



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Et sa réponse

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH 35)

Département d'Ille-et-Vilaine

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.....	6
1 Tout handicap doit faire l'objet d'une compensation.....	8
1.1 Un guichet unique	8
1.1.1 La loi du 11 février 2005	8
1.1.2 Le programme régional de santé	9
1.1.3 Le schéma départemental	9
1.2 Des enjeux majeurs	10
1.2.1 Des enjeux financiers qui dépassent le seul budget de la MDPH	10
1.2.2 Une action orientée vers des populations fragiles	11
1.2.3 Un domaine où la présence des associations est prégnante.....	12
2 Les premiers enseignements du guichet unique	12
2.1 Une croissance ininterrompue des demandes	12
2.1.1 Evolution comparée.....	13
2.1.2 Des stocks importants.....	14
2.1.3 Les délais de traitement des demandes.....	14
2.1.4 L'accueil et l'information.....	15
2.2 Un pilotage difficile	17
2.2.1 L'organisation des services	17
2.2.2 Une absence de vision pluriannuelle sur les budgets et les objectifs	17
2.2.3 Une méconnaissance des suites données aux décisions	17
2.2.4 Des données à fiabiliser et à organiser	18
2.2.5 La qualité de service.....	20
2.3 Un cadre de décision qui doit être sécurisé.....	21
2.3.1 La convention constitutive	21
2.3.2 La commission exécutive (COMEX)	21
2.3.3 La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).....	23
2.3.4 Le respect des usagers et des règles de confidentialité.....	24
2.3.5 Les équipes pluridisciplinaires	26
2.4 Les bonnes pratiques.....	27
2.4.1 Le processus d'évaluation	27
2.4.2 Les protocoles formalisés	28
2.4.3 Les outils internes.....	28
2.5 Des dispositions pouvant impacter le fonctionnement de la MDPH	28
2.5.1 Le plan personnalisé de compensation	28
2.5.2 Les cartes mobilité inclusion	29
2.6 D'un traitement de masse à un traitement personnalisé.....	30

2.6.1	Des résultats différents concernant les enfants.....	30
2.6.2	Un nouveau paradigme.....	31
3	Les moyens et les outils.....	33
3.1	Une autonomie limitée.....	33
3.1.1	Un GIP atypique.....	33
3.1.2	Une dépendance marquée vis-à-vis du département.....	34
3.2	Le système d'information.....	35
3.2.1	Des applications non interfacées.....	35
3.2.2	L'évolution du système d'information.....	36
3.3	Un budget insincère.....	37
3.3.1	La présentation insincère des comptes.....	37
3.3.2	La situation financière et la trésorerie.....	38
3.3.3	Les charges supportées par les tiers et non inscrites au budget.....	41
3.3.4	Des moyens comparables aux autres départements.....	42
3.4	Un second guichet : le fonds départemental de compensation.....	43
3.5	Les ressources humaines.....	44
3.5.1	Evolution des effectifs.....	45
3.5.2	Externalisation de missions.....	45
3.5.3	Gestion du personnel.....	46
3.5.4	Les personnels de l'Etat.....	47

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Bretagne a examiné les comptes et la gestion de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) d'Ille-et-Vilaine 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 d'Ille-et-Vilaine disposait en 2017 d'un budget consolidé¹ de 5,5 M€ et employait 88 agents équivalents temps plein (ETP), auxquels il faut ajouter 10 ETP correspondant à des prestations externalisées.

La MDPH présente 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.

Un guichet unique créé en 2006

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 regroupe le conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, les services de l'Etat, de l'assurance maladie et des représentants des associations de personnes en situation de handicap. L'investissement du collectif « *Handicap 35* » participe au bon fonctionnement de la MDPH.

Avec le soutien financier de ce dernier et la mobilisation des personnels, la MDPH s'est efforcée de faire face à une activité croissante de 5 % par an depuis sa création en 2006.

Une activité croissante

Les MDPH connaissent une progression très rapide de leur activité dans un environnement législatif toujours en mouvement.

Avec 65 439 demandes déposées en 2017, la MDPH d'Ille-et-Vilaine a pris en charge environ 25 000 personnes, soit 2,5 % de la population brétilienne. Un tiers des demandes portent sur les cartes (stationnement, invalidité et priorité), un tiers concerne les prestations financières (allocation d'éducation enfant handicapé/AEEH, allocation adulte handicapé/AAH, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé/RQTH) et un dernier tiers est consacré aux demandes d'orientation en établissement ainsi qu'aux aides à la scolarisation et à la prestation de compensation du handicap (PCH) qui nécessitent une technicité spécifique en matière d'évaluation.

¹ Budget retraité de dépenses prises en charge gracieusement par le département et ne figurant donc pas dans les comptes de la MDPH : loyers, entretien des locaux, impôts et taxes, charges de carburant, entretien de véhicules, frais d'affranchissement, téléphonie, frais de personnel mis à disposition et formation, ...

En 2017, les décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées portant sur l'attribution de l'AAH, l'AEEH et la PCH ont généré le versement de près de 200 M€ de prestations.

Une organisation performante

Pour répondre aux usagers, la MDPH procède à une pré-évaluation des demandes afin d'orienter les dossiers selon leur degré de complexité, favorisant ainsi la réduction des délais de traitement. La structuration des équipes par dominante de vie participe à cette bonne organisation. Sur quatre bonnes pratiques préconisées par le haut conseil de la santé publique (HCSP), trois sont mises en œuvre.

En s'appuyant sur le réseau des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) largement soutenu par le département, la MDPH a démultiplié ses relais sur l'ensemble du territoire, offrant ainsi aux usagers des guichets de proximité qui ne peuvent qu'améliorer la qualité des dossiers déposés.

La présidence de la MDPH

En déléguant à la première vice-présidente en charge des solidarités la présidence de la commission exécutive de la MDPH d'Ille-et-Vilaine, le président du conseil départemental méconnaît l'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui prévoit dans son alinéa 4 que « *la maison départementale des personnes handicapées est administrée par une commission exécutive présidée par le président du conseil départemental* ».

Un budget peu lisible

Sur la période examinée, les dépenses réelles de fonctionnement ne représentent que 36 % à 39 % des prévisions budgétaires : les dépenses prévisionnelles, arrêtées à 3,4 M€, n'ont été réalisées qu'à hauteur de 1,3 M€.

Compte tenu des dépenses prises en charge directement par les financeurs, ce qui nuit à l'exhaustivité des opérations enregistrées dans les comptes, le budget consolidé s'établit à 5,5 M€, la participation nette du département au fonctionnement de la MDPH s'élevant à 2,6 M€. Au vu des excédents cumulés (2 M€) et des surestimations de dépenses, les participations des financeurs devront être revues à la baisse.

Le fonds départemental de compensation

Le fonds départemental de compensation, mis en place en juin 2006, apporte un financement complémentaire des prestations légales en faveur des personnes handicapées qui doivent faire face à des frais de compensation restant à leur charge. En confiant la gestion de ce fonds à un organisme non doté d'un comptable public, la commission exécutive (COMEX) méconnaît les règles de la comptabilité publique et fait peser sur le gestionnaire de ce fonds un risque juridique.

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, pourra être sollicitée par tous ceux qui ont été orientés en établissement ou service et qui n'ont pu obtenir de place effective. A ce jour, la MDPH d'Ille-et-Vilaine traite dans ce cadre plusieurs dizaines de dossiers par an alors que plusieurs centaines en relèveraient ; la montée en charge de ce dispositif impactera lourdement son organisation.

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	: respecter les dispositions de l'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles relatives à la présidence de la commission exécutive.	22
Recommandation n° 2	: mettre en concordance les délégations prévues pour le président de la commission exécutive, dans la convention constitutive, avec les pratiques de la MDPH.	22
Recommandation n° 3	: mettre en place des formations spécialisées au sein de la CDAPH et modifier le règlement intérieur en conséquence.	23
Recommandation n° 4	: mettre en place l'anonymisation des dossiers soumis à la CDAPH.	25
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).	26
Recommandation n° 6	: établir les listes des personnes autorisées à participer aux équipes pluridisciplinaires, conformément à l'article R. 146-27 du code de l'action sociale et des familles.	27
Recommandation n° 7	: formaliser le cadre de responsabilités entre la direction des systèmes numériques (DSI) du département et la MDPH pour l'usage de ses outils informatiques.	35
Recommandation n° 8	: signer un protocole partageant de l'information nominative entre la MDPH et le service d'aide sociale à l'enfance.	36
Recommandation n° 9	: présenter les budgets et les comptes administratifs selon le cadre prévu par l'instruction budgétaire et comptable M52, en veillant notamment au respect du principe de sincérité budgétaire.	38
Recommandation n° 10	: en l'absence de projet d'investissement, adapter le montant des participations des financeurs aux besoins réels de la MDPH.	41
Recommandation n° 11	: annexer aux documents budgétaires les financements et charges supportés par les tiers et les mentionner dans le rapport d'activité.	42
Recommandation n° 12	: intégrer sans délai la gestion du fonds départemental de compensation du handicap au budget de la MDPH.	44
Recommandation n° 13	: établir, à destination de la COMEX, un document reprenant différentes données portant sur les effectifs, l'absentéisme et les formations.	46

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 son résumé.

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 d'Ille-et-Vilaine (MDPH 35) 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 35, Madame Anne-Françoise COURTEILLE, présidente de la commission exécutive en exercice, ainsi qu'à M. François ANDRÉ, ancien président.

La chambre, lors de sa séance du 24 octobre 2018, a arrêté ses observations provisoires, adressées le 27 décembre 2018 à la présidente de la MDPH 35 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 d'Ille-et-Vilaine réunit dans un groupement d'intérêt public (GIP) le conseil départemental, les services de l'Etat, de 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

Fondée 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 soient 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 général.

