



Rapport d'observations définitives

MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES DE SEINE-MARITIME

(Seine-Maritime)

Exercices 2012 à 2016

Observations délibérées le 5 juin 2018

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	1
I - RAPPEL DE LA PROCÉDURE.....	3
II - LE CONTEXTE	4
III - L'ORGANISATION.....	8
A - La création du groupement d'intérêt public	8
B - Les statuts et les instances.....	9
C - Le pilotage stratégique de la MDPH-76	14
IV - L'EXERCICE DES MISSIONS	17
A - Une MDPH confrontée à une très forte hausse de son activité.....	17
B - Une organisation administrative héritée du passé	17
C - Le dispositif d'accueil et d'information.....	18
D - L'instruction des demandes.....	21
E - Le plan de compensation du handicap	25
F - Les décisions prises par la CDAPH.....	26
G - Le contentieux des décisions	32
H - La mise en œuvre effective des décisions prises.....	33
I - Les décisions du fonds départemental de compensation du handicap.....	34
V - LES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS DE LA MDPH-76.....	36
A - Les moyens humains	36
B - Les finances.....	43
Glossaire.....	47
Liste des annexes.....	48

SYNTHÈSE

La maison départementale des personnes handicapées de Seine-Maritime (MDPH-76) a été créée sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) par l'État, le département de la Seine-Maritime, les caisses primaires d'assurance maladie du département et de la région et les caisses d'allocations familiales du département.

L'organisation

Opérationnelle dès janvier 2006, la MDPH-76 a commencé à fonctionner avant même l'échéance du 31 janvier 2006 fixée par la loi.

La convention constitutive du GIP aurait dû être modifiée en 2011 pour tenir compte de la loi du 28 juillet 2011, du retrait de la CARSAT et de la fusion des CAF du département. L'actualisation de la convention est intervenue en juillet 2017, soit avec près de six années de retard. Ce retard est d'autant plus préjudiciable que les nouvelles dispositions contractuelles ont été mises en œuvre par anticipation, fragilisant ainsi les décisions prises par la commission exécutive de la MDPH.

Entre-temps, la convention constitutive a été modifiée par des conventions bilatérales permettant d'ajuster les moyens de fonctionnement du GIP mais conclues en méconnaissance des règles qui prévoient que toute modification apportée à la convention doit recevoir l'accord de tous les partenaires.

Le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est également critiquable. Celle-ci se réunit en formation restreinte en méconnaissance des dispositions du code de l'action sociale et des familles. De même, les demandeurs ne sont pas informés de la date de passage de leur dossier devant la CDAPH et de la possibilité d'y défendre leur cause.

Le cadre stratégique de la MDPH-76 est principalement fixé par la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens conclue par le département avec la caisse nationale de solidarité active (CNSA). C'est dans ce cadre que la MDPH-76 a lancé un important projet de dématérialisation de ses procédures et s'est portée volontaire pour expérimenter un nouveau système d'information.

L'exercice des missions

Comme toutes les MDPH, le GIP est confronté à une augmentation continue des sollicitations.

L'accueil est globalement bien organisé mais ne permet pas de recevoir et renseigner tous les usagers. Ainsi, 75 % des appels téléphoniques restent sans réponse.

La procédure d'instruction des demandes prévoit l'intervention systématique d'une équipe pluridisciplinaire et une prise de décision par la CDAPH. Depuis le début de l'année 2017, les dossiers sont examinés par une équipe pluridisciplinaire de première lecture. Ceux dont la complexité demande un examen plus détaillé sont soumis à une seconde équipe renforcée.

Même s'il est encore trop tôt pour juger de l'efficacité de cette réforme, son succès dépendra des moyens mobilisés par l'équipe de première lecture. Sur les six derniers mois de fonctionnement, un stock de dossiers en attente semble se constituer. Tout indique donc que les capacités de traitement de l'équipe de première lecture devront être rapidement renforcées.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de salariés de la MDPH-76 mais également de membres extérieurs qui peuvent avoir eu connaissance de situations individuelles qui sont soumises à son examen. Aucune règle de déport n'a été instituée malgré les risques de conflit d'intérêt en ce domaine.

En principe, un plan de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec le demandeur. Pour réduire les délais d'instruction, la MDPH-76 ne rédige un plan de compensation que si le demandeur a sollicité la prestation de compensation du handicap. De même, le dialogue avec le demandeur, notamment avec les enfants, est parfois incomplet.

La CDAPH, chargée de valider les décisions proposées par l'équipe pluridisciplinaire, statue sur un grand nombre de dossiers mais n'examine que quelques cas choisis par l'équipe. La CDAPH dispose également d'un droit d'évocation qu'elle utilise très peu. Pour toutes ces raisons, le mode de travail de la CDAPH, s'il lui permet de résorber le stock des dossiers, s'apparente à une chambre d'enregistrement.

En 2016, la moitié des demandes ont été traitées au-delà du délai de quatre mois prévu par la loi. Les décisions sont ensuite notifiées aux demandeurs, aux organismes payeurs et/ou aux établissements d'accueil dans les deux semaines qui suivent la réunion de la CDAPH, délai qui vient s'ajouter au délai de traitement.

Le taux d'accord des décisions prises est un peu en décalage avec ceux constatés au niveau national. Le quart des demandes donnent lieu à une décision de refus, ce qui devrait inciter la MDPH à réévaluer son dispositif d'information et d'accueil, notamment pour les dossiers les plus générateurs de rejets et les plus chronophages.

Enfin, la MDPH doit apporter à la personne en situation de handicap et à sa famille l'aide nécessaire à la mise en œuvre de la décision la concernant. Cette mission est aujourd'hui en partie délaissée, faute de moyens, même si la MDPH a mis en place une commission des situations critiques et s'est engagée dans l'expérimentation du plan d'accompagnement global, nouveau dispositif prévu par la loi.

Les moyens humaines et financiers

L'effectif de la MDPH est constitué de salariés et d'agents mis à sa disposition par le département et par l'État.

Depuis 2012, l'effectif total a augmenté de 22,6 %. Rapporté au nombre de demandes déposées, l'effectif est passé de 1,1 équivalent temps plein pour 1 000 dossiers à 1,3 ETP. La hausse a donc permis d'amortir légèrement la charge de travail due à la hausse du nombre de demandes.

Les engagements contractuels pris par les partenaires ne sont pas totalement respectés puisqu'en 2016 le département était redevable de 1,7 ETP et l'État de 9,7 ETP. Les postes vacants normalement occupés par les agents de l'État sont financièrement compensés mais dans des conditions qui ont été imposées à la MDPH et qui ne couvrent qu'une partie des absences.

Le temps de travail des agents n'est pas homogène puisque les agents de l'État continuent à bénéficier du régime de leur administration d'origine, ce qui est contraire au code de l'action sociale et des familles, qui prévoit que le personnel de la MDPH est placé sous l'autorité du directeur et soumis à ses règles d'organisation et de fonctionnement.

Au surplus, le régime de travail des différentes catégories de personnel ne respecte pas la durée légale de travail fixée à 1 607 heures par an.

La chambre estime donc que la MDPH devrait unifier les règles du temps de travail, des congés et de l'évaluation de l'ensemble des agents y travaillant.

L'équilibre de la section de fonctionnement paraît fragile et devrait conduire la MDPH à s'interroger sur la pérennité de son organisation et de son financement.

OBLIGATIONS DE FAIRE

1. Transmettre le plan de scolarisation à la famille du demandeur ;
2. informer les demandeurs du passage de leur dossier en CDAPH ;
3. revoir l'articulation des commissions plénières et restreintes de la CDAPH ;
4. inviter les bénéficiaires de la PCH, six mois avant la fin de leurs droits, à adresser à la MDPH une demande de renouvellement ;
5. renouveler les conventions de mise à disposition des agents de l'État ;
6. mettre en place les instances paritaires ;
7. respecter la durée légale du travail ;
8. établir un bilan social ;
9. uniformiser les règles de gestion des ressources humaines.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. Actualiser la convention constitutive du GIP MDPH-76 ;
2. conclure une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens ;
3. instituer une règle de déport pour les membres externes de l'équipe pluridisciplinaire ;
4. mettre à jour le règlement intérieur de la CDAPH sur le rythme de réunions ;
5. proposer aux financeurs du FDCH la mise en cohérence de la convention constitutive et du règlement intérieur ;
6. exploiter les données de l'absentéisme ;
7. adopter un plan de formation.

I - RAPPEL DE LA PROCÉDURE

La chambre a inscrit à son programme le contrôle de la gestion de la maison départementale des personnes handicapées de Seine-Maritime pour les années 2012 à 2016. Par lettre en date du 16 novembre 2016, le président de la chambre a informé de l'ouverture de ce contrôle M. Pascal Martin, président du conseil départemental de Seine-Maritime depuis avril 2015 et président de droit de la MDPH, M. Nicolas Rouly, président de janvier 2014 à avril 2015 et M. Didier Marie, président jusqu'en janvier 2014.

L'entretien de fin de contrôle, prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, a eu lieu le 2 octobre 2017 entre M. Martin et le rapporteur, le 2 octobre 2017 entre M. Rouly et le rapporteur, et le 20 octobre 2017 entre M. Marie et le rapporteur.

Lors de sa séance du 7 novembre 2017, la chambre a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Martin, à M. Rouly et à M. Marie. M. Martin y a répondu par un courrier enregistré le 21 mars 2018.

Après avoir entendu le rapporteur, la chambre a arrêté, le 5 juin 2018, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué à M. Martin, M. Rouly et M. Marie. Ce rapport, auquel est joint la réponse du président du conseil départemental de Seine-Maritime, qui engage sa seule responsabilité, devra être communiqué à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera communicable dans les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.

II - LE CONTEXTE

1 - L'évolution de la notion de handicap : d'une vision médicale à une approche inclusive

La définition et les modalités d'évaluation du handicap ont fortement évolué au cours des années¹.

La première loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, adoptée le 30 juin 1975, associait la notion de handicap à celle d'invalidité. Les déficiences étaient exprimées à partir de la classification internationale des maladies et traduites en pourcentage d'invalidité.

À la suite des travaux de l'organisation mondiale de la santé, qui ont notamment introduit les objectifs de prise en charge et substitué à la notion d'incapacité celle de restriction d'activité, et à celle de désavantage celle de restriction de la participation sociale, la loi du 11 février 2005 a défini le handicap comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*². »

Ainsi, l'objectif n'est plus seulement de compenser une invalidité mais plus largement de construire une société plus ouverte aux personnes en situation de handicap, de concevoir des réponses et des prises en charge adaptées à leur situation individuelle et de simplifier leur vie quotidienne³.

La loi met également en cause la séparation, autrefois étanche, entre le handicap et la vieillesse. Ainsi, une personne en situation de handicap a droit à une compensation en principe jusqu'à 60 ans. Mais si son handicap lui permettait d'en bénéficier avant cet âge, elle peut continuer à en bénéficier jusqu'à 75 ans. Enfin, la possibilité, prévue par la loi du 28 décembre 2015⁴, de transformer les MDPH en maisons de l'autonomie chargées de gérer la dépendance liée à l'âge et au handicap vient, avec un décalage de quelques années, consacrer cette porosité entre les deux états.

¹ Source : Haut conseil pour la santé publique, avis du 11 mai 2015.

² CASF, article L. 114.

³ CASF, article L. 114-1-1

⁴ CASF, article L. 149-4.

2 - Le cadre juridique d'intervention des MDPH est désormais stabilisé

Les MDPH ont été instituées par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le cadre juridique mis en place en 2005 a été amendé par une loi du 28 juillet 2011, qui a modifié les conditions de fonctionnement des MDPH, les conditions de gestion des personnels, les compétences territoriales, le fonctionnement de la CDAPH, les échanges d'informations protégées par le secret médical, le contentieux des décisions, et enfin, l'emploi des personnes en situation de handicap. Depuis, le cadre d'intervention des MDPH n'a pas été remis en cause, même si plusieurs lois récentes (28 décembre 2015, 26 janvier 2016, 7 octobre 2016) sont intervenues dans le champ du handicap.

Le cadre juridique applicable aux MDPH, tel que prévu par la loi du 11 février 2005 et la loi du 28 juillet 2011, est celui du groupement d'intérêt public (GIP) dont le régime déroge au statut de droit commun des GIP institué par la loi du 17 mai 2011. Les MDPH bénéficient donc d'un statut qui leur est propre même si le statut de droit commun leur est applicable à titre subsidiaire.

Guichet unique à la disposition des personnes en situation de handicap, les MDPH sont investies de plusieurs missions. Outre la sensibilisation de tous les citoyens au handicap, elles sont chargées d'accueillir, d'informer, d'accompagner et de conseiller les personnes en situation de handicap et leur famille. À cette fin, elles doivent leur apporter, après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap, l'aide nécessaire à la formulation de leur projet et à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ainsi que l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir.

Les MDPH contribuent aux politiques nationales de santé et de solidarité définies par l'État et mises en œuvre, notamment, par la caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA). La CNSA est notamment chargée d'une mission d'information, d'expertise et d'animation du réseau des MDPH, et ainsi de veiller à garantir la qualité du service rendu par ces dernières ainsi que l'égalité de traitement entre les territoires et les handicaps. Au fil du temps, la CNSA est devenue la véritable tutelle des MDPH.

3 - Le cadre stratégique de l'exercice des missions de la MDPH-76

L'action de la MDPH-76 s'inscrit dans un cadre stratégique national et local constitué de différentes sources :

- les orientations de l'État, décidées en comité interministériel du handicap et déclinées par la CNSA via les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) conclues avec les départements. Le comité interministériel du 20 septembre 2017 a notamment annoncé la généralisation du plan global d'accompagnement en 2018 ;
- le schéma départemental de l'autonomie : il porte sur la période 2013 – 2017 et compte 28 actions dont 80 % impliquent la MDPH ; arrivé à échéance, il est en cours de révision ;
- le projet régional de santé et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, actualisé après la fusion des deux régions normandes ; il comporte notamment un plan de prévention permettant d'éviter les départs non souhaités vers des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) wallons et le retour des personnes qui le souhaitent.

