CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

DOSSIER DE PRESSE

CONSEIL EXTRAORDINAIRE DE LA CNSA

14 février 2011

66, avenue du Maine
75682 Paris cedex 14
tél. 01 53 91 28 00
fax 01 53 91 28 82
www.cnsa.fr

Sommaire

Communiqué de presse
Aide à l'autonomie : Roselyne Bachelot-Narquin et Marie-Anne Montchamp débattent avec le Conseil de la CNSA.

Annexe 1
Les réserves de la Caisse en forte réduction.

Annexe 2
Bilan d'activité et financier des maisons départementales des personnes handicapées en 2009.

66, avenue du Maine
75682 Paris cedex 14
tél. 01 53 91 28 00
fax 01 53 91 28 82
www.cnsa.fr

Communiqué de presse

Aide à l'autonomie : Roselyne Bachelot-Narquin et Marie-Anne Montchamp débattent avec le Conseil de la CNSA

Le Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, réuni aujourd'hui en session extraordinaire sous la présidence de Francis Idrac, a reçu Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, et Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale. Les ministres ont rappelé les enjeux et les modalités d'organisation du « débat national sur la dépendance » et évoqué le bilan de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le Conseil affirme sa participation au débat national

Au cœur des réflexions sur un nouveau champ de protection sociale depuis sa création, le Conseil de la CNSA se félicite que ce sujet de société, attendu par les acteurs concernés, soit l'un des chantiers prioritaires du début d'année et ne se cantonne plus à un petit nombre d'initiés.
Il s'accorde avec la volonté du gouvernement de ne pas concentrer le débat sur les seules questions financières, mais de réfléchir plus largement à la place des personnes âgées dans la société. Il considère la longévité des Français comme une chance pour tous, un facteur de croissance à saisir.
Enfin, le Conseil souligne le caractère évolutif de la perte d'autonomie et le rôle de la prise en charge des GIR 4. Il aspire à ce que la future loi accorde une place importante à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ses propositions en la matière feront l'objet d'un chapitre dans le rapport annuel 2010 de la CNSA.

Un débat source d'attentes

Les membres du Conseil ont réaffirmé leur attachement aux orientations exprimées dans le rapport 2007 de la Caisse et notamment à la création d'un droit universel d'aide à l'autonomie, terme qu'ils souhaitent substituer à celui de dépendance.

Acteurs du débat, ils ont fait entendre leurs points de vue sur quatre sujets essentiels : le public concerné, les aidants, le financement et la gouvernance.

La réforme ne portant que sur la dépendance des personnes âgées, le GR 31[1] regrette que seul le cas des personnes handicapées vieillissantes soit abordé dans les groupes de tra-

[1] Le GR 31 assure la liaison entre les 31 organisations représentatives des personnes âgées, des personnes handicapées ou œuvrant à leur égard qui siègent au Conseil de la CNSA. Il s'est donné pour mission de préparer le positionnement des organisations précitées dans les débats du Conseil de

vail. Il a interpellé Marie-Anne Montchamp sur une possible convergence et mis en avant la nécessité « d'harmoniser et de mieux financer les aides à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap », sans barrière d'âge. Une position partagée par certains représentants d'une organisation syndicale et de conseils généraux qui proposent la création de maisons départementales de l'autonomie.
Marie-Anne Montchamp a précisé qu'une approche différenciée se justifiait, la dépendance étant un risque incertain lié à l'avancée en âge, le handicap une situation pour les personnes concernées.

À la demande de certains, notamment le représentant de la CFTC, de voir créer un statut pour les aidants familiaux, Roselyne Bachelot-Narquin a répondu que ce sujet serait une question centrale du débat. Elle a souligné l'importance des plateformes de répit aujourd'hui mises en place avec le plan Alzheimer 2008-2012.

Du point de vue financier, les représentants des conseils généraux considèrent que la prise en charge de la perte d'autonomie doit reposer plus largement sur un financement national que les départements complèteraient. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre équité et proximité. Ce financement national représente pour eux le moyen de réduire les frais restant à la charge des familles des personnes hébergées en établissement.
Le GR 31 n'écarte pas la possibilité de recourir, s'ils sont encadrés, à des produits d'assurance collective ou individuelle en complément des financements publics.

Enfin, le GR 31 souhaite voir confier la gouvernance de ce nouveau risque à la CNSA tout en demandant que la place des associations dans son Conseil soit consolidée.
Les représentants des conseils généraux souhaitent pour leur part voir leur rôle et celui de la CNSA confortés.