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 proposent des 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 ainsi 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 présente, pour chacune d'entre elles, 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 en suivre la réalisation, 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

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.

En janvier 2015, le conseil départemental a adopté un nouveau schéma en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, pour la période 2015-2019.

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.

Pour la mise en œuvre de la politique et la réalisation des objectifs du schéma, la MDPH se mobilise sur deux objectifs :

- « Agir pour favoriser l'accès de tous à une information de qualité » ;
- « Agir pour mieux connaître les besoins (...) des personnes en situation de handicap. »

La MDPH acquiert un rôle de suivi au sein du comité consultatif créé pour veiller à la bonne mise en œuvre des actions programmées, où elle bénéficie de deux sièges sur les 28 qui le composent.

Les actions déclinant les stratégies font l'objet de développements qui précisent parfois des objectifs quantitatifs (le nombre de places à ouvrir notamment), sans être toutefois étayés par des objectifs calendaires et des données financières.

1.2 Des enjeux majeurs

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) qui incombent à plusieurs financeurs : la caisse d'allocations familiales (CAF) ou la mutualité sociale agricole (MSA) pour les deux premières, et le département pour la dernière, avec des montants financiers conséquents.

Le budget consolidé de la MDPH sur les exercices 2015-2017, qui s'élève en moyenne à 5,3 M€, est à mettre en regard des montants des aides financières attribuées sur décision de la MDPH (près de 200 M€ par an).

Tableau n° 1 : Montant des prestations versées suite à des décisions de la MDPH

<i>Ille-et-Vilaine</i>	2015	2016	2017	Evolution
<i>AAH et compléments</i>	139 928 353	144 734 598	153 781 905	10 %
<i>AEEH et compléments</i>	12 962 438	13 072 719	12 886 148	-1 %
<i>PCH</i>	24 125 061	25 166 076	27 435 337	14 %
<i>ACTP</i>	5 437 278	5 260 659	4 929 640	-9 %
TOTAL	182 453 129	188 234 052	199 033 030	9 %

Source : CAF, MSA et Départements

Ces montants ne prennent pas en compte l'ensemble des dépenses induites par les décisions de la MDPH. C'est le cas par exemple des compléments de rémunération permis 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, ou de l'avantage fiscal résultant d'un taux d'invalidité supérieur à 80 %.

Ces montants ne prennent pas non plus en compte les postes d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) qui ont en charge l'accompagnement à la scolarisation et à la socialisation des jeunes handicapés.

Tableau n° 2 : 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 : rectorat de Bretagne.

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 et/ou cumulés.

Ces difficultés peuvent rendre difficiles leurs déplacements, réduire leurs disponibilités et engendrer des contraintes dans les échanges (intimité, confidentialité).

Aussi la qualité de l'accueil, l'existence de sites de proximité, les modalités de mise en contact et de suivi des demandeurs sont-elles primordiales pour les MDPH.

La MDPH d'Ille-et-Vilaine se trouve dans le quartier de Beauregard à Rennes et elle partage ses locaux avec les services du pôle « *solidarité humaine* » du conseil départemental, à proximité d'une ligne de bus accessible aux personnes à mobilité réduite (PMR).

En s'appuyant sur le réseau des centres locaux d'information et de coordination (CLICs), largement soutenus par le département, la MDPH a su démultiplier sa présence sur le territoire, offrant ainsi aux usagers des guichets de proximité qui ne peuvent qu'améliorer la qualité des dossiers déposés.

C'est ainsi que treize conventions de partenariat ont été signées, au titre de l'accueil « guichet », avec les CLICs d'Ille-et-Vilaine. La participation financière versée aux CLICs est prévue annuellement sur une base forfaitaire dite part fixe, complétée d'une part variable. En 2017, le montant de la part fixe était de 11 150 € avec une part variable allant de 2 230 € à 3 345 € suivant les territoires, soit un montant total de 178 401 € de participations versées par la MDPH pour l'ensemble des CLICs.

1.2.3 Un domaine où la présence des associations est prégnante

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.

En s'organisant en collectif et se présentant comme l'interlocuteur unique des pouvoirs publics, le poids des associations bretonnes s'en est trouvé renforcé.

Le « *Collectif Handicap 35* » regroupe ainsi 48 associations adhérentes représentant l'ensemble des familles de handicap : visuel, auditif, intellectuel, moteur, psychique, troubles du langage et épilepsie. Se définissant comme « *un interlocuteur vigilant, le Collectif Handicap 35 est reconnu pour ses activités auprès des institutions et des pouvoirs publics en Ille-et-Vilaine, pour la mise en place de mesures en faveur de l'intégration des personnes handicapées dans tous les domaines accessibles aux personnes valides.* »

La participation du collectif aux différentes instances est déterminante dans le processus de décision et le rôle que lui a attribué le législateur peut parfois contribuer à la rigidité des commissions auxquelles il participe.

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)⁴ 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.

⁴ 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.

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 à l'ensemble des MDPH, 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 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.

En Ile-et-Vilaine, la croissance de l'activité entre 2014 et 2017 s'élève à 10 % et la répartition des demandes est en tout point similaire aux constats faits au plan national par la CNSA.

Tableau n° 3 : L'évolution des stocks de demandes au 31 décembre de chaque année

Type de demandes	2014	2015	2016	2017	Evolution demandes déposées entre 2014 et 2017
<i>Nombre total de demandes déposées dont :</i>	59 422	66 019	64 979	65 439	10 %
<i>AAH seule, AAH+CPR</i>	10 428	12 347	11 385	10 195	-2 %
<i>RQTH</i>	8 524	9 706	9 533	9 612	13 %
<i>ACTP</i>	282	262	222	175	-38 %
<i>PCH enfants/adultes</i>	3 549	3 796	3 949	3 885	9 %
<i>AEEH seule, AEEH + compléments</i>	4 307	4 551	4 433	4 636	8 %
<i>Aides humaines à la scolarisation</i>	2 480	2 750	2 848	3 174	28 %
<i>Cartes d'invalidité et de priorité (enfants et adultes)</i>	9 122	10 019	10 287	10 710	17 %
<i>Avis cartes de stationnement (enfants et adultes)</i>	6 222	6 550	6 743	7 296	17 %
<i>Orientations établissement adultes</i>	2 472	3 004	3 085	3 013	22 %
<i>Orientations service adultes</i>					
<i>Orientations professionnelles adulte</i>					
<i>Orientations formation professionnelles adultes</i>	8 239	8 990	8 393	8 345	1 %
<i>Orientations établissement enfants</i>	2 410	2 673	2 821	2 940	22 %
<i>Orientations services enfants</i>					
<i>Orientations scolaires enfants</i>					

Source : MDPH

La chambre observe qu'un petit tiers des demandes est instruit par la MDPH pour le compte du président du conseil départemental, signataire des cartes de stationnement ou d'invalidité et de priorité, devenues cartes mobilité inclusions (CMI) à la mi-2017.

2.1.2 Des stocks importants

Les demandes en stock au 31 décembre 2016 représentent 45 % de la totalité des demandes déposées en 2016⁵.

Tableau n° 4 : L'évolution des stocks de demandes au 31 décembre de chaque année

<i>Les stocks au 31 décembre</i>	2013	2014	2015	2016
<i>en nombre de demandes</i>	17 287	19 951	20 086	29 251
<i>Evolution du stock par rapport à l'année précédente</i>	NC	15,41 %	0,68 %	45,63 %

Source : tableaux de données normalisées transmis à la CNSA

La tendance montre une augmentation forte du stock année après année. Sous réserve de la fiabilité des données transmises à la CNSA, il correspond au 31 décembre 2016 à la moitié des demandes déposées par les usagers cette même année.

2.1.3 Les délais de traitement des demandes

L'article 6 du décret n° 2012-1414 du 18 décembre 2012 relatif au fonctionnement des MDPH précise que « *Le silence gardé pendant plus de quatre mois par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées à partir de la date à laquelle la demande présentée auprès de la maison départementale des personnes handicapées doit être regardée comme recevable dans les conditions mentionnées à l'article R. 146-26 vaut décision de rejet* ».

Tableau n° 5 : Délais moyens/part de demandes traitées dans les quatre mois

<i>Type de demandes</i>	2014	2015	2016	2017	Evolution 2014/2017
<i>Délais moyen tous types de demandes confondus (en mois)</i>	4	4	4	5	+1
<i>Part de demandes traitées dans le délai de 4 mois (en %)</i>	26,9	59,2	38,6	33,3	6,4

Source : tableaux de données normalisées transmis à la CNSA

A travers cette série de données (à appréhender avec réserves), il est possible de constater une dégradation des délais moyens de traitements des demandes entre 2014 et 2017.

Pour calculer les délais d'instruction, la MDPH prend en compte le temps qui s'écoule entre la date de recevabilité de la demande déposée et la date de la décision prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Cependant, ces délais sont issus de restitutions brutes effectuées par le logiciel métier *Iodas*. Ils ne peuvent faire l'objet d'une analyse précise puisqu'ils sont exprimés en nombres entiers, contrairement aux chiffres avec décimale publiés nationalement par la CNSA.

⁵Stock de demandes au 31 décembre 2016/total des demandes déposées en 2016 (indicateurs d'activités transmis à la CNSA).

La MDPH dispose de tableaux, édités mensuellement par les référents informatiques, qui identifient le nombre de dossiers dont le délai de traitement est inférieur à quatre mois et ceux dont le délai est supérieur à quatre mois. Ces tableaux présentés en comité directeur (CODIR⁶) ne permettent pas d'identifier les types de demandes concernés par ces retards. Ils ne permettent également pas de mettre en évidence les retards de traitement importants (supérieurs à douze mois par exemple).