4 - Le handicap en Seine-Maritime

La connaissance détaillée des besoins⁵ est un préalable indispensable à la définition d'orientations régionales et départementales et à la mise en œuvre d'une politique efficace. Mais elle n'est pas suffisante pour essayer de comprendre les tendances et d'anticiper les besoins.

Dans ce domaine, les acteurs font face à une pénurie de données. La MDPH-76 est aujourd'hui en difficulté pour identifier les déterminants locaux qui expliqueraient les fluctuations annuelles, la part relative des demandes des mineurs et des adultes, etc.

Sur ce point, les associations rencontrées en marge du contrôle⁶, sont également en manque de données mais estiment que le non-recours aux droits est très important et mériterait d'être mieux évalué.

a - La part des personnes en situation de handicap est proche de la moyenne nationale

Selon la MDPH-76, le département comptait 89 330 personnes en situation de handicap ayant un droit ouvert en 2015, soit 71 pour 1 000 habitants.

Au regard du nombre de bénéficiaires des deux principales allocations réservées aux personnes en situation de handicap, le département de la Seine-Maritime se trouve dans une position contrastée puisqu'il compte un plus grand nombre de bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) mais un moins grand nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Tableau n° 1 : les bénéficiaires de l'AAH et de la PCH

		Seine-Maritime		Calvados	France
Allocation adulte handicapé ► en unité et pour 1000 personnes âgées de 20 à 64 ans	2011	20 602	28	23	24
	2015	24 280	32	26	27
Prestation de compensation du handicap (et allocation pour tierce personne) ► en unité et en ‰ habitants	2011	5 052	4,0	2,9	3,4
	2015	5 210	4,1	4,0	4,8

Source : STATISS

Le nombre d'allocataires de l'AAH semble indiquer que les personnes handicapées du département disposent de revenus plus faibles qu'ailleurs, ce qui paraît cohérent avec le revenu médian du département qui ressort à 19 978 € contre 20 369 € pour la France métropolitaine.

En revanche, s'agissant de la PCH, les écarts apparaissent peu significatifs. De même, le taux de PCH cumulé au nombre de personnes prises en charge dans un service ou établissement ne modifie pas l'analyse. Le département comptant 3 645 places pour enfants et adolescents et 7 226 places pour adultes, le taux de prise en charge en Seine-Maritime ressort à 12,86⁷ pour 1 000 habitants contre 12,36 pour la France métropolitaine. Pris isolément, le taux d'équipement du département en ESSMS⁸ situe le département près de la moyenne nationale.

⁵ nombre de personnes en situation de handicap, y compris celles qui ne sollicitent pas les dispositifs sociaux ou médicosociaux, à l'instant t et nombre de personnes susceptibles de le faire à moyen et long terme.

⁶ APAJ-76, UNAFAM-76 et APF-76.

⁷ 16.081 / 1.250

⁸ Cf. : annexe 1.

En tout état de cause, la comparaison du taux d'équipement d'un département à un autre doit s'opérer avec prudence. D'une part, les personnes en situation de handicap peuvent être accueillies dans un autre département (ou à l'étranger⁹) et inversement, un ESSMS de la Seine-Maritime peut accueillir des personnes d'un autre département orientées par une autre MDPH. Néanmoins, plus le taux d'équipement du département est élevé, plus facile sera la prise en charge des personnes à proximité de leur bassin habituel de vie. D'autre part, le département et la MDPH ont peu de moyens pour susciter l'ouverture de places, d'abord parce que l'ouverture d'un ESSMS est conditionnée à son financement, et ensuite parce qu'ils sont très majoritairement financés par l'assurance maladie. Leur ouverture est ensuite conditionnée à une initiative qui est le plus souvent de nature privée, les ESSMS publics étant nettement moins nombreux.

Plus que le taux d'équipement, le délai d'entrée en ESSMS est un indicateur éclairant sur l'adéquation de l'offre d'accueil. Mais sur ce point, aucune donnée globale n'est disponible. Au surplus, ces délais sont très variables d'une catégorie d'ESSMS à une autre et d'un établissement à un autre, et peuvent résulter d'une politique plus ou moins sélective de la part des établissements d'accueil. Interrogé sur ce point, un ESSMS a indiqué que le délai d'attente est de 1 à 3 ans pour une place en ESAT ou en IME, mais qu'il atteint 20 ans pour une place en maison ou foyer d'accueil spécialisé.

Au total, ces différents éléments ne permettent pas de poser un diagnostic sûr. Cette insuffisance de données sur le handicap est admise tant par l'État (agence régionale de santé) que par le département, qui ont, en conséquence, décidé de créer un observatoire régional du handicap.

b - La création de l'observatoire régional du handicap (ORH) permettra de mieux cerner les besoins locaux

L'observatoire regroupe l'agence régionale de santé (ARS) de Normandie, les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime et leurs deux MDPH. Il devrait accueillir prochainement les trois autres départements normands. Il n'a véritablement entamé ses travaux qu'à partir de la fin 2015, travaux qui ont porté sur les personnes en situation de handicap vieillissantes, sur les jeunes relevant de l'amendement Creton¹⁰ et enfin sur l'insertion professionnelle des jeunes handicapés.

Les promoteurs de l'ORH ne cherchent pas à construire un tableau de bord régional du handicap, même si l'utilité d'un outil de pilotage n'est pas contestée. Ils estiment que les nombreux chantiers lancés par la CNSA devraient répondre à ce besoin et notamment celui de la construction d'un socle commun aux systèmes d'information des MDPH.

En réalité, le système d'information de la CNSA a vocation à venir puiser les informations disponibles dans le système d'information des MDPH. Or celui-ci n'enregistre que les personnes ayant adressé une demande à la MDPH. De plus, une fois l'orientation prononcée, le parcours de la personne handicapée échappe à la MDPH tant qu'elle ne la sollicite pas (pour un renouvellement des droits, pour une actualisation du projet de vie...). Ainsi, le système d'information de la MDPH-76 garde en mémoire cette orientation et n'enregistre son accueil dans un ESSMS que si l'établissement le lui signale. Dans ces conditions, le système d'information de la CNSA risque d'être très incomplet.

La loi du 26 janvier 2016 dite « *de modernisation de notre système de santé* » rénove le contenu du projet régional de santé qui doit désormais reposer sur un diagnostic partagé de territoire identifiant à une échelle infra régionale les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ce diagnostic devrait permettre, à l'avenir, de mieux cerner les besoins et de les anticiper.

⁹ Les départs vers la Belgique sont estimés à 1 520 enfants et 14 500 adultes (source : instruction DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016).

¹⁰ jeunes devenus majeurs mais maintenus dans leur ESSMS d'accueil (IME par exemple), le temps de trouver une sortie adaptée (ESAT ou FAM ou emploi en milieu ouvert).

L'observatoire régional du handicap pourra être mis à contribution. Pour l'instant, son activité paraît très limitée.

III - L'ORGANISATION

A - La création du groupement d'intérêt public

1 - La MDPH-76 a été opérationnelle dès 2006

Les MDPH sont des groupements d'intérêt public (GIP) qui associent divers acteurs intervenant dans le domaine du handicap. Elles ont repris les attributions des institutions chargées de reconnaître leurs droits aux personnes en situation de handicap : COTOREP¹¹, CDES¹², SVA¹³.

La loi avait fixé comme échéance le 31 janvier 2006 pour constituer le GIP, et au-delà de cette date, en avait confié la création au préfet. Les promoteurs de la MDPH-76 ont dû, pour respecter l'échéance fixée par la loi, jeter les bases du GIP avant la parution des décrets d'application¹⁴.

La convention constitutive de la MDPH a été conclue en décembre 2005, soit avant le terme légal. Les instances prévues par la convention se sont mises en place courant 2006. Ainsi, la commission exécutive s'est réunie pour la première fois le 5 janvier 2006.

La directrice de la MDPH était précédemment la directrice de l'autonomie du département de la Seine-Maritime. Elle a donc participé à la phase préparatoire. Elle occupe, encore aujourd'hui, les mêmes fonctions.

2 - La MDPH-76 est très intégrée aux services du département de la Seine-Maritime

Les MDPH sont placées sous la tutelle administrative et financière du département¹⁵. Mais les relations établies entre le département et le GIP peuvent varier d'un département à l'autre.

La MDPH-76 est très intégrée aux services du département de la Seine-Maritime. Ainsi, la directrice est un agent du département mis à la disposition de la MDPH et dont la fiche de fonctions mentionne son rattachement hiérarchique à la directrice générale des solidarités du département. Elle participe chaque semaine aux réunions du pôle et entretient des liens très étroits avec les directeurs de l'autonomie et de la protection de l'enfance.

De même, les liens de la MDPH avec les services du département sont nombreux : les décisions d'organisation de la MDPH sont fréquemment soumises à la validation de la directrice générale des solidarités du département¹⁶ et, pour les fonctions d'accueil et d'information, la MDPH s'appuie sur les unités territoriales d'action sociale du département.

Sur le plan de la logistique, l'intégration est également très forte : le siège de la MDPH est distinct des locaux départementaux mais le bâtiment actuel est la propriété du département. De même, le matériel et le mobilier sont à quelques exceptions près la propriété du département et le système d'information de la MDPH, piloté par le département, a été conçu pour s'imbriquer au sien.

¹¹ COTOREP : commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel.

¹² CDES : commissions départementales de l'éducation spéciale.

¹³ SVA : sites pour la vie autonome.

¹⁴ Décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif aux MDPH et n° 2006-130 du 8 février 2006 relatif à la convention de base constitutive des MDPH.

¹⁵ CASF, article L.146-4.

¹⁶ Comme le montre un audit interne réalisé courant 2014 sur la PCH par la direction du contrôle de gestion du département.

Si cette organisation ne semble pas poser de problèmes de fonctionnement, il convient de rappeler que les statuts du GIP placent la directrice sous l'autorité du président de la MDPH et n'attribuent aucun rôle aux cadres supérieurs du département. Ce cadre contractuel mériterait d'être mis en cohérence avec les conditions de fonctionnement du groupement.

3 - La MDPH-76 est implantée au chef-lieu et dans les territoires

La MDPH-76 a son siège à Rouen. Elle s'est d'abord installée place Gadeau de Kerville puis en juillet 2010 à l'adresse actuelle 13, rue Poret de Blosseville, dans un immeuble de 2 000 m², propriété du département.

Elle s'appuie sur cinq points d'accueil situés à Dieppe, au Havre, à Yvetot (2015), à Fécamp (2015) et à Neufchâtel-en-Bray (2017). Ces points d'accueil sont localisés au sein des unités territoriales d'action sociale du département ou des centres médico-sociaux.

La MDPH-76 s'appuie également sur une petite vingtaine de structures associatives conventionnées et sur les centres communaux d'action sociale. Chacune de ces structures contribue à l'information des usagers et à la réception des demandes qu'elle transmet ensuite à la MDPH.

B - Les statuts et les instances

1 - La convention constitutive conclue entre les membres du GIP n'est pas à jour

La convention constitutive du GIP de décembre 2005 a été modifiée une première fois le 12 avril 2006 par avenant pour permettre à la direction départementale de la cohésion sociale d'assurer, durant les six premiers mois, le paiement au nom de la MDPH, des frais de fonctionnement de différentes commissions relevant antérieurement de l'État. L'adoption de cet avenant par tous les partenaires de la MDPH, suivant le principe de parallélisme des formes rappelé à l'article 24 de ladite convention, est conforme à la procédure qui a prévalu pour la convention constitutive initiale.

Plusieurs autres changements auraient dû conduire le GIP à modifier la convention. Tout d'abord, l'union départementale des CCAS a exprimé son souhait d'adhérer au GIP, souhait validé par la commission exécutive (COMEX) de la MDPH le 30 juin 2006. Puis, en 2011, la CARSAT a décidé de se retirer du GIP et les quatre CAF du département ont fusionné. Enfin, la loi du 28 juillet 2011 a apporté plusieurs modifications au fonctionnement des MDPH, dont l'adjonction aux statuts d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens et la participation à la COMEX du directeur général de l'ARS.

Un projet d'avenant reprenant ces modifications a été négocié courant 2015 mais n'a été conclu que le 17 juillet 2017. Cet avenant actualise les articles relatifs notamment à la composition du GIP, les missions de la MDPH, la composition et le fonctionnement de la commission exécutive, le rôle du directeur de la MDPH, les concours des membres du GIP et le personnel de la MDPH. Ce second avenant a été publié en août 2017.

Il a donc fallu près de six années à la MDPH pour traduire dans ses statuts les modifications apportées, notamment, par la loi de 2011.

Entre temps, il a fallu ajuster les moyens de fonctionnement. La direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et le département ont donc été amenés à modifier à plusieurs reprises le montant de leur contribution au GIP. Mais, contrairement au texte de l'article 24 précité, ces modifications se sont opérées par des conventions bilatérales conclues avec la MDPH alors que la modification d'une annexe requiert l'accord unanime des membres du groupement. Ainsi l'annexe 4 relative à la contribution du département a été modifiée à quatre reprises depuis 2010. De même, la contribution initiale de la DIRECCTE a été modifiée par quatre avenants.

L'avenant à la convention constitutive, signé en juillet 2017, régularise *a posteriori* les modifications des annexes. Mais il ne remet pas en cause la rédaction de l'article 24 de la convention. Les modifications ultérieures devront donc faire l'objet d'un nouvel avenant signé de tous les partenaires.

En revanche, aucune CPOM n'a encore été conclue au motif que l'arrêté ministériel prévu par la loi n'a jamais été publié, alors même que le contenu de cette CPOM est détaillé par la loi.

La chambre recommande à la MDPH-76 de conclure une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens.

2 - Bien qu'irrégulièrement constituée, la commission exécutive exerce ses compétences

a - La composition de la commission exécutive

Présidée par le président du conseil départemental, la commission exécutive (COMEX) administre la MDPH dont elle constitue l'organe délibérant. Elle se prononce sur les grandes orientations du GIP et vote son budget et ses comptes annuels.

La loi n'a pas fixé le nombre total de membres de la COMEX, se limitant à régir l'équilibre de la représentation en son sein des trois collèges qui la composent : 50 % représentant le département, 25 % les associations et 25 % l'État, les organismes de sécurité sociale, les membres facultatifs ou complémentaires et, depuis 2011, l'ARS.

