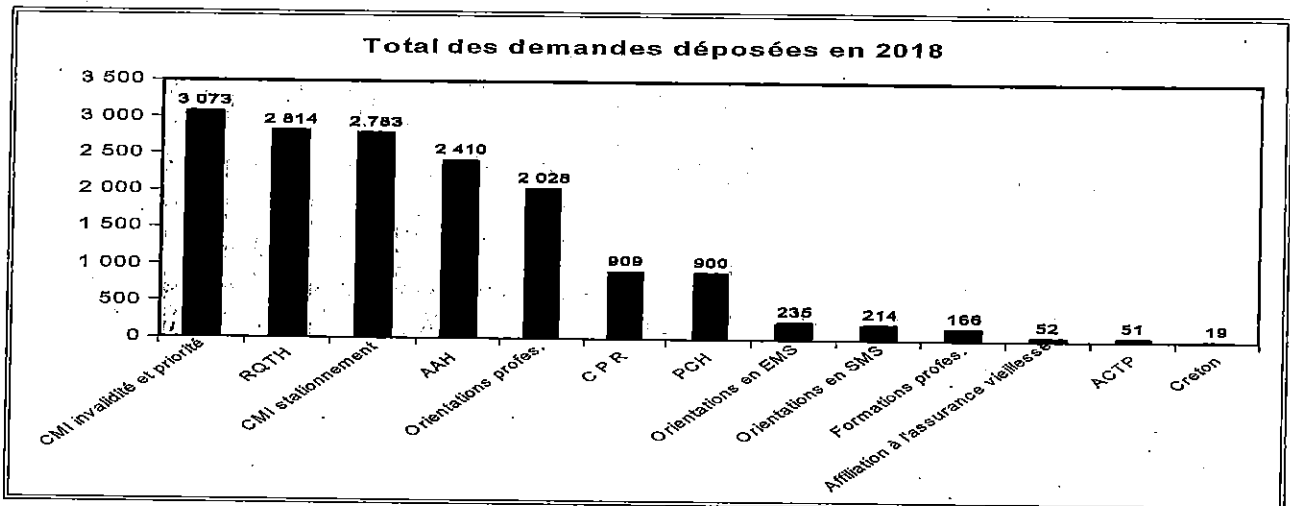
En effet, il s'agit là de la plus forte évolution de demande constatée au cours de l'année 2018, enregistrant un accroissement de près de 25% par rapport à 2017 au détriment de la carte d'invalidité et de priorité qui n'évolue de 2.74%.



Les prestations les plus mobilisées, au titre de l'année 2018 sont les suivantes :



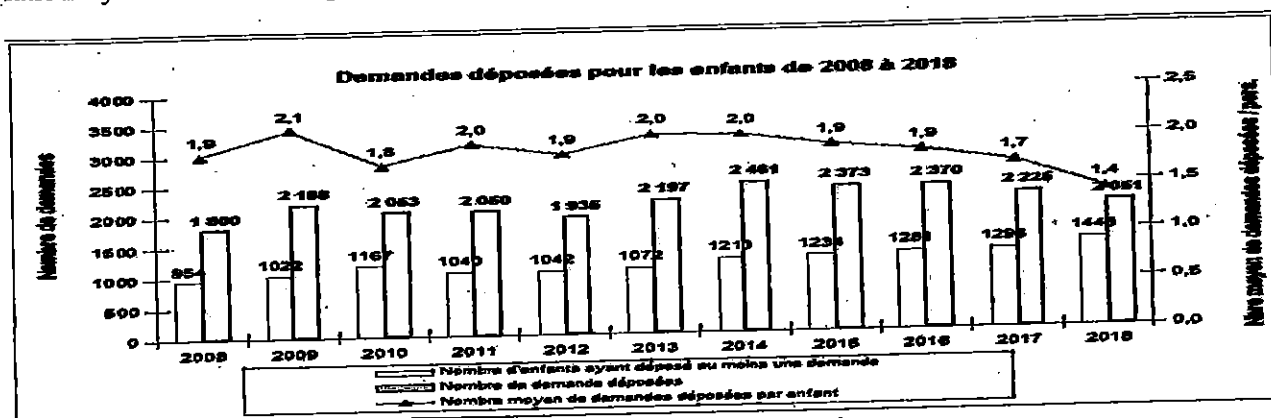
La proportion de demandes de renouvellement des droits est légèrement inférieure (49.72 %) qu'en 2017 (pour la majorité des droits exceptée pour les demandes de Cartes Mobilité Inclusion nouveau dispositif en remplacement des cartes de stationnement, priorité, invalidité depuis le 1^{er} juillet 2017), la Prestation de Compensation du Handicap (38 % de demandes de renouvellement), d'affiliation à l'assurance vieillesse (34%) et de formation professionnelle (19%).



Secteur enfant

Depuis 2014, ce secteur est marqué par une lente dégressivité des demandes déposées.

Si l'année 2018 est principalement marquée par une forte hausse du nombre d'enfants ayant déposé une demande (+11.57%) elle l'est aussi par une baisse du nombre de demandes déposées (-7.82%) ramenant le ratio moyen à 1.4 demande par enfant au lieu des 1.7 enregistré l'an passé.



Le pourcentage de réexamen des demandes (tout dispositif confondu) pour les enfants est de 40.6%.