La marge de manœuvre dont la MDPH dispose pour améliorer ses délais de traitement est toutefois souvent limitée par des facteurs externes sur lesquels elle n'a que peu de prise (réactivité de l'utilisateur à compléter son dossier, croissance de l'activité, changements de pratiques et les modifications législatives).

Pour toutes les MDPH, la maîtrise des systèmes d'information est un enjeu pour le pilotage de l'activité. Une exploitation précise des données permet en effet d'identifier les faiblesses du circuit pour en améliorer la performance.

2.1.4 L'accueil et l'information

2.1.4.1 L'accueil physique

Sur le site de Beauregard, l'accueil des usagers, organisé en deux niveaux comme dans la plupart des MDPH, est assuré par un pôle accueil information dont l'effectif s'élève en 2017 à 5,8 ETP.

Le premier niveau, généraliste, est ouvert au public cinq jours par semaine. Les agents orientent les personnes vers leur interlocuteur et prennent en charge les dossiers déposés par les usagers.

L'accueil de deuxième niveau s'effectue dans un espace fermé permettant la confidentialité des échanges. Il est assuré par la documentaliste deux matinées par semaine, sans rendez-vous. Les usagers ont également la possibilité d'être reçus sur rendez-vous en dehors de ces créneaux. Les demandes portent principalement sur l'aide à la constitution des dossiers, la rédaction du projet de vie, des explications et du conseil sur les prestations.

Au titre de sa mission d'accueil, la MDPH renseigne les usagers sur le réseau associatif, notamment en matière d'insertion professionnelle.

2.1.4.2 L'accueil téléphonique

L'accueil téléphonique est pris en charge par une cellule dédiée de deux agents polyvalents effectuant des rotations avec l'accueil physique. Il fait l'objet d'un suivi détaillé grâce à l'outil dont dispose la MDPH qui permet de mesurer sur une période donnée le nombre d'appels, leur durée, le temps d'attente et le taux de décroché. Ce dernier, en légère baisse en 2017, est d'environ 70 %.

⁶ Document daté de mai 2018.

Le service accueil dispose par ailleurs d'un outil automatisé, actionné par des « clics », recensant quotidiennement le nombre de messages électroniques, le nombre de courriers reçus, le nombre de personnes accueillies et le nombre de dossiers distribués. Cet outil permet de disposer de statistiques d'accueil à la fiabilité satisfaisante.

2.1.4.3 Le site internet

Le site internet de la MDPH est très détaillé et son ergonomie le rend très accessible.

Il comporte notamment de très nombreux documents à télécharger, une présentation des instances et des différentes aides existantes, une FAQ (questions les plus souvent posées) ainsi que de nombreux documents d'information.

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

	2015	2016	2017	évolution 2015-2017
<i>Accueil Physique</i>	17 499	16 045	17 272	-1 %
<i>Accueil téléphonique reçus</i>	48 947	49 426	54 375	11 %
<i>courriers électroniques traités</i>	3 250	3 572	4 293	32 %

Source : rapports d'activités

2.1.4.4 Le rapport d'activité

L'article 11 de la convention constitutive prévoit que la commission exécutive (COMEX) délibère sur le rapport annuel d'activité de la MDPH. Ce document est important à deux titres. D'une part, il renseigne les élus et les citoyens sur l'activité de la maison départementale, d'autre part, il permet à la CNSA d'établir une synthèse annuelle de l'activité de l'ensemble des MDPH depuis une dizaine d'années.

Cette démarche vient compléter l'obligation faite aux MDPH de remonter vers la CNSA, de manière organisée, des données à des fins statistiques et de pilotage national. Au vu de la qualité des transmissions, variable selon les MDPH, et de la fiabilité incertaine des données qui en résulte, une harmonisation des données rassemblées par la CNSA est recherchée au travers du déploiement d'un nouveau système d'information. Début 2018, la CNSA a ainsi diffusé plusieurs documents dont une trame de rapport annuel d'activité permettant d'harmoniser les productions des MDPH/MDA (maisons départementales de l'autonomie), souhaitant une mise en œuvre dès l'élaboration du rapport d'activité 2017.

Selon la MDPH, le rapport d'activité devrait être bientôt disponible sur son site internet.

2.2 Un pilotage difficile

2.2.1 L'organisation des services

La MDPH dispose d'un organigramme opérationnel qui positionne la directrice en coordonnatrice des différentes activités. Cette organisation a permis une harmonisation des pratiques et de la documentation utilisée.

La MDPH dispose depuis 2013 d'une gestion électronique des documents (GED) qui permet d'assurer une meilleure conservation et sécurité des documents ; les dossiers sont consultables instantanément et simultanément en préservant la confidentialité des données, les dossiers ne pouvant être consultés ou modifiés que par des personnes préalablement habilitées.

Les deux pôles « Evaluation » et « Gestion des droits » sont clairement identifiés, tout comme les principales missions de la MDPH. Celle-ci s'est inscrite rapidement, dès 2016, dans l'expérimentation du dispositif « *réponse accompagnée pour tous* » (RAPT) et est volontaire pour déployer le système d'information (SI) harmonisé dès la fin 2018.

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

Comme toutes ses homologues, la MDPH d'Ille-et-Vilaine n'est toujours pas en mesure d'élaborer la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM), pourtant prévue par la loi du 28 juillet 2011⁷ ; en effet, huit ans après la publication de ce texte, le décret d'application n'est toujours pas paru. 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 certaines MDPH ont mis en place des plans stratégiques ou des projets d'établissement, tel n'est pas le cas de la MDPH d'Ille-et-Vilaine. En outre, ni la COMEX, ni la CDAPH, ni les financeurs du GIP 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.

⁷ Loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap.

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 : d'une part, la décision d'admission appartient aux seuls directeurs d'établissements, établissements répartis de manière non homogène sur les territoires et, 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 *SI orientation*⁸, en cours de déploiement avec l'agence régionale de santé (ARS), devrait permettre de connaître l'effectivité des décisions prises par la MDPH.

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

2.2.4.1 L'extraction des données CNSA par l'outil métier

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

Ces données sont issues des bases de l'outil métier, lequel permet leur exportation dans un tableur normalisé conçu par la CNSA. L'édition issue de l'outil de la MDPH est toutefois loin d'être exhaustive ce qui l'oblige 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 chargés des requêtes, ainsi que le temps consenti à l'élaboration de cet important tableur, la qualité des données fournies peut varier d'une MDPH à l'autre, ce qui explique la volonté de la CNSA de déployer un système d'information (SI) harmonisé et normé.

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

⁸ Autrement appelé *Via Trajectoire*.

Tel est particulièrement le cas de la MDPH 35 qui n'assure pas le renseignement du tableur CNSA de manière exhaustive, pour lequel les données manquent parfois de précision : les délais sont ainsi exprimés en mois entier, sans décimale, ce qui ne permet pas de les comparer avec ceux des autres MDPH (cf. supra).

2.2.4.2 La fiabilité des données produites

L'analyse de divers documents (rapport d'activité et données transmises à la CNSA) met en évidence les différences qui peuvent parfois exister sur des informations importantes, selon leur source, ce qui rend difficile la communication de la MDPH sur ces sujets et pose la question de la qualité du *reporting* interne.

Tableau n° 7 : Rapprochements rapport activité et données CNSA

	2015			2016			2017		
	RA	CNSA	Ecart	RA	CNSA	Ecart	RA	CNSA	Ecart
<i>Ddes déposées Enf</i>	13 295	13 867	-572	13 434	13 865	-431	14 384	14 401	-17
<i>Ddes déposées Ad</i>	52 724	55 564	-2 840	51 545	52 755	-1 210	51 055	51 924	-869
<i>Total demandes</i>	66 019	69 431	-3 412	64 979	66 620	-1 641	65 439	66 325	-886
<i>Décisions Enfance</i>	14 355	12 986	1 369	14 601	14 166	435	14 233	13 754	479
<i>Décisions Adulte</i>	58 863	52 332	6 531	48 934	47 799	1 135	51 914	51 639	275
<i>Total décisions</i>	73 218	66 318	6 900	63 535	61 965	1 570	66 147	65 393	754

Source : MDPH35

Le référent informatique de la MDPH renseigne la maquette CNSA à partir de l'outil de l'éditeur. L'alimentation automatique de cette maquette étant incomplète, voire peu fiable, il doit ensuite retraiter les statistiques à partir des outils dont la MDPH dispose.

Ces retraitements étant très chronophages, chaque MDPH arbitre les ressources temps/homme affectées au retraitement ce qui peut, selon la MDPH 35, altérer la fiabilité des données d'une MDPH à l'autre.

A la MDPH 35, les retraitements ainsi effectués ne sont pas documentés et ne sont pas validés par la hiérarchie, ce qui constitue un point de vigilance, s'agissant de données stratégiques, de surcroît rendues publiques.

2.2.4.3 La production des tableaux de bord

Des suivis d'activité sont réalisés par l'équipe informatique pour les services instructeurs, ainsi qu'un tableau synthétique mensuel pour la direction. Celui-ci apparaît très détaillé et distingue les dossiers de plus ou moins quatre mois, par type de demande et niveau d'instruction (attente de pièces, évaluation, CDA, ...), ce qui informe la direction sur le flux d'activité de la MDPH.

Ces tableaux, présentés en CODIR, ne permettent cependant pas d'identifier les types de demandes concernés par ces retards, pas plus qu'ils ne mettent en évidence les retards de traitement importants. En différenciant les retards par tranches (par exemple + six, + neuf, + douze mois) et en détaillant les types de demandes concernées (PCH, AAH...), la MDPH pourrait évaluer plus finement la performance de son circuit et mettre en œuvre des actions correctives ciblées.

