



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA REPONSE

MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES DU FINISTERE

(Département du Finistère)

Exercices 2014 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 14 mai 2019.

TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
1 Tout handicap doit faire l'objet d'une compensation.....	7
1.1 Un guichet unique	7
1.1.1 La loi du 11 février 2005	7
1.1.2 Le programme régional de santé	8
1.1.3 Le schéma départemental en faveur des personnes handicapées	8
1.2 Des enjeux importants.....	9
1.2.1 Des enjeux financiers qui dépassent le seul budget de la MDPH	9
1.2.2 Une action orientée vers des populations fragiles	10
1.2.3 Un domaine où les associations sont très présentes	11
2 Les premiers enseignements du guichet unique	12
2.1 Une croissance ininterrompue des demandes	12
2.1.1 Evolution comparée.....	12
2.1.2 Un stock important	13
2.1.3 L'accueil et l'information.....	14
2.2 Un pilotage difficile	15
2.2.1 Un projet d'établissement structurant.....	15
2.2.2 Une absence de vision pluriannuelle sur les budgets et les objectifs	16
2.2.3 Une méconnaissance des suites données aux décisions	16
2.2.4 Des données à fiabiliser et à organiser	17
2.3 Un cadre de décision qui doit être sécurisé.....	19
2.3.1 La convention constitutive	19
2.3.2 La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).....	19
2.3.3 Le respect des usagers et des règles de confidentialité.....	21
2.3.4 L'équipe pluridisciplinaire	22
2.4 La qualité du service	23
2.4.1 La gestion des données	23
2.4.2 Les bonnes pratiques	25
2.4.3 L'autodiagnostic	25
2.4.4 La contestation des décisions	25
2.4.5 La qualité des décisions.....	26
2.4.6 Les relations avec le service départemental d'aide sociale à l'enfance.....	28
2.5 D'un traitement de masse à un traitement personnalisé.....	28
2.5.1 Des résultats différents concernant les enfants.....	28
2.5.2 Un nouveau paradigme.....	30

3	Les moyens et les outils.....	32
3.1	Une autonomie relative.....	32
3.1.1	Un GIP atypique.....	32
3.1.2	Une dépendance marquée vis-à-vis du département.....	33
3.2	Le système d'information (SI).....	34
3.2.1	Les faiblesses du requêtege.....	34
3.2.2	La gestion des risques.....	34
3.2.3	L'évolution du système d'information.....	35
3.3	Le budget.....	35
3.3.1	Les dispositions conventionnelles.....	35
3.3.2	Les charges supportées par les tiers.....	36
3.3.3	Un situation financière dégradée.....	37
3.3.4	Des moyens comparables aux autres départements.....	37
3.3.5	Un second guichet : le fonds départemental de compensation.....	38
3.4	Les ressources humaines.....	39
3.4.1	Les personnels.....	39
3.4.2	Les règles de gestion.....	41
	TABLE DES ANNEXES.....	43

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Bretagne a examiné les comptes et la gestion de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du Finistère sur la période 2014-2018.

Constituée sous forme de groupement d'intérêt public (GIP), personne morale de droit public placée, selon l'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), sous « *la tutelle administrative et financière* » du département, la MDPH du Finistère disposait en 2017 d'un budget consolidé¹ de 4,2 M€ et employait 84,6 agents équivalents temps plein.

C'est une structure bicéphale : d'un côté, la commission exécutive, présidée par le président du conseil départemental, assure la gestion du GIP et de l'autre, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, dont le président est élu par ses pairs, est la seule instance décisionnaire, en matière d'allocations notamment.

Un guichet unique installé en 2006

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap a créé un guichet unique chargé, au niveau départemental, de recevoir et traiter l'ensemble des demandes présentées par les personnes en situation de handicap, qu'elles soient adultes ou enfants.

La MDPH regroupe le conseil départemental du Finistère, les services de l'Etat, l'assurance maladie et des représentants des associations de personnes en situation de handicap. Depuis sa création en 2006, l'activité croît en moyenne de 5 % par an.

Un déficit récurrent

Comme les années précédentes, les comptes 2017 ont affiché un résultat déficitaire (331 397 €). Ce déficit récurrent a jusqu'à présent pu être absorbé grâce un excédent historique, qui se réduit cependant d'année en année. Il est nécessaire que la MDPH soit en mesure de revenir à l'équilibre budgétaire à compter de 2019.

Une organisation qui a atteint ses limites

La MDPH du Finistère n'a pas pris la pleine mesure de la loi de 2005. Son organisation encore calée sur les deux guichets « historiques » (enfance/adulte) reste en effet trop morcelée. Avec encore plus de 20 000 dossiers en stock malgré le recrutement, ces trois dernières années, de personnels de renfort sur des contrats de courte durée, l'objectif de résorption du retard reste à atteindre. Une polyvalence plus grande des équipes permettrait notamment de mieux réguler l'activité du secteur enfance, soumise à une forte saisonnalité.

¹ Budget retraité de dépenses prises en charge gracieusement par le département et ne figurant donc pas dans les comptes de la MDPH.

Malgré la mobilisation des personnels, les conditions d'examen des dossiers par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) n'est pas satisfaisante. En traitant 3 000 dossiers par séance, la MDPH du Finistère continue à mettre en œuvre un algorithme dépassé qui nécessite une forte mobilisation humaine pour de nombreuses décisions souvent simples découlant d'une application de grilles élémentaires d'analyse. Ce dispositif nécessite une évolution en profondeur de son organisation.

Au-delà des problèmes d'organisation finistériens, la standardisation s'inscrivant dans un pilotage national permettrait l'automatisation d'un plus grand nombre de décisions (à l'instar du fonctionnement des caisses d'allocations familiales). Les associations de personnes en situation de handicap verraient ainsi leur rôle renforcé en se concentrant sur les situations les plus complexes pour garantir l'homogénéité et l'effectivité des droits sur le territoire.

Enfin, conformément aux possibilités offertes par le code de l'action sociale et des familles, la CDAPH devrait pouvoir délibérer en formation restreinte afin d'augmenter le nombre de réunions tout en veillant à assurer une parfaite confidentialité des dossiers. Par ailleurs, l'audition des demandeurs doit être assurée par une formation garantissant l'écoute et le respect.

Un seul lieu d'accueil à Quimper

La seule implantation quimpéroise méconnaît les particularités démographiques du Finistère. Une répartition des guichets sur le territoire devrait permettre une meilleure prise en charge des demandeurs et une fiabilisation des demandes, facilitant ainsi leur instruction. La mobilisation de réseaux départementaux (CLICS, CDAS) permettra de répondre à cette exigence.

Une autonomie à renforcer

En lien avec les services du département, la MDPH devrait être en mesure de procéder elle-même au recrutement d'agents contractuels et d'établir un cadre de responsabilité entre la direction des systèmes d'information du département et la MDPH pour l'usage des outils informatiques. Ces deux propositions seraient de nature à renforcer l'autonomie à la MDPH afin d'augmenter sa réactivité.

Une évolution incontournable : la réponse accompagnée pour tous (RAPT)

La RAPT, destinée à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé pour éviter toute rupture dans son parcours, peut désormais être sollicitée par tous ceux qui ont été orientés en établissements ou services et qui n'ont pu obtenir de place effective. A ce jour, la MDPH du Finistère traite dans ce cadre une trentaine de dossiers par an alors que plusieurs centaines en relèveraient.

RECOMMANDATIONS

Sur le fondement des observations du rapport, la chambre formule les recommandations et rappels au respect des lois et règlements suivants :

Recommandation n° 1 : établir une convention assurant l'accueil des usagers de la MDPH dans les CDAS (centres départementaux d'action sociale) en s'appuyant sur le réseau des 25 CDAS.	11
Recommandation n° 2 : mettre en place un suivi des contacts permettant d'assurer leur traçabilité et leur décompte par nature.	15
Recommandation n° 3 : élargir les plages horaires d'ouverture de l'accueil physique et téléphonique des locaux de la MDPH.	15
Recommandation n° 4 : mettre en place, avec un pouvoir de décision, la formation restreinte prévue à l'article R. 241-28 du code de l'action sociale et des familles (CASF), autorisant l'application de la procédure simplifiée sur les propositions relatives aux dossiers les plus simples.	20
Recommandation n° 5 : mettre en place, en lien avec le département, une organisation permettant d'assurer un traitement des données conforme au règlement général de protection des données (RGPD).	22
Recommandation n° 6 : établir les listes des personnes autorisées à participer aux équipes pluridisciplinaires, conformément à l'article R. 126-27 du code de l'action sociale et des familles (CASF).	23
Recommandation n° 7 : mettre en place une fiche de synthèse du dossier de l'utilisateur (historique des demandes avec actualisation de l'évaluation).	25
Recommandation n° 8 : formaliser le cadre de responsabilités entre la direction des systèmes d'information (DSI) du département et la MDPH pour l'usage de ses outils informatiques.	33
Recommandation n° 9 : annexer aux documents budgétaires les financements et charges supportés par les tiers et de les mentionner dans le rapport d'activité.....	36

Les recommandations et rappels au respect des lois et règlements formulés ci-dessus ne sont fondés que sur une partie des observations émises par la chambre. Les destinataires du présent rapport sont donc invités à tenir compte des recommandations, mais aussi de l'ensemble des observations détaillées par ailleurs dans le corps du rapport et dans sa synthèse.

INTRODUCTION

La chambre régionale des comptes Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et de la gestion de la maison départementale des personnes handicapées du Finistère (MDPH 29) à compter de l'exercice 2014.

Ce contrôle a été ouvert par une lettre du 6 février 2018 envoyée à la présidente du groupement d'intérêt public (GIP) MDPH 29, Madame Nathalie Sarrabezolles. Son prédécesseur, M. Pierre Maille, a été avisé par un courrier du 27 mars 2018.

La chambre, lors de sa séance du 23 octobre 2018, a arrêté ses observations provisoires, adressées le 27 décembre 2018 à la présidente de la MDPH 29 ainsi qu'à l'ancien président du GIP. La présidente a répondu par un courrier en date du 19 février 2019.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, lors de sa séance du 14 mai 2019, a arrêté ses observations définitives.

1 TOUT HANDICAP DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE COMPENSATION

1.1 Un guichet unique

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé un guichet unique chargé, au niveau départemental, de recevoir et de traiter l'ensemble des demandes présentées par les personnes en situation de handicap, qu'elles soient adultes ou enfants.

La maison départementale des personnes handicapées réunit dans un groupement d'intérêt public (GIP) le conseil départemental du Finistère, les services de l'Etat, l'assurance maladie et des représentants des associations de personnes en situation de handicap. Ce GIP, personne morale de droit public, est placé, selon l'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), sous « *la tutelle administrative et financière* » du département.

1.1.1 La loi du 11 février 2005

Fondé sur les principes généraux de non-discrimination, la loi du 11 février 2005 vise à garantir l'égalité des droits et des chances et à assurer aux personnes handicapées la possibilité de choisir leur projet de vie. Dans ce cadre, l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail (...) ».

Avec cette loi, la MDPH devient le guichet unique pour la prise en compte des besoins formalisés des personnes handicapées dans leur projet de vie avec une réponse apportée dans un délai limité. Elle les accompagne dans tous les domaines de leur vie, quels que soit leur âge et leur situation. Les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) rejoignent la MDPH sous la houlette du conseil départemental.

Deux rapports² ont mis en évidence la saturation de la gestion des demandes de compensation, les risques importants de rupture de droit des personnes handicapées, le manque d'établissements ou de services adaptés, l'inadaptation des solutions actuelles et les difficultés de fonctionnement des MDPH. Ces rapports formulent de nombreuses recommandations et alternatives dans le domaine du handicap, tant législatives, organisationnelles que fonctionnelles en proposant notamment de prendre mieux en compte l'avis des usagers et de préparer des réponses globales aux besoins de compensation.