Le taux de renouvellement est variable selon les dispositifs, il est élevé afin de s'ajuster au mieux à l'évolution des besoins des enfants :

70% en moyenne pour les établissements et services médico-sociaux

60% pour les dispositifs liés à la scolarité dont 54% pour les seuls AESH, 23.2% pour les avis de matériels pédagogiques adaptés, 26% pour la PCH pour les moins de 20 ans et une seule demande de renouvellement pour l'AAH.

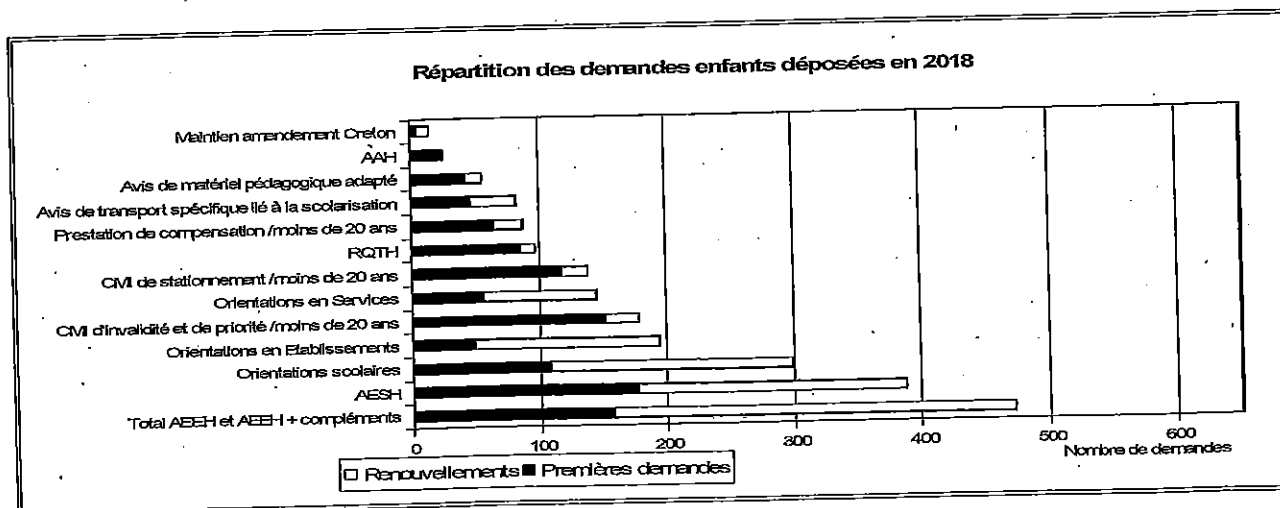
Concernant les demandes de maintien en amendement CRETON(*), on constate un recul des lères demandes (5 pour 2018) mais un alourdissement des renouvellements qui s'établissent à 10 (soit 66.6% du nombre total d'amendements CRETON).

Une attention particulière est portée à la qualité des parcours en sorties d'établissement afin d'éviter celles sans solution.

Pour rappel : L'article 22 de la loi 89-18 du 13 janvier 1989 dit « amendement CRETON » permet le maintien d'adolescents et de jeunes adultes dans un établissement médico-social pour enfants, au-delà de 20 ans dans l'attente d'une solution adaptée pour adultes.

Les principales difficultés sont néanmoins rencontrées pour :

- des situations relevant d'un accueil en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)
- des situations d'accueil en établissement hors du département de l'Indre.



Particularité de l'instruction des dossiers transférés vers la MDPH 36

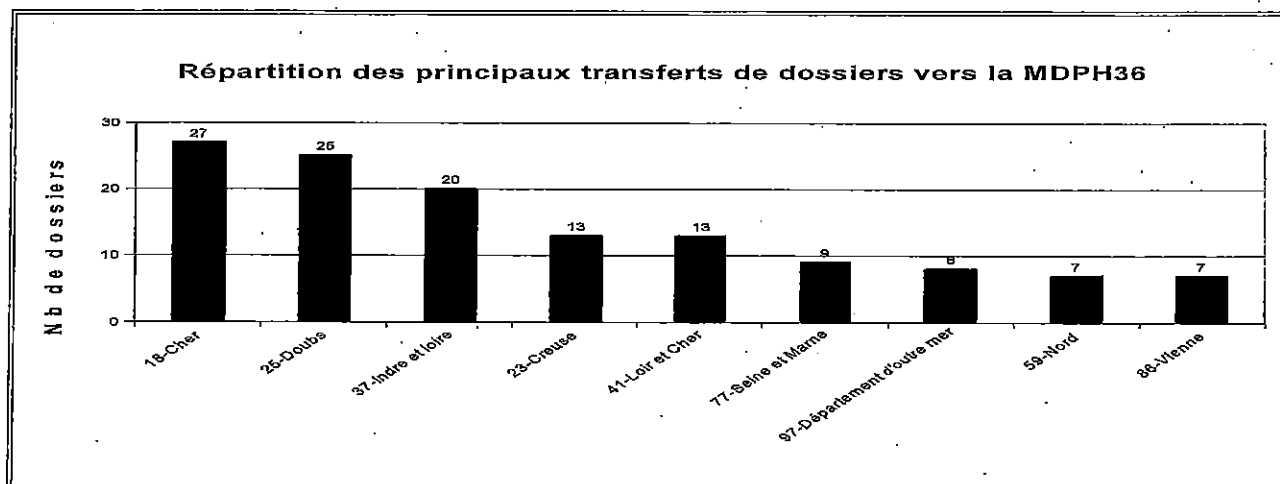
Le volume de dossier transféré a progressé de près de 17% au cours de l'année 2018, représentant ainsi 264 dossiers.