De son côté, l'établissement précise qu'un tableau de bord mensuel est partagé en CODIR – équipe de direction – une fois par mois. Ce tableau de bord, même s'il ne présente pas le degré de finesse suggéré par la chambre, peut être complété suite aux échanges en CODIR et aux questions d'actualité qu'il suscite, puis enrichi d'extractions supplémentaires telles que le repérage a priori des ruptures de droit à venir (AEEH- AAH, renouvellements d'orientations, de cartes...).

Ce relevé mensuel d'activité, réalisé avec un tableur, nécessite l'exécution de plusieurs requêtes puis leur transcription dans une maquette prédéfinie. Il ne traite pas par ailleurs de l'historique des stocks. A cet égard, les équipes de la MDPH n'ont été en mesure de remplir que partiellement deux tableaux demandés par la chambre sur la localisation des flux et des stocks de demandes dans le circuit interne, qui restent des données à la fois simples et stratégiques.

En tout état de cause et sous réserve de la fiabilité des données du tableau de bord de la direction, celle-ci ne dispose pas, ni à travers son outil métier (*Iodas*), ni à travers ses requêteurs, d'outil automatisé l'informant de manière simple et instantanée des points de blocage.

2.2.5 La qualité de service

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 concernant trois d'entre elles :

- évaluation, élaboration des réponses et des plans personnalisés de compensation ;
- gestion du fonctionnement de la CDAPH ;
- accompagnement à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH et leur suivi.

Sur la mission « *évaluation, élaboration des réponses et des PPC⁹* », la MDPH relève que « *le service d'évaluation a été confronté à l'arrivée de dispositifs supplémentaires (RAPT, Employabilité, CMI, ...) qui ont nécessité un temps de formation et une mobilisation des professionnels se faisant sentir sur leur efficacité et impactant nos délais de réponse* ».

⁹ Plan personnalisé de compensation.

Les développements précédents sur la méconnaissance des suites données aux décisions prises par la CDAPH illustrent à leur manière les résultats de cet autodiagnostic.

2.3 Un cadre de décision qui doit être sécurisé

2.3.1 La convention constitutive

Signée le 28 décembre 2005 entre les parties¹⁰, la convention constitutive précise dans ses articles 17 et 18 les recettes et dépenses de la MDPH. L'avenant n° 1 énumère les moyens mis à disposition par ses membres.

Les sept annexes à la convention constitutive, détaillées pour chaque membre, ont été produites avec la liste des contributions financières et matérielles, des mises à disposition de locaux, de personnels, d'outils informatiques et des prestations de service.

2.3.2 La commission exécutive (COMEX)

2.3.2.1 La présidence de la MDPH

Présidée par la première vice-présidente du conseil départemental, la COMEX de la MDPH est composée de 29 membres : il s'agit pour moitié de représentants du conseil départemental, pour un quart de représentants des associations de personnes handicapées et pour le quart restant, de représentants de l'État, le directeur de l'agence régionale de santé ou son représentant, des organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales, le cas échéant, des représentants des organismes adhérents volontaires.

Elle est chargée d'administrer la MDPH, d'adopter le budget et de prendre toutes décisions portant sur l'organisation de la MDPH, les questions de conventionnement, d'actions en justice, etc.

Concernant la présidence de la MDPH¹¹, le quatrième alinéa de l'article L. 146-4 du CASF dispose que : « *La maison départementale des personnes handicapées est administrée par une commission exécutive présidée par le président du conseil départemental* ». Ces dispositions n'envisageant pas que la fonction de président de la MDPH puisse être confiée à une autre personne que le président du conseil départemental, comme c'est le cas par exemple pour la présidence du SDIS en vertu de l'article L. 1424-7 du code général des collectivités territoriales (CGCT). Il s'agit d'une compétence propre du président du conseil départemental qu'il n'est pas possible de déléguer à une autre personne.

¹⁰ Caisse d'allocations familiales (CAF), caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), conseil général d'Ille-et-Vilaine, préfecture d'Ille-et-Vilaine, recteur de l'académie de Rennes.

¹¹ Si l'article 10 de la convention constitutive, dans sa rédaction issue de l'avenant n° 7 du 15 février 2016, stipule que « *Le Président désigne un représentant élu du département qui assure la présidence* », ces termes ne sauraient être interprétés, sans être contraires aux dispositions de l'article L. 146-4 du CASF, que comme fixant la suppléance du président du conseil départemental, président de droit du GIP, en cas d'absence ou d'empêchement.

Une MDPH étant une personne morale distincte de la collectivité départementale, les dispositions de l'article L. 3221-3 du CGCT, qui fixent les modalités d'administration de la collectivité départementale, ne trouvent donc pas à s'appliquer.

Si la convention exécutive d'un GIP-MDPH peut légalement prévoir les modalités suivant lesquelles est organisée l'absence ou l'empêchement du président du conseil départemental, président de la MDPH, elle ne saurait, sans méconnaître les dispositions de l'article L. 146-4 du CASF, confier la présidence de la MDPH à une autre personne que le président du conseil départemental. Dans ces conditions, les arrêtés du 10 juin 2010 et du 7 juillet 2017 relatifs à la délégation de la présidence de la MDPH sont irréguliers.

En l'état et sur toute la période examinée, les délibérations prises par la COMEX sont par conséquent entachées d'illégalité.

Recommandation n° 1 : respecter les dispositions de l'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles relatives à la présidence de la commission exécutive.

2.3.2.2 Les délégations

Bien que l'article 12 de la convention constitutive du 28 décembre 2005 prévoie la possibilité pour la présidente de déléguer sa signature à la seule directrice, d'autres délégations ont été accordées en méconnaissance de cette disposition :

- une délégation de signature a été accordée par la présidente à la directrice et, en cas d'absence ou d'empêchement, à la directrice adjointe, sans restriction, pour tous actes ou documents concourant au fonctionnement de la MDPH, à l'exception des rapports et délibérations, des actes notariés, des pièces de marchés, des conventions et contrats passés avec l'Etat, la Région, le département ou d'autres tiers ;
- les chefs de service « Gestion des droits » et « Evaluation » ont reçu également une délégation de signature dans des domaines spécifiquement énumérés en cas d'absence ou d'empêchement de la directrice et directrice adjointe ;
- la présidente de la COMEX a donné pouvoir au seul chef du service de gestion des droits au sein de la maison départementale des personnes handicapées d'Ille-et-Vilaine, pour la représenter dans les instances contentieuses.

La convention constitutive doit donc être revue sur les points relatifs aux conditions de délégation au directeur adjoint et aux autres personnels.

Recommandation n° 2 : mettre en concordance les délégations prévues pour le président de la commission exécutive, dans la convention constitutive, avec les pratiques de la MDPH.
--

Il est relevé que « *Consciente de l'orthodoxie juridique de la recommandation de la chambre* », la MDPH prend acte de l'observation formulée et s'engage à faire modifier les termes de la convention constitutive pour les mettre en adéquation avec son organisation opérationnelle en matière de délégation de signature aux agents.

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

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est constituée de 23 membres titulaires et de 51 membres suppléants, chaque titulaire pouvant avoir jusqu'à trois suppléants. Le président élu tous les deux ans par les membres de la CDAPH est M. Claude Laurent depuis le 26 octobre 2017. Trois vice-présidents ont été désignés.

2.3.3.1 L'absence de commission plénière

Le code de l'action sociale et des familles a fixé un cadre normatif pour les prises de décisions de la commission qui, s'il n'était pas respecté, serait source de contentieux et d'insécurité juridique. En Ille-et-Vilaine, il existe trois niveaux de commissions : fonctionnelle, « plénière » et restreinte. Pour faire face au nombre de dossiers devant passer en commission, la commission « plénière » a été scindée en deux, une plénière adulte et une plénière enfant, en méconnaissance de l'article R. 241-24 du CASF. Cette organisation permet de faire face « *à la difficulté de gestion de masse à laquelle sont confrontées toutes les MDPH* » et de prendre en compte « *les complexités inhérentes aux deux domaines (enfance et adultes)* ».

La commission « plénière » adulte se réunit les premiers et troisièmes mardis de chaque mois, la commission « plénière » enfants les premiers, deuxièmes et troisièmes jeudis de chaque mois, de sorte que la commission en formation plénière ne se réunit que tous les deux mois en formation dite fonctionnelle afin de définir sa doctrine, donner des avis, réfléchir à son fonctionnement et recevoir les informations nécessaires à ses prises de décision. En ayant retenu ce mode de fonctionnement, les décisions prises par ces commissions sont juridiquement fragiles.

Recommandation n° 3 : mettre en place des formations spécialisées au sein de la CDAPH et modifier le règlement intérieur en conséquence.

Suites aux observations de la chambre, la MDPH a indiqué qu'elle modifiera l'article 3 de son règlement intérieur en instituant un quorum à 12 en le basant sur la règle des 50 %, supprimant la mention du quorum à 6 et en ajoutant la mention « *le quorum peut être vérifié sur demande d'un de ses membres afin de se conformer aux textes tout en intégrant le principe de réalité auquel elle est confrontée* ».

En l'état actuel du droit, cette proposition ne satisfait pas aux dispositions du code de l'action sociale et des familles.

Tableau n° 8 : Activité des CDAPH 2014 et 2017

	2014	2015	2016	2017
<i>Nombre de réunions CDAPH</i>	65	67	71	64
<i>Nombre de décisions ou avis pris en CDAPH plénière</i>	15 201	19 221	19 569	21 535

Source: MDPH

En 2017, chaque commission, qui se réunit une demi-journée par séance, s'est prononcée sur plus de 300 dossiers.

2.3.3.2 Les commissions restreintes

La CDAPH 35 se réunit dans une formation dite « restreinte enfants » ou « restreinte adulte » dans des conditions prévues au règlement intérieur. Elles se réunissent par demi commissions, ce qui multiplie le nombre d'instances.