Après la loi du 28 juillet 2011, les statuts auraient dû être modifiés pour actualiser la composition du troisième collège, c'est-à-dire y ajouter le directeur de l'ARS et pour tenir compte du retrait de la CARSAT et du regroupement des CAF. Par ailleurs, dans sa version actuelle, le code de l'action sociale et des familles prévoit que des suppléants peuvent être désignés pour siéger à la COMEX¹⁷, ce que ne prévoyait pas la convention initiale.

L'avenant signé en juillet 2017 a porté l'effectif de la COMEX à 28 membres et a ajouté la possibilité de désigner des suppléants. Mais, sur ces deux points, l'avenant a été mis en œuvre par anticipation :

- 1^{er} collège : le président du conseil départemental a désigné par arrêté du 24 juin 2015, 14 représentants alors que les statuts de l'époque n'en prévoyaient que 12.
- 2^{ème} collège : les représentants des associations, désignés le 2 juillet 2014 par le CDCPH¹⁸, étaient au nombre de 7 titulaires et 7 suppléants, alors que les statuts n'en prévoyaient que 6, sans suppléant.
- 3^{ème} collège : l'ARS siège à la COMEX depuis 2011, ainsi qu'en attestent les procès-verbaux, ce qui est conforme à la loi mais contraire aux statuts en vigueur jusqu'en août 2017¹⁹.

Au regard de ce qui précède, il apparaît que la COMEX a fonctionné dans des conditions irrégulières pendant près de six années, ce qui a fragilisé les décisions prises depuis 2011.

¹⁷ CASF, article R. 146-19, décret n°2005-1587 du 19 décembre 2005.

¹⁸ La loi d'adaptation de la société au vieillissement a fusionné le CDCPH (conseil départemental consultatif des personnes handicapées) et le CODERPA en conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, conseil qui sera donc chargé de désigner les représentants des associations siégeant à la COMEX. Les statuts devront donc être modifiés sur ce point.

¹⁹ La MDPH-76 n'a pas été en mesure de produire les arrêtés ou décisions désignant les membres du collège.

b - Le fonctionnement de la COMEX

La réglementation²⁰ ainsi que les statuts, prévoient que la COMEX se réunit au moins deux fois par an. Celle de la MDPH-76 se réunit au moins une fois par trimestre. Le nombre de décisions prises lors de chaque réunion est assez faible (entre 4 et 10).

Les réunions de la COMEX sont soumises à quorum, soit la moitié des membres présents ou représentés. En 2015, le quorum a été calculé, sans raison apparente, sur un effectif de 30 membres et de 28 en 2016, et non sur un effectif statutaire de 24. Ce quorum a toujours été atteint au cours de ces deux exercices.

Dans un rapport de 2010, l'inspection générale de l'action sociale (IGAS)²¹ indiquait que « l'État est de moins en moins présent dans les réunions de la commission exécutive, où ses représentants ont trop souvent le sentiment de faire de la figuration ». En 2015 et 2016, l'État a été très régulièrement représenté, y compris par l'ARS. Le diagnostic de l'IGAS ne s'applique donc pas à la Seine-Maritime.

c - Les attributions de la commission

La convention constitutive du groupement définit les attributions de la commission exécutive. Elles se répartissent en quatre groupes. Au titre de l'administration de la MDPH (1^{er} groupe), la COMEX est principalement chargée de l'organisation générale permettant à la MDPH de mener les missions que la loi lui confie. Elle est ainsi chargée de l'adoption de son budget, de l'approbation des conventions de partenariat et d'examiner le rapport annuel d'activité. Elle doit statuer sur les modifications de la convention constitutive (statuts).

Au titre du 2^{ème} groupe, la COMEX est consultée « *sur toutes les admissions ou exclusions des membres du groupement et les modalités financières et autres du retrait d'un membre.* » C'est ainsi qu'elle s'est prononcée sur l'adhésion de l'UDCCAS le 30 juin 2006.

Au titre du 3^{ème} groupe, elle délibère sur « *la liste des personnes qualifiées*²² .»

Enfin, au titre du 4^{ème} groupe, elle délibère sur « *les actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux pour les personnes handicapées*²³ » et sur « *la liaison avec les centres locaux d'informations et de coordination*²⁴ .»

L'examen des délibérations des exercices 2015 et 2016 indique que la COMEX délibère sur tous les sujets d'importance qui touchent au fonctionnement de la MDPH comme par exemple l'expérimentation du plan d'accompagnement global, la révision des circuits d'examen des demandes et la constitution d'une équipe pluridisciplinaire de première lecture, le fonctionnement en institut thérapeutique et pédagogique, l'organisation des accueils territorialisés, etc. Mais, sur tous ces sujets, elle est tenue informée et conduite à « *prendre acte* » d'une décision ou à « *approuver* » telle ou telle initiative. Ses membres sont parfois demandeurs d'un point sur tel ou tel sujet, comme la dématérialisation, par exemple.

Dans son rapport précité, l'IGAS indiquait que les commissions exécutives ont été perçues plus comme un lieu d'information que comme un lieu de décision. Ce diagnostic semble pleinement applicable à la Seine-Maritime.

²⁰ CASF, article R. 146-20.

²¹ « Bilan du fonctionnement et du rôle des MDPH », novembre 2010.

²² Liste prévue à l'article L. 146-10 du code de l'action sociale et des familles.

²³ Cf. article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles.

²⁴ Cf. article L. 146-6 du code de l'action sociale et des familles.

d - Le règlement intérieur et le bureau

Les statuts prévoient que la commission arrête son règlement et désigne un bureau, et que dès sa première réunion, elle fixe les règles de convocation et de détermination de l'ordre du jour.

Aucun bureau n'a été constitué, la COMEX ayant décidé le 5 janvier 2006 de ne pas en constituer « *dans l'immédiat* ». Cette décision n'a jamais été remise en cause.

Le règlement intérieur a été adopté le 27 mars 2006 et n'a pas été modifié depuis. Il aurait pu être soumis au vote de la COMEX, à chaque changement de sa composition, ou au moins en début de mandat départemental. Ce n'est pas le choix qui a été fait. Son contenu, au demeurant très classique, n'appelle pas d'observation.

3 - La commission des droits et de l'autonomie fonctionne de manière irrégulière

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est chargée de statuer sur l'ensemble des demandes présentées par ou pour les personnes en situation de handicap.

a - La composition de la CDAPH

Sa composition est fixée par l'article R. 241-24 du code de l'action sociale et des familles. Outre les quatre représentants du département et les quatre représentants de l'État, elle doit comporter un représentant des associations de parents d'élèves, sept représentants des associations de personnes handicapées et de leurs familles et deux représentants des gestionnaires d'ESSMS.

L'actuelle commission a été nommée par arrêté conjoint du préfet et du président du conseil départemental, en date du 30 septembre 2016.

La MDPH-76 n'a pas été en mesure de produire la proposition du directeur départemental de la cohésion sociale désignant les représentants choisis « *parmi les personnes présentées par les associations de personnes handicapées et de leurs familles.* » Elle n'a pas non plus été en mesure de préciser la date de publication de l'arrêté conjoint aux recueils (préfecture et département) des actes administratifs.

b - Le fonctionnement de la CDAPH

La CDAPH a adopté son règlement intérieur le 2 mai 2006. Ce règlement n'a jamais été modifié bien que les dispositions relatives au rythme de réunion de la commission ne correspondent pas à la pratique. En effet, la commission se réunit une fois par quinzaine et non pas une fois par semaine.

L'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles prévoit que la CDAPH siège en formation plénière ou en formation restreinte. Celle de la MDPH-76 se réunit en formation plénière et en formation restreinte mais, en application du règlement intérieur²⁵, cette dernière dispose de compétences limitées à cinq catégories de décisions : le renouvellement d'un droit ou d'une prestation lorsque le handicap ou la situation de la personne n'a pas évolué de façon significative, la reconnaissance des conditions en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée, l'attribution de cartes d'invalidité et de priorité, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, et enfin, les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

²⁵ En l'espèce, plus restrictif que l'article R. 241-28 du CASF.

Dans les faits, la commission plénière est convoquée pour chaque séance. Si le quorum est atteint, la commission délibère en l'état. Dans le cas inverse, elle se transforme en formation restreinte, sous réserve de la présence de cinq membres, et statue sur la totalité des dossiers inscrits à l'ordre du jour de la plénière. Elle a procédé ainsi lors des séances des 18 juin 2015, 2 juillet 2015, 20 août 2015, 18 février 2016, et 7 juillet 2016.

Cette façon de procéder, motivée par le souci de ne pas retarder le traitement des demandes, revient à contourner la règle qui prévoit qu'à défaut de quorum, la commission (plénière) « *délibère valablement sans quorum à quinzaine* ». Elle conduit également à méconnaître la compétence de la formation restreinte, plus limitée que celle de la formation plénière.

Enfin, il convient de rappeler que le demandeur doit être en mesure de manifester son accord pour que son dossier soit examiné en formation restreinte. À cette fin, les usagers peuvent exprimer ce choix qui figure sur le formulaire de demande mais la MDPH ne vérifie pas que l'utilisateur a exprimé son accord avant de soumettre sa demande à la CDAPH restreinte.

Pour toutes ces raisons, les décisions prises en formation restreinte apparaissent particulièrement fragiles.

c - L'audition des personnes en situation de handicap

La commission se prononce sur les demandes formulées par les personnes en situation de handicap ou leurs représentants sur la base de l'évaluation préalable réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, des souhaits exprimés par le demandeur dans son projet de vie et, le cas échéant, du plan de compensation élaboré par l'équipe précitée. Le demandeur est, en principe, informé de la date de présentation de sa demande à la CDAPH et peut être entendu par ladite commission s'il en a exprimé le souhait. En réalité, les personnes ne sont pas informées de la date d'examen de leur demande et la possibilité d'y défendre leur cause ne leur est pas proposée.

Selon la MDPH, l'efficacité d'une telle audition n'est pas avérée. En outre, une telle invitation pourrait selon elle conduire à un engorgement de la CDAPH car les demandeurs pourraient analyser la possibilité de s'y présenter comme une condition indispensable à une réponse favorable.

En pratique, les rares personnes qui se présentent devant la CDAPH sont celles qui en ont spontanément manifesté la volonté. Ainsi, en 2015, cinq personnes ont été entendues et sept en 2014. Les autres ont été entendues par l'équipe pluridisciplinaire ou par les agents qui assurent les permanences.

La chambre recommande à la MDPH-76 de mettre à jour le règlement intérieur de la commission sur le rythme des réunions et de revoir l'articulation des commissions plénières et restreintes pour sécuriser les décisions prises.

4 - Le comité de gestion du fonds départemental de compensation du handicap devrait mettre son fonctionnement en accord avec son règlement

Le fonds départemental de compensation du handicap (FDCH) accorde des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction des différentes prestations (prestation de compensation du handicap) et contributions (assurance maladie et mutuelles par exemple).

Le fonds de compensation est géré par un comité de gestion composé des membres contributeurs, à savoir l'État, le département de la Seine-Maritime, la CPAM de Rouen Elbeuf Dieppe²⁶, la CPAM du Havre, la caisse du régime social des indépendants et la mutualité sociale agricole.

Le comité de gestion élit son président mais ni la convention constitutive du fonds ni le règlement intérieur ne précise la durée de son mandat. D'ailleurs, le fonds fonctionne actuellement sans président. Les débats sont animés par le salarié de la MDPH chargé du FDCH.

Selon la convention initiale, le comité de gestion du fonds se réunit une fois par mois et une fois par trimestre selon le règlement intérieur. En réalité, en 2014 et 2015, le comité s'est réuni à quatre reprises, soit une fois par trimestre.

La convention constitutive définit les orientations stratégiques du fonds, comme par exemple les aides techniques et les aménagements de véhicules et de logements. Mais le règlement intérieur de juillet 2014 prévoit que ces orientations sont définies une fois l'an par un comité de suivi²⁷, tout en définissant des critères d'éligibilité qui ont l'apparence de priorités stratégiques : les aides techniques individuelles, les prothèses auditives, les adaptations du véhicule, les adaptations du logement mais seulement à titre exceptionnel, et en excluant les constructions neuves, les projets d'extension, les aménagements extérieurs qui ne concernent pas une voie d'accès directe à l'habitation.

La convention et le règlement intérieur apparaissent mal articulés.

Dans les faits, le comité de gestion suit les orientations prévues dans la convention. Il s'est également doté de barèmes de ressources qui lui permettent de moduler le reste à charge du demandeur.

La chambre recommande donc à la MDPH-76 de proposer aux financeurs la mise en cohérence de la convention constitutive et du règlement intérieur et lui demande de veiller au respect de ces documents une fois actualisés.

C - Le pilotage stratégique de la MDPH-76

1 - La CPOM tient lieu de projet stratégique

La MDPH-76 ne dispose pas de projet stratégique autonome. Les orientations de la CPOM conclue par le département avec la CNSA en tiennent lieu. Ceci est d'autant plus vrai que le schéma départemental de l'autonomie est arrivé à échéance et doit être renouvelé, et ne peut donc contenir d'orientations stratégiques très opérationnelles.

Ainsi, les décisions prises en faveur de la dématérialisation des procédures, réformes majeures intervenues au cours des derniers exercices et toujours en cours, étaient inscrites à la CPOM de 2013. Plus récemment, la CNSA a mis en place l'autodiagnostic qui vise à outiller les MDPH « *dans l'identification des exigences de qualité de service découlant de leurs missions* ». Cet outil est également inscrit à la CPOM.

2 - Le projet de service

La MDPH-76 s'est lancée dans la rédaction d'un projet de service qui porte, au stade provisoire, sur cinq orientations stratégiques :

- améliorer la relation à l'utilisateur et faciliter l'accès à l'information ;

²⁶ La convention a été conclue avant la fusion des CPAM de Rouen, de Dieppe et d'Elbeuf, en une seule CPAM. Elle a donc succédé aux trois anciens signataires.

²⁷ Le comité de suivi est une instance non prévue par les statuts mais qui réunit les financeurs du fonds, tout comme le comité de gestion.