Ceux-ci proviennent principalement des départements limitrophes (région Centre Val de Loire) avec toutefois une originalité en 2018, en effet 25 dossiers, soit 10.6% proviennent de la région Bourgogne Franche Comté et plus particulièrement du Doubs.

Les principaux transferts émanent du Cher pour 12% et ceux émanant de la région Centre-Val de Loire représentent 29.2%.

Le graphique ci-après précise l'origine géographique des principaux transferts.

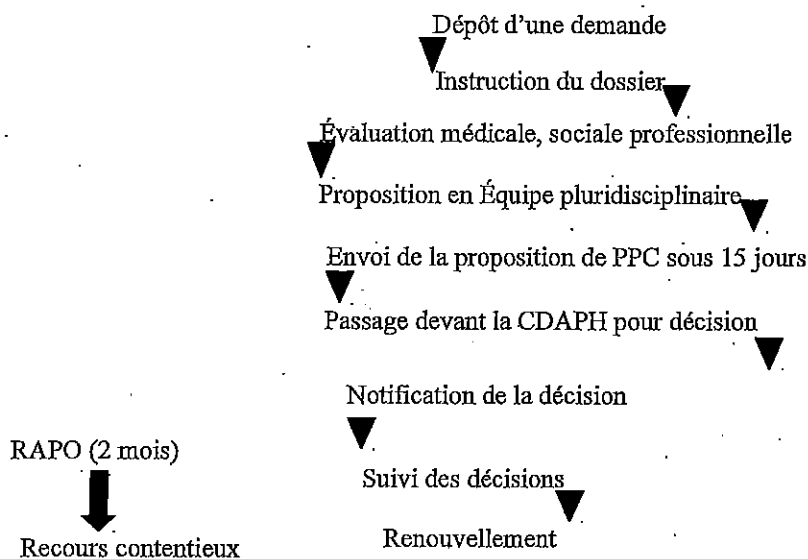
Les dossiers transférés vers la MDPH de l'Indre nécessitent une analyse plus approfondie et la totalité de l'historique des demandes de la personne est prise en considération.



4,2 Évaluation et élaboration des réponses

Processus de traitement

Toute demande déposée fait l'objet du même circuit d'instruction, résumé ci-après, qui amène à la préparation d'une réponse personnalisée (via le PPC : Plan Personnalisé de Compensation) et qui, une fois examinée par la CDAPH, donnera lieu à une décision notifiée à la personne handicapée.



Chaque réception de dossier fait l'objet d'un premier examen par une équipe composée d'agents de chacun des pôles (instruction, évaluation et coordination).

Cette composition est variable. Cet examen permet :

- de s'assurer que le dossier est complet : il comporte les 3 pièces exigées qui sont : la demande, le certificat médical et une photocopie de la pièce d'identité du demandeur,
- de solliciter des compléments d'information médicaux, sociaux ou professionnels,
- de mesurer de degré d'urgence de la demande.

L'objectif est de limiter les délais d'instruction en s'assurant de la prise en compte du besoin dès la réception du dossier. Celui-ci fait ensuite l'objet du parcours normal : instruction administrative puis évaluation médicale, sociale et/ou professionnelle.

En 2018, 1018 personnes ont exprimé leur projet de vie au sein du dossier de demande (contre 1 132 en 2017 et 1049 en 2016).

Bien que ces formulations soient de plus en plus présentes au sein des dossiers de demande, de moins en moins d'usagers (soit 1/3) sollicitent l'accompagnement des services dans l'expression de leur projet de vie.

52 projets ont bénéficié de cet appui, dispensé par les agents de l'accueil physique. Les éléments inscrits font partie des éléments pris en compte dans le cadre de l'évaluation globale des besoins de la personne.

Évaluation de la demande

Les outils d'évaluation de compensation du handicap utilisés par la MDPH sont principalement :

- le GEVA, guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, outil prévu par l'article L.146-8 du Code de l'action sociale et des familles, (utilisé notamment pour certains volets),
- le guide barème (annexe 2 – 4 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- l'outil d'éligibilité contenu dans le référentiel PCH (annexe 2 – 5 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Des outils locaux portant sur l'évaluation de l'insertion professionnelle ont également été élaborés sur la base du GEVA.

L'équipe pluridisciplinaire interne à la MDPH s'appuie également sur les évaluations professionnelles réalisées dans le cadre :

- d'une pré-orientation réalisée par les CRP (Centre de Rééducation Professionnelle), permettant d'évaluer la capacité à suivre une formation dans le cadre d'un reclassement professionnel et apportant une évaluation sur le parcours de la personne, sur ses aspirations en termes de reconversion, et enfin sur la définition d'un projet compatible avec le handicap. La pré-orientation peut déboucher vers une formation qualifiante en CRP.
- d'un soutien de l'ADPEP via la MATAHDI.
- de la mobilisation d'une « mise en situation professionnelle (MISPE) » au sein d'un ESAT, afin, préalablement à l'intégration au sein d'une entreprise, de vérifier, de confirmer ou d'infirmier l'orientation vers le milieu protégé.

Pour mémoire, la MATAHDI (Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés en Difficulté d'Insertion sociale et professionnelle) permet de réinsérer des personnes handicapées psychiques éloignées de l'emploi grâce à un hébergement et un accompagnement couplés à des missions en milieu ordinaire sur la base d'un contrat aidé.