Les décisions prises lors de séances restreintes concernent les dossiers pour lesquels la proposition de l'équipe pluridisciplinaire (EP) est en accord avec la demande de la famille. Toutes ces décisions sont ensuite datées de cette date de réunion et notifiées dans la foulée de la réunion par le président de la CDAPH, qui signe les courriers. 65 % des décisions sont prises lors de séances restreintes.

2.3.3.3 L'absence de rapport d'activité

Contrairement à l'article 5 de son règlement et à l'article R. 241-34 du CASF, la CDAPH ne rédige pas de rapport annuel d'activité portant sur son fonctionnement et sur l'exercice de ses missions à l'attention de la COMEX, du préfet, du président du conseil départemental et du conseil départemental consultatif des personnes handicapées. En l'absence d'un tel document, les difficultés de fonctionnement de la CDAPH, d'exercice de ses missions ou des propositions d'évolution ne sont pas formellement portées à la connaissance de la COMEX.

Dans sa réponse aux observations de la chambre, la MDPH propose d'extraire les données figurant dans le rapport d'activité MDPH aux fins d'en réaliser un rapport spécifique à l'activité de la CDAPH

2.3.4 Le respect des usagers et des règles de confidentialité

2.3.4.1 Les documents papiers

A chaque réunion de la commission, de volumineux états papier sont mis à la disposition des participants ; ces *listings*, qui ne sont pas anonymisés, permettent aisément d'avoir accès 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 son identité et son domicile ne sont pas nécessaires. Avec 65 membres (23 titulaires et 42 suppléants), ces éditions papier ne permettent pas d'assurer le respect de la confidentialité des dossiers.

Il convient, à cet égard, 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 si, au cas d'espèce, il s'agit de documents papier.

Ces dispositions sont codifiées sous les articles R. 247-1 et suivants du CASF. L'article R. 247-5 liste « *les destinataires des informations strictement nécessaires à l'exercice de leur mission et dans la limite de leurs attributions les personnels des administrations et organismes intervenant dans la gestion de la prise en charge du handicap mentionnés ci-après, désignés et habilités par l'autorité responsable de ces administrations et organismes* ».

Elle se limite ainsi aux agents du département, aux personnels des administrations, des établissements et des organismes intervenant dans la gestion de la prise en charge du handicap, et les membres des commissions n'y figurent pas.

Recommandation n° 4 : mettre en place l'anonymisation des dossiers soumis à la CDAPH.

Les dispositions du décret précité participent, avec les règles relatives au secret professionnel, à la protection des données personnelles.

2.3.4.2 Les auditions

Les personnes ayant saisi la MDPH pour une demande de compensation peuvent demander à être reçues en audition auprès de l'équipe pluridisciplinaire ou de la CDA. Entre 200 et 300 auditions sont ainsi menées chaque année, chacune durant une demi-heure.

En formation « plénière », cette démarche, qui mobilise l'ensemble de l'instance, ne facilite pas l'expression des demandeurs sur des sujets complexes et émotionnels. Tout en veillant au respect des dispositions de l'article R. 241-30 du CASF qui ouvre la possibilité aux demandeurs d'être entendus par l'ensemble de la commission, la proposition de la chambre visant à conduire les auditions en formation restreinte recueille l'accord de la MDPH.

Une audition conduite par deux ou trois membres de la CDAPH dans une pièce dédiée serait davantage respectueuse des personnes et permettrait accessoirement de limiter la durée des commissions.

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

Au vu des nombreuses données nominatives à caractère sensible 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).

Elle doit également consigner dans un registre interne les traitements qu'elle effectue, sur la base duquel la commission nationale informatique et des libertés (CNIL) opérera le cas échéant ses contrôles. Cette réglementation est entrée en vigueur que le 25 mai 2018.

La direction des systèmes numériques (DSN) du département, maître d'œuvre des mesures *ad hoc* pour l'ensemble des services départementaux, ne les avait pas encore déployées lors du contrôle. Dotée d'un correspondant informatique et libertés, son champ de compétences ne s'étendait cependant pas à la MDPH. Cette dernière assurait en effet la responsabilité de ses traitements propres et procédait elle-même aux déclarations CNIL.

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 la recommandation de la chambre visant à 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, la MDPH a indiqué qu'elle allait s'engager dans cette démarche. Elle précise qu'avec la prochaine publication par la CNSA d'un guide sur le secret professionnel et le secret médical, les professionnels seront sensibilisés à la protection des données personnelles.

2.3.5 Les équipes pluridisciplinaires

Prévue par le code de l'action sociale et des familles, l'équipe pluridisciplinaire 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. 146-27 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* ».

Par exception à l'article 226-13 de ce même code, les membres de l'équipe pluridisciplinaire « *peuvent échanger entre eux tous éléments ou informations à caractère secret [...] qui sont nécessaires à l'évaluation de sa situation individuelle et à l'élaboration du plan personnalisé de compensation du handicap [...]* ».

Les représentants de ces structures ayant accès à des données confidentielles lors des échanges en équipes pluridisciplinaires, il convient 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.

Recommandation n° 6 : établir les listes des personnes autorisées à participer aux équipes pluridisciplinaires, conformément à l'article R. 146-27 du code de l'action sociale et des familles.

La spécialisation des évaluateurs des instances « parcours de scolarisation » et « formation et insertion professionnelle » ne permet pas une répartition optimale de l'activité. Le secteur enfance est en effet soumis à une saisonnalité expliquée par l'affluence à partir du mois de février de demandes de scolarisation ou d'intégration dans des unités d'apprentissage adaptées et liée au rythme scolaire.

La polyvalence des instructeurs et des évaluateurs permettrait de réguler l'activité du secteur enfance, soumise à une forte saisonnalité.

2.4 Les bonnes pratiques

2.4.1 Le processus d'évaluation

Le service en charge de l'évaluation a mis en place des circuits courts qui permettent des évaluations rapides, en général réalisées sur dossier. Le protocole d'évaluation est unique et gradué sur deux niveaux. L'équipe élabore ensuite des propositions qu'elle retrace dans la fiche de synthèse puis elle transmet virtuellement le dossier à la GDD (gestion des droits). Les instructeurs finalisent les plans personnalisés de compensation, puis les envoient aux usagers. Les dossiers sont alors programmés pour un passage en CDAPH plénière ou restreinte.

Le haut conseil de la santé publique (HCSP) identifiait dans son avis du 11 mai 2015 quatre bonnes pratiques s'attachant de près au processus d'évaluation, déjà déployées dans plusieurs MDPH. La MDPH 35 en a mis en œuvre trois¹²:

- pré-évaluation systématique des demandes, ce qui permet d'orienter les dossiers vers des circuits plus ou moins courts ;
- structuration des équipes par dominante de vie au sens de l'avis du HCSP;
- utilisation de la fiche de synthèse, généralisée à l'ensemble des secteurs.

¹² La bonne pratique non mise en œuvre à la MDPH 35 concerne « le renforcement de la pluridisciplinarité et de la polyvalence des équipes ... ».

2.4.2 Les protocoles formalisés

La MDPH a procédé à la formalisation écrite des procédures d'instruction et d'évaluation qu'elle est amenée à suivre. Cette formalisation est essentielle car elle contribue à sécuriser les agents dans leur pratique quotidienne et à harmoniser le travail des équipes.

C'est ainsi que les différentes phases de traitement d'une demande sont retracées dans un schéma structuré unique. Il existe également des protocoles d'instructions écrits et des outils sont mis à la disposition des agents à chaque étape du circuit :

- un guide de procédure, mis à jour en juin 2017, détaille les missions confiées aux agents d'accueil ;
- un document interne (système de galettes) permet aux gestionnaires des droits d'orienter les demandes vers telle ou telle instance ;
- un guide des procédures regroupant une cinquantaine de documents actualisés est à l'usage des instructeurs et des évaluateurs ;
- l'équipe pluridisciplinaire dispose de guides, réalisés par la CNSA, pour procéder à l'évaluation des demandes. Il s'agit de documents techniques ayant pour objet de déterminer les taux d'incapacité et de coter les capacités fonctionnelles des demandeurs. Elle dispose également d'un référentiel de décision de la CDAPH pour les aider à établir leur PPC.

2.4.3 Les outils internes

La CDAPH dispose depuis 2009 d'un cahier de liaison permettant aux membres de la commission d'interroger les services.

Elle alimente également depuis deux ans (avril 2016) un dossier de jurisprudence regroupant des textes récents intéressant la MDPH ainsi que des fiches d'instruction décrivant les positions prises sur des sujets donnés, afin de les partager avec ses membres et les services.

Enfin, la MDPH dispose d'une charte sur le travail éthique et le respect des droits des usagers qui rappelle les principaux textes sur le sujet. A destination de ses personnels, elle pourrait également être systématiquement remise aux intervenants extérieurs.

2.5 Des dispositions pouvant impacter le fonctionnement de la MDPH

2.5.1 Le plan personnalisé de compensation

L'équipe pluridisciplinaire évalue l'incapacité permanente et les besoins de compensation, notamment en fonction du projet de vie, et propose un plan personnalisé de compensation (PPC) du handicap.

Ce plan est transmis à la personne handicapée qui dispose de quinze jours pour faire connaître ses observations. Elle 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 de se faire représenter par la personne de son choix.

En Ile-et-Vilaine, un PPC est établi pour chaque dossier ; dans la mesure où une contestation est possible, le dossier est systématiquement soumis à la commission « plénière ». La MDPH souhaite que l'utilisateur soit informé de ce qui sera exposé et débattu en séance et puisse solliciter une audition ou adresser des observations écrites pour faire valoir son point de vue sur la proposition. Plus de vingt mille PPC ont ainsi été adressés en 2017, et autant de notifications à l'utilisateur, tout en respectant le délai de 15 jours dont dispose ce dernier pour formuler un avis avant son passage en CDAPH¹³.