Deux autres préoccupations récurrentes : les difficultés de l'aide à domicile et les finances des départements

Déplorant l'absence de mesures concrètes pour faire face aux graves difficultés de l'aide à domicile qu'elles demandent depuis fin 2009, les associations du secteur ont profité de la présence de Roselyne Bachelot-Narquin pour la questionner à nouveau sur l'avancement de la création d'un fonds d'urgence. Si plusieurs causes de ces problèmes sont identifiées (impact de la crise, gestion perfectible des structures, allocation de ressources pas toujours optimale), la ministre estime que des précisions devront être apportées par un meilleur suivi statistique.

Dans le même temps, le GR 31 a regretté que le fonds exceptionnel de soutien en faveur des départements alimenté par les réserves de la CNSA (75 millions d'euros) et la suppression de la convergence tarifaire négative pour les établissements d'hébergement pour per-

---

la CNSA et de contribuer à l'édification d'un nouveau risque de protection sociale pour l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

sonnes âgées dépendantes n'aient pas pu être inscrits et votés dans le budget rectificatif 2011 dès aujourd'hui.

La ministre a répondu que les chiffres de l'exécution de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) 2010 n'étant pas complètement connus à ce jour, il était impossible de procéder aux votes de ces fonds d'urgence, mais que le prochain conseil du 12 avril sera saisi d'un projet de budget rectificatif pour 2011.

Contact Presse

Aurore Anotin – CNSA
Tél. : 01 53 91 21 75 – 06 62 47 04 68
aurore.anotin@cnsa.fr

À propos de la CNSA

Créée en 2004, **la CNSA est un établissement public administratif** dont les missions sont les suivantes:

- Participer au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au financement des maisons départementales des personnes handicapées, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux.
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire quel que soit l'âge ou le type de handicap, en veillant à une répartition équitable des ressources.
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation : échange d'informations, mise en commun des bonnes pratiques entre les départements, soutien d'actions innovantes, développement d'outils d'évaluation, appui aux services de l'État dans l'identification des priorités et l'adaptation de l'offre.
- Enfin, la CNSA a un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

Le Conseil de la CNSA est composé de représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes handicapées ; représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées ; représentants des Conseils généraux désignés par l'Assemblée des départements de France ; représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ; représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ; représentants de l'État ; Parlementaires ; représentants d'institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse et personnalités qualifiées.

Le Conseil de la CNSA vote le budget de la Caisse qui se monte en 2011 à 19,7 milliards d'euros (10,5 milliards destinés aux personnes âgées et 9,2 milliards destinés aux personnes handicapées) et un rapport annuel d'activité qui comprend un chapitre « prospectives et préconisations ».

Annexe 1 : les réserves de la Caisse en forte réduction

Le Président de la CNSA avait souligné lors du dernier Conseil le caractère néfaste des polémiques qui avaient émergé sur les « vrais-faux excédents » du budget. Les données présentées ci-après précisent l'utilisation qui en a été faite et permettent de constater qu'ils sont en forte réduction.

Sur chacune des années 2005 à 2009, la CNSA a réalisé **des excédents, compris entre 1,3 % et 3,6 % du total de l'Objectif global de dépenses médico-social** (le cumul de l'ONDAM médico-social voté par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale et de la part des ressources propres qui y sont affectées) : 141 millions d'euros en 2005 ; 385 millions en 2006, 431 millions en 2007 ; 510 millions en 2008 et 431 millions en 2009, **soit un cumul virtuel de 1 milliard 898 millions d'euros,** ces excédents annuels étant réaffectés aux dépenses d'une année sur l'autre.

Cette sous-consommation de l'OGD s'explique par le mécanisme de construction qui était prévu par le code de l'action sociale et des familles : pour autoriser un nouvel établissement médico-social, l'agence régionale de santé (la DDASS jusqu'en 2009) devait disposer des crédits nécessaires à son fonctionnement dans l'enveloppe de l'année que la CNSA lui délègue. **L'OGD était donc construit en autorisations d'engagement.** Du fait des délais inévitables entre autorisation et ouverture effective de l'établissement (trois ans environ pour un EHPAD), une sous-consommation des crédits était ainsi engendrée mécaniquement. Cette sous-consommation se concentre davantage sur les établissements et services pour personnes âgées (l'OGD PA) que sur ceux qui accueillent des personnes handicapées (l'OGD PH).

1) <u>Des excédents redéployés au service de la solidarité pour l'autonomie</u>[2]

a) La plus grande partie de ces crédits a été utilisée pour **des aides à l'investissement** aux établissements médico-sociaux. En effet, si la CNSA s'est vu reconnaître une mission d'abord provisoire, puis pérenne à partir de 2008, de soutien à la modernisation des établissements et à la création de places nouvelles, aucun ressource propre n'y était affectée (pour la première fois, la LFSS 2011 a doté de 4 % des ressources de la Contribution Solidarité Autonomie, soit environ 90 millions d'euros, une section d'aide à l'investissement) : ce sont donc les excédents successifs de l'OGD qui ont permis de mobiliser au fil des années (2006-2009) **1,450 milliard** d'aides à l'investissement (y compris le provisionnement des contrats projets État-Régions pour 165 millions d'euros) et encore 151 millions d'euros en 2010.