² Rapport Piveteau - « Zéro sans solution ». Juillet 2014.
Rapport Taquet –Serres « Plus simple la vie » Mai 2018.

1.1.2 Le programme régional de santé

Au terme de la consultation réglementaire ouverte le 16 mars 2018, le projet régional de santé 2018 - 2022 a été publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 29 juin 2018. La politique de santé bretonne dispose de sa feuille de route pour les cinq prochaines années déclinée dans un schéma régional de santé. Organisé autour de sept axes stratégiques repris dans 28 thématiques, le schéma régional, pour chaque thématique, présente les principaux chantiers et objectifs opérationnels.

Trois objectifs³ permettent de décliner la thématique visant à « *apporter à chaque personne en situation de handicap une réponse adaptée* ».

Pour suivre la réalisation de ces objectifs, cinq indicateurs de réalisation devront être élaborés :

- pourcentage de personnes en situation de handicap sans solution ;
- file active cumulée des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ;
- part dans l'offre médico-sociale pour personnes en situation de handicap des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire ;
- taux de scolarisation à l'école (en dehors d'une unité d'enseignement implantée en établissement) des enfants accompagnés en établissement spécialisé ;
- nombre de personnes en situation de handicap de plus de 20 ans accueillies au sein d'établissements et services pour enfants.

Dans la mesure où la MDPH ne dispose pas d'informations quant aux suites données aux décisions qu'elle prend, ces indicateurs devraient venir compléter l'élaboration de tableaux de bord aujourd'hui insuffisants (*cf.* 2.2.3).

1.1.3 Le schéma départemental en faveur des personnes handicapées

Depuis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et plus récemment la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le département, en tant que chef de file des politiques sociales, s'est vu confier une compétence de principe pour l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale dans le cadre d'une coordination régionale.

³ Contribuer à la construction d'une société plus inclusive ; apporter des réponses pertinentes aux besoins des personnes et prévenir l'épuisement de leurs aidants ; mettre en place des organisations permettant de coordonner les accompagnements des différents acteurs et d'éviter les ruptures de parcours.

En 2013, le département du Finistère a adopté son quatrième schéma dédié aux politiques du handicap (PH), pour la période 2013-2018 ; afin de préparer le schéma suivant, les services départementaux travaillent sur l'évaluation de ce quatrième schéma dont un des objectifs était la création de places dans les établissements et services pour personnes en situation de handicap. Une des principales mesures de ce schéma consistait en la création de 385 places représentant une enveloppe de 10,5 M€.

Les places prévues ont toutes été créées permettant ainsi au Finistère de disposer d'un taux d'équipement plus élevé que celui constaté au niveau national.

Tableau n° 1 : Taux d'équipement – places et services handicapés (pour 1 000 habitants)

<i>Taux Equipements</i>	Finistère		France métropolitaine
<i>Finistère</i>	2013	2016	2016
<i>Foyer de Vie</i>	1,7	1,9	1,5
<i>Foyer accueil médicalisé</i>	1,2	1,2	0,8
<i>FV/FAM</i>	2,9	3,1	2,3
<i>MAS</i>	0,4	0,5	0,8
<i>ESAT</i>	3,9	4	3,6
<i>SAVS/SAMSAH</i>	1,8	2	1,5

Source : Direction des personnes âgées et des personnes handicapées CD 29

Le document d'évaluation complet, en cours de finalisation, devait être présenté à la séance plénière de janvier 2019 afin de définir les axes de travail.

Pour la construction du futur schéma en faveur des personnes handicapées et à l'instar du comité d'évaluation, une démarche participative impliquant au premier chef les usagers et la MDPH devrait être conduite au premier semestre 2019 avec une validation du schéma lors de la séance plénière du 17 octobre 2019.

1.2 Des enjeux importants

1.2.1 Des enjeux financiers qui dépassent le seul budget de la MDPH

Les décisions prises par la MDPH portent attribution de prestations (allocation aux adultes handicapés ou AAH, allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou AEEH et prestation de compensation du handicap ou PCH) relevant de plusieurs financeurs : la caisse d'allocations familiales (CAF) ou la mutualité sociale agricole pour les deux premières et le département pour la dernière, avec des montants financiers conséquents.

En 2017, le budget consolidé de la MDPH était de 3,3 M€. Ce montant est à mettre en regard des 193,5 M€ de prestations payées par différents organismes sur décision de la MDPH.

Tableau n° 2 : Montant des prestations versées suite à décisions de la MDPH

<i>Montants 2017 - en M€</i>	PCH	ACTP	AAH*	AEEH*	TOTAL
<i>Finistère</i>	29,3	4,6	144	15,6	193,5

Sources : CAF, MSA et départements – * : y compris compléments.

Ces montants ne prennent pas en compte toutes les dépenses induites par les décisions de la MDPH. C'est le cas par exemple des compléments de rémunération versés dans le cadre d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), quand les intéressés suivent un stage de retour à l'emploi par exemple, ni les aides ménagères ou au transport scolaire que le département met également en place, ou encore l'avantage fiscal résultant, le cas échéant, d'un taux d'invalidité supérieur à 80 %.

Ils n'intègrent pas non plus le financement des postes d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) qui ont en charge l'accompagnement, la scolarisation, la socialisation et la sécurité des jeunes handicapés.

Tableau n° 3 : Postes d'AVS – rentrée 2017- Académie de Rennes

	1 ^{er} degré Public	2 nd degré Public	1 ^{er} degré Privé	2 nd degré Privé	TOTAL
<i>Côtes d'Armor</i>	294	78	45	28	445
<i>Finistère</i>	453	151	218	102	924
<i>Ille-et-Vilaine</i>	271	90	147	35	543
<i>Morbihan</i>	149	30	102	35	316
TOTAL	1 167	349	512	200	2 228

Source : Services du rectorat de Rennes.

1.2.2 Une action orientée vers des populations fragiles

Les MDPH reçoivent des demandes émanant d'adultes, ou de familles pour leurs enfants. Les demandeurs, ou leurs enfants, présentent des handicaps, parfois lourds ou cumulés.

Ces difficultés peuvent rendre leurs déplacements difficiles, réduire leurs disponibilités et engendrer des contraintes dans les échanges (intimité, confidentialité). Aussi, la qualité de l'accueil, les modalités de mise en contact et de suivi des demandeurs sont-elles primordiales ; un accompagnement des demandeurs pour la présentation de leur dossier d'une vingtaine de pages serait de nature à fiabiliser les dossiers et à en faciliter l'instruction.

Bien que située à Quimper dans une zone d'activité dynamique, son accès reste malaisé pour une personne en situation de handicap. Desservie par une ligne de bus dont l'arrêt se trouve du mauvais côté du rond-point, il faut environ vingt minutes depuis la gare pour rejoindre la MDPH, les bus étant au surplus non accessibles⁴ aux personnes à mobilité réduite.

De plus, l'absence de sites de proximité obligent de nombreux demandeurs résidant au nord du département (Brest-Morlaix) à venir à Quimper pour l'instruction de leur dossier. Si un des objectifs du projet d'établissement visant à « développer un accueil de proximité » a pris en compte cette question, sa mise en œuvre reste à faire.

Dans cette perspective et dans une optique d'optimisation des moyens, la MDPH pourrait ainsi passer une convention avec le conseil départemental afin de s'appuyer sur le réseau des 25 CDAS (centres départementaux d'action sociale) répartis sur le territoire⁵, les usagers de la MDPH pouvant être par ailleurs bénéficiaires de la PCH, qui est une prestation départementale.

<p>Recommandation n° 1 : établir une convention assurant l'accueil des usagers de la MDPH dans les CDAS (centres départementaux d'action sociale) en s'appuyant sur le réseau des 25 CDAS.</p>

Suite à la recommandation de la chambre invitant la MDPH à démultiplier les guichets d'accueil, la présidente de la MDPH a indiqué que, dans le cadre du projet d'établissement, il a été prévu, en accord avec le conseil départemental, que des formations sur l'accueil de premier niveau soient proposées aux agents d'accueil des CDAS spécialisés dans « l'accès aux droits ». Elle a précisé par ailleurs que ce dispositif pourrait être étendu, à terme, aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux centres communaux d'action sociale (CCAS).

1.2.3 Un domaine où les associations sont très présentes

Historiquement, c'est le milieu associatif qui a porté les politiques du secteur médico-social et, dans le secteur du handicap en particulier, la dichotomie santé/médico-social a renforcé le rôle des associations.

Le rôle que leur a attribué le législateur dans la prise de décisions de la CDAPH en est l'illustration et contribue certainement à la rigidité de cette commission.

⁴Les bus ne sont pas équipés d'un dispositif d'embarquement tel qu'un élévateur ou une rampe, d'une marche rétractable commandée, d'un système d'agenouillement (système qui permet d'abaisser et de relever totalement ou partiellement la caisse d'un véhicule par rapport à sa position normale de marche).

⁵ « Pour faciliter l'accès aux droits et aux services, un point d'entrée unique est proposé aux Finistériens : le Centre départemental d'action sociale. A travers ces lieux d'accueil physiques qui maillent le territoire, la politique de solidarité du Conseil départemental est mise en œuvre. » <https://www.finistere.fr/A-votre-service/Action-sociale-CDAS>

En se constituant en collectif d'associations, interlocuteur unique des pouvoirs publics, le poids des associations finistéennes s'en est trouvé renforcé.

2 LES PREMIERS ENSEIGNEMENTS DU GUICHET UNIQUE

2.1 Une croissance ininterrompue des demandes

À l'échelle nationale, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁶ met en exergue une progression continue de l'activité, qui s'amplifie chaque année : la progression persistante du nombre de premières demandes en matière de scolarisation et le poids important et constant de l'activité liée à l'emploi et à l'attribution des cartes, notamment pour les personnes âgées de soixante ans et plus.

2.1.1 Evolution comparée

Selon la synthèse des rapports d'activité 2016 des MDPH publiée par la CNSA, près de 4,44 millions de demandes ont été adressées contre 4,25 millions en 2015. Un tiers des demandes déposées concerne des cartes de stationnement ou d'invalidité et de priorité ; un autre tiers de l'activité concerne les prestations financières (AEEH et AAH) et la RQTH ; le dernier tiers des demandes exprime un besoin d'orientation, d'aides à la scolarisation et de compensation (PCH) qui nécessitent une technicité spécifique en matière d'évaluation. Les recours représentaient 2 % des décisions en 2016 et 82 % d'entre eux étaient des recours gracieux.

Dans le Finistère, l'activité est en constante augmentation : 63 709 demandes ont été déposées en 2017, contre 58 385 en 2014 (+ 9,1 %).