Afin d'assurer une évaluation de qualité, des réunions de synthèse et de concertation sont également organisées sur l'initiative de la MDPH ou à la demande d'un partenaire sur des situations complexes (détail en partie « Réunions de synthèse, de concertation, de situation critique » dans le présent chapitre).

Enfin, pour évaluer les demandes, lorsque la personne handicapée (adulte ou enfant) est déjà prise en charge dans une structure (établissement ou service), la MDPH sollicite cette structure afin d'avoir un retour sur la prise en charge. Sous forme d'un « rapport d'évolution », le partenaire peut ainsi participer à l'évaluation en

appréciant les besoins, les demandes, les difficultés et les progrès de la personne en situation de handicap qu'il accompagne au quotidien.

S'agissant de la scolarisation des enfants handicapés, des modèles de Plan Personnalisé de Scolarisation et de suivi du Plan Personnalisé de Scolarisation avaient été bâtis conjointement avec les référents scolaires ce qui en faisait des outils efficaces et adaptés.

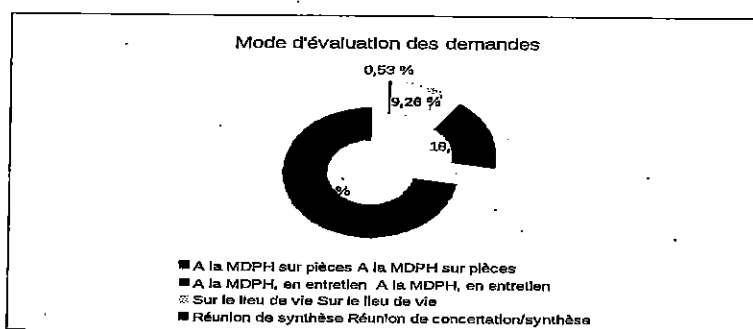
En 2015, ils ont été remplacés par le PPS prévu par les arrêtés ministériels du 6 février 2015, qui font suite au décret n°2014-1485 du 11 décembre 2014.

Tous ces outils et documents de travail font régulièrement l'objet d'une revue d'amélioration afin de perfectionner la qualité des évaluations.

Compte tenu du volume des demandes déposées et de leur nature très différente (première demande ou renouvellement ; une ou plusieurs demandes), les modalités d'évaluation sont différenciées :

- certaines sont réalisées sur dossier,
- d'autres nécessitent des consultations médicales,
- des entretiens à la MDPH,
- des visites à domicile avec plusieurs professionnels.

Ainsi, toute personne déposant une demande de PCH et entrant dans les critères de la PCH est rencontrée à domicile par une évaluatrice et en règle générale toute première demande d'AAH fait l'objet d'une convocation médicale.



Pour 2018, le nombre d'évaluation retrouve le niveau de l'année 2016 avec 6685 entretiens réalisés (dont 1.15% réalisé par téléphone) soit près de 12% de plus qu'en 2017. A ce chiffre, il faut ajouter 35 synthèses individuelles dont le détail est précisé ci-après.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	% évolution 2016/2016
A la MDPH sur pièces	2 919	2 400	2 778	3 415	3 130	3 874	4 205	3 765	4 795	27,4%
A la MDPH, en entretien	1 322	1 578	1 522	1 653	1 933	1 686	1 920	1 625	1 198	-26,3%
Sur le lieu de vie	510	558	478	575	580	560	558	547	615	12,4%
Reunion de concertation/synthèse	NC	30	46	58	54	41	28	25	35	40,0%
Total	4751	4 566	4 824	5 701	5 697	6 161	6 711	5 962	6 643	11,4%

Comme habituellement, la partition entre les évaluations sur pièces ou en entretien est principalement liée à la nature des demandes faites par les usagers (premières demandes, renouvellements, aggravation de l'état de santé, changement du projet de vie ...). Cependant, au titre de l'année 2018, si l'étude des dossiers sur pièces a fortement progressé c'est aussi du fait de la mise en place d'un dispositif d'évaluation complémentaire à celui des médecins et animé par l'équipe d'évaluation de la MDPH.

En corollaire à cette hausse, les entretiens à la MDPH sont en baisse du fait de la raréfaction du temps médical lié au départ à la retraite du médecin coordonnateur en juin 2018.

Il demeure que globalement depuis 2010, le nombre d'entretiens médicaux réalisés au sein des locaux de la MDPH est en augmentation, mécaniquement du fait de l'augmentation du nombre de demandes mais également lié à l'attention et l'effort fait par la MDPH pour préserver ce temps médical par des recrutements en conséquence (recrutement de 2 médecins généralistes à temps partiel pour le secteur adulte : l'un en janvier 2011 et l'autre en avril 2015, recrutement d'un médecin généraliste à temps partiel pour le secteur

enfant en juillet 2012 et recrutement de 2 médecins psychiatre à temps partiel : l'un en janvier 2014 et l'autre en septembre 2015, recrutement d'un temps de médecin à temps partiel en 2018 pour couvrir, incomplètement, le départ du médecin coordonnateur).
 A noter que les situations ayant nécessité une convocation de l'utilisateur par le médecin ont par ailleurs été vues sur pièce préalablement au rendez-vous médical.

Le nombre d'évaluations sur le lieu de vie sont principalement réalisées pour la Prestation de Compensation du Handicap mais également dans le cadre des renouvellements d'ACTP, de comparaisons ACTP/PCH ou pour l'évaluation de besoins de services ou d'établissements médico-sociaux.