Le respect des dispositions prévues par le CASF engendre une charge administrative supplémentaire, qui impacte les délais de traitement des dossiers.

La chambre observe que certaines MDPH rendent accessible pour leurs demandeurs, via leur site internet, une information sur l'état d'avancement de leur dossier. Un tel dispositif n'est pas encore mis en œuvre sur le site de la MDPH 35.

2.5.2 Les cartes mobilité inclusion

Les personnes handicapées et les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent obtenir une carte mobilité inclusion (CMI) destinée à faciliter leur vie quotidienne. En fonction de la situation et des besoins de la personne, cette carte peut porter une ou plusieurs des mentions suivantes : « invalidité », « priorité pour personnes handicapées » et « stationnement pour personnes handicapées ».

Chaque mention portée sur la CMI permet au titulaire de la carte de bénéficier d'un certain nombre de droits ou d'avantages :

- priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, priorité dans les files d'attente ;
- utilisation à titre gratuit et sans limitation de la durée de stationnement, toutes les places de stationnement ouvertes au public ;
- divers avantages fiscaux (demi-part dans la déclaration de revenus).

Après instruction de la demande, l'appréciation portée par la CDAPH est transmise au président du conseil départemental, qui délivre la carte au vu de celle-ci.

Fabriquées et directement délivrées par l'imprimerie nationale au domicile de son titulaire, elles sont désormais sécurisées. Si cette procédure induit un gain de temps pour les services, elle représente une dépense nouvelle d'environ 80 000 € par an, l'imprimerie nationale facturant quatre euros la carte, et huit euros son renouvellement.

¹³ En l'absence de définition légale du PPC, l'Ile-et-Vilaine a une vision extensive de ce que doit contenir un PPC pour se prémunir du risque de contentieux.

2.6 D'un traitement de masse à un traitement personnalisé

2.6.1 Des résultats différents concernant les enfants

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

- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Tableau n° 9 : Dépenses AEEH par enfant de – de 20 ans.

<i>Dépenses AEEH par enfant</i>	2014	2015	2016
<i>Côtes-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 par habitant de moins de 20 ans en matière d'AEEH 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° 10 : 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° 11 : 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 des 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 [...]* ».

2.6.2 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 n° 2016-41 du 26 janvier 2016 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.

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.

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.

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 sa nouvelle mission, la MDPH a créé une équipe opérationnelle composée de la cheffe du service évaluation et de référents d'élaboration PAG (deux ETP). Son financement¹⁶ fait l'objet d'une convention conclue pour 24 mois à l'issue de laquelle la couverture financière du poste de référent RAPT est incertaine.

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 du Finistère, 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 d'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* ».

Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne précise dans sa réponse aux observations 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.

¹⁶ Un poste de chargé de mission est financé à hauteur de 110 000 € par l'ARS.

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.

Si le nombre de dossiers traités se calcule aujourd'hui en dizaines, les personnes en situation de handicap ayant vocation à intégrer le dispositif se comptent plutôt, au vu des considérations précédentes, en centaines.

De plus, en Ille-et-Vilaine, « *la MDPH ouvrant des droits en fonction des besoins et non en fonction des places disponibles* », le nombre d'orientations en établissements et services médico-sociaux est de fait bien supérieur au nombre de places existantes.

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.

3 LES MOYENS ET LES OUTILS

Il n'existe pas stricto sensu de président de la MDPH. Il s'agit en effet d'une structure bicéphale avec d'un côté un groupement d'intérêt public (GIP), dont la gestion est assurée par une commission exécutive (COMEX) présidée par le président du conseil départemental, et de l'autre la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), seule instance décisionnaire, en matière d'allocations notamment, avec à sa tête un président élu par ses pairs.

3.1 Une autonomie limitée

3.1.1 Un GIP atypique

Le GIP MDPH 35 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 M52¹⁷ et non à l'instruction M9, qui est celle des GIP de droit commun.

3.1.2 Une dépendance marquée vis-à-vis du département

3.1.2.1 Un budget financé à près de 70 % par le département

En considérant le budget non consolidé, qui s'élève à 1,3 M€, l'Etat apparaît comme le principal financeur de la MDPH. Tel n'est pas le cas en réalité. En complément de sa participation financière, le département fournit en effet de manière gracieuse de nombreux soutiens, non retranscrits dans les comptes financiers.

Le budget consolidé s'élève en fait à 5,5 M€ en 2017, dont 3,7 M€ de charges supportées par le département d'Ille-et-Vilaine et ne figurant pas dans le budget arrêté par la COMEX. Il s'agit des dépenses de loyers et d'entretien des locaux, des impôts et taxes, des charges de carburant et d'entretien du véhicule de service, des frais d'affranchissement et de téléphonie, des acquisitions en investissement, des frais de personnel mis à disposition et de la formation (cf. infra, paragraphe 3.3.3).

3.1.2.2 Un système d'information intégré à celui du conseil départemental

Le système d'information (SI) déployé à la MDPH est intégré à celui du conseil départemental d'Ille-et-Vilaine. Les infrastructures, matériels et logiciels sont ainsi placés sous la responsabilité de la direction des systèmes numériques (DSN) de la collectivité. La MDPH bénéficie de l'expertise de cette direction, des dispositifs de sécurité qu'elle a mis en place, et des outils déployés pour l'ensemble des services, auxquels elle est physiquement intégrée.

¹⁷ Article R. 146-23 du CASF.

L'intégration aux SI du département vaut également pour la gouvernance. Tous les projets dédiés à la MDPH sont ainsi pris en compte dans le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) départemental.

Si les relations entre MDPH et DSN apparaissent fluides et que le dispositif en place satisfait les deux entités, aucun document formalisé ne retranscrit cette situation. Dans le contexte du SI harmonisé (cf. infra) et compte tenu de l'évolution technologique et des organisations, les tâches et les responsabilités respectives de la DSN et de la MDPH mériteraient d'être définies dans un document ad hoc, sous la forme d'une convention par exemple.

Recommandation n° 7 : formaliser le cadre de responsabilités entre la direction des systèmes numériques (DSI) du département et la MDPH pour l'usage de ses outils informatiques.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la MDPH indique qu'elle va se rapprocher de la DSN en vue d'établir un tel document.

3.2 Le système d'information

3.2.1 Des applications non interfacées

La MDPH et le département peuvent être amenés à intervenir auprès des mêmes publics, ce qui peut être une source de complexité en l'absence d'interface entre les différentes applications.

C'est le cas par exemple pour la PCH : attribuée par la CDAPH, elle est payée par le conseil départemental.

Les données nécessaires au traitement de cette prestation sont stockées sur les serveurs du département, dans une base dédiée, à laquelle n'ont pas accès les utilisateurs des autres modules de l'outil métier, hormis les agents du département liquidant les prestations notifiées par la MDPH. Le service du département liquidant ces prestations utilise un autre outil métier (Solis), ce qui nécessite une double saisie des données relatives aux bénéficiaires, déjà renseignées par la MDPH.

Des publics spécifiques sont par ailleurs pris en charge par des services du département tout en étant usagers de la MDPH¹⁸.

¹⁸ 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.

Dans son rapport d'observations définitives de 2017 sur la gestion du conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, la chambre régionale des comptes relevait à ce sujet que « *l'architecture des systèmes d'information des métiers du social repose sur trois progiciels édités par deux sociétés distinctes. Un même éditeur fournit un logiciel pour la gestion de l'ASE actuellement en mode client/serveur en cours de renouvellement et un autre pour la MDPH en version web. Ces deux logiciels correspondent à deux générations différentes et ne permettent pas une communication alors que 50 % des situations critiques examinées au sein de la MDPH viennent de l'ASE.* »

Enfin, 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).

Recommandation n° 8 : signer un protocole partageant de l'information nominative entre la MDPH et le service d'aide sociale à l'enfance.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la MDPH indique qu'elle a pour projet d'élaborer un protocole de coopération avec l'ASE du conseil départemental, qui a pour vocation le partage d'informations nominatives. La chambre relève toutefois que la question du transfert numérique d'informations n'est pas évoquée par le protocole envisagé.

3.2.2 L'évolution du système d'information¹⁹

En raison des difficultés techniques liées aux outils métiers, les données remontées 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) d'harmoniser la saisie des demandes dans les logiciels métier existants, en normalisant la plupart des données au sein du système d'information dit harmonisé. Ce programme, qui bénéficie d'un budget de 19 M€, doit donc permettre d'harmoniser tous ces systèmes d'information grâce à un socle commun de fonctionnalités.

¹⁹<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 débloquer l'idée, pourtant avancée de longue date, d'une harmonisation des systèmes d'information des MDPH.

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, en tout cas à court terme, que ces attentes soient comblées dans la mesure où les évolutions des applicatifs dépend 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 Un budget insincère

La convention de gestion entre la MDPH et le département du 21 décembre 2009 (qui se substitue à celle du 20 octobre 2006) prévoyait à l'article 4.3 « *qu'une réunion de préparation budgétaire des dépenses sera organisée au mois de décembre entre les parties afin de recenser les besoins de la MDPH pour son fonctionnement. Un état annuel (n+1) prévisionnel des dépenses budgétées par le département pour le fonctionnement de la MDPH sera adressé au GIP au plus tard le 31 décembre de l'année en cours. Un état des dépenses réellement supportées par le département sera adressé trimestriellement au GIP-MDPH* ».

Ces dispositions ont été manifestement perdues de vue par les signataires de la convention, seul un état annuel des frais supportés par la MDPH et par le département ayant été transmis lors du contrôle.