[2] La différence de montant entre la sous-consommation cumulée des exercices 2006-2009 et son utilisation vient du fait que l'on raisonne sur deux plans temporels différents : la sous-consommation est constatée *a posteriori* en fin d'exercice, alors que son utilisation est présentée *a priori* dans la construction budgétaire, construite en déficit et qui comprend l'apport des réserves à l'OGD plus quelques recettes annexes et des provisions.

Ces aides à l'investissement ont contribué à la réalisation de près de 8,3 milliards d'euros de travaux (effet de levier de 6,27), au bénéfice de plus de 1 000 établissements pour personnes âgées et 600 pour personnes handicapées.

b) La deuxième utilisation de ces réserves a servi à **abonder l'OGD de l'année suivante**. Ces reports ont été de **529 millions d'euros** au total entre 2006 et 2009 (et encore de 56 millions en 2010).

c) Quelques opérations de moindre importance de **reprise par la CNSA de dépenses antérieurement assumées sur le budget de l'État** ont été effectuées (et ont été de ce fait critiquées par le Conseil de la CNSA, considérant que l'engagement pris de non-substitution des crédits de la CNSA à ceux de l'État n'était pas respecté) :

- 7,4 millions d'euros en 2005 et 4,8 millions d'euros en 2009 pour financer des emplois d'éducateurs sportifs dans le champ du handicap (dépense relevant normalement de l'accessibilité au droit commun) ;
- 165 millions d'euros en 2009 d'engagements d'aides à l'investissement au bénéfice des établissements médico-sociaux que l'État avait pris dans le cadre des contrats de projet État-Régions (inclus dans le total d'aides à l'investissement retracé ci-dessus).

Les opérations de financement des STAPS (12,2 millions d'euros) et des CPER (165 millions d'euros) sont bien toujours au bénéfice des personnes âgées et handicapées, mais constituent un accroc à la logique de financements de la CNSA « en plus de », et non « à la place de ».

d) Enfin, deux opérations récentes de **restitution de crédits initialement prévues dans l'ONDAM médico-social à l'ONDAM sanitaire** ont été votées lors des dernières lois de financement de la sécurité sociale : **150 millions en 2009 et 100 millions en 2010** (qui se traduisent par une diminution équivalente de la « sous-consommation »).

Ce sont ces deux opérations qui traduisent effectivement une « fongibilité à rebours » des crédits initialement prévus pour le secteur médico-social vers les besoins du secteur sanitaire.

Au niveau local, les DDASS (ARS aujourd'hui) ont aussi la latitude d'utiliser les **« crédits non reconductibles »** (l'écart entre leur dotation régionale et la dépense effective de tarification des établissements et services) pour des dépenses non pérennes, dans le champ éligible à l'OGD. Cette mobilisation locale des crédits est un facteur important de limitation de la sous-consommation (605 M€ en 2009 et 435 M€ en 2010), et permet de répondre de façon souple à des besoins locaux, par exemple de formation des personnels, ou d'accompagnement des programmes de mise en sécurité des établissements.

2) Des excédents en voie de disparition.

Dès 2007, afin de réduire l'écart temporel entre l'autorisation et l'ouverture d'un établissement gagées par des crédits d'autorisation d'engagement a été mis en œuvre un système « **d'enveloppes anticipées** ». Il consiste à déléguer aux ARS une enveloppe d'autorisations dont les crédits ne seront mis en place qu'en année N+1 ou N+2 (et N+3 depuis 2010). Les ARS peuvent ainsi autoriser la création d'un établissement ou service sans disposer des crédits dans leur enveloppe de l'année, mais en étant assurées de disposer de ces crédits l'année d'ouverture prévue.

Au vu de la persistance d'une sous-consommation importante en montant sinon en pourcentage, une mission conjointe des inspections générales (IGF et IGAS) a proposé à l'automne 2009 de changer le mode de construction de l'OGD, **en passant d'une logique d'autorisations d'engagement à une logique de crédits de paiement**. L'objectif est de construire l'OGD non plus au vu du stock existant et des autorisations de l'année, mais au regard des besoins effectifs de financement des établissements et services en fonctionnement ou qui ouvrent dans une année donnée.