⁶ Établissement public de l'État avec lequel elle signe des conventions d'objectifs et de gestion (COG), la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est, depuis le 1^{er} janvier 2006, chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie, d'assurer une mission d'information et d'animation de réseau, d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles, d'assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

Tableau n° 4 : Evolution détaillée des demandes déposées entre 2014 et 2017

Type de demandes	2014	2015	2016	2017	Evol 15/17
Nombre total de demandes déposées dont :	58 385	60 761	63 138	63 709	4,9 %
Cartes d'invalidité et de priorité (enfants et adultes)	11 530	11 003	11 984	12 445	13,1 %
AAH seule, AAH+CPR	9 659	12 896	12 060	9 071	-29,7 %
RQTH	7 841	7 979	8 459	8 492	6,4 %
PCH enfants/adultes	3 591	3 879	3 894	4 118	6,2 %
AAEH seule, AEEH + compléments	2 897	4 777	4 953	5 600	17,2 %
Aides humaines à la scolarisation	2 096	2 238	2 656	2 885	28,9 %
ACTP	212	241	192	168	-30,3 %
Avis cartes de stationnement (enfants et adultes)	ND	9 053	9 708	11 932	31,8 %
Orientations établissement adultes	1 801	1 012	964	942	-6,9 %
Orientations service adultes		1 063	958	909	-14,5 %
Orientations professionnelles adulte	ND	2 775	2 749	2 837	2,2 %
Orientations formation professionnelles adultes	ND		0	0	
Orientations établissement enfants	1 153	622	683	662	6,4 %
Orientations services enfants		667	835	835	25,2 %
Orientations scolaires enfants	809	669	850	994	48,6 %

Source : MDPH

L'évolution des demandes d'aides à la scolarisation est, en Bretagne, plus soutenue qu'au niveau national.

2.1.2 Un stock important

Devant l'importance du stock de dossiers, la commission exécutive (COMEX)⁷ a décidé en mars 2016 de recourir à des renforts dédiés afin d'obtenir une résorption significative par le recrutement d'agents financé à 50 % par le département et 50 % par la MDPH.

⁷ Opération « coup de poing » de rattrapage du retard (Cf. délibération du 25 mars 2016) avec l'embauche temporaire de 18 personnes sur des CDD de trois à six mois.

Tableau n° 5 : L'évolution des stocks de demandes au 31 décembre de chaque année

<i>Les stocks au 01/01</i>	2014	2015	2016	2017
<i>en nombre de demandes</i>	10 131	NC	23 977	21 166
<i>Evolution du stock par rapport à N-1</i>	NC	NC	NC	-11,72 %

Source : tableaux de données normalisées transmis à la CNSA

Au 31 décembre 2017, 21 166 demandes étaient en souffrance, soit environ 8 800 dossiers⁸ ; le service gestion des droits évalue à 9 475 le nombre de dossiers en attente de décision au 31 juillet 2018. Malgré les opérations de déstockage entreprises en 2016, le niveau du stock reste donc élevé, les chiffres de 2018 restant cependant à confirmer.

2.1.3 L'accueil et l'information

La mission d'accueil, qui compte 8,8 ETP rattachés au pôle accueil, information et communication, est supervisée par un agent, également en charge de la communication interne et de la logistique.

Le premier niveau d'accueil, généraliste, est ouvert au public cinq jours par semaine, de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h30.

L'accueil de 2^{ème} niveau se déroule dans un espace fermé qui garantit la confidentialité des échanges. Il est assuré au minimum par un agent qui reçoit les usagers pour du suivi de dossier.

L'accueil téléphonique est pris en charge par une cellule dédiée faisant partie du service accueil. Les agents sont polyvalents et interviennent également à tour de rôle sur l'accueil physique. Ce service tient un tableur recensant quotidiennement le nombre de messages électroniques, de courriers reçus, de personnes accueillies et le nombre de dossiers distribués. La fiabilité de ces données reste incertaine, le comptage réalisé manuellement pouvant varier en fonction de la vigilance des agents ou du niveau de fréquentation.

Tableau n° 6 : Données relatives à l'activité d'accueil des publics

	2015	2016	2017
<i>Accueil Physique</i>	ND	13 840	13 682
<i>Accueil téléphonique reçus</i>	ND	31 896	33 002
<i>courriers électroniques reçus</i>	ND	22 860	13 752

Source : rapport d'activité 2017

⁸ Un dossier compte environ 2,4 demandes.

La direction des systèmes d'information dispose pour sa part d'un outil permettant de comptabiliser sur une période donnée le nombre d'appels, leur durée, le temps d'attente et le taux de décroché. Ces données, donnant des indications sur l'activité de la cellule d'accueil téléphonique, ne sont cependant communiquées à la MDPH que sur demande. Il ne s'agit donc pas pour elle d'un outil de pilotage.

La MDPH n'a ainsi pas de perception globale sur l'activité du service accueil. De plus, l'objet des contacts ne figure dans aucun document. Elle ne peut par conséquent pas davantage prendre la mesure de la nature des demandes effectuées auprès de ce service, qui constitue pourtant le principal point d'entrée de l'établissement.

Recommandation n° 2 : mettre en place un suivi des contacts permettant d'assurer leur traçabilité et leur décompte par nature.

Suite à cette observation, la MDPH envisage d'utiliser le module accueil du futur système d'information pour la mise en place de ce décompte.

En 2016, la MDPH a fait réaliser une étude de satisfaction auprès des usagers : 37,5 % des personnes interrogées n'utilisent jamais l'espace informatique et 54 % ne sont pas satisfaites des horaires d'accueil. Logiquement, la révision des amplitudes horaires d'ouverture est l'un des objectifs déclinés dans le projet de service.

A la lecture des fiches de pointage d'avril 2018, il apparaît que les agents de l'accueil prennent leur service entre 7h30 et 8h30, bénéficient d'une pause méridienne de 45 minutes et finissent leur journée vers 17h00. Dans ces conditions, un accueil de 8h30 à 16h30 ne semble pas poser de difficultés d'organisation.

Recommandation n° 3 : élargir les plages horaires d'ouverture de l'accueil physique et téléphonique des locaux de la MDPH.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, il a été indiqué qu'une délibération élargissant les plages d'horaires d'accueil a été adoptée le 15 mars 2019 par la COMEX, pour une mise en œuvre en septembre 2019.

2.2 Un pilotage difficile

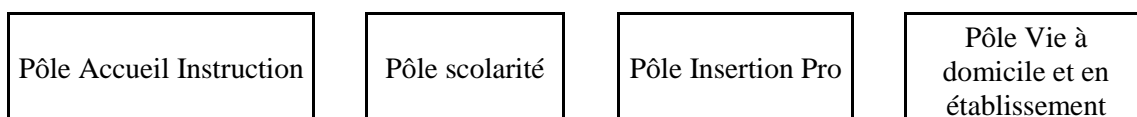
2.2.1 Un projet d'établissement structurant

Jusqu'en janvier 2018, l'organisation de la MDPH issue du schéma originel COTOREP/CDES se répartissait en deux pôles : le service gestion des droits et le service évaluation.

Pour corriger des dysfonctionnements identifiés (délais de traitement longs, cloisonnement des services) et pour mettre en œuvre le prochain système d'information harmonisé, la directrice a engagé une démarche de projet d'établissement, présenté à la COMEX en décembre 2017.

Auparavant, avec l'aide d'un cabinet de conseil, les axes de travail de ce projet ont été déclinés en objectifs opérationnels à court, moyen et long terme. Sa prochaine mise en œuvre entrainera dans les mois à venir une réorganisation de l'ensemble des services permettant la mise en place d'un guichet unique compatible avec le futur système d'information piloté par la CNSA. A une organisation binaire Enfant & Adultes // Gestion des droits & Evaluation se substituerait une organisation en quatre pôles.

Carte n° 1 : Organisation future de la MDPH en pôles



Source : MDPH29

2.2.2 Une absence de vision pluriannuelle sur les budgets et les objectifs

Comme toutes ses homologues, la MDPH du Finistère n'est toujours pas en mesure d'élaborer la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) prévue par la loi du 28 juillet 2011. Contrairement aux dispositions de l'article 4 de cette loi qui prévoyait une signature « *au plus tard le 1^{er} janvier de la deuxième année suivant la date de promulgation de la présente loi* », et en l'absence de décret d'application, aucune convention pluriannuelle n'a pu être signée. Avec une meilleure visibilité sur les ressources financières à venir et sur l'engagement des financeurs, le pilotage de la MDPH s'en trouverait pourtant facilité.

Si la MDPH du Finistère a engagé une démarche de projet d'établissement, ni la COMEX, ni la CDAPH n'ont formalisé d'objectif chiffré à atteindre (délai de traitement, stock de dossiers en attente, ...).

2.2.3 Une méconnaissance des suites données aux décisions

Comme le rappellent les rapports *Taquet* et *Piveteau*, le nombre de places disponibles et les conditions d'accès ne permettent pas d'accueillir rapidement les demandeurs dans les établissements ou services susceptibles de répondre aux orientations proposées par la CDAPH.

En fonction des évaluations conduites pendant l'instruction des demandes, la CDAPH rend des avis ou prend des décisions portant attribution de prestations financières ou orientations notamment dans des établissements spécialisés.

En l'absence d'outils informatisés et partagés avec les établissements et services accueillant les personnes en situation de handicap, la MDPH ne connaît pas l'effectivité de ses décisions d'orientation. Deux raisons sont invoquées par les services rencontrés. D'une part, la décision d'admission appartient aux seuls directeurs d'établissement, structures réparties de manière non homogène sur les territoires. D'autre part, les places disponibles ne sont pas connues de la MDPH tant en nombre (liste d'attente) qu'en nature de services proposés, leurs disponibilités n'étant pas communiquées.

L'outil informatique *SI orientation* (autrement appelé Via Trajectoire), en cours de déploiement avec l'agence régionale de santé, devrait permettre de connaître l'effectivité des décisions prises par la MDPH.

Enfin, la mise en œuvre du programme régional de santé dans l'action « *Apporter à chaque personne en situation de handicap une réponse adaptée* » a prévu la réalisation d'indicateurs qui devraient aussi apporter une réponse à ces questions.

La CDAPH ne dispose pas davantage d'informations sur les modalités de mise en paiement des prestations financières qu'elle accorde : taux de paiement, taux de refus, motifs de ces refus tant auprès de la CAF, de la MSA ou du département.

Enfin, la CDAPH n'est pas en mesure de présenter dans son rapport d'activité « *le bilan de la scolarisation des élèves handicapés dans le département faisant état, notamment, des écarts observés entre l'offre d'éducation scolaire et médico-sociale et les besoins recensés* » prévu par l'article D. 351-16 du code de l'Éducation.

2.2.4 Des données à fiabiliser et à organiser

L'article L. 146-3-1 du CASF oblige les MDPH à transmettre chaque année à la CNSA un ensemble de données relatives à leur activité.

Ces informations sont issues des bases de l'outil métier, lequel permet leur édition dans un tableur normalisé conçu par la CNSA. Cette édition « brute » est toutefois loin d'être exhaustive ce qui oblige la MDPH à la compléter, à la retraiter pour certaines données, grâce à des requêtes qu'elle effectue elle-même, à partir des outils dont elle dispose.

Selon la maîtrise de ces outils à la technicité singulière, la compréhension des données sollicitées par les agents chargées des requêtes ainsi que le temps consenti à l'élaboration de cet important tableur, la qualité des données peut varier d'une MDPH à l'autre, ce qui justifie d'ailleurs la volonté de la CNSA de déployer un SI harmonisé et normé.

Les requêtes utilisées pour remplir le tableur CNSA restent peu documentées et ne font en tout cas, compte tenu de la technicité nécessaire, pas l'objet d'une certification formalisée ni par l'établissement, ni par la CNSA. Les données des tableurs sont donc à appréhender avec prudence.

2.2.4.1 La fiabilité des données produites

L'analyse de différents documents (rapport d'activité et données transmises à la CNSA) met en évidence que les données présentées, relatives à des items importants, sont parfois différentes selon leurs sources, ce qui rend difficile la communication de la MDPH sur ces sujets et met en cause la qualité du *reporting* interne.

Les données de l'année 2015 ne sont ainsi pas fiables ; l'implantation d'un nouveau logiciel n'a pas permis de recoller les données et un retraitement a été opéré.