Pour répondre aux recommandations de la chambre en la matière, l'ordonnateur prévoit de faire voter ce budget consolidé en COMEX et de l'annexer au bilan d'activité annuel à compter de l'exercice 2018.

Il est enfin à relever que la présentation des documents budgétaires sous forme de simples tableaux s'écarte des dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M52.

3.3.1 La présentation insincère des comptes

Depuis 2014, les dépenses réelles en fonctionnement ne représentent que 36 % à 39 % des prévisions budgétaires.

Malgré ces faibles taux de réalisation, la MDPH a reconduit en 2018 des prévisions budgétaires au même niveau que les années précédentes, soit 3,3 M€. Elle inscrit ainsi dans ses prévisions, sans justification, des dépenses imprévues pour 150 000 € en 2017 et 50 000 € en 2018. L'estimation des besoins n'est donc pas en phase avec la réalité.

Tableau n° 12 : Budgets prévisionnels réalisés en fonctionnement et investissement

budget prévisionnel et réalisé MDPH	2014	2015	2016	2017
Prévisions recettes fonctionnement	2 856 218	3 188 381	3 278 664	3 398 328
Réalisé recettes fonct (y compris FDC)	1 516 907	1 337 116	1 343 770	1 313 033
différence prévision/réalisation	1 339 611	1 851 265	1 934 894	2 085 295
% réalisé	53%	42%	41%	39%
Prévisions dépenses fonctionnement	2 856 218	3 188 381	3 278 664	3 398 328
Réalisé dépenses fonct (y compris FDC)	1 016 062	1 169 623	1 266 707	1 278 611
différence prév/réalisation	1 840 156	2 018 758	2 011 957	2 119 717
% réalisé	36 %	37 %	39 %	38 %
Résultat année N (y compris FDC)	500 845	167 493	77 063	34 422
Prévision recettes investissement	0	0	4 095	1 365
Réalisé recettes investissement	0	0	4 095	682
différence prévision/réalisation	0	0	0	683
Prévision dépenses Investissement	0	0	4 095	1 365
Réalisé en dépenses investissement	0	3 413	0	499
différence prévision/réalisation	0	-3 413	4 095	866
Résultat année N	0	-3 413	4 095	183

Source : compte de gestion (y compris décisions modificatives)

Recommandation n° 9 : présenter les budgets et les comptes administratifs selon le cadre prévu par l'instruction budgétaire et comptable M52, en veillant notamment au respect du principe de sincérité budgétaire.

3.3.2 La situation financière et la trésorerie

Les recettes de fonctionnement correspondent aux dotations et participations de l'Etat, du département d'Ille-et-Vilaine jusqu'en 2015, et d'autres organismes dont la CNSA, le centre communal d'action sociale (CCAS) de Rennes, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'éducation nationale. Elles diminuent globalement de 13 % entre 2014 et 2017, principalement au niveau des dotations du département et de l'Etat.

Tableau n° 13 : Recettes de fonctionnement

Recettes de fonctionnement - MDPH	2014	2015	2016	2017	Evolution
Dotations et participations	1 516 907	1 337 115	1 343 770	1 313 033	-13 %
<i>dont Etat</i>	1 064 898	1 050 450	959 149	959 149	
<i>dont Département</i>	200 000	0	0	0	
<i>autres organismes</i>	252 009	286 666	384 621	353 851	
Produits exceptionnels				33	
Dont 74782 - Fonds départemental des personnes handicapées	316 509	103 473	110 637	89 984	-72 %
747821 - Participations des personnes publiques	246 509	83 473	97 309	77 155	
7478211 - État	39 209	73 262	87 344	71 920	
7478213 - Départements	200 000	0	0	0	
7478218 - Autres groupements publics	7 300	10 211	9 965	5 235	
747822 - Participations des personnes privées	70 000	20 000	13 329	12 829	
7478221 - Organismes d'assurance maladie	50 000	0	0	0	
7478223 - Organismes régis par le code de la mutualité	20 000	20 000	13 329	12 829	
6419 - Remboursements sur rémunération de personnel	0	0	0	0	
TOTAL recettes	1 516 907	1 337 115	1 343 770	1 313 033	-13 %

Source : ANAFI et CA

Les charges courantes progressent de 26 % entre 2014 et 2017. Les services extérieurs en sont la principale composante, les frais de personnel représentant seulement 16 % des charges totales 2017.

Les participations financières concernent :

- la mutualité française d'Ille-et-Vilaine, dans le cadre du remboursement d'un agent mis à disposition,
- l'APASE, dans le cadre d'une mission de conseillère sociale et d'une coordinatrice de l'équipe formation et insertion professionnelle,
- l'association départementale pour l'insertion des personnes handicapées (ADIPH 35), dans le cadre d'une prestation de documentation,
- l'éducation nationale, dans le cadre de mises à dispositions de professionnels chargés de l'évaluation du handicap, de la mise en œuvre du fonds de compensation (FDC) et du temps consacré par un médecin.

Tableau n° 14 : Dépenses de fonctionnement

Dépenses de fonctionnement - MDPH	2014	2015	2016	2017	Evolution
charges à caractère général	132 539	187 921	161 746	301 756	128 %
charges de personnel	318 054	235 430	162 854	205 310	-35 %
<i>dont rémunération du personnel (hors atténuation charges)</i>	197 594	140 875	91 932	133 786	
autres services extérieurs	565 469	746 272	941 424	769 550	36 %
charges courantes	1 016 062	1 169 623	1 266 024	1 276 616	26 %
<i>dont aides à la personne FDC (CG)</i>	<i>89 052</i>	<i>302 414</i>	<i>333 133</i>	<i>352 418</i>	
charges exceptionnelles	0	0	0	1 313	
dotations aux amortissements	0	0	683	682	
TOTAL Dépenses	1 016 062	1 169 623	1 266 707	1 278 611	26 %
résultat annuel (avec FDC)	500 845	167 492	77 063	34 422	
résultat annuel hors FDC	273 388	318 741	147 110	142 989	

Source : ANAFI et CA + maquette CNSA

Le résultat annuel de fonctionnement est positif sur toute la période. Il se contracte cependant de 93 % en quatre ans, passant de 500 845 € en 2014 à 34 605 € en 2017. Le résultat de clôture cumulé demeure quant à lui élevé, évoluant de 1,8 M€ en 2014 à 2,1 M€ en 2017, soit une hausse de 15 %.

Tableau n° 15 : Résultats de fonctionnement et de clôture

MDPH	2014	2015	2016	2017
recettes de fonctionnement	1 516 907	1 337 116	1 343 770	1 313 033
dépenses de fonctionnement	1 016 062	1 169 623	1 266 707	1 278 611
résultat fonctionnement de l'année	500 845	167 493	77 063	34 422
résultat N-1 cumulé (invest + fonct)	1 301 611	1 802 456	1 966 536	2 044 282
résultat d'investissement de l'année	0	-3 413	4 095	183
résultat net de l'année	500 845	164 080	81 158	34 605
part affectée à l'investissement			3 413	0
résultat de clôture cumulé	1 802 456	1 966 536	2 044 281	2 078 887

Source : ANAFI et comptes de gestion

Au 31 décembre 2017, la trésorerie active représente 573 jours de charges courantes, soit l'équivalent d'un an et demi de dépenses de fonctionnement, principalement en raison d'un report à nouveau de plus de deux millions d'euros.

La MDPH dispose donc de liquidités mobilisables à court terme pour des dépenses nouvelles sans avoir recours à un éventuel financement externe.

Tableau n° 16 : Trésorerie

<i>au 31 décembre en €</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
Trésorerie nette (c/515)	1 584 904	1 913 218	1 978 517	2 005 024

Source : ANAFI

Cette croissance, constante ces dernières années, traduit l'absence de gestion active de la trésorerie. Par ailleurs un tel excédent serait légitime s'il était destiné à financer des dépenses d'équipement, ce qui n'est pas le cas.

Recommandation n° 10 : en l'absence de projet d'investissement, adapter le montant des participations des financeurs aux besoins réels de la MDPH.

En réponse à la recommandation visant à adapter le montant des participations des financeurs aux besoins réels, la MDPH indique que la somme versée par le Département sera réajustée et le GIP ne conservera qu'un fond de roulement à hauteur de ses besoins. Un avenant à la convention de gestion initiale viendra formaliser cet engagement.

3.3.3 Les charges supportées par les tiers et non inscrites au budget

Avec un budget consolidé de 5,5 M€ en 2017, le département d'Ille-et-Vilaine supporte 3,7 M€ de charges qui n'apparaissent pas dans le budget arrêté par la COMEX. Il s'agit des dépenses de loyers et d'entretien des locaux, des impôts et taxes, des charges de carburant et d'entretien du véhicule de service de la MDPH, des frais d'affranchissement et de téléphonie, des acquisitions en investissement, des frais de personnels mis à disposition et de la formation.

L'Etat finance en sus, pour sa part, 0,5 M€ correspondant aux personnels mis à disposition et non refacturés.

Tableau n° 17 : Charges n'apparaissant pas au budget

<i>Intitulé</i>	<i>Tiers financeurs</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
Charges à caractère général (loyer, électricité, affranchissement, assurances, frais de déplacement, publications)	Département	537 036	450 932	361 850	325 207
Mise à disposition de personnels	Département	2 646 911	2 464 629	3 108 172	3 202 043
Charges de gestion courante (participations CLIC, APASE, aides individuelles)	Département	260 000	201 000	0	140 000
MAD personnel Etat non refacturées	DIRECCTE, DDCSPP et EN	561 216	538 915	513 156	522 673
Total fonctionnement		4 005 163	3 655 476	3 983 178	4 189 923
Investissement	Département	19 680	64 413	72 568	23 740
Total fonctionnement + investissement	Tous	4 024 843	3 719 889	4 055 746	4 213 663

Source : MDPH et maquette CNSA

Pour l'essentiel, cette particularité résulte de la prise en charge, par le département et l'Etat, des frais de personnel mis à disposition sans remboursement.