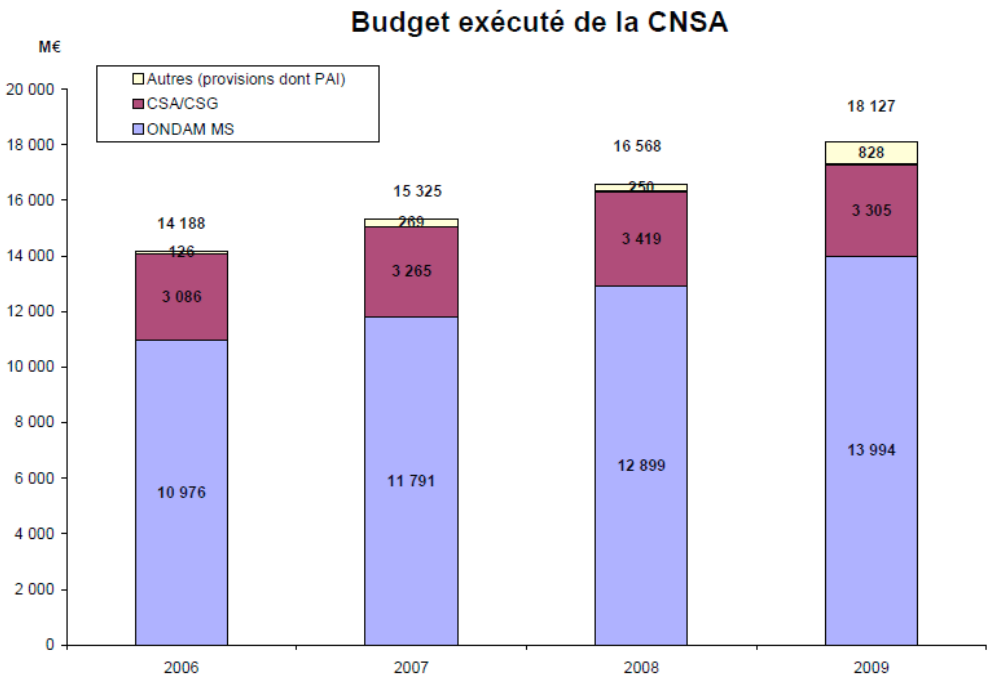
Ce changement de logique, validé par les autorités ministérielles, se traduit par trois étapes :

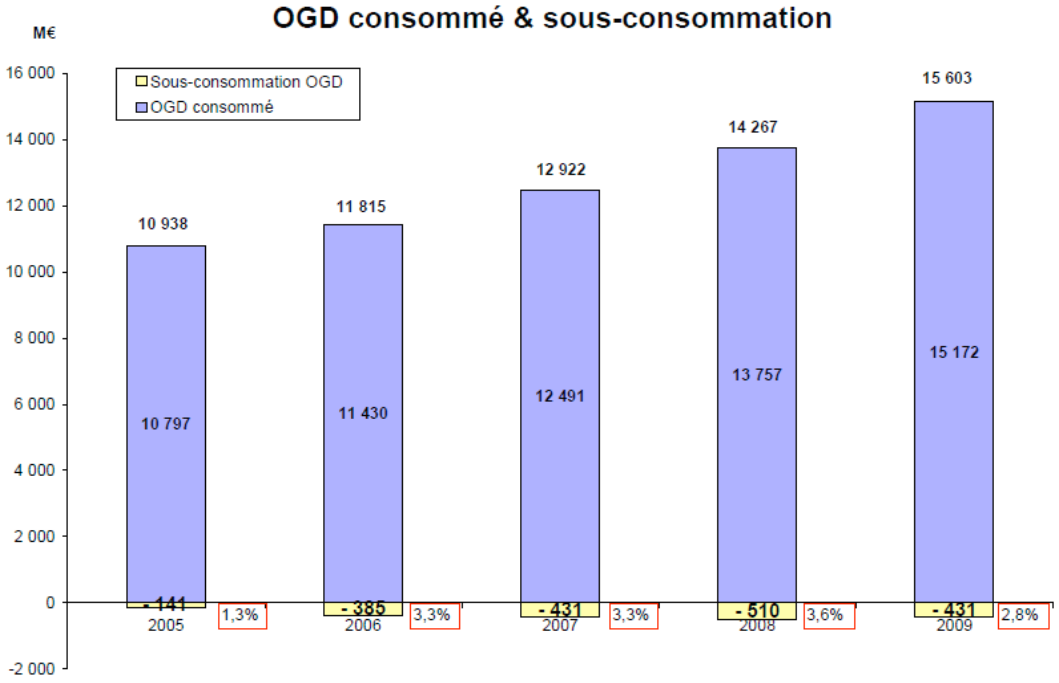
- dès 2010, l'enveloppe départementale et régionale a été « nettoyée », en supprimant définitivement de la base tous les crédits qui avaient pu être prévus au cours des années antérieures pour des projets qui, pour des raisons diverses, n'ont pas été autorisés ou ont été abandonnés ou réorientés. Ce débasage a porté sur 307 M€ ;
- en 2011, l'OGD a été construit en « crédits de paiements », sur la base des besoins remontés des ARS à la CNSA lors d'une enquête à fin juin. Ce changement de périmètre a permis de ramener à + 3,8 % l'augmentation de l'ONDAM médico-social lors de la LFSS 2011 (+ 5,8 % en 2009) ;
- dès le printemps 2010, la CNSA a entrepris avec un groupe de travail associant les ARS et le ministère la construction d'un nouveau système d'information de gestion de l'allocation de ressources (baptisé HAPI), destiné au niveau régional à la gestion des campagnes de tarification par les ARS et leurs délégations territoriales, et au niveau national à la construction et au suivi de l'exécution de l'OGD dans cette nouvelle logique de « crédits de paiement ». Il sera déployé à fin 2011, pour servir de base à la campagne 2012.