Tableau n° 7 : Rapprochement des données des rapports d'activité et du tableur CNSA

	2015			2016			2017		
	RA	CNSA	Ecart	RA	CNSA	Ecart	RA	CNSA	Ecart
<i>Ddes déposées Enf.</i>	13 271	13 271	0	14 561	13 846	715	15 423	14 861	562
<i>Ddes déposées Ad.</i>	47 490	47 490	0	48 579	49 292	-713	48 386	48 848	-462
<i>Total demandes</i>	60 761	60 761	0	63 140	63 138	2	63 809	63 709	100
<i>Décisions Enfance</i>	10 797	10 800	-3	13 335	12 591	744	14 510	14 088	422
<i>Décisions Adulte</i>	40 443	39 796	647	57 380	58 333	-953	45 573	46 003	-430

Source : MDPH

Ce n'est pas propre à la MDPH du Finistère. En effet, les référents informatiques des différentes MDPH sortent la maquette CNSA avec l'outil fourni par l'éditeur et, celle-ci étant peu fiable, chacun traite ses statistiques à partir des outils à sa disposition (*Business Objects* pour la MDPH 29). Les retraitements ni documentés ni validés sont effectués sous la seule responsabilité du référent informatique.

2.2.4.2 La production des tableaux de bord

En l'absence de tableaux de bord automatisés et fiables, les responsables de service s'appuient sur des tableaux de suivi de l'activité, à usage interne, qu'ils réalisent et éditent mensuellement.

Ces documents permettent d'identifier les étapes bloquantes du circuit en chiffrant le nombre de demandes en stock. En revanche, les données qui concernent les délais de traitement ne sont pas analysées. Il n'est pas possible, par exemple, d'identifier les demandes dont le délai de traitement est supérieur à quatre mois. Si l'analyse des stocks est intéressante, elle reste néanmoins insuffisante pour appréhender avec précision les faiblesses du circuit.

Tableau n° 8 : Extraction tableaux de bord

<i>Etape en attente</i>	mai-18	avr-18	Ecart
<i>Enregistrement</i>	1 837	1 800	37
<i>Evaluation</i>	5 812	5 787	25
<i>Programmation en CDAPH</i>	954	868	86

Source : données issues de tableaux transmis par la MDPH (comparaison avril/mai 2018)

Une analyse approfondie des délais par type de demandes serait complémentaire à l'étude des stocks à chaque étape du circuit. Elle permettrait par exemple d'identifier, parmi les demandes en attente d'évaluation par les instances PCH, celles souffrant de retards importants (délais supérieurs à quatre, six, neuf mois...), et donc à traiter prioritairement.

2.3 Un cadre de décision qui doit être sécurisé

2.3.1 La convention constitutive

Alors que la convention constitutive du 28 décembre 2005 prévoit que la commission exécutive (COMEX), outre son président, est composée de 28 membres titulaires, la liste la plus récente n'en mentionne que 26.

L'article 12 de la convention prévoit que le président signe les décisions prises par la COMEX ; pourtant, ces dernières ont toutes été signées par le directeur ou la directrice de la MDPH sur la période 2014-2017, sans que cette possibilité de délégation ne figure dans la convention constitutive.

Outre ce point, la convention constitutive devra également être revue afin d'autoriser la directrice à déléguer sa signature aux chefs de service, son article 12 prévoyant de déléguer des compétences au seul directeur.

2.3.2 La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

2.3.2.1 Un fonctionnement sans plus-value

Les modalités de fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) imposent une forte mobilisation humaine pour de nombreuses décisions souvent simples car découlant d'une application de grilles élémentaires d'analyse.

Contrairement à la plupart des CDAPH, la commission finistérienne ne se réunit pas en formation restreinte⁹, ce qui serait pourtant de nature à assouplir son fonctionnement.

⁹Article L. 241-5 du CASF : «la commission peut siéger en formation restreinte et adopter une procédure simplifiée de prise de décision. ... ».

Elle ne se réunit qu'en formation plénière « enfants » et « adultes », même si le règlement intérieur prévoit un examen dit de « demandes sur liste ». Toutes les décisions et avis sont donc pris en commission plénière (une vingtaine de réunions annuelles pour environ 60 000 dossiers, soit près de 3 000 décisions par séance).

Tableau n° 9 : Evolution de l'activité de la CDAPH 2014-2017

<i>CDAPH 29</i>	2014 ¹⁰	2016	2017
<i>Nombre de réunions de la CDAPH</i>	47	23	23
<i>Nombre de décisions ou avis pris en CDAPH plénière</i>	60 663	70 924	60 091
<i>Nombre de personnes reçues en CDAPH</i>	41	54	47

Source : Données MDPH

Ce mode d'organisation explique pour partie les difficultés de fonctionnement de la MDPH finistérienne. La réduction du nombre de séances plénières conduit mécaniquement à une augmentation du délai de réponse ; les ordres du jour, qui sont très lourds (3 000 décisions par séance), ne permettent pas de valider des propositions des équipes pluridisciplinaires en séance.

Dans le cadre du projet d'établissement, une évolution est attendue pour automatiser un grand nombre de décisions et réduire la mobilisation de la CDAPH aux seuls dossiers complexes ou spécifiques, afin d'apporter une véritable plus-value.

Recommandation n° 4 : mettre en place, avec un pouvoir de décision, la formation restreinte prévue à l'article R. 241-28 du code de l'action sociale et des familles (CASF), autorisant l'application de la procédure simplifiée sur les propositions relatives aux dossiers les plus simples.

La mise en place de formations restreintes, prévue en 2019 dans le cadre du projet d'établissement, pourrait être complétée par des CDAPH délocalisées et/ou spécialisées permettant, sur des sujets précis (RQTH, cartes), de multiplier le nombre de dossiers étudiés.

¹⁰ Un changement de logiciel en 2015 a perturbé la collecte des données.

2.3.3 Le respect des usagers et des règles de confidentialité

2.3.3.1 La confidentialité

A chaque réunion de la commission (65 membres – 23 titulaires et 42 suppléants), de volumineux *listings* papier sont mis à la disposition des participants. Ces états, qui ne sont pas anonymisés, permettent d'accéder aisément à l'identité ainsi qu'à l'adresse du domicile des bénéficiaires. S'il est important de connaître la nature de la demande et le lieu de prise en charge du demandeur, les renseignements portant sur l'identité de demandeur et son adresse ne sont d'aucune utilité¹¹. Cette pratique ne permet donc pas d'assurer la confidentialité des dossiers.

Il convient de rappeler les dispositions du décret du 9 mai 2017 portant sur le traitement automatisé de données à caractère personnel de la maison départementale des personnes handicapées, même s'il s'agit, au cas d'espèce, de documents papier. Ces dispositions, codifiées sous les articles R. 247-1 et suivants du CASF, limitent l'accès « aux personnels des administrations et organismes intervenant dans la gestion de la prise en charge du handicap [...] désignés et habilités par l'autorité responsable de ces administrations et organismes » et prescrivent aux MDPH de mettre en œuvre « des mesures adéquates de pseudonymisation permettant d'assurer la confidentialité et la protection de l'identité des personnes ».

Dans sa réponse aux observations provisoires, la MDPH a indiqué que l'anonymisation des dossiers est prévue au projet d'établissement 2019.

2.3.3.2 L'audition des demandeurs

La personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée, au moins deux semaines à l'avance, de la date et du lieu de la séance au cours de laquelle la CDAPH se prononcera sur sa demande ainsi que de la possibilité de se faire assister ou représenter par la personne de son choix. C'est ainsi que la CDAPH du Finistère reçoit en séance plénière une cinquantaine de personnes par an.

Cette démarche, qui mobilise l'ensemble de l'instance, ne facilite pas l'expression des demandeurs sur des sujets personnels et chargés d'émotion. Tout en veillant au respect des dispositions de l'article R. 241-30 du CASF qui ouvre la possibilité aux demandeurs d'être entendu par l'ensemble de la commission, une audition conduite dans une pièce dédiée par deux ou trois membres de la CDAPH serait davantage respectueuse des personnes et permettrait accessoirement de limiter la durée des commissions.

¹¹ L'article L. 241-10 du CASF indique : « les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent communiquer aux membres de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 tous éléments ou informations à caractère secret dès lors que leur transmission est strictement limitée à ceux qui sont nécessaires à la prise de décision. ». L'identité des demandeurs n'est pas nécessaire à la prise de décision.

2.3.3.3 La conformité au règlement général sur la protection des données (RGPD)

Au vu des nombreuses données nominatives dites sensibles qui lui sont confiées, la MDPH fait partie des organismes « dont les activités régulières l'amènent à réaliser un suivi régulier et systématique des personnes à grande échelle ». Elle doit dès lors se doter d'un délégué à la protection des données conformément au nouveau règlement général sur la protection des données (RGPD).

La direction des systèmes d'information (DSI) du conseil départemental est dotée d'une mission dite informatique et libertés. Composée d'un agent dont le poste est en voie de pérennisation, celui-ci a vocation à occuper les fonctions de délégué à la protection des données.

La MDPH doit également consigner dans un registre interne les traitements qu'elle effectue, registre sur la base duquel la commission nationale informatique et libertés (CNIL) opérera le cas échéant ses contrôles.

Cette réglementation est entrée en vigueur le 25 mai 2018 et la DSI, maître d'œuvre des mesures *ad hoc* pour l'ensemble des services départementaux, ne les avait pas encore déployées lors du contrôle. Elle envisageait de conduire une analyse approfondie de mise en conformité des déclarations après avoir déjà initié en 2015 une démarche similaire en direction des services départementaux, dont ceux de la MDPH.

Recommandation n° 5 : mettre en place, en lien avec le département, une organisation permettant d'assurer un traitement des données conforme au règlement général de protection des données (RGPD).

Suite à cette recommandation, une référente RGPD est positionnée au pôle qualité depuis le 1^{er} mars 2019 ; elle est appuyée dans sa mission par la référente RGPD du département.

2.3.4 L'équipe pluridisciplinaire

Prévue par le code de l'action sociale et des familles (CASF), l'équipe pluridisciplinaire (EP) réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap quels que soient la nature de la demande et le type du ou des handicaps.

L'article R. 126-27 du CASF prévoit que « les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont nommés par le directeur de la maison départementale, qui désigne en son sein un coordonnateur chargé d'assurer son organisation et son fonctionnement. Cette désignation est importante puisque l'article L. 241-10 du CASF précise que « Les membres de l'équipe pluridisciplinaire et de la commission [la CDAPH] ... sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal ».

Les représentants de ces structures ayant accès à des données confidentielles lors des échanges en équipes pluridisciplinaires, il apparaît utile de conventionner avec les organismes concernés ou de préciser formellement à leurs représentants les règles à respecter, notamment les besoins de confidentialité. Les listes de désignation de ces membres restent en outre à établir.

<p>Recommandation n° 6 : établir les listes des personnes autorisées à participer aux équipes pluridisciplinaires, conformément à l'article R. 126-27 du code de l'action sociale et des familles (CASF).</p>
--

En réponse, l'ordonnateur a indiqué que les listes des personnes autorisées à participer aux équipes pluridisciplinaires, conformément à l'article R. 126-27 du code de l'action sociale et des familles (CASF), seront établies dans le courant du premier semestre 2019.

2.4 La qualité du service

2.4.1 La gestion des données

2.4.1.1 La gestion électronique des documents

La MDPH dispose depuis 2011 d'un outil de gestion électronique des documents (GED) remplaçant l'ancienne classothèque. Outre le gain d'espace lié à la suppression des dossiers papiers, cet outil permet de sécuriser les documents stockés sur des serveurs (eux-mêmes dupliqués) et d'assurer leur confidentialité dès lors que ces dossiers ne peuvent être consultés ou modifiés que par des personnes habilitées. Cet outil incontournable permet de faire face au flux toujours croissant des demandes tout en assurant un accès instantané et simultané aux pièces des dossiers.