Réunions de synthèse, de concertation, de situation critique

Afin d'assurer une évaluation de qualité, des réunions de synthèse et de concertation sont également organisées sur l'initiative de la MDPH ou à la demande d'un partenaire sur des situations complexes. Ces réunions permettent un échange avec les professionnels concernés et la personne handicapée ou sa famille pour aboutir à une analyse partagée de la situation.

Elles convergent à la définition d'un plan d'intervention coordonné et de modalités de mise en œuvre. Elles portent également sur les situations de prise en charge des jeunes dans le cadre de la transition vers l'âge adulte afin d'éviter que ne surviennent d'éventuelles ruptures de parcours.

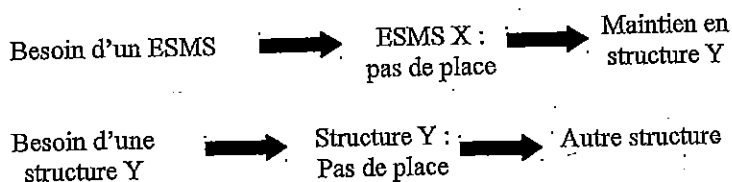
En 2018, 35 réunions de concertation/synthèse se sont tenues contre 25 en 2017.

Ces réunions, mises en place depuis octobre 2011, permettent de prendre en compte les situations dites « critiques », telles que mentionnées dans la circulaire n°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 23/11/2013 et s'intégreront désormais dans le dispositif « réponse accompagnée pour tous ».

Dans le département de l'Indre, la prise en compte des situations critiques fait partie intégrante du fonctionnement de la MDPH depuis plusieurs années.

- De ce fait, lorsque la décision de la CDAPH ne peut pas être réalisée faute de place disponible dans l'établissement, le service médico-social, ou la structure concernée, l'utilisateur est maintenu dans le dispositif qu'il occupe. La décision de la CDAPH précise de manière claire l'orientation nécessaire correspondant au besoin de la personne, et, dans l'attente, le maintien de sa prise en charge dans un autre dispositif.
Aucune personne ne se retrouve donc sans réponse ni sans solution.
- Par ailleurs, des places dites « d'urgence » ont été définies et mises en place dans la majorité des établissements médico-sociaux adultes et permettent de répondre à des besoins particuliers comme par exemple l'accueil en urgence d'un usager auparavant à domicile et dont l'aidant ne peut soudainement plus assurer son rôle, de manière temporaire ou définitive.
- Enfin, les réunions concertées et coordonnées avec tous les partenaires en lien avec la situation d'un usager permettent fréquemment d'éviter que certaines situations deviennent critiques.

Il est important toutefois de signaler que les maintiens ne peuvent être des réponses pérennes car ils créent de fait une réaction en chaîne de réponses dégradées. Ainsi :



Le rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution » du 10 juin 2014 et l'article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ont introduit le « PAG » (Plan d'Accompagnement Global).

L'impact de cette loi pour la MDPH est traité en Partie 1 - chapitre 8 du présent rapport

Évaluation en équipe pluridisciplinaire

Les évaluations réalisées en interne, par les équipes de « coordonnateurs » ou « d'évaluateurs » sont ensuite présentées à l'équipe pluridisciplinaire composée de plusieurs professionnels de la MDPH parmi :

- 2 assistantes sociales, l'une sur le secteur « adultes », l'autre sur le secteur « enfant »
- 1 infirmière, spécialité psychiatrie,
- 1 ergothérapeute,
- 1 médecin secteur « adultes »,
- 1 médecin secteur « enfants »,
- 6 coordonnateurs.

S'y ajoutent en fonction des besoins :

Pour le secteur adulte :

- des représentants du secteur de la psychiatrie adulte,
- des représentants de l'insertion professionnelle : Cap Emploi (et en 2017 Pôle Emploi),
- des représentants de la CARSAT,
- des représentants du secteur hospitalier (centre de rééducation),
- des représentants des établissements et services médico-sociaux,
- des représentants des ESAT.

Pour le secteur enfant :

- des représentants de l'Éducation Nationale :
 - 1 représentant des équipes de suivi de la scolarisation (enseignants référents),
 - 1 représentant du dispositif spécifique (psychologue ...),
 - 1 représentant du dispositif de droit commun (principal de collège...),
- des représentants des services sociaux du Département,
- des représentants des services de pédopsychiatrie,
- des représentants des établissements et services médico-sociaux,
- des représentants des services de soins spécialisés.

A noter que l'article R.146-27 du code de l'éducation (modifié par décret du 28/01/2015) prévoit que la composition de l'EP comprenne un enseignant du premier ou du second degré lorsque celle-ci se prononce sur des questions relatives à la scolarisation. Cette disposition était déjà effective dans l'organisation de la MDPH de l'Indre car, comme cela est convenu avec les services de l'Inspection Académique, un représentant de collège participe systématiquement aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire.

La composition de ces 2 équipes pluridisciplinaires, dotées de professionnels ayant un champ d'expertise varié, permet des échanges très constructifs renforçant la qualité des examens des différentes situations. **En 2018, 60 réunions en équipes pluridisciplinaires ont ainsi été tenues (27 adultes et 33 enfants).**

Après passage en EP, un plan personnalisé de compensation (PPC) est **systématiquement** adressé à toute personne ayant déposé une demande, qu'il s'agisse d'une première demande, d'un renouvellement ou d'une révision. Un coupon-réponse est joint permettant à l'utilisateur de faire part de ses observations sous 15 jours. Lorsque des pièces complémentaires sont renvoyées, elles font l'objet d'une évaluation médicale ou médico-sociale et d'un nouveau passage en EP.