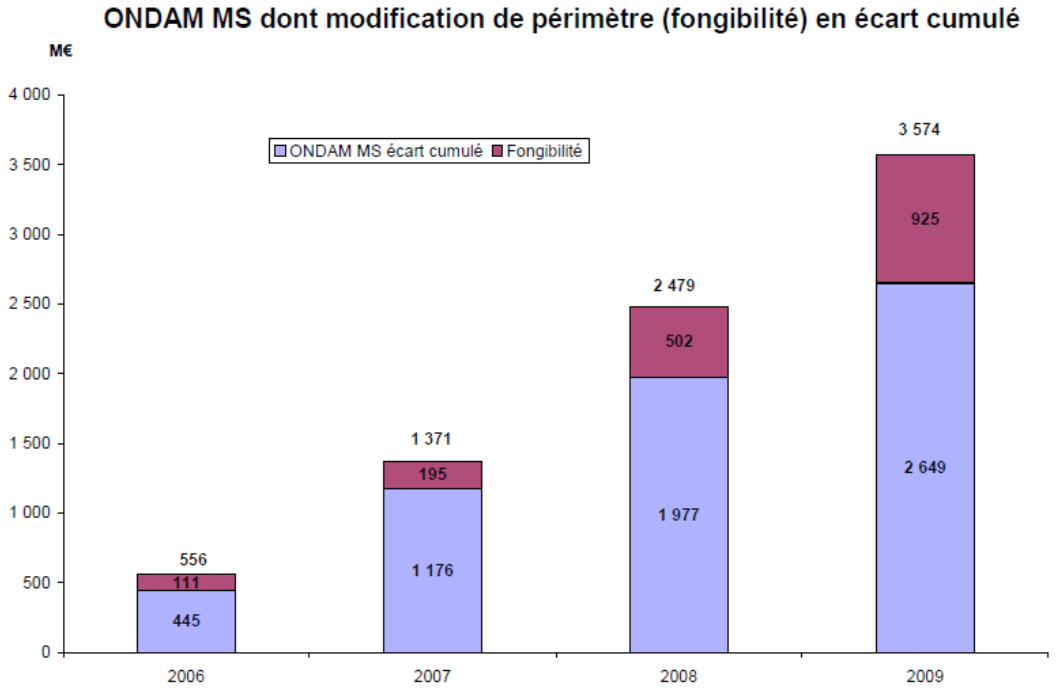
L'ensemble de ces mesures, et notamment le « débasage » de 2009 et la nouvelle logique de construction de l'OGD, devrait se traduire par une exécution 2010 proche de l'équilibre (toutefois avec une sous-consommation sur le secteur personnes âgées équilibrée par une sur-consommation sur le secteur personnes handicapées, qui montre les progrès encore à accomplir en termes de construction et d'exécution de l'OGD et de ses deux sous-composantes).