Toutefois, les identifiants de connexion sont identiques à ceux de la connexion *Windows* alors que le logiciel autorise la mise en place d'identifiants distincts. Si ce dispositif assure une protection de premier niveau, il n'empêche pas des utilisateurs indéliçats, connaissant néanmoins cette procédure, de se connecter notamment à l'application métier et ainsi d'accéder aux dossiers des usagers. Le risque le plus important concerne les agents mutés dans un autre service, ceux-ci pouvant continuer à accéder aux dossiers, voire les modifier jusqu'à ce que la DSI soit en mesure de changer les profils. Or, il n'existe pas de procédure entre la DSI, la DRH et les services entrants/sortants garantissant la mise à disposition de l'information en temps réel.

2.4.1.2 La mise à jour des documents

La mise à jour régulière des bases de données constitue un objectif important des MDPH car le maintien de dossiers inactifs conduit à un gonflement des stocks pouvant altérer la qualité des statistiques. Il représente également un risque en terme de sécurité, l'élimination des données constituant naturellement la meilleure protection de celles qui sont devenues inutiles.

Alors que les pièces des dossiers stockées dans la GED sont éliminées, la MDPH ne procède pas à la suppression des données inactives dans son outil métier, celui-ci ne le permettant pas selon le GIP. Il serait donc opportun de développer un tel dispositif.

Lors du contrôle, aucun versement aux archives n'avait été réalisé depuis trois ans, cette tâche n'étant pas estimée prioritaire par l'établissement. Un développement de l'outil GED, dont l'absence rendait l'opération fastidieuse selon la MDPH, a été commandé par la DSI afin de permettre un versement automatisé aux archives. Sa livraison était prévue pour fin 2018.

2.4.1.3 L'évolution de l'outil métier

L'outil métier de la MDPH 29, IODAS, est édité par la société GFI. C'est le plus utilisé parmi les trois produits du marché (51 % de parts de marché) et il a été choisi par trois des quatre MDPH bretonnes. Cet outil permet d'assurer le suivi des procédures, en conformité avec les textes.

Contrairement aux autres MDPH bretonnes, seule la MDPH du Finistère utilise le module complémentaire EVA-PH. Les comptes rendus d'évaluation y sont consignés, ce qui permet ensuite l'édition d'un document généré automatiquement par l'outil. La saisie de ces données requiert cependant de nombreuses manipulations.

Afin de limiter les temps de saisie, d'autres MDPH ont choisi de consigner les données directement et uniquement dans une fiche de synthèse au format bureautique, seule la version exhaustive étant stockée dans la GED.

Le choix fait par la MDPH 29, inverse, s'il a le mérite de regrouper au sein de la base de l'outil métier l'exhaustivité des données, requiert en revanche la présence, lors des réunions d'évaluation et en particulier des réunions de synthèse, d'un agent dédié à cette tâche. Il s'agit donc d'une ressource supplémentaire non directement affectée au traitement des dossiers. C'est pourquoi l'organisation retenue par la MDPH n'apparaît au final pas optimale.

2.4.2 Les bonnes pratiques

Le haut conseil de la santé publique identifiait dans son avis du 11 mai 2015 six bonnes pratiques, dont quatre s'attachent au processus d'évaluation :

- la mise en place de cellules de pré-évaluation ;
- la structuration des équipes pluridisciplinaires par dominante du projet de vie (scolarité, emploi, domicile ou orientation en établissement) ;
- le renforcement de la pluridisciplinarité et de la polyvalence des équipes, ainsi que du travail avec les partenaires et les ressources du territoire pour améliorer la qualité de l'évaluation ;
- le développement de fiches de synthèse pour tracer la réflexion et les propositions de l'équipe pluridisciplinaire et favoriser l'étude future de nouvelles demandes d'une même personne.

Tout en soulignant la mise en œuvre par la MDPH de trois de ces quatre bonnes pratiques, dont la pré-évaluation systématique des demandes qui permet d'orienter les dossiers vers des circuits plus ou moins courts, l'absence de fiche de synthèse fait néanmoins défaut.

Recommandation n° 7 : mettre en place une fiche de synthèse du dossier de l'utilisateur (historique des demandes avec actualisation de l'évaluation).
--

2.4.3 L'autodiagnostic

A la demande de la CNSA, la MDPH renseigne annuellement un questionnaire d'autodiagnostic des services qu'elle rend, sur une base déclarative. Ce document permet de dresser un état des lieux du fonctionnement des maisons départementales au regard des différents niveaux de qualité posés par le référentiel de missions et de qualité de service (RMQS). Ce bilan est dressé à partir de 476 questions regroupant sept missions.

Il met en évidence des lacunes en matière d'accueil et d'orientation, de gestion des litiges et de management, pilotage et d'animation territoriale. Ces questions, qui ont été abordées avec le projet d'établissement, feront l'objet d'actions dans les prochains mois.

2.4.4 La contestation des décisions

Le nombre des recours contentieux est faible au regard du nombre de demandes prises en charge. En 2017, pour 1000 demandes déposées, une notification de recours contentieux a été déposée. L'évolution de l'activité contentieuse est par ailleurs relativement stable.

Tableau n° 10 : Recours et conciliations

<i>Médiation /conciliation/recours</i>	2014	2015	2016	2017
<i>Conciliation</i>	54	43	43	48
<i>Recours gracieux déposés</i>	636	557	757	724
<i>Recours contentieux notifiés à la MDPH</i>	83	93	124	75
<i>Nombre de décisions, avis suite au dépôt d'un recours contentieux</i>	49	44	27	74
<i>Nombre de recours contentieux pour 1 000 demandes déposées.</i>	2	2	2	1

Source : tableaux de données normalisées transmis à la CNSA, les données inscrites en gras sont issues des rapports d'activités.

Sur la période 2015-2017, 97 recours contentieux en moyenne ont été notifiés à la MDPH, pour 60 319 décisions et avis pris par la CDAPH.

Entre 2016 et 2017, en moyenne 78 % des décisions ayant fait l'objet d'un contentieux ont été confirmée par le tribunal du contentieux et d'invalidité (TCI).

Les demandes de recours gracieux déposées entre 2015 et 2017 représentent en moyenne 1 % de la totalité des décisions et avis pris par la CDAPH, ce qui reste peu significatif.

2.4.5 La qualité des décisions

2.4.5.1 La lisibilité des décisions

Les notifications sont perfectibles sur différents points, lesquels sont repris dans les préconisations de la CNSA diffusées en juin 2017 :

- le président de la CDAPH a le pouvoir de signer directement les courriers sans signaler qu'il le fait au nom de la MDPH, le CASF lui donnant directement cette prérogative ;
- le courrier ne précise pas le courriel de l'agent en charge de son dossier, pratique pourtant largement répandue et simplifiant les contacts ;
- le courrier ne fait pas référence à deux notions relatives aux droits des demandeurs :
 - o l'article L.114-1-1 du CASF, qui donne la possibilité de solliciter un plan d'accompagnement global auprès de la MDPH ;
 - o la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, qui donne le droit d'accès et de rectification aux informations personnelles.

2.4.5.2 L'harmonisation des décisions

L'enquête du haut conseil de la santé publique (HCSP) sur les MDPH menée en 2014 relevait qu'en matière de capitalisation de la doctrine locale, un suivi de la jurisprudence locale issue des décisions de la CDAPH existait dans seulement 12 % des MDPH examinées. Elle précisait que des cahiers de jurisprudence et des réunions spécifiques de partage ont été mis en place dans plusieurs MDPH et que leur absence est ressentie comme un manque là où cela n'existe pas.

Ce type d'outil s'avère en effet important pour diffuser les décisions de la CDAPH, les harmoniser et assurer une équité de traitement parmi les équipes pluridisciplinaires.

S'agissant de la MDPH 29, un groupe de travail a été sollicité en décembre 2015 pour travailler sur des outils et supports d'aide à la décision¹². Il existe également un document de travail qui préfigure un guide destiné aux membres de la CDAPH et de l'équipe pluridisciplinaire. Il a été présenté à la COMEX lors de sa séance du 24 mars 2017.

La MDPH du Finistère ne dispose toutefois pas encore d'un véritable registre de jurisprudence. Il devrait être prévu au règlement intérieur et mis en place sous couvert du président de la CDAPH afin d'être accessible aux membres de cette instance et aux personnels concernés de l'établissement (instruction/évaluation).

2.4.5.3 La formalisation des décisions

Selon le règlement intérieur, la formation plénière est la seule instance décisionnaire : c'est elle qui examine les propositions des équipes pluridisciplinaires et prend les décisions.

Aucun ordre du jour n'est transmis en préalable aux membres de la CDAPH pour les dossiers faisant l'objet d'une présentation détaillée (moins de 2 % des dossiers inscrits à l'ordre du jour). Il n'y a pas non plus de formalisation du vote de la commission selon le consensus trouvé sur chaque dossier et seul un procès-verbal (PV) est signé à son issue par le président de séance.

Il n'y a par ailleurs pas de débat ni de présentation sommaire des autres dossiers examinés sur liste.

Si toutes les décisions sont prises à l'unanimité, la mention devrait en être faite sur les procès-verbaux (PV). En effet, aucune information sur les conditions de validation des décisions et des votes éventuels n'est retracée.

Au demeurant, ces PV sont simplement des ordres du jour avec la mention des décisions prises. Il n'y avait pas, au moins entre 2013 et 2017, d'information à destination des membres de la CDAPH sur des sujets divers, ni d'élément statistique sur les décisions présentées sous forme de listes.

¹² Rapport annuel 2016 page 25.

S'agissant des notifications, elles ne sont signées par la présidente que depuis 2018. Jusqu'à cette date, c'était la directrice qui signait les notifications, sans délégation de signature, comme évoqué précédemment.

Au regard de ces constats et des nombreuses dispositions du CASF encadrant la formalisation des décisions, les processus suivis par la MDPH doivent être revus.

2.4.6 Les relations avec le service départemental d'aide sociale à l'enfance

Les enfants confiés au service départemental d'aide sociale à l'enfance sont des publics qui peuvent être pris en charge par la MDPH¹³.

Le défenseur des droits de l'enfant recommande dans son rapport de 2015 le développement de « chartes départementales du partage de l'information nominative dans le champ de la protection de l'enfance » ainsi que la signature de protocoles entre les principaux acteurs intervenant auprès de l'enfant porteur de handicap et pris en charge par l'ASE (celui entre l'ASE et les MDPH étant jugé prioritaire).

Si la commission exécutive du 5 décembre 2017 définit un public cible, en priorisant le public en situation critique et les enfants confiés au service d'aide sociale à l'enfance, les échanges avec les services départementaux de l'ASE restent à ce jour embryonnaires.

Suite à la recommandation de la chambre portant un échange d'information entre la MDPH et le service d'aide sociale à l'enfance, la présidente de l'assemblée départementale indique qu'un protocole partageant l'information nominative entre la MDPH et le service d'aide sociale à l'enfance a été signé le 8 mars 2019.

2.5 D'un traitement de masse à un traitement personnalisé

2.5.1 Des résultats différents concernant les enfants

L'exploitation des données relatives aux prestations et aides destinées aux enfants en situation de handicap (AEEH, PCH et AVS) fait apparaître de grandes disparités entre les quatre départements bretons.

¹³ Le défenseur des droits de l'enfant évoque dans son rapport de 2015 des enfants « invisibles », dans les politiques publiques d'accompagnement du handicap, comme dans celles de protection de l'enfance, car oubliés des systèmes d'information existants, et donc ni quantifiés ni identifiés. Or selon les estimations retenues au rapport, prudentielles, et qui ne prennent en compte que les handicaps reconnus par les MDPH, 70 000 enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance seraient concernés, avec une sensible surreprésentation par rapport à la population générale. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf.

- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Tableau n° 11 : Dépenses AEEH par enfant de – de 20 ans.

<i>Dépenses AEEH par enfant</i>	2014	2015	2016
<i>Cotes d'Armor</i>	47,33 €	47,36 €	46,38 €
<i>Finistère</i>	59,30 €	65,87 €	75,67 €
<i>Ille-et-Vilaine</i>	47,51 €	47,51 €	46,50 €
<i>Morbihan</i>	30,35 €	30,53 €	31,43 €

Source : CAF, MSA et INSEE

En 2016, le volume de dépenses d'AEEH par habitant de moins de 20 ans est comparable pour deux départements, les Côtes-d'Armor et l'Ille-et-Vilaine. Le Finistère (plus de 75 €) et le Morbihan (plus de 31 €) affichent pour leur part des écarts inexplicables.

- Prestation de compensation du handicap

Tableau n° 12 : Dépenses PCH par enfant

<i>Dépenses PCH par enfant - 20 ans</i>			
<i>Départements</i>	2015	2016	2017
<i>Côtes d'Armor</i>	15,15 €	14,15 €	14,42 €
<i>Finistère</i>	26,90 €	27,66 €	26,65 €
<i>Ille-et-Vilaine</i>	9,90 €	9,76 €	9,56 €
<i>Morbihan</i>	7,66 €	8,52 €	8,61 €

Source : CAF, MSA et INSEE

Le volume de dépenses par habitant de moins de 20 ans concernant la prestation de compensation du handicap pour les enfants est stable. Les départements bretons se répartissent en deux sous-ensembles, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan ayant le niveau le moins élevé.

- Assistants de vie scolaire (AVS)

Tableau n° 13 : AVS pour 1 000 enfants

<i>AVS pour 1000 enfants</i>			
<i>Départements</i>	2015	2016	2017
<i>Côtes d'Armor</i>	5,6	5,8	3,3
<i>Finistère</i>	6,1	5,6	4,5
<i>Ille-et-Vilaine</i>	3,5	2,8	2,0
<i>Morbihan</i>	2,7	2,7	1,8

Source : Rectorat.

De grandes disparités sont constatées au niveau régional. L'Ille-et-Vilaine compte ainsi deux fois moins d'AVS (pour 1 000 enfants) que le Finistère.

Ces différents constats illustrent les conclusions du rapport de juillet 2016 de l'inspection générale de affaires sociales¹⁴ portant sur l'évaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). L'IGAS relevait en effet qu'il existait « *des risques d'inégalités accrues liés à la diversité des modes de traitement de demandes d'AEEH (gestion, interprétation de la réglementation, contrôles, etc. [...] L'hétérogénéité des évaluations des besoins des familles se traduit par des modalités d'attribution de l'AEEH génératrices d'inégalités territoriales. [...] Il n'existe pas de cadrage national (matrice, table de correspondance) permettant aux équipes pluridisciplinaires d'harmoniser le niveau de dépenses à couvrir en fonction des besoins exprimés [...] ».*

2.5.2 Un nouveau paradigme

Suite au dossier¹⁵ très médiatisé « *Amélie Loquet* », le rapport « *Piveteau* » a permis d'identifier les transformations à opérer pour le secteur du handicap afin de remettre l'utilisateur au cœur du système.

En 2016, le législateur a ainsi fait évoluer la prise en charge des situations les plus critiques avec la création de la « réponse accompagnée pour tous » (RAPT), dont le cadre juridique a été posé par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé. Il s'agit d'un dispositif destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé afin d'éviter toute rupture dans son parcours ou toute absence de réponse adaptée.

La mise en œuvre de la RAPT impose la mise en œuvre d'un dispositif personnalisé qui implique :

- la prise en compte du projet de vie (souhaits et possibilités de chacun) ;
- la centralisation des informations nécessaires à la description des situations et à l'évaluation des besoins ;
- une orientation adaptée vers une solution mobilisable rapidement ;
- l'implication des personnes tout au long du processus.

¹⁴ http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-164R_.pdf

¹⁵ Jusqu'à sa majorité, Amélie Loquet était prise en charge en établissement spécialisé. A 19 ans, elle s'est trouvée sans solution de prise en charge. En octobre 2013, le tribunal administratif de Cergy-Pontoise a enjoint l'ARS d'Ile-de-France « *à prendre toutes dispositions pour qu'une offre de soins permettant la prise en charge effective, dans un délai de quinze jours, de la jeune femme, par un établissement médico-social adapté à son état, soit présentée à ses parents* » sous peine d'une astreinte de 200 euros par jour de retard.

Le plan d'accompagnement global (PAG) retrace les différentes solutions de compensation proposées aux personnes en situation de handicap rencontrant des difficultés spécifiques pour couvrir leurs besoins. C'est un élément du plan personnalisé de compensation (PPC) issu d'une démarche collective pilotée par la MDPH et associant la personne en situation de handicap et/ou son représentant légal ainsi que l'ensemble des professionnels et des institutions contribuant à l'évaluation de la situation et à l'accompagnement de la personne. Le PAG doit être actualisé au moins une fois par an.

Pour faire face à cette nouvelle mission, un poste de référent PAG a été créé en 2017 ; une cellule de préfiguration composée de la référente PAG et de l'équipe pluridisciplinaire a été dédiée à cette mission. Le financement du poste de référent par l'ARS à hauteur de 110 000 € fait l'objet d'une convention conclue pour 24 mois.

Dans l'attente des indicateurs annoncés par le programme régional de santé, la MDPH éprouve les plus grandes difficultés pour estimer le nombre de personnes en situation de handicap potentiellement concernées par le dispositif dénommé « réponse accompagnée pour tous » (RAPT).

En 2017, selon une étude du département, 1 900 personnes (adultes et enfants) étaient en attente d'une solution (c'est-à-dire sans établissement ni service) et pourraient relever pour nombre d'entre eux du dispositif RAPT. L'Ille-et-Vilaine avance des données similaires.

Sollicitée à propos de l'estimation du nombre de personnes « sans solution » au niveau régional, l'ARS n'a pas avancé de chiffres ni émis d'hypothèses, renvoyant au déploiement futur du nouveau système d'information MDPH « *qui devrait permettre d'approcher une visibilité sur le nombre et la nature des situations des personnes dites sans solution* ». Se basant sur une étude de 2015 de l'UNAPEI qui estimait les « sans solutions » à 46 000 en France, l'ARS considère cependant que « *si la Bretagne représente 5 % de la population, on arriverait à un chiffre de 2 300* ».

Selon les données de l'éducation nationale, 300 000 enfants handicapés sont accueillis en établissements scolaires, tous niveaux confondus. En appliquant le ratio précédent de 5 %, soit environ 15 000 enfants, un certain nombre d'entre eux aurait alors vocation à intégrer le dispositif RAPT.

Enfin, en Bretagne, 500 personnes étaient maintenues en établissement pour enfants faute de place en établissement (amendement Creton) en 2016.

Ces données encore fragiles indiquent que le nombre de personnes susceptibles de bénéficier du dispositif se comptera en centaines alors qu'aujourd'hui ce ne sont que quelques dizaines qui sont pris en charge par la MDPH du Finistère.

La MDPH devra par conséquent nécessairement faire évoluer ses pratiques et son organisation afin de répondre à l'objectif de mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent, tout en mettant en place le nouveau système d'information.

Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne précise, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, que l'évaluation du nombre de personnes en situation de handicap potentiellement concernées par la « réponse accompagnée pour tous (RAPT) n'est pas encore possible en présence de "données encore fragiles" faute de définition harmonisée de ces situations et de système d'information régional », lequel se déploie progressivement sur les quatre départements bretons entre 2018 et 2020.

La montée en puissance attendue de la RAPT sera en outre fortement liée aux financements mis en place et à la disponibilité des acteurs institutionnels et associatifs locaux. Néanmoins, à la lecture des rapports Piveteau et Taquet, ces évolutions risquent de ne pas être suffisantes.

3 LES MOYENS ET LES OUTILS

La MDPH est une structure bicéphale : d'un côté, la commission exécutive, présidée par le président du conseil départemental, assure la gestion du GIP et de l'autre, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, dont le président est élu par ses pairs, est la seule instance décisionnaire, en matière d'allocations notamment. Il n'existe pas stricto sensu de président de la MDPH.

3.1 Une autonomie relative

3.1.1 Un GIP atypique

Le GIP MDPH 29 est une personne morale de droit public placée, selon l'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), sous « *la tutelle administrative et financière* » du département. L'exercice de cette tutelle permettrait au président du conseil départemental de suspendre une décision de la COMEX qu'il préside et de solliciter une nouvelle délibération ; sur la période observée, ce dispositif n'a pas été mis en œuvre.

L'article R. 241-27 du CASF prévoit que lorsque la décision porte sur l'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH), les voix des représentants du conseil départemental sont majorées par un coefficient pour leur donner la majorité. Avec cette disposition, les représentants du département deviennent majoritaires au sein de la commission plénière de la CDAPH.

A l'usage, cette disposition compliquée à mettre en œuvre n'a pas trouvé à s'exercer. En revanche, pour l'AAH, l'AEEH ainsi que pour les décisions de la CDAPH ayant un impact sur des procédures et des enveloppes financières gérées par l'Etat (ainsi que l'attribution de la carte d'invalidité qui ouvre droit à une demi part fiscale supplémentaire), les représentants de l'Etat ne bénéficient pas d'une règle de pondération leur garantissant la majorité des voix.

Contrairement au GIP de droit commun où le directeur est l'ordonnateur, c'est le président du GIP qui assure cette fonction et c'est en qualité de président du conseil départemental qu'il nomme le directeur de la MDPH.

Enfin, le cadre budgétaire applicable aux MDPH obéit aux règles de l'instruction budgétaire et comptable M52 et non à la M9, qui est celle des GIP de droit commun.

3.1.2 Une dépendance marquée vis-à-vis du département

Au-delà de sa seule participation financière (40 % des recettes), le département est un interlocuteur de premier plan : plus de 90 % des agents de la MDPH sont ainsi des agents départementaux.

Bien qu'elle en ait la possibilité, la MDPH du Finistère n'emploie directement aucun agent. Toutes les embauches, y compris les contractuels, sont conduites par la direction des ressources humaines du département. Cette pratique méconnaît les dispositions l'article 13 de la convention constitutive et limite les pouvoirs d'administration de la directrice.

Suite au contrôle de la chambre, une convention a été conclue entre le centre de gestion et la MDPH pour l'organisation de recrutements de contractuels.

Le système d'information (SI) déployé à la MDPH est intégré à celui du département. Les infrastructures, matériels et logiciels sont ainsi placés sous la responsabilité de la direction des systèmes d'information (DSI) de la collectivité. L'intégration du SI de la MDPH à celui du département emporte également l'intégration à son système de gouvernance. Tous les projets dédiés à la MDPH sont ainsi incorporés au schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) départemental.

Les relations entre la DSI et la MDPH manquent de fluidité et génèrent des délais supplémentaires dans la mise en œuvre de solutions alors même que la MDPH doit faire face à des traitements de masse. Il est nécessaire que ces relations soient désormais traduites dans un document formalisé fixant le cadre des responsabilités et les tâches respectives.