- veiller à la qualité de service et à l'équité de traitement ;
- optimiser l'organisation et le fonctionnement ;
- engager des changements de pratiques professionnelles et valoriser les compétences métiers ;
- renforcer les partenariats.

Les grands axes du projet de service sont toujours en discussion avec le personnel.

3 - Vers un traitement totalement dématérialisé des demandes

a - Le système d'information de la MDPH-76

À la création des MDPH, la CNSA a laissé les départements choisir leur système d'information. Ainsi en Seine-Maritime, après avoir utilisé un temps les systèmes d'information de ses prédécesseurs, le département a fait le choix de greffer, sur le système d'information de la direction générale des solidarités²⁸, un module propre à la MDPH. Celui-ci a été opérationnel à partir de 2010.

Ce système d'information permet notamment de mutualiser les données sociales nécessaires à plusieurs services de la direction générale des solidarités (celles ayant trait à l'identité des usagers) et de donner aux agents des différentes directions un accès aux informations des autres services. Ainsi, les agents instructeurs de la MDPH ont connaissance des autres demandes en cours (APA notamment) et disposent d'une vision élargie du profil du demandeur.

Ce système connaît cependant des limites particulièrement pénalisantes :

- la saisie des informations ne suit pas la structure du formulaire de demande (cerfa) ; l'agent chargé de la saisie doit donc fréquemment passer d'un écran de saisie à un autre, puis revenir en arrière, ce qui alourdit inutilement son travail ;
- le plan de compensation ne permet pas de rassembler tous les dispositifs susceptibles de s'inscrire dans ce plan ; ainsi, le module « *enfants* » ne permet pas de renseigner le projet de solarisation des intéressés ;
- une partie des décisions prises par la CDAPH (plusieurs milliers de décisions par quinzaine) doivent, avant d'être adressées aux demandeurs, être retraitées pour être remises en page ;
- le système d'information ne permet pas de gérer le fonds de compensation du handicap ; il est donc géré à l'aide d'un simple tableur.

La liberté laissée aux MDPH ne signifie pas que la CNSA se soit désintéressée des choix qu'elles ont faits et qu'elle ne soit pas consciente des limites de leurs systèmes d'information. Au contraire, alertée sur la fiabilité et l'hétérogénéité des données lui remontant, la CNSA a très vite repris la main en lançant des projets expérimentaux associant les MDPH, jusqu'à ce que la loi du 28 décembre 2015 lui confie la mission de concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux MDPH. Celui-ci doit contribuer à améliorer le service rendu à l'utilisateur tout en prenant en compte les contraintes des MDPH et de leurs partenaires.

Le département de la Seine-Maritime et la MDPH se sont portés volontaires pour expérimenter ce système d'information interopérable. Une convention a été conclue à cette fin, en août 2017, avec la CNSA.

²⁸ Logiciel baptisé GENESIS et développé à la demande du département de la Seine-Maritime ; il est utilisé aujourd'hui par 30 départements.

b - La dématérialisation des procédures

La hausse continue du nombre de demandes déposées et du stock de demandes en cours de traitement a conduit la MDPH à changer de méthode. Ainsi, dès 2012²⁹, elle s'est engagée à recourir à la dématérialisation des demandes, à créer un outil de suivi des décisions de la CDAPH et à dématérialiser les échanges avec les organismes chargés de la mise en œuvre de ses décisions.

Ces projets ont eu du mal à démarrer. Après que le seuil de 20 000 dossiers en cours de traitement a été franchi (2015), la décision a été prise d'accélérer les projets de dématérialisation et de s'en servir pour réfléchir et agir sur les questions d'organisation et de métier, sur les questions fonctionnelles et techniques. Il a également été décidé de faire appel à un bureau d'études dont la mission a consisté à réaliser un diagnostic et à proposer les axes de travail nécessaires à l'optimisation du processus de dématérialisation. Le bureau d'études a également reçu pour mission d'accompagner la MDPH tout au long de ce processus.

À l'issue du diagnostic, plusieurs chantiers ont été relancés ou engagés :

– Le dossier dématérialisé

Il doit permettre à la MDPH de passer d'un mode de traitement des demandes sous format papier à un mode dématérialisé. Le dossier dématérialisé est un tout, constitué des informations enregistrées dans le système d'information et des documents numérisés et stockés dans le module de gestion électronique des documents (GED) dont certains sont couverts par le secret médical. Et il faut que les deux outils communiquent entre eux aussi bien en consultation (la consultation de GENESIS doit permettre d'accéder aux pièces numérisées) qu'en production (les décisions de la CDAPH doivent alimenter la GED).

Depuis quelques mois, une partie du flux des demandes est entièrement dématérialisée³⁰.

La numérisation devra également porter sur les dossiers stockés. Ce travail interviendra ultérieurement, ce qui signifie que durant une période transitoire, les agents chargés de traiter une demande de renouvellement doivent exploiter un dossier numérique et un dossier papier.

– L'extranet usagers (portail web)

Dans sa version récente, l'extranet permet de déposer une demande et d'accéder à une partie des informations de son dossier, de déposer des pièces complémentaires, de demander le renouvellement de ses droits et de recevoir des notifications.

Avec ce projet, l'établissement a rejoint les 11 % de MDPH les plus en avance sur cette question³¹. Le succès de ce portail est pour l'instant assez timide, puisque fin août 2017, 90 demandes avaient été reçues par ce biais.

– Les interfaces d'échanges

Elles doivent permettre à la MDPH d'échanger avec les services départementaux (pour la liquidation de la PCH), avec la caisse d'allocations familiales (liquidation de l'AAH et de l'AEH) ou encore avec pôle emploi (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) les

²⁹ Engagements pris au titre de la CPOM conclu en décembre 2012 par le département de la Seine-Maritime et la CNSA.

³⁰ Il s'agit des demandes des primo-demandeurs et des demandeurs dont le dossier est déjà numérisé.

³¹ Source : CNSA, « Rapport PCH, compréhension de la disparité », décembre 2014.

informations et décisions nécessaires à une gestion optimisée des dossiers et notamment celles qui permettent d'éviter les ruptures de droits³².

- Le module de suivi des places disponibles en ESSMS

Ce module permet aux ESSMS de renseigner les informations relatives aux entrées et sorties les concernant. La MDPH a ainsi connaissance, en temps réel, du nombre de places occupées et disponibles dans chaque ESSMS. Ces derniers peuvent en contrepartie connaître la liste des personnes orientées par la CDAPH vers leur établissement ou service, ainsi que le niveau de priorité de ladite orientation. La fiabilité des informations est cependant conditionnée par la diligence des ESSMS à renseigner ledit module.

La chambre encourage la MDPH à poursuivre ses efforts de modernisation de ses outils et à se doter d'un système d'information performant.

IV - L'EXERCICE DES MISSIONS

A - Une MDPH confrontée à une très forte hausse de son activité

Les chiffres qui suivent démontrent une forte hausse de l'activité de la MDPH-76.

Tableau n° 2 : L'activité de la MDPH-76

	2012	2013		2014		2015		2016		évol 12/16	
Nombre de demandeurs	26 623	28 472	7 %	29 576	4 %	31 397	6,2 %	29 511	-6,0 %	2 888	10,8 %
Nombre de demandes déposées	70 029	83 427	19 %	85 825	3 %	83 993	-2,1 %	70 692	-15,84 %	663	0,9 %
Nombre de personnes ayant fait l'objet d'au moins une décision	24 758	25 625	4 %	29 120	14 %	31 292	7,5 %	33 971	8,6 %	9 213	37,2 %
Nombre de décisions prises	67 401	77 738	15 %	87 825	13 %	94 277	7,3 %	88 786	-5,8 %	21 385	31,7 %
Nombre moyen de décisions par personne suivie	2,7	3,0		3,0		3,0		2,6			

En cinq ans, le nombre de personnes accompagnées par la MDPH-76 a augmenté de près de 10 000, et celui des décisions de plus de 21 000.

Rares sont les institutions confrontées à une telle hausse d'activité. C'est en gardant ces chiffres à l'esprit que doivent être appréciés les développements qui suivent.

B - Une organisation administrative héritée du passé

Schématiquement, la MDPH-76 est organisée en trois pôles : un pôle « enfance prestations et jeunes », un pôle « enfance scolarisation » et un pôle adultes. Elle compte également un service chargé de l'accueil et un service chargé des équipes pluridisciplinaires, qui interviennent donc pour le compte des pôles.

Cette organisation, majoritaire dans les MDPH³³, est héritée des compétences exercées par la CDES et la COTOREP. La MDPH-76 souhaite profiter du départ récent d'un des responsables de pôle pour faire évoluer son organisation. Elle s'oriente vers une organisation en deux pôles : un pôle évaluation et un pôle instruction. Une telle organisation, qui reste à préciser, semblerait plus proche de la logique de parcours promue par les textes.

³² Les droits à l'AAH ne sont pas toujours renouvelés dans des délais suffisants pour permettre à la CDAPH de statuer avant l'échéance. La CAF adresse donc la liste des usagers dont l'allocation arrive à terme sous un mois et dont la demande de renouvellement n'a pas été déposée ; la liste mensuelle (600 pages) est renseignée par la MDPH-76 avec la date de dépôt de la demande de renouvellement, après consultation de GENESIS, puis renvoyée à la CAF qui doit ressaisir l'information dans son propre système d'information, ce qui lui permet de prolonger les droits de trois mois au-delà de l'échéance, délai qui permet à la MDPH-76 de statuer.

³³ Source : CNSA, rapport sur la PCH, décembre 2014.

C - Le dispositif d'accueil et d'information

À titre liminaire, il faut rappeler que les COTOREP et les CDES n'avaient pas de mission obligatoire d'accueil. Cette fonction était donc mise en œuvre de manière différente d'un département à un autre. L'ajout de cette fonction d'accueil a été fortement revendiqué par les associations lors des travaux préparatoires de la loi de 2005, ce qui explique que les MDPH en aient la charge.

La loi prévoit que le dispositif d'accueil des usagers est fixé par la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens jointe à la convention constitutive du GIP et révisée chaque année par un avenant financier. Or, comme indiqué précédemment, la MDPH-76 n'a conclu aucune CPOM de ce type. Les conditions d'organisation de l'accueil de la MDPH-76 ont donc été arrêtées par la COMEX, au fil de l'eau.

1 - Un service d'accueil fortement sollicité

Les chiffres qui suivent indiquent que le nombre de sollicitations est en croissance ininterrompue, constat commun à toutes les MDPH, dans des proportions variables.

Tableau n° 3 : Les chiffres de l'accueil

	2012	2013	2014	2015	2016
Accueil physique	19 263	19 630	20 164	31 200	nc
Accueil téléphonique	nc	nc	nc	271 766	189 134
dt appels décrochés	35 757	37 426	42 920	42 807	47 866
				15,8 %	25,3 %
Accueil courriel (courriels répondus)	1 175	4 858	5 725	9 095	10 306

Source : MDPH 76, rapport d'activité

La fiabilité des données qui figurent dans le tableau qui précède est cependant sujette à caution principalement parce que le mode de décompte des sollicitations a changé en 2016 et que la MDPH-76 n'est pas en mesure de fournir des données comparables. Avant 2016, le nombre de personnes reçues à l'accueil correspondait uniquement aux personnes reçues en entretien approfondi (réception dans un espace d'accueil pour vérifier la complétude du dossier) mais ne comptabilisait pas les personnes reçues pour seulement retirer un dossier. Depuis 2016, la MDPH décompte toutes les personnes se présentant à l'accueil, y compris celles qui viennent retirer un dossier ou prendre une information succincte. Mais le nouveau logiciel de décompte étant trop long à renseigner, les agents d'accueil procèdent à un décompte manuel et enregistrent les données lors des périodes de moindre affluence. Cette méthode ne permet plus de faire la part entre les différentes catégories d'usagers reçus et ne permet pas de suivre les fluctuations de fréquentation sur la journée.

En revanche, les données de l'accueil téléphonique sont apparemment fiables. Le taux d'appels décrochés a fortement évolué entre 2015 et 2016 mais demeure à un niveau assez modeste. Les associations font toutes le constat d'une MDPH-76 très difficilement joignable par téléphone.

Enfin, la progression des courriels est difficile à interpréter, la hausse étant sans doute liée à la vulgarisation des échanges électroniques. Le nombre de courriels traités a néanmoins été multiplié par neuf.

2 - L'accueil physique est bien organisé

Les usagers de la MDPH-76 sont accueillis au siège rouennais ainsi qu'à Dieppe, au Havre, à Yvetot, à Fécamp et à Neufchâtel-en-Bray³⁴. Tous ces lieux ne sont pas ouverts avec la même fréquence (de 5 jours à 2 jours par semaine). Aucun accueil n'est assuré le samedi³⁵, ni lors de la pause déjeuner, mais la plage horaire du site de Rouen est étendue jusqu'à 17 h 30 du lundi au vendredi.

À la différence de Rouen et du Havre, les autres lieux d'accueil ne comptent qu'un seul agent qui traite du handicap, ce qui signifie que les intéressés doivent coordonner leurs congés et que, s'ils n'y parviennent pas, les autres agents présents sur place doivent se rendre disponibles pour enregistrer le dépôt des demandes. Cette coordination est d'autant plus délicate que les agents en poste à Fécamp et à Yvetot sont demeurés des agents du département et ne sont pas placés sous l'autorité hiérarchique du chef du service accueil de la MDPH-76.

Le code de l'action sociale et des familles permet aux MDPH³⁶ de s'appuyer sur les CLIC et les CCAS. Ce n'est pas le choix qui a été fait en Seine-Maritime. Ces organismes ne sont pas pour autant exclus du dispositif d'accueil et d'information, d'abord parce que le site Internet du département renvoie les usagers vers les CCAS et les associations, et un certain nombre de demandes transitent par eux. Selon la MDPH-76, ces demandes sont généralement de qualité. De plus, le département organise, notamment à l'adresse des CLIC, des réunions d'information sur les dispositions applicables aux handicaps. Mais, selon la MDPH-76, le niveau technique de ces réunions reste peu approfondi, les CLIC n'ayant pas tous la capacité de s'approprier ces sujets complexes.

De fait, comparativement à d'autres départements qui ont fait le choix de s'appuyer sur les CLIC, sur la CAF et les CCAS³⁷, la Seine-Maritime offre une couverture territoriale moins dense.