En 2017, 26 Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées se sont tenues comportant toutes des dossiers enfants.

L'utilisateur est informé de la possibilité de participer à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

En 2018, 14 personnes ont été reçues par la commission (contre 15 en 2017) dont 4 pour des dossiers enfants.

Il est important de savoir que lorsqu'une personne exprime un désaccord sur le coupon-réponse de son plan personnalisé de compensation, c'est-à-dire en amont du passage de son dossier en CDAPH, un coordonnateur contacte cette personne par téléphone pour échanger et expliquer la proposition de l'équipe pluridisciplinaire. De ce fait, certaines personnes ne jugent plus utile de se rendre à la CDAPH, ayant reçu l'information ou les précisions dont elles avaient besoin, ce qui explique la baisse constante du nombre de personnes reçues en commission.

5. Processus de décision

5.1 Fonctionnement de la CDAPH

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées est chargée de prendre les décisions relatives à l'ensemble des droits (prestations et/ou orientations) des personnes handicapées.

La composition de la CDAPH est précisée à l'article R241-24 du Code de l'Action Sociale et des Familles (modifié par le Décret n°2013-938 du 18 octobre 2013 - art. 1). La CDAPH, prévue à l'article L. 241-5 du CASF, est composée comme suit :

- 4 représentants du Département,
- 4 représentants de l'Etat, dont l'Agence Régionale de Santé,
- 2 représentants des organismes d'assurance maladie et de prestations familiales,
- 2 représentants des organisations syndicales,
- 1 représentant des associations de parents d'élèves,
- 7 membres parmi les personnes présentées par les associations de personnes handicapées et de leurs familles,
- 1 membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées désigné par ce conseil,
- 2 représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou de services pour personnes handicapées.

Les membres ont été précisés par arrêté conjoint du Préfet et du Président du Conseil départemental en date du 17 février 2009. La composition de la CDAPH a été renouvelée par arrêté du 18 mars 2014.

Le règlement intérieur adopté indique les modalités de fonctionnement de la commission. Ainsi, un seul ordre du jour comprenant l'ensemble des dossiers adulte et enfant, présenté par ordre alphabétique en distinguant les plus et moins de 20 ans, est présenté par vidéo-projection. Sont ainsi affichés :

- l'identité et l'adresse des personnes,
- la nature et le statut des demandes déposées,
- la proposition de l'équipe pluridisciplinaire.

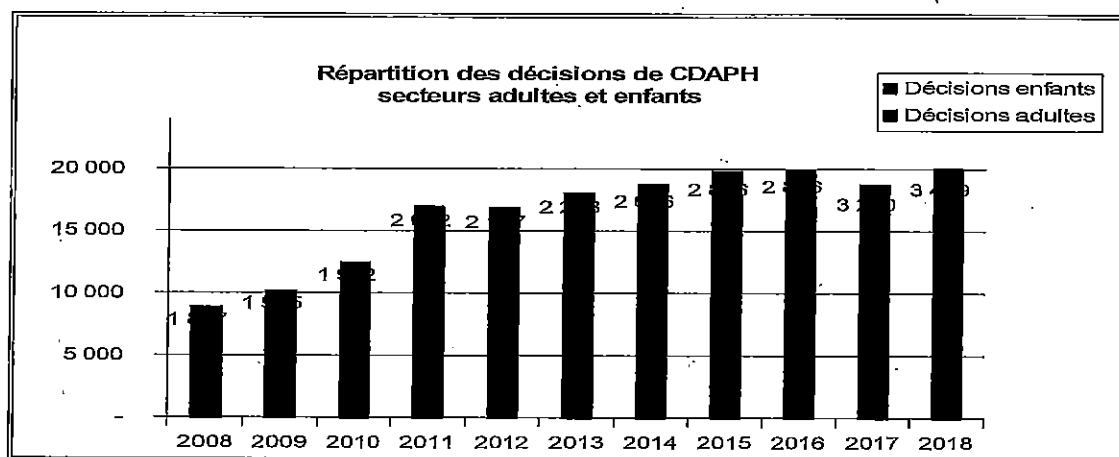
Un procès-verbal de la CDAPH est établi, indiquant le cas échéant les personnes ayant été entendues lors de la commission. Le PV est signé par le Président de la CDAPH et consigné dans un registre prévu à cet effet à la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

La commission siège en formation plénière. Toutefois, une composition simplifiée de la commission est mise en place pour examiner les demandes listées ci-après :

- demandes de renouvellement d'un droit ou d'une prestation sans évolution du handicap ou de la situation de la personne,
- demandes relatives à la reconnaissance des conditions prévues à l'article L381-1 du Code de la Sécurité Sociale (affiliation gratuite à l'assurance vieillesse),
- décision d'attribution de la carte mobilité inclusion mention invalidité, de la carte portant la mention « priorité pour personne handicapée », de la carte mention stationnement.
- décision relative à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et à l'orientation professionnelle.

Les éléments ci-après précisent l'évolution du nombre de décisions prises.

	Décisions adultes	Décisions enfants	Total	% évolution N-1/N
2007	7092	1727	8819	
2008	7037	1827	8864	0,5%
2009	8223	1995	10218	15,3%
2010	10491	1952	12443	21,8%
2011	14853	2082	16935	36,1%
2012	14764	2107	16871	-0,4%
2013	15794	2248	18042	6,9%
2014	16081	2666	18747	3,9%
2015	16999	2866	19865	6,0%
2016	17177	2816	19993	0,6%
2017	15546	3280	18826	-5,8%
2018	16688	3408	20097	6,8%



En 2018, 20 097 décisions ont été rendues par la CDAPH dont :

- 16 668 décisions s'agissant des adultes (83 % des décisions)
- 3408 s'agissant des enfants (17 % des décisions).