Recommandation n° 11 : annexer aux documents budgétaires les financements et charges supportés par les tiers et les mentionner dans le rapport d'activité.

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 ETP apparaît ainsi relativement homogène entre les quatre MDPH : de 672 dossiers par agent en Ile-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° 18 : Indicateurs moyens/Activité

<i>Moyenne trois dernières années (2015 à 2017)</i>	MDPH 29	MDPH 35	MDPH 22	MDA 56
Nombre de demandes déposées (moy. /3 ans)	60 536	66 202	34 429	46 278
Nombre de décisions et avis pris (moy. /3 ans)	60 537	65 895	35 295	47 874
<i>Budget consolidé²⁰ (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.

3.4 Un second guichet : le fonds départemental de compensation

Lorsqu'un usager obtient une décision favorable de la CDAPH pour une demande de PCH, il a la possibilité, pour faire face à des frais de compensation restant à sa charge, de solliciter une aide complémentaire auprès du fonds départemental de compensation du handicap (FDC). Il s'agit de prestations extra légales.

Précurseur de ce fonds, le dispositif pour la vie autonome (DVA) instauré dans les années 2000 contribuait au financement d'aides techniques et d'aménagements à domicile pour les personnes en situation de handicap. Avec la loi du 11 février 2005, la MDPH a repris les missions exercées par le DVA.

Ce fonds est alimenté par les contributeurs signataires d'une convention du 21 février 2007 (Etat, Département, CPAM, CCAS et MSA). Un rôle particulier a été reconnu à la mutualité française d'Ille-et-Vilaine (MFIV), qui sous-traite la gestion du fonds. Choisie comme « caisse pivot » dans l'organisation de ce dispositif particulier, c'est elle qui procède au paiement des aides individuelles. Chaque année, entre 200 et 250 dossiers bénéficient ainsi du fonds, pour un montant unitaire moyen d'environ 1300 €.

Les comptes du FDC ne sont que partiellement retracés dans le budget de la MDPH. Pour avoir connaissance des dépenses effectuées, de leur nature et du solde du compte, il faut en effet se reporter aux données de la mutualité française, gestionnaire du fonds.

La subvention (300 000 € en 2017) versée à la MFIV permet de couvrir largement les dépenses payées au titre des aides individuelles du FDC. Si cela n'a pas toujours été le cas, comme de 2014 à 2016, le solde cumulé du FDC reste cependant largement excédentaire sur toute la période.

²⁰ Budget retraité de dépenses prises en charge gracieusement par le département et ne figurant donc pas dans les comptes de la MDPH.

Tableau n° 19 : Le solde du fonds au 31 décembre

2014	2015	2016	2017
1 025 064 €	878 537 €	689 175 €	478 558 €

Source : RA FDC

Eu égard au volume d'activité (200-250 décisions par an) de ce fonds rapporté à l'activité de la MDPH (plus de 60 000 avis ou décisions), la particularité de cette organisation et sa lourdeur ne se justifient pas.

En reprenant les anciennes modalités de gestion du dispositif pour la vie autonome instauré dans les années 2000 et en confiant le versement des aides individuelles à la mutualité d'Ille-et-Vilaine, qui n'a pas la qualité de comptable public, les dispositions de l'article L.146-5 du CASF prévoyant que chaque maison départementale des personnes handicapées gère un fonds départemental, ne sont pas respectées et les gestionnaires de ce dispositif s'exposent à un risque juridique majeur.

Recommandation n° 12 : intégrer sans délai la gestion du fonds départemental de compensation du handicap au budget de la MDPH.

Depuis de nombreuses années, le solde du fonds de compensation abondait la trésorerie du gestionnaire. Il a été mis fin à cette pratique à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine.

3.5 Les ressources humaines

Issus des CDES-COTOREP et appartenant en 2006 à la fonction publique d'Etat, les personnels de la MDPH sont essentiellement, douze ans après, des agents départementaux.

3.5.1 Evolution des effectifs

Au 31 décembre 2017, la MDPH d'Ille-et-Vilaine comptait 88,13 ETP.

Tableau n° 20 : Evolution des effectifs ETP selon l'origine administrative

<i>ETP MDPH</i>	2006	2014	2015	2016	2017
<i>Département</i>	9	60,9	66,1	68,7	73,53
<i>GIP</i>	0	4,53	4,13	2,53	2,6
<i>Education nationale*</i>	4,9	5	5	5	5
<i>DDCSPP</i>	13,68	4	4	3	2,5
<i>DIRECCTE</i>	7,41	0,8	0,8	0,8	0,5
<i>MFIV</i>	0	1,8	1	0,8	0,8
<i>Associations</i>	3,4	5,8	4,4	4,8	3,2
Total	38,39	82,83	85,43	85,63	88,13

Source : MDPH

Depuis 2006 les effectifs ont plus que doublé ; les agents du département qui représentaient alors un peu plus de 20 % des effectifs totaux sont aujourd'hui à 83 %.

Les effectifs des services de l'Etat (DIRECCTE, DDCSPP et EN) ont été maintenus selon deux modalités de gestion :

- les mises à disposition telles que mentionnées dans le tableau ;
- le versement d'une compensation financière pour les agents ayant quitté leur poste sans avoir été remplacés.

3.5.2 Externalisation de missions

Pour disposer d'une vision complète des effectifs, il convient de prendre en compte les marchés que la MDPH a conclu d'une part avec l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) « les Ateliers du Halage » pour la numérisation du flux quotidien de courrier, et d'autre part avec l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) pour la réalisation de prestations individuelles d'évaluation de l'employabilité de personnes handicapées.

Les dépenses 2017 pour ces deux marchés se sont élevées à 193 765 €. Par ailleurs, la MDPH a conventionné avec les douze CLICs brétilliens pour démultiplier les lieux d'accueil, prestation rémunérée à hauteur de 178 401 €.

A partir d'un coût estimé à 37 116 € pour un ETP, la prise en compte de ces diverses prestations représentent l'équivalent de 10,1 ETP. Les effectifs retraités de la MDPH s'élèvent ainsi à 98 ETP.

3.5.3 Gestion du personnel

- Fiches de postes et évaluation des agents

Le contenu des fiches de poste examinées est homogène. Elles définissent de manière détaillée les missions et activités de chacun et les compétences requises pour le poste. Les évaluations des agents de la MDPH sont faites à partir des fiches modèles transmises par les administrations d'origine.

- Formation

La MDPH recense les besoins de ses agents sous forme de tableaux, dans le cadre du plan pluriannuel de formation.

En 2017, s'agissant des formations proposées par le département, le nombre de jours de formation par ETP s'élevait à 1,68. Seuls neuf jours de formations proposées par des organismes autres que le département ont été suivis par des agents de la MDPH.

En l'absence de formation ciblée, la MDPH pourrait mutualiser des actions de formations avec les autres MDPH de la région Bretagne en utilisant les savoir-faire existants pour proposer des formations adéquates répondant aux exigences de plus en plus fortes liées aux technicités croissantes.

- Bilan social

La MDPH n'établit pas de bilan social et n'a aucune obligation en la matière. Elle dispose toutefois d'un tableau de suivi des effectifs par employeur et d'un tableau de suivi de l'absentéisme.

Recommandation n° 13 : établir, à destination de la COMEX, un document reprenant différentes données portant sur les effectifs, l'absentéisme et les formations.

Sollicitée sur ce point, la MDPH présentera à la COMEX de juin un document reprenant différentes données portant sur les effectifs, l'absentéisme et les formations.

- Dialogue social

En l'absence d'obligations réglementaires, la MDPH est rattaché au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ainsi qu'au comité technique (CT) du département, la majorité de ses agents étant mis à disposition par cette collectivité.

Afin d'ouvrir un espace de dialogue au sein de l'institution, la MDPH organise en cours d'année une assemblée générale du personnel une fois par an ainsi qu'une réunion mensuelle des référents techniques et des référents équipes.

- Temps de travail

La MDPH dispose d'un règlement intérieur datant du 30 mars 2011 visant à harmoniser les conditions de travail et les droits de l'ensemble des personnels. Il porte sur le temps de travail, les congés, les journées de récupération ARTT. Ce règlement intérieur n'est pas applicable aux référents à l'insertion scolaire, qui conservent leur propre régime de congés.

La durée annuelle du temps de travail au sein de la MDPH est de 1 543 heures sur une base de 39 heures hebdomadaires, ce qui est inférieur à la durée annuelle légale plancher de 1 607 heures. Elle sera harmonisée sur celle du département, son règlement intérieur concernant aussi les agents de la MDPH. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la MDPH indique qu'« *une délibération en ce sens sera soumise à la COMEX d'ici juin 2019* ».

3.5.4 Les personnels de l'Etat

Aucune convention de mise à disposition des personnels de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), de la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) et de l'éducation nationale n'a été signée avec la MDPH. A ce jour, les personnels mis à disposition ne font l'objet d'aucun remboursement.

L'article L. 146-4-1 du CASF issu de l'article 2-II de la loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011, spécifique aux MDPH, dispose a contrario que « *le personnel de la MDPH comprend des personnels mis à disposition par les parties à la convention constitutive, dont des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat. Leur mise à disposition est prononcée pour une durée maximale de 5 ans, renouvelable par période ne pouvant excéder cette durée. Elle donne lieu à remboursement, selon les modalités prévues à l'article L. 146-4-2 et dans des conditions précisées par décret.* »

En l'absence de décret d'application, ces dispositions restent inappliquées.

Annexe : 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>