En complément de l'accueil habituel, et pour répondre aux cas particuliers, des permanences sont organisées au siège rouennais et au Havre : situations complexes, personnes affectées d'un handicap psychique, personnes souhaitant pratiquer une activité sportive, personnes affectées d'un handicap moteur. Ces accueils particuliers sont assurés par les travailleurs sociaux de la MDPH ou par des associations spécialisées. Et en cas de besoin, un interprète en langue des signes peut être mobilisé.

Globalement l'accueil physique apparaît bien organisé notamment à Rouen où les usagers sont reçus au pré-accueil et ensuite orientés vers un accueil individualisé dans un espace clos. Le demandeur peut donc avoir un échange avec l'agent d'accueil, agent qui a à sa disposition les données déjà enregistrées dans le système d'information GENESIS, ce qui permet un échange plus efficace.

3 - Un accueil téléphonique incapable de répondre au flux

L'accueil téléphonique est organisé comme une plateforme mutualisée avec un numéro d'appel unique : tous les agents d'accueil, où qu'ils soient situés, peuvent y répondre et consulter le système d'information, ce qui leur permet de répondre aux questions et notamment à celles ayant trait à la procédure de traitement de la demande. Lorsque les questions posées sont plus

³⁴ Soit dans les locaux de l'UTAS, soit dans les locaux d'un centre médico-social. L'occupation de ces locaux a donné lieu à la signature de conventions mais celle du Havre est caduque depuis plusieurs années.

³⁵ Au plan national, six MDPH déclarent accueillir les usagers le samedi (source : CNSA, rapport PCH, compréhension de la disparité, décembre 2014).

³⁶ CASF, articles L.146-3 et L.146-6.

³⁷ L'Île-et-Vilaine s'appuie sur 13 CLIC ; l'Eure s'appuie sur ses propres antennes territoriales mais également sur la CAF et les CCAS, soit 88 accueils répartis dans le département.

complexes, l'agent d'accueil prend contact avec l'instructeur chargé du dossier et rappelle l'usager avec les éléments de réponse.

Cette organisation, au demeurant cohérente, reste sous-dimensionnée pour faire face au nombre d'appels, puisque 75 % de ceux-ci n'aboutissent pas.

Les agents d'accueil sont également chargés de répondre aux demandes adressées par courriel à l'adresse générale mdph@seinemaritime.fr. Un test simple³⁸ a reçu une réponse en 48 heures, ce qui est satisfaisant.

En revanche, aucun numéro d'appel d'urgence n'a été ouvert³⁹. La MDPH-76 estime que la loi n'est pas assez précise sur la nature des urgences pour lesquelles elle pourrait être compétente, et indique qu'à défaut de numéro spécifique, elle a pris des mesures pour détecter les urgences et éviter les ruptures de droits :

- un annuaire restreint (une liste des coordonnées téléphoniques fixes et courriels des principaux responsables de la MDPH-76) a été diffusé aux partenaires qui pourraient être confrontés à l'urgence, notamment les associations chargées des tutelles et les services hospitaliers ;
- une gestion quotidienne des courriels ;
- un système d'échange d'informations avec la CAF afin d'anticiper la rupture de droits aux allocations⁴⁰, ce qui permet d'éviter aux personnes concernées de se retrouver brutalement sans revenu.

Aussi intéressantes soient-elles, ces mesures ne répondent pas au dispositif prescrit par la loi, qui prévoit l'ouverture d'un numéro téléphonique d'urgence.

4 - Le site Internet : un outil complet

La MDPH-76 ne dispose pas de son propre site Internet. Elle est hébergée par celui du département de la Seine-Maritime, ce qui permet de présenter la politique de l'autonomie dans sa globalité. Les informations concernant le fonctionnement de la MDPH y figurent, ainsi que celles relatives aux procédures de traitement des demandes, illustrées par un logigramme. Des guides sont également accessibles en ligne. Ils sont au nombre de quatre : aide humaine, aménagement du logement, aménagement du véhicule, aide technique de l'appareil auditif. La direction du contrôle de gestion du département avait recommandé de réaliser une plaquette sur les aides techniques de toutes natures mais cette recommandation n'a jamais abouti, la MDPH-76 préférant attendre la plaquette que la CNSA envisage de publier.

Toutes les formes d'aides pouvant être financées par la PCH⁴¹ ne font donc pas l'objet d'une plaquette. De plus les plaquettes sont conçues pour être lues sur un support imprimé et relié⁴². Leur lecture à l'écran⁴³ est donc peu ergonomique.

Enfin, le site est adapté aux personnes malvoyantes (inversion du contraste) mais pas aux personnes non voyantes (il ne permet pas d'écouter le texte sélectionné).

La loi⁴⁴ prévoit que la maison départementale des personnes handicapées réalise périodiquement et diffuse un livret d'information sur les droits des personnes handicapées et sur la lutte contre la maltraitance. Cette obligation est satisfaite par la MDPH-76 via le site Internet

³⁸ Question : je souhaiterais savoir si la MDPH est ouverte durant les vacances scolaires et si ses horaires sont différents de ceux affichés sur le site internet.

³⁹ CASF, article L. 146-7 : (...) Pour les appels d'urgence, la maison départementale des personnes handicapées met à disposition des personnes handicapées et de leurs familles un numéro téléphonique en libre appel gratuit pour l'appelant, y compris depuis un terminal mobile. (...)

⁴⁰ cf. supra : les interfaces d'échanges.

⁴¹ Aides humaines, aides techniques, aménagements du logement ou du véhicule, aides spécifiques ou ponctuelles, aides animalières.

⁴² C'est-à-dire par une lecture transversale : les articles sont présentés sur la page de gauche et de droite.

⁴³ C'est-à-dire par une lecture descendante.

⁴⁴ CASF, article L. 146-7.

dont les informations sont regroupées sous un intitulé « vivre son handicap en Seine-Maritime ». Toutefois ces informations n'abordent pas la lutte contre la « maltraitance ».

En dehors de ces quelques imperfections, le site est assez complet. Depuis 2016, la MDPH en mesure la fréquentation. En 2016, ses pages ont été visitées 37 822 fois.

5 - Les difficultés de l'accueil et les pistes d'amélioration

Le service d'accueil de la MDPH-76 est un service soumis à une forte tension, principalement parce que le retard de traitement des dossiers incite les usagers impatientes à renouveler les sollicitations. Ainsi, les relations des agents d'accueil avec les usagers peuvent parfois être heurtées. Pour ces raisons, le service est un service peu attractif, où le taux d'absentéisme serait élevé, même si la directrice de la MDPH-76 n'a pas été en mesure de décompter le nombre de jours d'absence rattachable à ce service.

En revanche, selon elle, les agents d'accueil suivent régulièrement des formations, notamment sur l'évolution juridique des dispositifs existants mais également sur les types de handicaps plus délicats à appréhender (handicap psychique).

Selon une étude de la CNSA⁴⁵, la qualité de l'accueil, parmi d'autres éléments, rejaillit sur le nombre de demandes de PCH. Ainsi, les demandes de PCH sont d'autant plus nombreuses que l'accueil est centralisé, que l'accessibilité téléphonique est limitée, que l'information sur le handicap est peu étoffée et que le partenariat avec les acteurs susceptibles d'assurer un accueil de second niveau est peu développé. De même, la notification d'un accusé de réception (voire de complétude du dossier) serait de nature à limiter les sollicitations téléphoniques.

Le département et la MDPH-76 reconnaissent que les dispositifs ouverts aux personnes en situation de handicap sont d'une grande complexité et qu'un « *combat reste à engager : simplifier l'information sans en dégrader sa qualité.* »⁴⁶ À ce sujet, la CNSA vient de publier des fiches pédagogiques « *faciles à lire et à comprendre* » sur la PCH, l'AAH, l'AEEH le complément de ressources, la RQTH et la CMI. La MDPH-76 pourrait s'en inspirer pour renouveler ses outils de communication.

La chambre suggère à la MDPH-76 d'expérimenter l'envoi d'un accusé de réception (par courrier électronique ou SMS) et l'invite à trouver une solution à l'utilisation du logiciel de décompte des visites.

D - L'instruction des demandes

Les développements qui suivent sont fondés sur les éléments statistiques fournis par la MDPH-76 et sur l'examen d'un échantillon d'une cinquantaine de dossiers individuels.

1 - Des flux en hausse ininterrompue

Le flux des demandes déposées à la MDPH peut se mesurer de deux manières et être ainsi comparé d'un département à un autre :

- en rapportant la population du département au nombre de personnes ayant déposé au moins une demande,
- en rapportant la population du département au nombre de demandes déposées.

⁴⁵ CNSA, Rapport PCH, compréhension de la disparité, décembre 2014.

⁴⁶ Cf. audit PCH page 18.

Selon la CNSA, en 2015, les MDPH ont enregistré 24 demandeurs et 64 demandes pour 1 000 habitants. Avec 25 demandeurs et 67 demandes, la MDPH-76 se situe donc dans la moyenne.

En 2015, la part des demandes déposées pour des enfants ne représentait que 12,1 % du total (contre 19 % en moyenne nationale). Cette proportion était de 16 % en 2016⁴⁷.

Sur les six années considérées, la hausse des demandeurs est de 16 % et celle des demandes de 13 %. Même si la comparabilité de ces données n'est pas totale en raison de pratiques changeantes⁴⁸, ces fortes hausses illustrent le problème central auquel est confrontée la MDPH-76. La hausse du flux s'est cependant ralentie depuis 2013 et en 2016 la tendance s'est même inversée avec une baisse des demandeurs de 6 % et une baisse des demandes de plus de 15 % (-2,1 % en 2015). En 2017, le nombre de demandeurs s'est stabilisé (29 560 demandeurs contre 29 511 en 2016) ainsi que le nombre de demandes (47 889 demandes hors cartes⁴⁹, contre 47 348 en 2016).

L'examen de la nature des demandes⁵⁰ conduit à observer qu'en volume, trois blocs se dégagent : les demandes de cartes (33 %), les demandes de ressources (19 %) et les demandes relatives à l'emploi des adultes (25 %). La charge de travail qu'implique chacun de ces trois blocs n'a rien de comparable. En revanche, les demandes de prestation de compensation, soit les dossiers les plus chronophages, ne représentent que 6,5 % des demandes, soit une part relative assez stable.

Dans son rapport d'activité, la MDPH-76 se borne à constater l'évolution du nombre de demandes et donne peu d'explications sur cette évolution. Selon la CNSA, la hausse des demandes d'AAH trouve son explication dans plusieurs facteurs dont les changements de la réglementation relative à la durée d'attribution de l'allocation, le contexte peu favorable du marché de l'emploi, ou encore la revalorisation du montant de l'allocation qui conduit certains allocataires à solliciter prioritairement cette allocation.

À défaut d'expliquer les variations, la MDPH agit pour tenter de faire baisser les demandes. Ainsi, une rencontre avec l'inspection d'académie a été organisée pour tenter de limiter les demandes d'auxiliaire de vie scolaire (AVS), demandes qui sont aujourd'hui systématiques sous la pression des enseignants qui conditionnent l'accueil de l'enfant dans leur classe à la présence d'un AVS. La MDPH est donc amenée à traiter des demandes qui pourraient être évitées. Au surplus, le taux de rejet étant élevé (40 % pour les AVS), les familles rendent la MDPH responsable d'un éventuel refus d'accueil en milieu ordinaire. Une sensibilisation du corps enseignant a donc été engagée pour modifier cette pratique. Des rencontres avec les associations de parents d'élèves ont également été organisées.

Cette initiative montre tout l'intérêt d'identifier l'origine d'un flux. La chambre estime qu'un travail d'identification des déterminants des différents flux pourrait être confié à l'observatoire régional du handicap.

2 - Le traitement des dossiers par l'équipe pluridisciplinaire constitue le principal goulot d'étranglement

L'équipe pluridisciplinaire est chargée de l'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée dans le cadre d'un dialogue avec celle-ci et ses proches en vue de l'élaboration éventuelle d'un plan personnalisé de compensation⁵¹, plan dont le contenu est censé

⁴⁷ Cf. annexe 2 pour les données de flux.

⁴⁸ Par exemple, pour réduire les charges de travail, la MDPH-76 a décidé de ne plus produire de décision d'orientation en réponse à un salarié demandant la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Au contraire, une personne sans emploi demandant cette reconnaissance bénéficie systématiquement d'une décision d'orientation professionnelle. Antérieurement, la MDPH-76 prenait une décision d'orientation que le demandeur soit salarié ou sans emploi.

⁴⁹ La carte mobilité inclusion remplace désormais les cartes invalidité et stationnement. Pour que les données soient comparables entre 2016 et 2017, il a donc été nécessaire de neutraliser le nombre de demandes de cartes.

⁵⁰ Cf. annexe 9.

⁵¹ CASF, article L. 146-8.

apporter une réponse globale et qui sera donc plus ou moins étoffé. Pour élaborer ce plan, l'équipe pluridisciplinaire tient compte des souhaits de la personne en situation de handicap, si possible formalisés dans un projet de vie, et s'appuie, pour la réalisation de ses évaluations, sur des référentiels nationaux.

L'intervention de l'équipe pluridisciplinaire est le moment le plus important de la procédure car c'est elle qui va statuer sur la recevabilité de la demande, demander des compléments (visite à domicile, examens médicaux...), examiner la cohérence du projet de vie et construire le plan de compensation.

a - La composition de l'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire réunit les compétences de salariés de la MDPH et d'experts extérieurs, spécialistes du secteur médical ou paramédical (médecin, ergothérapeute, psychologue, pédiatre, psychiatre), du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Ses membres sont nommés par le directeur de la MDPH et sa composition varie en fonction des demandes exprimées par la personne en situation de handicap⁵².

Comme l'avait observé l'audit réalisé par les services du département sur la PCH, aucune décision de nomination n'avait été formellement prise par la directrice de la MDPH-76. Cette lacune a été corrigée par une décision du 17 juillet 2017, modifiée le 17 septembre 2017.