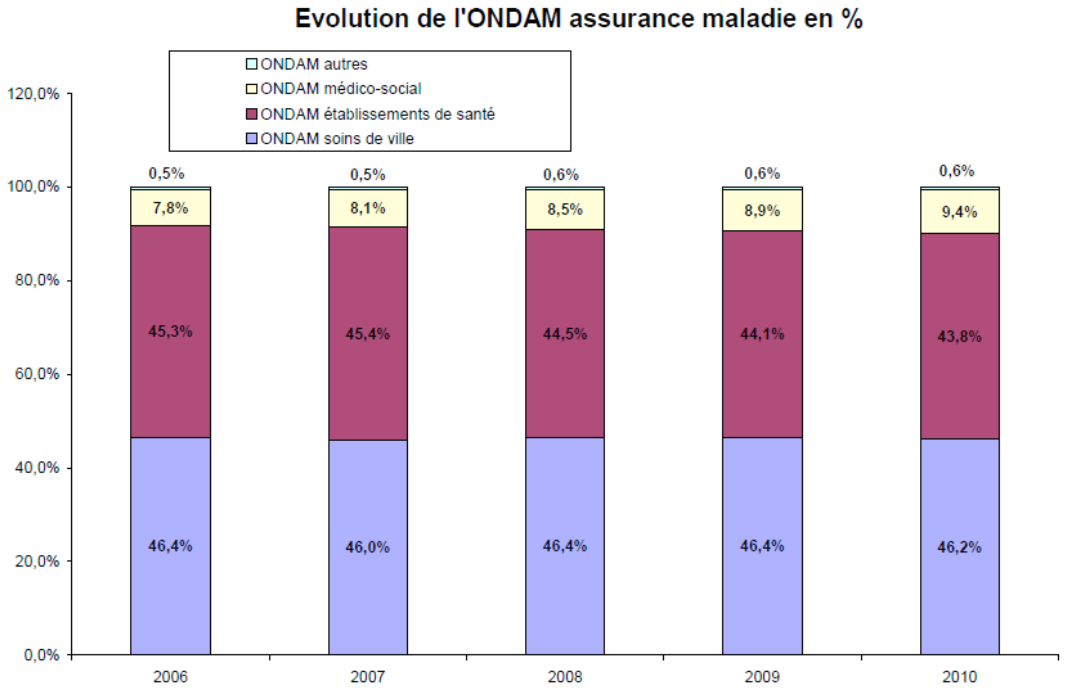
De ce fait, **les réserves subsistant sur la section I** (OGD) après la clôture des comptes 2010 (159 M€) **devraient être proches de zéro en début d'exercice 2011**, compte tenu

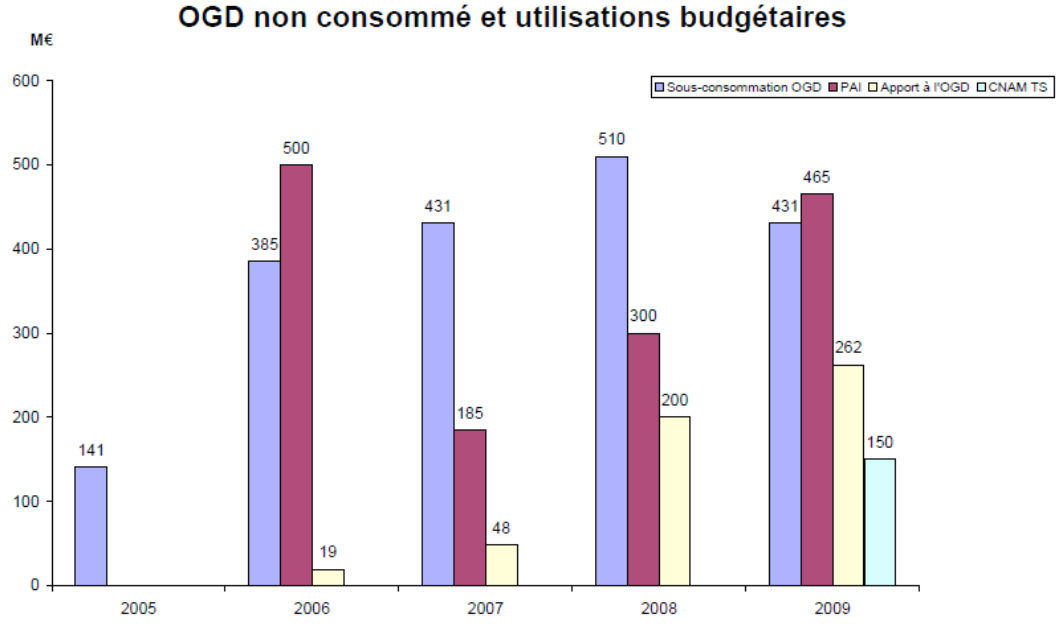
d'une mobilisation de ces réserves à hauteur de 141 millions d'euros pour abonder l'OGD de 2011.