La répartition des décisions entre les adultes et les enfants ne varie pas entre 2017 et 2018 mais le volume de décision lui progresse de près de 7% pour dépasser désormais les 20 000 décisions.

Sur l'ensemble des décisions prises par la CDAPH, soit 20 097, 69,2% sont des accords, 30,3% des refus.

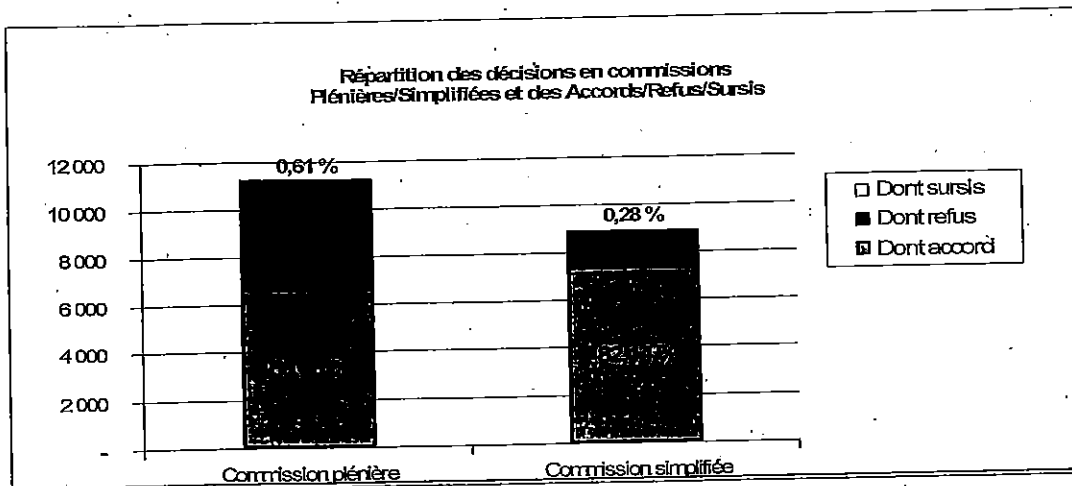
La répartition des décisions au sein des commissions plénières et simplifiées est présentée ci-après. 55,7 % des décisions ont eu lieu en commission plénière et 44,3 % en commission simplifiée.

	Nombre de personnes ayant fait l'objet d'un moins une décision	Répartition du nombre de personnes	Nombre de décisions prises	Répartition du nombre de décisions	Dont accord	% d'accord par rapport au nombre de décisions	Dont refus	Dont suris	% refus	% suris
Commission plénière	3288	49,4%	11195	55,7%	6603	59,0%	4524	68	40,4%	0,6%
Commission simplifiée	3371	50,6%	8902	44,3%	7312	82,1%	1563	25	17,6%	0,3%
total	6659		20 097		13 915		6089	93		

En commission plénière, les décisions ont fait l'objet d'un accord dans 59 % des situations.

En commission simplifiée, le taux d'accord reste quasi identique à 82,1 %.

En commission simplifiée sont en effet très souvent étudiées les demandes de renouvellement de droits qui font plus souvent l'objet d'un accord.



Le graphique ci-dessous apporte un autre angle de vue aux décisions de CDAPH analysées fonction de la nature des demandes.

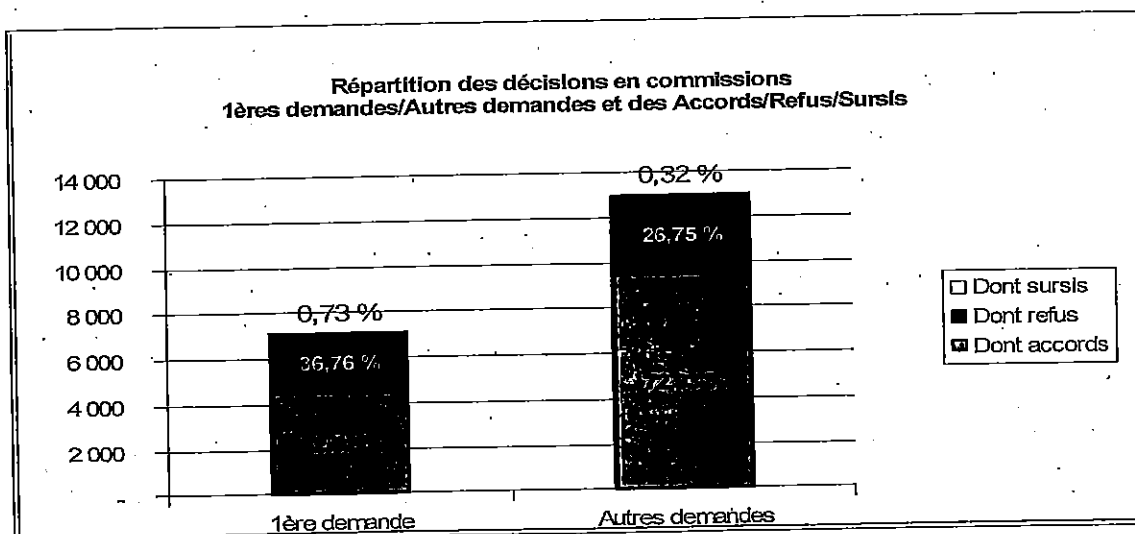
Les « premières » demandes » représentent 35,4 % de l'ensemble des décisions et celles qui proviennent des renouvellements, révisions, réexamens 64,6% du total.