À partir de la liste des personnes susceptibles de siéger en équipe pluridisciplinaire, le coordonnateur, cadre administratif⁵³ et salarié permanent de la MDPH-76, compose l'équipe et lui attribue les dossiers se rapportant à ses compétences. Le coordonnateur participe également aux travaux des équipes pluridisciplinaires.

Le travail de composition est assez chronophage puisque le coordonnateur et ses deux collaborateurs doivent composer avec les disponibilités des uns et des autres, soit 130 personnes. Une équipe pluridisciplinaire est composée pour une demi-journée, laps de temps pendant lequel elle devra examiner un nombre variable de dossiers.

b - Le traitement différencié des demandes

Le passage en équipe pluridisciplinaire constitue le goulot d'étranglement de la procédure car les professionnels ne sont pas suffisamment nombreux pour traiter tous les dossiers rapidement, tout comme les équipes administratives chargées des tâches administratives de l'instruction.

Pour accélérer le traitement des dossiers, la MDPH a décidé en juillet 2016, pour une période transitoire de six mois, de présenter à la CDAPH, sans examen en équipe pluridisciplinaire, donc sans étude des éléments médicaux, les demandes les plus simples et celles qui ne laissent pas de place à interprétation. Cela concerne trois situations :

- le renouvellement de la reconnaissance pour cinq ans de la qualité de travailleur handicapé des personnes âgées de plus de 45 ans, qui sont salariées ou demandeuses d'emploi et qui ne sollicitent pas de formation ou d'orientation en ESAT ;
- le renouvellement de l'AAH, de la carte d'invalidité ou du complément de ressources des personnes dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 % depuis 15 ans au moins et qui sont âgées de 45 ans et plus ;
- le renouvellement de l'orientation en FAM ou en MAS des personnes déjà admises.

⁵² CASF, article R. 146-27.

⁵³ Comme 33 % des coordonnateurs des MDPH (Source : HCSP rapport de septembre 2014). L'actuelle coordonnatrice est titulaire d'un diplôme de troisième cycle en politiques locales du développement, a travaillé dans un CLIC puis une association gérant un ESSMS.

Au cours de cette période transitoire, les autres dossiers ont suivi un circuit normal avec examen en équipe pluridisciplinaire.

Cette procédure exceptionnelle explique en partie l'accroissement du nombre de décisions prises par la CDAPH en 2016. Mais, aussi compréhensible soit-elle, la décision consistant à contourner l'équipe pluridisciplinaire est contraire à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit qu'« *une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée (...)* ».

Au terme de cette période de six mois (second semestre 2016), la MDPH est revenue à une pratique plus orthodoxe puisque tous les dossiers sont désormais examinés par une équipe pluridisciplinaire. Mais, pour accélérer le traitement des demandes et profiter des effets de la dématérialisation des dossiers, elle a mis en place une procédure de pré-tri devant permettre à une équipe pluridisciplinaire restreinte⁵⁴ de prendre les décisions les plus simples et, pour les demandes incomplètes ou complexes, de solliciter sans délai les compléments d'information en évitant les temps morts, et d'orienter la demande vers une équipe pluridisciplinaire renforcée.

Il est trop tôt pour juger de l'effet de cette dernière réforme, dont le succès dépendra des moyens réservés à l'équipe de première lecture. Si ces moyens sont insuffisants, l'équipe de première lecture constituera le nouveau goulot d'étranglement de la procédure. Sur les six mois allant de mars à août 2017, l'équipe de première lecture a traité 3 979 demandes de primo-demandeurs (663 en moyenne par mois). Au cours de la même période, les dossiers en attente sont passés de 1 571 à 2 908 (+ 85 %). Pour éviter la constitution d'un stock, il aurait fallu que l'équipe de premier tri traitât 1 147 dossiers en moyenne. Or, elle n'en a traité que 663. Et il ne s'agit là que des dossiers des primo-demandeurs.

Tout indique donc que les capacités de traitement de l'équipe de première lecture devront être rapidement réévaluées.

3 - L'indépendance des membres de l'équipe pluridisciplinaire

Participent aux équipes pluridisciplinaire des représentants de structures extérieures à la MDPH-76 : cap emploi, CARSAT, association gérant un ESAT, etc. Ces structures ont aussi pour mission d'informer les personnes en situation de handicap et de les accompagner dans la formulation de leur projet de vie. Elles peuvent donc être amenées à intervenir sur toute la chaîne de décision, ce qui ne semble pas une garantie d'indépendance. Au surplus, une demande de renouvellement d'une décision d'orientation en ESSMS est fréquemment co-rédigée par l'établissement d'accueil. La demande pourrait donc être examinée par une équipe pluridisciplinaire au sein de laquelle siège un représentant de cet établissement.

Selon la MDPH, le membre de l'équipe pluridisciplinaire qui a eu un contact avec le demandeur doit se déporter spontanément. Il n'existe cependant aucun règlement interne prévoyant ce déport et le formulaire d'engagement, renseigné par les candidats externes à la MDPH, ne mentionne pas cette règle.

La MDPH a conscience de ce problème, d'autant qu'elle estime que certains ESSMS peuvent être tentés de ne pas favoriser la sortie de leurs « meilleurs usagers » vers le milieu ouvert.

La chambre recommande donc à la MDPH d'instaurer une règle explicite de déport pour les membres externes de l'équipe pluridisciplinaire.

⁵⁴ L'équipe de premier tri est composée soit d'un médecin et d'un agent administratif, chargés d'examiner les premières demandes, soit d'un professionnel paramédical et d'un agent administratif (mais sous la supervision d'un médecin), chargés d'examiner les demandes de renouvellement.

E - Le plan de compensation du handicap

Un plan de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec le demandeur⁵⁵. En principe, le plan de compensation est la réponse unique à une demande adressée à la MDPH, quel que soit l'objet de cette demande (PCH, AAH, orientation en ESSMS, etc.).

Pour réduire les délais d'instruction, la MDPH-76 ne rédige un plan de compensation que si le demandeur a sollicité la PCH.

1 - Le projet de vie

Le projet de vie constitue la base du plan de compensation⁵⁶. Il est rédigé par le demandeur ou sa famille. Il n'est cependant pas obligatoire, le demandeur ayant la possibilité de renoncer à l'exposer.

Le demandeur peut se faire aider soit par une des associations partenaires de la MDPH, soit par la MDPH elle-même, celle-ci ayant pour mission d'assurer à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie. Mais en raison de la multiplication des demandes, la MDPH-76 ne peut accompagner toutes les personnes qui rencontrent des difficultés à exposer un projet correctement argumenté, ce qui dans certains cas peut être pénalisant. Par exemple, un demandeur sollicitant la PCH aura tout intérêt à éviter d'exprimer un besoin d'aide ménagère, qui ne relève pas de ce dispositif.

L'examen d'un échantillon de dossiers a permis de constater le caractère fréquemment lapidaire des projets de vie.

2 - Les visites à domicile

Dans le cadre de l'instruction de la PCH, la MDPH-76 réalise des visites au domicile du demandeur pour apprécier la configuration du logement et évaluer les solutions permettant de compenser le handicap. En 2016, elle a réalisé 1 032 visites à domicile pour 4 549 décisions PCH prises (23 %), contre 1 015 visites en 2015 pour 4 515 décisions PCH (22 %).

Ces visites sont demandées par l'équipe pluridisciplinaire, chaque fois qu'elle les juge utiles. Elles sont réalisées dans un délai en général inférieur à quatre mois par les travailleurs sociaux des UTAS, par des ergothérapeutes ou par des médecins ou encore par des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Les visites à domicile constituent le second goulot d'étranglement de la procédure des dossiers PCH (aide humaine et aides techniques). En 2016, la MDPH-76 a mobilisé 4,77 équivalents temps plein pour les réaliser. Rien n'indique que la MDPH-76 renonce à réaliser des visites à domicile par manque de moyens. L'échantillonnage a cependant démontré que ces visites sont le plus souvent demandées à une étape tardive de la procédure d'instruction, ce qui accentue le retard pris pour le traitement des demandes.

3 - Les références réglementaires

Le plan de compensation doit être établi conformément à des normes publiées et commentées dans les différents guides d'évaluation préparés par la CNSA à l'usage des MDPH. Ces guides sont en libre accès sur le site de la CNSA. Les usagers des MDPH peuvent donc aisément les consulter.

⁵⁵ CASF, article R. 146-29.

⁵⁶ CASF, article R. 146-28.

Ces références réglementaires sont d'application obligatoire. L'échantillonnage a permis de constater que les grilles d'évaluation sont utilisées⁵⁷, de manière plus ou moins complète.

En sus de ces normes, la MDPH-76 a notamment développé, avec l'aide de l'UNAFAM, une grille d'évaluation du handicap psychique.

4 - Le dialogue avec le demandeur est incomplet

Avant d'être arrêté par la CDAPH, le plan de compensation doit avoir été précédé d'un dialogue avec le demandeur ou sa famille. Pour cela, le plan de compensation doit être adressé à l'intéressé qui dispose alors de 15 jours pour faire part de ses observations. Cette exigence s'applique aux adultes comme aux enfants.

Les associations de défense des droits des personnes en situation de handicap estiment que cette étape est fréquemment contournée⁵⁸.

La MDPH-76 procède différemment selon les publics.

Pour les enfants, le plan de compensation du handicap devrait comprendre, lorsque l'enfant est en âge d'être scolarisé, un plan personnalisé de scolarisation⁵⁹. Or, la MDPH ne rédige pas ce plan au motif que le guide GENESIS ne comporte aucun champ pour le faire. En contrepartie de l'absence de plan, la MDPH indique qu'elle renforce la motivation de sa décision mais l'échantillonnage n'a pas permis de confirmer cette assertion. Par exception, un plan de scolarisation est adressé à la famille s'il existe un risque de rejet de la décision d'orientation.

Pour les adultes, le plan de compensation, limité à la PCH, est adressé à l'intéressé. L'échantillonnage n'a pas permis d'identifier des manques. Lorsque le demandeur conteste la pertinence du plan proposé par la MDPH, il est réexaminé par l'équipe pluridisciplinaire qui, dans quelques rares cas, procède à sa révision.

En tout état de cause, la CDAPH, qui statue sur la base d'une liste de dossiers, n'est pas informée des observations formulées par le demandeur en réponse au plan proposé.

La chambre demande à la MDPH d'élaborer systématiquement un plan personnalisé de scolarisation et de le transmettre à la famille du demandeur. Elle prend acte de l'engagement de la MDPH-76 d'y procéder lorsque le nouveau système d'information sera opérationnel.

F - Les décisions prises par la CDAPH

L'instruction des demandes se clôt par la décision ou l'avis rendu par la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH), avis ou décision qui devra ensuite être notifié à l'intéressé et aux partenaires concernés.

1 - Le demandeur n'est pas informé de la date d'examen par la CDAPH

Le demandeur doit pouvoir présenter ses observations devant la CDAPH. Il doit donc être informé de la date de présentation de son dossier à la CDAPH et de la possibilité de s'y faire assister ou représenter. Cette notification doit intervenir deux semaines avant la réunion de celle-ci⁶⁰. Le code laisse à la MDPH le choix du moyen par lequel cette information doit être délivrée.

⁵⁷ Selon la CNSA, 98 % des MDPH les appliquent.

⁵⁸ Cf. HOSPI MEDIA du 31 mars 2016 « Une enquête exhorte 19 MDPH à se mettre au plus vite en conformité avec la loi ».

⁵⁹ Code de l'éducation, article L. 112-2.

⁶⁰ CASF, article R. 241-30.

Comme de nombreuses MDPH, la MDPH-76 n'informe pas les demandeurs de l'inscription de leur demande à l'ordre du jour de la CDAPH. Pour se justifier, elle invoque la charge de travail que représenterait cette notification et le coût d'expédition de ces courriers.

Cette difficulté sera peut-être en grande partie résolue avec le « site web » puisque le demandeur pourra y trouver cette information. Mais cette évolution technologique, qui reste à confirmer, s'adressera aux personnes familiarisées au maniement de l'informatique. Les autres demandeurs resteront privés d'une information obligatoire.

La chambre rappelle à la MDPH-76 l'obligation de notifier à l'intéressé la date de passage de son dossier en CDAPH.

2 - Le mode de travail de la CDAPH en fait une chambre d'enregistrement

La CDAPH examine les demandes à partir d'une liste de dossiers dont le nombre est variable : 5 158 demandes le 28 novembre 2016, 11 360 demandes le 12 décembre 2016, 2 052 demandes le 9 janvier 2017. Figurent sur cette liste les demandes pour lesquelles l'équipe pluridisciplinaire n'a pas rencontré de difficulté particulière.

La CDAPH procède également à un examen approfondi de quelques dossiers choisis par l'équipe pluridisciplinaire parmi ceux susceptibles de poser des questions de principe : 3 le 28 novembre 2016, 7 le 12 décembre 2016 ; 9 le 9 janvier 2017.

La CDAPH utilise également son droit d'évocation mais avec une grande parcimonie⁶¹.

À la différence d'autres MDPH, la CDAPH n'a pas défini de règle d'évocation des dossiers, ce qu'aurait pu faire le règlement intérieur. Les dossiers ouverts sont donc ceux qui sont appelés par un des membres de la CDAPH.

En définitive, sauf rare exception, la CDAPH suit la proposition de l'équipe pluridisciplinaire. Son travail se limite donc essentiellement à valider les propositions de l'équipe pluridisciplinaire.

3 - Ce mode de travail permet à la CDAPH de résorber le stock

Depuis 2014, le nombre de décisions prises par la CDAPH est supérieur au nombre de demandes déposées⁶². Exprimé en données cumulées, le stock a baissé de 22 578 unités sur la période 2010 – 2016. La tendance observée est très encourageante, même si elle s'explique par l'effet combiné de la baisse des demandes (2015 et 2016) et de la hausse des décisions (2014 et 2015), elle-même due à l'allongement des décisions attribuant l'AAH à cinq ans, prises sans demande des intéressés⁶³. Par suite, le nombre de demandes en instance a également baissé mais à un rythme moins élevé.

4 - La motivation des décisions est insuffisante

Les décisions de la CDAPH doivent être motivées, qu'elles soient positives ou négatives⁶⁴.

L'audit réalisé en 2014 par le département sur les conditions d'attribution de la PCH avait souligné le fait que les motivations étaient peu développées et trop standardisées.