Budget exécuté de la CNSA
M€
Autres (provisions dont PAI)
CSA/CSG
ONDAM MS
20 000
18 000
16 000
14 000
12 000
10 000
8 000
6 000
4 000
2 000
0
14 188
126
3 086
10 976
15 325
269
3 265
11 791
16 568
250
3 419
12 899
18 127
828
3 305
13 994
2006
2007
2008
2009


OGD consommé & sous-consommation
M€
Sous-consommation OGD
OGD consommé
16 000
14 000
12 000
10 000
8 000
6 000
4 000
2 000
0
-2 000
10 938
10 797
- 141
1,3%
2005
11 815
11 430
- 385
3,3%
2006
12 922
12 491
- 431
3,3%
2007
14 267
13 757
- 510
3,6%
2008
15 603
15 172
- 431
2,8%
2009


ONDAM MS dont modification de périmètre (fongibilité) en écart cumulé
M€
ONDAM MS écart cumulé
Fongibilité
4 000
3 500
3 000
2 500
2 000
1 500
1 000
500
0
556
111
445
2006
1 371
195
1 176
2007
2 479
502
1 977
2008
3 574
925
2 649
2009


Evolution de l'ONDAM assurance maladie en %
ONDAM autres
ONDAM médico-social
ONDAM établissements de santé
ONDAM soins de ville
120,0%
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%
0,5%
7,8%
45,3%
46,4%
0,5%
8,1%
45,4%
46,0%
0,6%
8,5%
44,5%
46,4%
0,6%
8,9%
44,1%
46,4%
0,6%
9,4%
43,8%
46,2%
2006
2007
2008
2009
2010


OGD non consommé et utilisations budgétaires
M€
Sous-consommation OGD
PAI
Apport à l'OGD
CNAM TS
600
500
400
300
200
100
0
141
385
500
19
431
185
48
510
300
200
431
465
262
150
2005
2006
2007
2008
2009

Annexe 2 : bilan d'activité et financier des maisons départementales des personnes handicapées en 2009

À la veille de l'examen d'une proposition de loi sur les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) par l'Assemblée nationale, et profitant de la présence de secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, le Conseil de la CNSA a pris connaissance de leur bilan d'activités2009.

Dirigées par un cadre nommé par le président du Conseil général, les MDPH sont financées à hauteur de 39% par les départements, de 34% par l'État et de 21% par la CNSA. Leur fonctionnement a coûté, en moyenne en 2009, 5,2 € par habitant de moins de 60 ans. Les crédits de personnel (5700 personnes) représentent les trois-quarts des dépenses de fonctionnement, soit 201 M€ sur un budget global de 275 M€.

Après quatre années de fonctionnement, les MDPH sont de mieux en mieux identifiées par les personnes handicapées et leurs familles, d'abord comme le lieu d'accueil et d'information sur toutes les questions relatives à la vie de la personne handicapée. Elles deviennent le pivot de la politique du handicap dans le département. Leur activité s'exerce en effet en lien avec les principaux membres du groupement d'intérêt public (conseils généraux, services de l'État, organismes de protection sociale et associations), ainsi qu'avec des partenaires extérieurs, dont les services et établissements spécialisés dans l'accueil ou l'évaluation (94 % des MDPH ont passé une convention avec au moins un partenaire extérieur).

Les demandes et leurs réponses

La pression du nombre de demandes déposées est toujours vive et l'attente des personnes handicapées reste forte.
Parmi l'ensemble des demandes de prestations ou d'orientations formulées aux maisons départementales, la part des premières demandes (nombre de personnes qui se présentent pour la première fois à la MDPH) reste très largement majoritaire. C'est notamment le cas pour la prestation de compensation du handicap (PCH). Cela signifie que cette prestation n'a pas encore atteint sa vitesse de croisière.

La moyenne des délais de réponse est proche de 4,2 mois pour l'ensemble des prestations (la loi fixe le délai à quatre mois). Toutefois, les délais de traitement des demandes de PCH dépassent souvent largement les quatre mois, en raison de la complexité de traitement inhérente à cette prestation (projet de vie, évaluation pluridisciplinaire des besoins plus approfondie, étude des devis pour les aides techniques ou l'aménagement du logement, …).

Pour les enfants, les demandes liées à l'école sont majoritaires. En effet, il s'agit pour 33 % de demandes d'orientation vers des établissements spécialisés, pour 13 % de demandes d'auxiliaire de vie scolaire, pour 6 % de demandes d'avis de transport scolaire et, dans une plus faible proportion, de demandes d'avis pour l'attribution de matériel pédagogique adapté.

Concernant les adultes, les demandes de carte d'invalidité et de priorité représentent presque le quart des démarches. Les demandes d'allocation adulte handicapé (AAH) viennent ensuite. Si la PCH ne concerne que 7% des demandes, celles-ci sont en augmentation par rapport à 2008 (6%), et leur étude demande beaucoup plus de travail.
En cumulant les demandes d'AAH (18 %), de compléments de ressources (6 %), de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (16 %) et d'orientation professionnelle (11%), on s'aperçoit que plus de la moitié des demandes concerne la capacité d'exercer une activité professionnelle ou l'insertion professionnelle.