<p>Recommandation n° 8 : formaliser le cadre de responsabilités entre la direction des systèmes d'information (DSI) du département et la MDPH pour l'usage de ses outils informatiques.</p>
--

Dans leur réponse aux observations provisoires de la chambre, la MDPH et le département indiquent avoir entamé un travail dès février 2019 afin de mieux définir les tâches et responsabilités respectives concernant les outils informatiques qui constituent le système d'information de la MDPH ; toutefois le retard de mise en production du SIH (dû à l'éditeur) ne permet pas d'aller plus loin à ce jour. La mise en œuvre devrait se faire au cours du second semestre.

3.2 Le système d'information (SI)

3.2.1 Les faiblesses du requêtage

L'outil *Business Objects* (BO), indispensable pour lancer des requêtes sur les bases de données de l'outil métier, ne dispose pas de requêteur intégré, ce qui ne permet pas aux équipes de la MDPH de procéder elles-mêmes à l'extraction automatisée de données sur les étapes relatives aux instances propres à la MDPH (les différents stades d'instruction et d'évaluation).

Si des suivis d'activité peuvent être réalisés au sein des services (exemple du tableau mensuel de suivi des dossiers à traiter par le service évaluation), leur confection mobilise des ressources sans permettre l'agrégation et le croisement des données nécessaires à un pilotage global de l'activité.

La direction n'a ainsi pas à sa disposition, de façon automatisée ni instantanée, de tableaux de bord synthétisant l'activité globale de la MDPH (pouvant par exemple porter sur des indicateurs stratégiques tels que le stock de dossiers, le flux de demandes ou encore les données). Les limites des outils de requêtage à la disposition de la MDPH ne permettent pas en l'état d'assurer simplement et instantanément le pilotage interne de l'activité.

3.2.2 La gestion des risques

La DSI ne possède pas de cartographie des risques, dispositif nécessaire à la mise en œuvre pertinente des actions correctives. Il existe néanmoins un plan de secours informatique (PSI) qui traite du rétablissement technique des infrastructures.

S'agissant du domaine applicatif, la DSI a procédé en mai 2015 à un *crash-test* de l'application métier IODAS qui a mis en évidence sa capacité à restaurer l'environnement dans un délai de 24 heures, ce qui a permis de limiter la période d'indisponibilité du logiciel. Il n'existe cependant pas de plan de reprise ou de continuité d'activité (PRA ou PCA) formalisant les procédures et les délais de remise en service de cette application sensible, de même que la gestion électronique des documents (GED). La gestion des systèmes d'information s'écarte sur ce point des bonnes pratiques communément admises, notamment par le référentiel ITIL¹⁶.

Hormis un ensemble d'actions conduites en 2016 en vue de résoudre des problèmes de performance, un seul audit technique d'IODAS a été réalisé en cinq ans. Aucun audit organisationnel n'a en revanche été effectué alors que persistent entre la DSI et la MDPH des relations compliquées, car non formalisées, sur le partage des tâches et des responsabilités.

¹⁶ ITIL « Information Technology Infrastructure Library » pour « Bibliothèque pour l'infrastructure des technologies de l'information ») est un ensemble d'ouvrages recensant les bonnes pratiques du management du système d'information.

3.2.3 L'évolution du système d'information

En raison de difficultés techniques liées aux outils métiers, les données adressées à la CNSA se révèlent incomplètes, hétérogènes, voire dans certains cas peu fiables.

Face à cette situation, qui empêche de disposer d'une image fidèle de l'activité des MDPH et de les comparer entre elles, les pouvoirs publics ont prévu, d'ici fin 2019 (loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et décret n° 2017-879 du 9 mai 2017)¹⁷, d'harmoniser la saisie des demandes dans les logiciels métier existants en normalisant la plupart des données au sein d'un système d'information dit harmonisé grâce à un socle commun de fonctionnalités.

La MDPH espère que cette évolution sera structurante dans le sens où elle permettrait à la fois d'harmoniser les pratiques au sein de leurs équipes, d'accélérer l'instruction des dossiers, et de mettre à leur disposition davantage d'outils de pilotage. Il est peu probable, à court terme en tout cas, que ces attentes soient comblées dans la mesure où les évolutions des applicatifs dépendent de sociétés commerciales agissant dans le cadre d'un budget contraint et d'un marché restreint (trois acteurs pour près de cent MDPH).

3.3 Le budget

Accusant une baisse de 7 % depuis 2014, le budget consolidé 2017 s'élève à 3,7 M€ en recettes, supporté à 43 % par le département et à 57 % par l'Etat (cf. annexe 1).

3.3.1 Les dispositions conventionnelles

La convention de juillet 2006 entre la MDPH et le département a précisé les obligations de chacun en matière de recettes et de dépenses ainsi que les modalités de prises en charge et de remboursements.

Les sommes engagées et réglées par le département au profit de la MDPH doivent ainsi en principe faire l'objet d'une liste « détaillée ». Or, les pièces justificatives (état détaillé) du remboursement des dépenses ne sont pas jointes aux mandats.

De même, toutes les dépenses (hormis les dépenses de loyer) ont été imputées au compte 62878 « *remboursement à des tiers* » alors que les dépenses liées au fonds départemental de compensation (FDC) doivent figurer au compte 651123 et les frais d'entretien au compte 658, conformément à l'instruction budgétaire et comptable M52.

¹⁷<https://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/Articles/Articles&cid=1250279142633> En modifiant les dispositions concernant le système d'information des MDPH, mais aussi le système national d'information statistique mis en œuvre par la CNSA, le décret du 9 mai 2017 marque une étape décisive dans l'harmonisation des systèmes d'information des maisons départementales des personnes handicapées.

Signe de la complexité de ce dossier, il a fallu une loi - en l'occurrence la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement - pour débloquent l'idée, pourtant avancée de longue date, d'une harmonisation des systèmes d'information des MDPH.

Enfin, alors que l'article 4 de la convention précise qu'un rapport annuel est présenté à la COMEX après approbation du président du conseil départemental, retraçant les ressources départementales utilisées par la MDPH et les coûts correspondant à l'utilisation de ces moyens, cela n'a pas été le cas sur la période contrôlée.

3.3.2 Les charges supportées par les tiers

Le département du Finistère est le principal financeur de la MDPH. En complément de sa participation financière, celui-ci, ainsi que l'Education Nationale et la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), met à disposition gratuitement des personnels, dont les coûts figurent sur les maquettes CNSA.

Tableau n° 14 : Charges supportées par les tiers

Intitulé	Tiers financeurs	2014	2015	2016	2017
mise à disposition de personnels (brut + charges patronales)	Département	1 261 508	1 208 970	1 061 508	726 368
Mise à disposition de personnels	Education Nationale	120 000	120 000	120 000	65 101
Mise à disposition de personnels	DDCSPP	195 000	195 000	274 700	101 902
support informatique (IODAS) et assistance	Conseil départemental				50 000
Support RH	Conseil départemental				50 000
Support logistique	Conseil départemental				50 000
	TOTAL	1 576 508	1 523 970	1 456 208	1 043 371

Source : Maquette CNSA

Les dépenses non intégrées dans le budget mais prises en compte par les financeurs s'élevaient en 2017 à 1 M€, soit 32,7 % des dépenses, le faisant évoluer de 3,2 M€ à 4,2 M€.

Recommandation n° 9 : annexer aux documents budgétaires les financements et charges supportés par les tiers et les mentionner dans le rapport d'activité.

Selon la présidente, cette recommandation sera effective en juin 2019, lors de l'examen par la COMEX du rapport d'activités.

3.3.3 Un situation financière dégradée

Les recettes de fonctionnement (cf. annexe 1) correspondent aux dotations et participations de l'Etat, du département et d'autres organismes, dont la CNSA et l'ARS. Elles augmentent globalement de 10 % entre 2014 et 2017 (Etat : + 19 %, département : + 5 %, autres organismes, notamment les recettes du fonds départemental de compensation : + 6 %).

Les charges de fonctionnement se composent essentiellement des remboursements de frais de personnel et de charges d'entretien. Les frais de personnel représentent 68 % des charges totales en 2017, en hausse de 23 % entre 2014 et 2017. Les charges de gestion courante correspondent à la redevance d'usage du logiciel informatique, remboursée au département. La MDPH acquitte également un loyer de 320 000 € auprès du département.

Le résultat annuel de fonctionnement est négatif sur toute la période, avec ou sans prise en compte du fonds de compensation, malgré l'augmentation des dotations. Il se creuse principalement du fait de l'augmentation des frais de personnel (+ 23 %) et des remboursements de frais au conseil départemental (+ 17 %).

Le résultat de clôture cumulé reste positif sur toute la période, bien qu'en baisse globale de 47 %. La MDPH sera à terme amenée à réduire ses dépenses à défaut d'obtenir des financements supplémentaires.

Tableau n° 15 : Résultats de fonctionnement et de clôture

	2014	2015	2016	2017
recettes de fonctionnement	2 598 388	2 588 949	2 623 769	2 855 731
dépenses de fonctionnement	2 949 454	2 759 729	2 870 317	3 187 128
résultat de l'année (y compris FDC)	-351 066	-170 780	-246 548	-331 397
résultat N-1 cumulé (invest + fonct)	1 762 866	1 458 944	1 332 409	1 101 988
résultat d'investissement de l'année	47 144	44 245	16 127	6 282
résultat net de l'année (invest + fonct)	-303 922	-126 535	-230 421	-325 115
résultat de clôture cumulé	1 458 944	1 332 409	1 101 988	776 873

Source : ANAFI et comptes de gestion

3.3.4 Des moyens comparables aux autres départements

Malgré les difficultés rencontrées pour disposer de données fiables, plusieurs indicateurs ont été retenus pour évaluer l'activité et les moyens des quatre MDPH bretonnes : le nombre de demandes déposées et le nombre de décisions et avis pris, rapportés aux budgets et aux effectifs.

Le nombre de dossiers par agent apparaît ainsi relativement homogène entre les quatre MDPH : de 672 dossiers par agent en Ille-et-Vilaine à 717 dans les Côtes-d'Armor.

Le coût unitaire par décision apparaît par contre plus variable, les MDPH avec le volume d'activité le plus important ayant les coûts les moins élevés, sans que la chambre ne soit notamment en mesure de déterminer la part respective et l'impact des charges de personnel, fonction notamment du statut, de la position administrative et du niveau de qualification des agents (titulaires, contractuels, mises à disposition, etc), des charges des fonctions support (informatique, locaux, fluides, etc.), du degré d'informatisation des procédures, ou encore de l'organisation générale.

Tableau n° 16 : Indicateurs moyens/Activité

<i>Moyenne sur les 3 dernières années (2015 à 2017)</i>	MDPH 29	MDPH 35	MDPH 22	MDA 56
<i>Nombre de demandes déposées (moyenne /3 ans)</i>	60 536	66 202	34 429	46 278
<i>Nombre de décisions et avis pris (moyenne /3 ans)</i>	60 537	65 895	35 295	47 874
<i>Budget consolidé¹⁸ (moyenne /3 ans) en M€</i>	4,2	4,9	3,14	3,8
<i>Nb d'ETP au 31/12/2017</i>	84,6	98	49,2	67,3
<i>Coût réel une décision/avis</i>	69 €	74 €	89 €	79 €
<i>Nb de demandes par agent ETP</i>	716	672	717	711

Source : données CNSA pour les nombres de demandes, décisions et avis - données MDPH/MDA pour les effectifs ETP.

3.3.5 Un second guichet : le fonds départemental de compensation

Selon l'article L. 146-5 du code de l'action sociale et des familles, « *chaque maison départementale des personnes handicapées gère un fonds départemental de compensation du handicap chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation du handicap* ».

La mise en place du fonds départemental de compensation (FDC) dans le département du Finistère s'est traduite par la signature d'une convention du comité de gestion en date du 31 août 2006 qui fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement du fonds.

¹⁸ Budget retraité de dépenses prises en charge gracieusement par le département et ne figurant donc pas dans les comptes de la MDPH.