⁶¹ 0 le 28/11/2016, 0 le 12/12/2016, 0 le 09/01/2017, 10 le 18/02/2016, 3 le 03/03/2016, 15 le 09/06/2016.

⁶² Cf. annexe 3.

⁶³ Décret n° 2015-387 du 3 avril 2015 : la durée de l'AAH peut être portée à cinq ans si le handicap et la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ne sont pas susceptibles d'une évolution favorable au cours de la période d'attribution. La CDAPH de la MDPH-76 a pris la décision, comme le décret l'y autorise, de prolonger d'office les durées d'AAH à cinq ans des allocataires ayant déjà eu deux décisions d'attribution antérieures.

⁶⁴ CASF, article R. 241-31.

L'examen d'un échantillon de dossiers par la chambre confirme cette faiblesse :

- les motivations sont exprimées sous une forme tautologique qui ne disent rien de la situation personnelle de l'intéressé (« *la CDAPH vous refuse le bénéfice de cette prestation parce que vous ne remplissez pas les conditions sus rappelées* ») ;
- les décisions qui attribuent une PCH aide humaine ne sont pas motivées ou le sont peu car c'est une décision qui a l'apparence d'une décision favorable (où le risque de contentieux est faible), alors qu'elle peut parfaitement faire suite à une demande d'un niveau supérieur ; par exemple, le demandeur peut estimer son besoin à quatre heures d'intervention à son domicile et n'obtenir que deux heures ;
- les motivations qui figurent sur les courriers de notification ne sont pas homogènes.

La MDPH a conscience de cette lacune. Pour y remédier, elle compte s'appuyer sur les conclusions d'un groupe de travail piloté par la CNSA qui doit proposer des modèles de courriers de notification qui ont vocation à être intégrés au nouveau système d'information des MDPH.

5 - La moitié des décisions sont prises au-delà du délai légal

La loi prévoit que les demandes doivent être traitées dans les quatre mois, faute de quoi le silence vaut rejet⁶⁵. La norme des quatre mois s'applique à toutes les demandes, c'est-à-dire quelle que soit l'aide sollicitée et qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un renouvellement.

Le délai moyen de traitement se calcule en principe entre la date à laquelle le dossier est recevable, c'est-à-dire complet au sens du code, et la date de la décision de la CDAPH. La CNSA indique que sur les soixante-huit MDPH qui ont communiqué leur délai de traitement, seules quarante le calculent à partir de la date de recevabilité, les autres ayant des pratiques hétérogènes.

Pour sa part, la MDPH-76 calcule son délai moyen de traitement à partir de la date de recevabilité de la demande, telle qu'elle est prévue par le code, c'est-à-dire à la réception des quatre pièces mentionnées sur le formulaire⁶⁶. Les autres pièces qui peuvent être demandées ultérieurement par la MDPH n'ont donc pas d'effet sur la date retenue.

La date de recevabilité n'est pas notifiée à l'intéressé, sauf si celui-ci le demande, ou s'il est lui-même venu déposer sa demande à la MDPH⁶⁷, ce qui rend la computation du délai de recours plus aléatoire. En pratique, cette absence de notification est d'une portée limitée car toutes les demandes font l'objet d'une décision explicite même lorsqu'elle intervient au-delà des quatre mois. En revanche, cette absence de notification suscite des appels qui encombreront le standard téléphonique. La mise en œuvre du « site Web » devrait modifier les choses puisque le demandeur pourra connaître l'état de son dossier à tout instant. Mais vu la timidité de son démarrage, il faudra du temps pour que les effets se fassent sentir.

Le délai moyen de traitement est passé de 2,6 mois en 2012 à 4,8 mois en 2015 et à 4,5 mois en 2016. En 2016, la moitié des décisions ont été prises dans un délai inférieur à 4 mois (49,2 %), soit une amélioration sensible par rapport à 2015 (43,7 %).

⁶⁵ CASF, article R. 241-33.

⁶⁶ Certificat médical de moins de trois mois décrivant le handicap, un justificatif d'identité, un justificatif de domicile et, le cas échéant, une attestation de jugement en protection juridique.

⁶⁷ Dès lors qu'il est complet, son dossier est enregistré, la date de dépôt se confond donc avec la date à laquelle il est complet. Dans le cas contraire, il repart avec son dossier incomplet.

Tableau n° 4 : Le délai moyen par type de demande

en mois	2012	2013	2014	2015	2016
Délai moyen	2,6	3	4	4,8	4,5
AAH	2,7	3,2	3,9	4,8	4,4
AEEH	3,0	3,9	3,5	4,3	4,4
PCH	4,2	3,9	3,3	3,9	3,7
Carte européenne de stationnement	2,6	3,5	4,8	5,2	5,0
Carte d'invalidité ou de priorité	2,6	3,5	4,8	5,2	4,8
Orientation en ESSMS adultes		1,7	2,0	2,4	2,8
Orientation emploi et orientation pro	2,0	2,4	3,5	5,1	3,8
Reconnaissance de QTH	2,0	2,3	3,4	4,9	4,2
Orientation scolaire	3,0	3,5	4,1	4,4	4,4

L'allongement du délai de traitement n'est pas propre à la MDPH-76. Selon la CNSA, le délai moyen national était de 4,5 mois en 2015 pour les adultes et de 3 mois et de deux semaines pour les enfants.

6 - Le délai de notification des décisions s'ajoute au délai légal

Les décisions⁶⁸ sont notifiées au demandeur et aux organismes concernés (au département pour la PCH, à la CAF pour l'AAH, aux ESSMS pour les orientations). Cette notification prend la forme d'un courrier simple. La dématérialisation permettra à terme de notifier les décisions par courriel, en lieu et place des décisions par lettre ou en plus de ces décisions.

Les décisions de la CDAPH sont éditées par le système d'information (GENESIS) mais certaines doivent être retraitées. Elles sont ensuite mises sous enveloppe manuellement. La multiplication de ces manipulations retarde la notification des décisions, ce délai s'ajoutant au délai légal de quatre mois.

La MDPH-76 s'est fixé pour objectif de notifier les décisions dans les quinze jours suivant la réunion de la CDAPH (c'est-à-dire avant la prochaine CDAPH), ce qu'elle ne parvient pas toujours à faire, notamment lorsque le nombre de dossiers examinés par la CDAPH est important. Elle indique cependant que cet objectif est atteint depuis la fin 2016.

7 - Un taux d'accord proche des moyennes nationales

Les taux d'accord et de refus sont des indicateurs importants puisqu'ils sont directement corrélés à la qualité de l'information donnée aux demandeurs, donc à l'efficacité de l'accueil. Le tableau 2 de l'annexe 3 ne mentionne qu'une partie des décisions prises par la CDAPH, pour lesquelles le taux d'accord a le plus de sens.

En 2016, la MDPH-76 a pris près de 22 000 décisions de refus, soit 24,8 % des décisions ou avis. Ce taux devrait l'inciter à réévaluer son dispositif d'information et d'accueil, notamment pour les dossiers les plus générateurs de rejets et les plus chronophages, et à réévaluer son organisation (renforcement du service d'accueil, y compris celui présent en UTAS, appui sur le réseau des CCAS, des CLIC et MAIA ...).

⁶⁸ La MDPH-76 édite une décision par catégorie de demande ; une personne ayant sollicité l'AAH, la PCH et une carte de stationnement, recevra quatre décisions, trois de la MDPH-76 et une de l'État (carte).

8 - Focus sur les conditions d'attribution de la prestation de compensation du handicap⁶⁹

Droit institué par la loi du 11 février 2005, la prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide financière personnalisée destinée à compenser les besoins des personnes en situation de handicap présentant une difficulté absolue ou deux difficultés graves à réaliser une ou plusieurs activités parmi les dix-neuf activités du référentiel d'accès à la PCH.

La PCH comprend cinq éléments : les aides humaines, les aides techniques, l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport, les charges spécifiques ou exceptionnelles et enfin, les aides animalières.

La PCH s'adresse aussi bien aux personnes vivant à leur domicile qu'à celles résidant en établissement. Elle a remplacé en 2006 l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), mais les bénéficiaires de cette dernière peuvent choisir de continuer à la percevoir tant qu'ils en remplissent les conditions d'attribution et qu'ils en expriment le choix à chaque renouvellement de leurs droits. Enfin, depuis juillet 2008, les enfants sont éligibles à la PCH.

La PCH est payée par le département et partiellement financée par un concours financier de la CNSA.

Avec 685 demandes de PCH pour 100 000 habitants âgés de 20 à 59 ans, le département de la Seine-Maritime se situe dans le bas de la fourchette nationale (159 demandes pour 100 000 habitants à 1 685) et en dessous de la moyenne qui ressort à 766 demandes pour 100 000 habitants.

Tableau n° 5 : Les demandes de PCH déposées à la MDPH-76 et décisions prises par la CDAPH

	2012*	2013	2014	2015
Nombre total des demandes		4 086	4 020	4 326
Nombre de demandes PCH adultes		3 869	3 805	4 139
dont 1ère demande		nc	nc	nc
Nombre de demandes PCH enfants		217	215	187
dont 1ère demande		nc	nc	nc
Nombre de décisions adultes et enfants		4 607	4 343	4 515
dont décisions favorables		1 567	1 609	1 703
Taux d'accord adultes et enfants		34,0 %	37,0 %	37,7 %

Source : MDPH 76, rapport d'activité ; * données 2012 non fiables

Selon la CNSA, le taux d'accord de la PCH était de 43 % pour les enfants et de 47 % pour les adultes, avec une très forte dispersion allant de 31 et 83 %⁷⁰. La MDPH-76 ne calcule qu'un taux d'accord global. Celui-ci ressortait à 37 % en 2015 et 2016, soit 10 points en dessous de la moyenne nationale. En revanche, en 2012, ce taux était supérieur de dix points, à 46 %.

Pour expliquer ce taux d'accord, la MDPH-76 indique que la PCH est une prestation complexe, difficile à expliquer aux usagers et aux partenaires par qui transite une partie des demandes.

La CNSA a tenté d'analyser la disparité des taux d'accord et d'identifier les facteurs déterminants expliquant un taux d'accord faible, parmi lesquels le choix de ne pas réaliser

⁶⁹ Les conditions d'attribution de la PCH ont fait l'objet d'un rapport de la direction du contrôle de gestion du département de la Seine-Maritime (décembre 2014).

⁷⁰ CNSA, Rapport PCH, compréhension de la disparité, page 48.

systématiquement une visite à domicile, ou un nombre élevé de demandes. Mais les conclusions de cette étude n'apparaissent pas convaincantes et la MDPH-76 ressort comme étant un contre-exemple.

Les décisions⁷¹ prises portent pour moitié sur l'aide humaine et dans un quart sur les aides techniques, soit des chiffres un peu plus élevés que ceux constatés au niveau national.

Tableau n° 6 : La répartition des cinq éléments de la PCH (tous publics), année 2015

	Seine-Maritime		France
	nb décis.	en %	en %
1 aides humaines	1 270	57,0 %	50,1 %
2 aides techniques	519	23,3 %	16,0 %
3 aménagement du logement	334	15,0 %	14,5 %
4 charges spécifiques et exceptionnelles	98	4,4 %	19,2 %
5 aides animalières	7	0,3 %	0,2 %
Total	2 228		

Source : MDPH 76, rapport d'activité

Selon la DREES, le coût moyen de la PCH et de l'ACTP des 21 départements de la strate (entre 1 et 2 millions d'habitants) était de 7 393 € par bénéficiaire en 2014, avec une médiane à 7 166 €. En Seine-Maritime, le montant de la PCH et de l'ACTP était de 7 650 €. Le coût moyen de la PCH est donc légèrement plus élevé en Seine-Maritime.

Cet écart est confirmé lorsque l'on compare les différents éléments de la PCH, notamment pour l'aide humaine où la CDAPH dispose de la plus grande marge de manœuvre.

Tableau n° 7 : le coût moyen de la PCH, année 2015

	2015		2016
	Seine-Maritime	France	Seine-Maritime
1 aides humaines	892 €	837 €	915 €
2 aides techniques	1 064 €	835 €	878 €
3	aménagement du logement	3 429 €	3 007 €
	aménagement du véhicule	2 856 €	2 481 €
	surcoût frais de transport ponctuels	3 453 €	
	surcoûts frais transport mensuel	142 €	133 €
4	charges spécifiques	69 €	60 €
	charges exceptionnelles	418 €	587 €
5 aides animalières	50 €	49 €	50 €

Source : MDPH 76, rapport d'activité, CNSA pour les données France

La comparaison du coût de la PCH entre départements et avec la moyenne nationale est délicate car s'il existe un tarif national de référence (arrêté du 28 décembre 2005), le tarif « aide humaine en cas de recours à un prestataire » est fixé par chaque président du conseil départemental.

Quant au financement de la PCH, la CNSA indique que le taux de couverture de la PCH seule était de 40 % en 2015 et de 33 % pour le bloc PCH - ACTP. Le tableau qui suit indique qu'en Seine-Maritime, ce taux de couverture était de 37 % pour la PCH seule et de 27 % pour le bloc PCH-ACTP.

⁷¹ Dans ce tableau, le nombre de décisions est de 2 228 contre 1 703 dans le tableau précédent, car une décision favorable peut conduire à attribuer une aide ou plusieurs aides (humaine et technique par exemple).

Tableau n° 8 : Le financement de la PCH et de l'ACTP

	2012	2013	2014	2015
montant net des prestations versées	39 334 106 €	38 898 060 €	38 578 042 €	38 786 214 €
PCH adultes	24 875 429 €	25 310 767 €	26 196 023 €	27 364 733 €
ACTP	12 523 250 €	11 591 233 €	10 730 357 €	10 033 019 €
PCH enfants	2 476 356 €	2 255 171 €	1 952 896 €	1 922 552 €
indus PCH (c.7535)	-540 929 €	-259 111 €	-301 234 €	-534 090 €
concours CNSA	10 613 381 €	10 966 928 €	10 669 046 €	10 625 275 €
taux de couverture (PCH seule)	39,6 %	40,2 %	38,3 %	37,0 %
taux de couverture (PCH et ACTP)	27,0 %	28,2 %	27,7 %	27,4 %

Source : MDPH 76 et compte de gestion du département

G - Le contentieux des décisions

Les décisions de la CDAPH peuvent être contestées de différentes façons :

- recours gracieux, adressé au président de la MDPH ;
- recours contentieux⁷², porté devant la juridiction spécialisée du contentieux technique de la sécurité sociale, ou devant la juridiction administrative (recours relatifs à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, à l'orientation professionnelle et la carte de stationnement).