Logiquement, le taux d'accord des renouvellements est élevé (72,93%) mais le taux d'accord des 1ères demandes progresse pour passer de 55% en 2016 à 57 % en 2017 et atteint 62,51 en 2018.

Enfin, les taux de refus, baisse, que ce soit pour les premières demandes (36,8 % en 2018 pour 41,91 % en 2017) comme pour les renouvellement (26,8 % pour 29,93 % en 2017):

Il correspond aux demandes faites par des personnes dont le handicap ne permet pas l'ouverture de droits, les critères nécessaires n'étant pas remplis (critères médicaux au regard du guide barème notamment).

	Nombre de décisions prises	Répartition du nombre de décisions	Dont accords	% d'accords par rapport aux décisions prises	Dont refus	% de refus par rapport aux décisions prises	Dont sursis	% de sursis par rapport aux décisions prises
1 ^{ère} demande	7119	35,4%	4450	62,5%	2617	36,8%	52	0,7%
Autres demandes	12978	64,6%	9465	72,9%	3472	26,8%	41	0,32 %
Total	20097		13915		6089		93	



5.2 Délais de traitement

Le délai global moyen de traitement des demandes, tous secteurs confondus, s'améliore légèrement pour s'établir à **4,4 mois**.

Il était de 4,6 mois l'an passé.

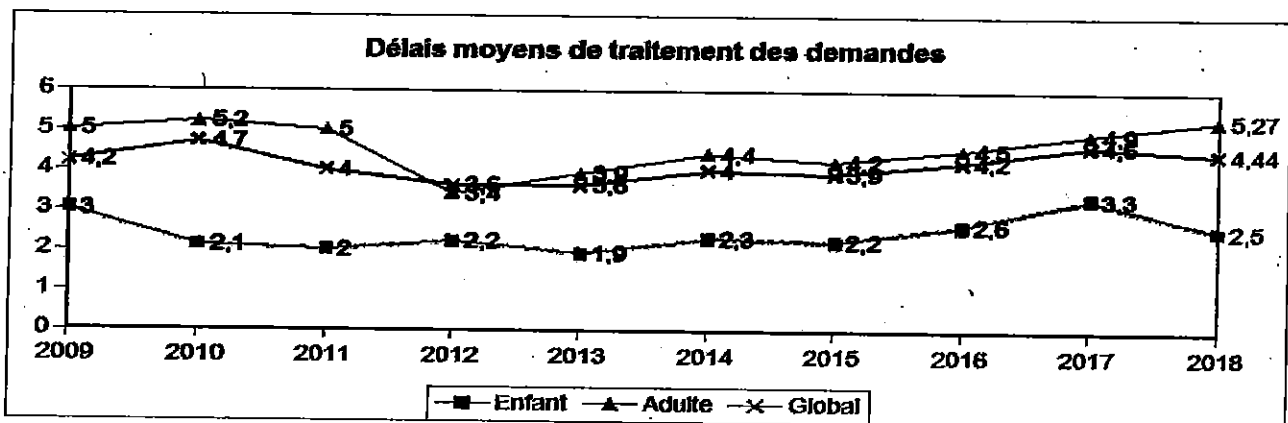
Pour mémoire, l'article R 241-33 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit un délai de réponse de 4 mois.

Article R241-33 Version en vigueur au 27 février 2013, depuis le 21 décembre 2012

Le silence gardé pendant plus de quatre mois par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées à partir de la date à laquelle la demande présentée auprès de la maison départementale des personnes handicapées doit être regardée comme recevable dans les conditions mentionnées à l'article R. 146-26 vaut décision de rejet.

Délai moyen de traitement des demandes (en mois)										
Secteurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Enfant	3	2,1	2	2,2	1,9	2,3	2,2	2,6	3,3	2,5
Adulte	5	5,2	5	3,4	3,9	4,4	4,2	4,5	4,9	5,27
Global	4,2	4,7	4	3,6	3,6	4	3,9	4,2	4,6	4,44

Le tableau ci-après ainsi que le graphique qui en découle récapitulent les délais moyens de traitement des demandes depuis 2009.



Les variations du délai de traitement des dossiers tiennent essentiellement aux conditions de l'instruction d'une demande et à celle de son évaluation médicale.

Le délai de traitement moyen d'une 1ère demande "Adultes" est de 5,49 mois,

Cette durée s'explique d'une part, par l'obligation quasi systématique de procéder à un rappel des pièces obligatoires et notamment des certificats médicaux le plus souvent manquants et d'autre part, la nécessaire détermination d'un taux d'incapacité qui impose alors une consultation médicale pour laquelle les délais peuvent être longs.

Celui d'un renouvellement de 4,98 mois.

Pour le secteur "Enfants" ces délais, pour une première demande, sont de 3,19 mois et de 2,5 mois pour un renouvellement.

Afin de prévenir ces difficultés, la MDPH de l'Indre organise, 7 mois avant le terme des droits, une relance écrite auprès des usagers pour que ces derniers anticipent leur démarche de renouvellement. Ce dispositif de relance permet d'éviter les ruptures de droit car les dossiers sont traités avant l'échéance de ces derniers, sans toutefois pénaliser les 1ères demandes qui sont étudiées en fonction de leur date de réception à la MDPH.