Tableau n° 17 : Fonds départemental de compensation (FDC)

Fonds de compensation - MDPH	2014	2015	2016	2017
recettes de l'Etat	49 872	87 649	85 476	71 811
recettes aides individuelles du CG	30 000	30 000	30 000	30 000
contribution MSA	60 000		10 000	46 368
total recettes réelles (source : ANAFI)	139 872	117 649	125 476	148 179
Total recettes accordées (source : MDPH)	109 872	127 649	138 660	124 995
Total dépenses réelles (source : ANAFI)	346 835	103 649	56 028	123 142
Dépenses accordées (source : MDPH)	365 664	106 228	60 489	146 478
Solde au 31/12 de l'année (recettes et dépenses réelles)	-206 963	14 000	69 448	25 037
Solde cumulé disponible (solde N-1 + recettes et dépenses accordées)	-6 386	15 035	93 206	71 723
Dépenses engagées non payées au 31/12	18 828	2 579	4 461	23 336

Source : ANAFI et MDPH

En 2017, les aides accordées pour l'aménagement du logement représentent 56 % des dépenses accordées, les aménagements de véhicules 24 % et les aides techniques 20 %. Le montant moyen de l'aide par dossier accordé varie de 596 € à 856 €, ce qui est faible par rapport à d'autres départements.

3.4 Les ressources humaines

3.4.1 Les personnels

3.4.1.1 Evolution des effectifs

Sur la période 2006-2017, les effectifs des services en charge de la gestion des dossiers et de l'évaluation ont progressé de manière significative, en corrélation avec l'activité : de 49,5 équivalent temps plein (ETP) en 2006 à 92,6 ETP en 2017.

Tableau n° 18 : Evolution des effectifs selon l'origine administrative

ETP au 31/12	2006	2014	2015	2016	2017	2014/2017
<i>Département</i>		77,9	80,37	81,6 ¹⁹	87,6	12,5 %
<i>Education nationale</i>		2	2	2	2	0 %
<i>Etat</i>		3	3	3	3	0 %
Total	49,56	82,9	85,37	86,6	92,6	11,7 %

Source : données transmises par la MDPH

¹⁹ Sur l'état de paye du mois de décembre 2016 département, le nombre ETP affecté à la MDPH est égal à 83,7 ETP.

Toutefois ces chiffres doivent être corrigés pour prendre en compte les recrutements de contractuels temporaires au cours des trois dernières années.

Tableau n° 19 : Recours au renfort pour résorber le stock de dossiers en souffrance

<i>MDPH</i>	2014	2015	2016	2017
<i>Total ETP au 31 décembre</i>	82,9	85,37	86,6	92,6
<i>Dont contrat non permanent renfort</i>	4	24	23	16
<i>ETP recalculé avec renfort/2</i>	80,9	73,37	75,1	84,6

Source : CRC et MDPH

3.4.1.2 Les mises à disposition du personnel départemental

La convention de mise à disposition des personnels du département à la MDPH du 6 mars 2006 définit les règles de gestion de ces agents, placés sous l'autorité fonctionnelle du directeur de la MDPH.

La convention financière du 12 juillet 2006 prévoit que la MDPH rembourse semestriellement le département des sommes engagées au titre des rémunérations des personnels mis à disposition.

Parallèlement au remboursement par la MDPH d'une partie des personnels du département mis à disposition, la convention constitutive du 28 décembre 2005 prévoit également que le département du Finistère met à disposition gratuitement du personnel auprès de la MDPH. En 2005, lors de la signature de la convention constitutive, les apports en personnel du département s'élevaient à 5,75 ETP.

Un avenant de 2008 a actualisé ces apports à 22,25 ETP pour une valorisation financière à hauteur de 857 648 €. Depuis, la valorisation financière de ces apports a fluctué (1 261 508 € en 2014, 1 208 970 € en 2015, 1 061 508 € en 2016 et 726 368 € en 2017). Il revient dès lors aux signataires d'actualiser ces apports avec la signature d'une nouvelle convention.

3.4.1.3 Les personnels d'Etat

Une convention de mise à disposition de personnels par la DDCSPP et par la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) a été signée le 20 février 2006. Elle définit les règles de gestion applicables à ces agents.

En 2017, trois ETP « Etat » venant de la DDCSPP étaient mis à disposition de la MDPH. Leur rémunération est prise en charge par l'Etat, sans que celle-ci ne fasse l'objet d'un remboursement alors que ce remboursement est prévu par l'article L. 146-4-1 du CASF.

3.4.2 Les règles de gestion

La convention signée le 12 juillet 2006 entre la MDPH et le conseil départemental du Finistère prévoit que ce dernier apporte son concours en matière de ressources humaines à travers la gestion des carrières, rémunérations, formation, service social et dépenses accessoires des agents travaillant au sein de la MDPH. La mise en place du nouveau régime indemnitaire en est l'illustration.

- Fiches de postes et évaluation des agents

Le département du Finistère établit les fiches de poste pour le personnel de la MDPH. Jusqu'en 2016, la MDPH n'appliquait pas les dispositions du décret n° 2014-1526 du 16 décembre 2014 selon lesquelles le fonctionnaire bénéficie chaque année d'un entretien professionnel qui donne lieu à compte-rendu. Les agents de la MDPH ont eu un entretien professionnel pour la première fois en 2018, pour l'année 2017. La directrice de la MDPH évalue les chefs de service qui eux-mêmes évaluent les agents placés sous leur autorité.

- Formation

La liste des différentes formations suivies par les agents de la MDPH sur la période 2014-2017 a permis de constater que peu de formations adéquates étaient proposées afin de faire face à la technicité croissante des missions confiées aux MDPH.

Les formations suivies en 2016 et 2017 portaient en effet principalement sur le logiciel IODAS, sur les consignes générales d'incendie et la manipulation des extincteurs ou encore des préparations à des concours. Or, le besoin en formation spécifique et adaptée aux MDPH est nécessaire et la chambre encourage la MDPH du Finistère à développer les formations avec les GIP voisins.

La directrice souhaite par ailleurs mettre en place un livret d'accueil avec une partie consacrée à la formation et se rapprocher de la CNSA pour assurer des formations. Son objectif est également de mettre en place un plan de formation sur trois ans, plan qui n'existait pas auparavant, et de l'intégrer au futur projet d'établissement.

- Bilan social

La MDPH ne dispose pas de bilan social et n'a aucune obligation sur ce point. Elle dispose toutefois d'un tableau de suivi des effectifs par employeur et d'un tableau de suivi de l'absentéisme.

A la demande de la chambre, un bilan social reprenant différentes données portant sur les effectifs, l'absentéisme et les formations a été présenté pour la première fois à la COMEX de novembre 2018.

- Dialogue social

En l'absence d'obligations réglementaires, la MDPH dispose d'une commission locale de concertation, instance qui traite des sujets relatifs à son organisation et à son fonctionnement, ainsi que sur l'hygiène et la sécurité.

Sur la période 2014-2017, elle s'est réunie deux à trois fois par an. Présidée par la directrice de la MDPH, elle comprend quatre membres du personnel, élus pour trois ans.

- Temps de travail

Le règlement intérieur sur la durée du temps de travail est celui du conseil départemental, mis à jour le 10 mars 2017 suite à la mise en place du télétravail, et il est applicable à l'ensemble des agents de la MDPH. Les enseignants référents ont le même nombre de jours de congés que le personnel de la MDPH.

La durée annuelle du temps de travail au sein de la MDPH, de 1 576 heures, est inférieure au plancher légal de 1 607 heures. Le temps de travail est toutefois en cours de négociation au sein du département pour se conformer aux dispositions de la loi sur les 35 heures.

TABLE DES ANNEXES

Annexe n° 1.	Budget consolidé en recettes	44
Annexe n° 2.	Budgets prévisionnels et réalisés.....	45

Annexe n° 1.

Budget consolidé en recettes

<i>Budgets consolidés 2014 2017</i>			
<i>Nature</i>	organismes	MDPH 29	
		2014	2017
<i>Participations</i>	Département	690 000	632 380
	Etat (ARS, DDCS) :	1 688 644	1 973 361
	<i>dont CNSA</i>	808 576	939 411
	autres	109 872	124 995
<i>dont FDC</i>	<i>recettes FDC :</i>		
	<i>Département</i>	30 000	30 000
	<i>Etat</i>	49 872	71 811
	<i>autres</i> <i>(CPAM, CAF, MSA)</i>	30 000	23 184
<i>sous total 1</i>		2 488 516	2 730 736
<i>Autres prises en charge par les tiers</i>	Département	1 261 508	876 368
	Etat	315 000	167 003
	autres (mutualité)	0	0
<i>sous total 2</i>		1 576 508	1 043 371
<i>TOTAL</i>		4 065 024	3 774 107

Source : MDPH 29

Annexe n° 2.

Budgets prévisionnels et réalisés

budget prévisionnel et réalisé MDPH	2014	2015	2016	2017
Prévisions dépenses fonctionnement	4 223 375	3 864 093	3 746 099	3 818 392
Réalisé en dépenses fonctionnement	2 949 454	2 759 727	2 870 316	3 187 129
Différence prévision/réalisation	1 273 921	1 104 366	875 783	631 263
% réalisé	70 %	71 %	77 %	83 %
Prévisions recettes fonctionnement	4 223 375	3 864 093	3 746 099	3 818 392
Réalisé recettes fonctionnement	2 598 388	2 588 949	2 623 769	2 855 731
Différence prévision/réalisation	1 624 987	1 275 144	1 122 330	962 661
% réalisé	62 %	67 %	70 %	75 %
Prévision dépenses Investissement	110 000	149 000	188 600	199 848
Réalisé en dépenses investissement	1 593	846	24 848	29 827
Différence prévision/réalisation	108 407	148 154	163 752	170 021
% réalisé	1 %	1 %	13 %	15 %
Prévision recettes investissement	110 000	149 000	188 600	199 848
Réalisé recettes investissement	48 737	45 091	40 975	36 109
Différence prévision/réalisation	61 263	103 909	147 625	163 739
% réalisé	44 %	30 %	22 %	18 %

Source : Budgets et ANAFI

Annexe 3

Glossaire

AAH : Allocation adulte handicapé <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242>

ACTP : Allocation compensatrice tierce personne <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2475>

AEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14809>

PCH : Prestation de compensation du handicap <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

ASE : service d'aide sociale à l'enfance

AVS : Auxiliaire de vie scolaire

BO : Business Objects

CAF : caisse d'allocations familiales

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDAS : Centre départemental d'action sociale

CDES : Commission départementale de l'éducation spéciale

CNIL : Commission Nationale de l'informatique et des libertés

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COMEX : Commission exécutive

COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection de la population

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, concurrence, consommation, travail et emploi

DOP : Dispositif d'orientation permanent

DSI : Direction des systèmes d'information

EP : Equipe pluridisciplinaire

EPO : Equipe de pilotage et d'orientation

ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

ETP : Equivalent temps plein

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FDC : Fonds départemental de compensation

GDD : Gestion des droits

GED : Gestion électronique des documents

GOS : Groupe opérationnel de synthèse

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MSA : Mutualité sociale agricole

OEMS : Orientation en établissement médico-sociaux

PAG : Plan d'accompagnement global

PPC : Plan personnalisé de compensation

PSI : Plan de secours informatique

PRA : Plan de reprise d'activité

PCA : Plan de continuité d'activité

RAPT : Réponse accompagnée pour tous

RMQS : référentiel de missions et de qualité de service

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

TCI : tribunal du contentieux et d'invalidité



Les publications de la chambre régionale des comptes
de Bretagne
sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-bretagne>