Le personnel et les partenariats

Même si les problèmes de gestion des personnels persistent, notamment en raison des difficultés liées au remplacement et au financement des mises à disposition par les services de l'État, on constate une plus grande stabilité du personnel, administratif notamment, favorisant ainsi une meilleure organisation interne et les changements de pratiques. 5700 personnes (soit 4874 équivalents temps plein) travaillent désormais dans les MDPH avec pour objectifs d'accueillir toutes les personnes qui souhaitent les contacter, d'améliorer les procédures internes pour fluidifier le traitement des demandes, d'assurer une évaluation de qualité des besoins des personnes qui peut aller jusqu'à des visites à domicile et d'organiser un fonctionnement efficace de la commission des droits et de l'autonomie. C'est trois fois plus que les anciennes commissions (CDES, COTOREP, SVA) qui précédaient la création des MDPH.

Les nouveaux recrutements ont permis d'enrichir les compétences techniques, surtout au sein des équipes pluridisciplinaires : travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, ergothérapeutes.

Les maisons départementales nouent de plus en plus de partenariats dans leur département, pour compléter leurs connaissances et leurs capacités d'intervention dans le domaine de l'emploi, de l'insertion et de l'orientation professionnelle, par exemple avec les établissements de rééducation fonctionnelle ; et pour renforcer leurs capacités d'évaluation, notamment dans le domaine du handicap psychique.
Le croisement de regards et l'apport d'éléments complémentaires constituent une richesse pour analyser les situations des personnes. L'évaluation et les préconisations de réponses sont facilitées grâce au partage d'informations sur les situations individuelles avec les établissements ou services pouvant connaître mieux la situation de la personne que la maison départementale elle-même. Cette transmission d'informations est également pertinente pour éviter les redondances de procédures d'évaluation déjà réalisées par d'autres acteurs externes à la MDPH.

L'accueil

Le rapport du Sénat de juillet 2009 sur le bilan des MDPH soulignait la nécessité de faire de l'accueil une priorité et de faciliter les démarches des personnes handicapées en élargissant les possibilités de contact. Cette invitation a été entendue par les équipes des maisons départementales. 2009 a été pour beaucoup une année de profonde évolution des modalités d'accueil, pour rendre un meilleur service aux personnes qui les sollicitent, spécialement

celles qui, souvent inquiètes, y viennent pour la première fois. Sans toutefois assister à une complète décentralisation sur le territoire départemental, la diversification des lieux (développement des points d'accueil de proximité) et des moyens de contact (accueil physique, accueil téléphonique avec ou sans numéro vert, courrier, courriels, site Internet) se poursuit. Pour un département de taille moyenne, ce sont plus de 10 000 personnes qui sont reçues annuellement par la MDPH.

La médiation, la conciliation

Qu'il s'agisse de médiation, de conciliation ou de recours gracieux et contentieux, les contestations formulées par les usagers donnent lieu à une attention particulière des services des MDPH qui mettent en place de nouvelles procédures, installent des référents, développent la mission de conciliation et réfléchissent sur la place de la personne handicapée dans le cadre de ces contestations. Autant d'éléments révélateurs des initiatives des MDPH en ce domaine dont l'efficacité se mesure à la baisse observée du taux de recours contentieux.

Le système d'information

A la fin de l'année 2009, la très grande majorité des départements avait basculé sur son nouveau système informatique de gestion, clôturant les anciens logiciels ITAC et OPALES. Le système d'information partagé sur l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH) qui sera alimenté par les données transmises par les MDPH à partir de 2011, doit permettre la connaissance des personnes, à partir du dépôt de la demande jusqu'à l'attribution des prestations, de la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH, mais également lors d'un changement de situation de la personne, un moment important qui nécessite une nouvelle évaluation et une révision du plan personnalisé de compensation.

Le fonds départemental de compensation[3]

En 2009, les fonds départementaux de compensation sont intervenus en moyenne 16,5 fois par mois, contre 14,7 fois en 2008 (et 10,2 en 2007), le plus souvent pour des compléments de prise en charge des aides techniques. Si la tendance générale est à l'accroissement progressif des interventions, des tensions apparaissent cependant sur les crédits disponibles pour maintenir ce dispositif, le désengagement de l'État entraînant souvent celui des autres financeurs.

[3] Le fonds départemental de compensation (FDC) doit permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation. Le fonds est un complément de financement, pour les bénéficiaires de la PCH, sans condition d'âge, que la personne soit à domicile ou qu'elle réside en établissement. Selon les départements, le fonds peut également répondre aux demandes des personnes de moins de 20 ans bénéficiaires de l'AEEH et aux bénéficiaires de l'ACTP ou aux personnes de plus de 60 ans.