Selon la CNSA, le taux moyen de recours (gracieux et contentieux) était de 2,1 % en 2015 et de 2,2 % en 2016. Pour la moitié des MDPH, les recours gracieux représentent 85 % des recours.

La MDPH-76 présente dans son rapport d'activité le nombre de recours gracieux. Ce taux était de 2,8 % en 2014 et 2015 et de 3,5 % en 2016, ce qui représente une augmentation de 18,2 % des recours gracieux entre 2015 et 2016. Cette performance globale masque des taux de recours parfois élevés : supérieurs à 5 % pour la PCH et l'AEEH, et d'autres très faibles : 0,5 % pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Quant aux recours contentieux, la MDPH-76 comptabilise les décisions rendues dans l'année, soit 374 en 2016 et 327 en 2015.

Pour tenter de comparer ces données au taux national publié par la CNSA, il convient d'additionner le nombre de recours gracieux et le nombre de décisions juridictionnelles rendues dans l'année. Ainsi calculé, avec une marge d'erreur qu'il est difficile d'estimer⁷³, le taux de recours de la MDPH-76 ressort à 4 % en 2016, ce qui est très nettement supérieur à celui de la moyenne des MDPH (2,2 %). La chambre estime que le renforcement de la motivation des décisions de la CDAPH serait de nature à faire baisser ce taux.

⁷² CASF, article L. 241-9.

⁷³ Des recours gracieux et contentieux peuvent intervenir au cours de la même année civile.

H - La mise en œuvre effective des décisions prises

La MDPH n'est pas responsable de l'exécution des décisions prises par la CDAPH mais doit apporter à la personne en situation de handicap et à sa famille l'aide nécessaire à la mise en œuvre de la décision la concernant⁷⁴.

Compte tenu de l'insuffisance des places disponibles en ESSMS, les difficultés à trouver un établissement d'accueil sont réelles. Or la MDPH-76 n'accompagne pas les intéressés, lesquels doivent affronter cette difficulté qui se traduit par une attente plus ou moins longue.

La MDPH reconnaît que ce « *rôle de suivi des décisions de CDAPH pourra être pleinement réalisé lorsque les fichiers des organismes concernés (éducation nationale, CAF, pôle emploi ESMS) seront mis en lien avec ceux de la MDPH-76.* »

C'est notamment à cette fin que le module de suivi des places en ESSMS a été ajouté au système d'information de la MDPH-76 et que désormais, les décisions d'orientation qui y figurent sont cotées. Les ESSMS sont donc informés de l'urgence de la décision prise. Cette cotation ne crée cependant à leur endroit aucune obligation d'accueil.

Au titre de cette mission, la MDPH-76 devrait également, six mois avant l'expiration de la période d'attribution d'une aide humaine de la PCH, prévenir le bénéficiaire pour l'inciter à renouveler sa demande, ceci afin d'éviter les ruptures de droits⁷⁵. Comme plus de 30 % de MDPH, la MDPH-76 n'a pas mis en place cette procédure d'alerte, faute de temps. Cette lacune avait pourtant été identifiée en 2014 dans le cadre de l'audit réalisé par le département sur la PCH.

La chambre rappelle à la MDPH-76 qu'elle doit prévenir les bénéficiaires de la PCH de l'échéance de leurs droits.

Si l'implication de la MDPH-76 est insuffisante sur ces deux premiers aspects, il en va différemment sur deux dispositifs plus récents : les situations critiques et la réponse accompagnée pour tous.

1 - Les situations critiques

Une situation critique répond à deux conditions cumulatives :

- une situation dont la complexité de la prise en charge entraîne pour les personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement ;
- une situation dans laquelle l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

La commission des situations critiques est chargée d'identifier les éléments de blocage et de faire émerger une solution adaptée, qui sera présentée à la CDAPH. Lorsqu'elle n'y parvient pas, elle doit saisir le référent régional de l'ARS.

Une commission des situations critiques a été mise en place par la MDPH-76 en février 2014. Depuis sa création elle a traité entre 24 et 39 cas par an. La grande majorité de ces cas ont été reconnus comme étant des situations effectivement critiques et ont trouvé une solution d'accueil en ESSMS, soit définitive, soit provisoire. Un seul cas sans solution a été signalé à l'ARS. Deux cas ont fait l'objet d'un signalement au juge des enfants.

⁷⁴ CASF, article L. 146-3.

⁷⁵ CASF, article D. 245-35.

2 - Le plan d'accompagnement global

La loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé, a ajouté au plan de compensation du handicap, un plan global d'accompagnement.

Le plan d'accompagnement global consiste à planifier les moyens permettant de mettre en œuvre le plan de compensation du handicap sur une période pouvant varier en fonction des besoins de la personne.

Ce plan est construit avec l'accord préalable de l'intéressé et prévoit la désignation d'un coordonnateur qui s'assurera de la mise en œuvre de ce plan et éventuellement de la constitution d'un groupe opérationnel de synthèse réunissant les professionnels concernés⁷⁶. Ce plan d'accompagnement est élaboré à l'initiative de l'équipe pluridisciplinaire dans deux situations : en cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ou en cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne.

Ce dispositif a fait l'objet d'une phase d'expérimentation par vingt-trois MDPH dont la MDPH-76 qui s'était portée candidate dès 2015. Elle dispose en effet d'une certaine antériorité pour avoir expérimenté les groupements opérationnels locaux de concertation (GOLC) qui avaient pour mission de rechercher des solutions particulières pour des jeunes en situation de handicap, relevant de la protection de l'enfance et souffrant de troubles du comportement.

Il a été généralisé en janvier 2018.

I - Les décisions du fonds départemental de compensation du handicap

Le fonds permet de compléter le financement de la prestation de compensation du handicap, afin que le reste à la charge du demandeur n'excède pas 10 % de ses ressources personnelles. Les modalités de calcul de ce seuil de 10 % devaient être précisées par décret. Or ce décret n'est jamais paru, ce qui explique que les modalités de gestion du fonds diffèrent d'un département à un autre.

1 - Les contributions des financeurs

Chaque année, le fonds est abondé par les six financeurs, cinq en particulier car la contribution du régime social des indépendants est quasi inexistante, ses ressortissants étant très peu concernés.

Au cours de la période 2007-2016, ce fonds a été doté d'environ 3,9 M€⁷⁷. Ce chiffre est assez différent de celui qui figure au rapport d'activité de la MDPH-76, qui a l'inconvénient de considérer que la contribution des financeurs est composée des contributions de l'année ajoutées au reliquat de l'année précédente, ce qui a pour effet de grossir artificiellement l'effort financier de chacun.

À ces contributions annuelles, il convient d'ajouter le solde du « site de la vie autonome », soit 265 182 €.

Sur la période 2007 à 2016, le principal financeur du fonds est l'État, devant les CPAM. Sur la période 2012 - 2016, le département de la Seine-Maritime n'a pas contribué au fonds.

La MDPH-76 ne connaît pas à l'avance le montant des contributions des financeurs, État compris. Ces contributions lui sont annoncées, à des dates très variables et souvent tardives.

⁷⁶ Il peut prévoir diverses mesures d'accompagnement telles que des interventions thérapeutiques, éducatives, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants.

⁷⁷ Cf. annexe 4.

2 - La gestion des opérations du fonds

En Seine-Maritime, la gestion du FDCH est assurée par la MDPH.

Ces opérations devraient être gérées à l'aide du système d'information de la MDPH comme le prévoit le code⁷⁸ mais, comme indiqué précédemment, cette fonctionnalité n'est pas disponible dans GENESIS. La MDPH utilise donc un simple tableur pour sa gestion. Cette tâche est d'autant plus ardue que les contributions des financeurs ne sont pas fongibles. Ainsi pour chaque dossier, le comité de gestion se prononce sur le financement d'une aide matérielle et/ou humaine mais en réalité chaque financeur garde la maîtrise de son enveloppe. Le suivi opéré par la MDPH-76 distingue donc les engagements de chaque financeur.

3 - Les modalités d'examen des dossiers par le comité de gestion du fonds

Le règlement intérieur définit les modalités d'examen des demandes mais également les critères d'éligibilité. Ce règlement se caractérise par une grande souplesse.

Le choix des dossiers présentés au comité de gestion est opéré par les agents administratifs de chaque pôle, à l'issue de l'examen de la demande par l'équipe pluridisciplinaire. La sélection est faite en fonction des ressources réelles du demandeur et non du reste à charge de 10 % tel que prévu par la loi, principalement parce qu'à défaut du décret précité, il est difficile d'apprécier ce seuil. Sur un échantillon de vingt-trois dossiers soumis au FDCH, deux ont bénéficié d'un financement par le fonds inférieur à 85 % du reste à financer, ce qui signifie que le reste à charge pour l'intéressé était d'environ 15 %. Selon le bilan du fonds pour 2015, tel que présenté au comité de gestion du FDCH, le reste à charge atteignait en moyenne 8 % du projet. Il s'élevait à 7,7 % dans l'échantillon des 23 dossiers consultés par la chambre.

La très grande majorité des financements portent sur des achats de fauteuils, d'appareils auditifs, plus rarement sur des travaux d'aménagement d'un véhicule ou d'un logement. Pour certaines de ces rubriques, le règlement du fonds a d'ailleurs fixé des montants de référence.

Les décisions de refus sont peu nombreuses (14 sur 153 en 2015, 16 sur 149 en 2016), ce qui s'explique par la sélection opérée en amont par les agents des pôles. Les refus sont le plus souvent motivés par les revenus du demandeur.

Le versement des fonds est subordonné à la réalisation effective du projet.

4 - Les engagements du fonds

Sur la période 2012 - 2016, les financements accordés sont en diminution.

Tableau n° 9 : Les décisions d'attribution du fonds

	2012	2013	2014	2015	2016
nb de décisions	187	203	170	153	149
dt décisions positives	166	179	140	139	133
	88,8 %	88,2 %	82,4 %	90,8 %	89,3 %
montant total accordé dans l'année	365 009 €	322 570 €	214 272 €	331 177 €	227 680 €
moyenne par bénéficiaire	2 199 €	1 802 €	1 531 €	2 383 €	1 712 €

Source : MDPH76

⁷⁸ CASF, article R. 146-38.

V - LES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

Les MDPH ont été créées à partir des COTOREP et des CDES. Les moyens humains et financiers de ces structures ont donc été mis à la disposition des MDPH par la convention constitutive du GIP. Le département y a ajouté le poste de directeur, financé sur ses propres fonds, ainsi que des moyens humains et matériels financés par la dotation de fonctionnement allouée par la CNSA au département. Le développement des MDPH devait ensuite être assuré par l'augmentation de cette dotation de fonctionnement, de façon à permettre aux départements de recruter des agents supplémentaires pour adapter les effectifs à la forte hausse des demandes. En réalité, l'écart entre la dotation de fonctionnement attribuée par la CNSA et les dépenses réelles du département n'a cessé de se creuser pour atteindre plus de 1 M€ en 2016.

A - Les moyens humains

À sa création, l'effectif de la MDPH-76 était de 31,1 ETP, soit 25,1 ETP mis à disposition par l'État (15,6 ETP pour la DDASS, 6,5 pour la DDTEFP, 3 pour l'inspection académique), 1 ETP mis à disposition par le département et 5 contractuels. Au fur et à mesure des départs non remplacés (retraite, évolution de carrière⁷⁹), la part relative des contractuels n'a cessé d'augmenter pour atteindre 27,5 %, contre 72,5 % pour les personnels statutaires mis à disposition.

1 - L'état des effectifs affectés au fonctionnement de la MDPH-76

a - Un effectif en évolution

L'appréhension des effectifs est malaisée car le traitement des dossiers associe à l'intervention des salariés de la MDPH-76, celle de partenaires aux différentes étapes de la procédure (associations impliquées dans l'information et l'accompagnement des usagers, institutions médico-sociales associées à l'équipe pluridisciplinaire, enseignants chargés de la mise en œuvre des décisions), ainsi qu'au fonctionnement de la MDPH (fonctions mutualisées avec le département de la Seine-Maritime). Ces contributions donnent lieu pour certaines à des contributions financières, alors que d'autres ne sont pas rémunérées.

Par conséquent, l'effectif de la MDPH-76, tel qu'il apparaît dans ses comptes et dans ses rapports d'activité, rend très partiellement compte de la force de travail mobilisée. La comparaison avec les autres MDPH, qui sont confrontées aux mêmes problématiques, reste donc hasardeuse, comme le reconnaît la CNSA.

De plus, la MDPH-76 n'a pas été en mesure de fournir le nombre d'heures payées dans l'année (payées par la MDPH-76 et par ses partenaires), ce qui aurait permis d'appréhender plus finement la réalité de l'effectif disponible⁸⁰.

En dépit de ces incertitudes, et si l'on s'en tient aux personnels intervenant directement dans le processus de traitement des demandes, l'effectif payé a augmenté entre 2012 et 2016 de 15,3 ETP soit 22,6 %. Il atteignait près de 90 ETP en 2016, soit, comparé à l'effectif de départ (31,1 ETP), plus qu'un doublement.

Du fait de sa stabilité, la prise en compte des membres de l'équipe pluridisciplinaire ne change pas le sens de l'analyse.

⁷⁹ Ces départs se sont accélérés depuis 2015 : 16 départs contre 8 en 2013 et 8 en 2014. Sur l'ensemble de la période, ces départs sont constitués à 50 % de démissions, mutations ou retours dans les administrations d'origine. Pour l'autre moitié, il s'agit principalement de fins de CDD (22 %) et de départ à la retraite (19 %), le surplus étant constitué de congés parentaux ou d'arrêts maladie.

⁸⁰ Cf. annexe 5.

La hausse de l'effectif global est nette à partir de 2014 et s'accélère en 2015 et 2016.

Entre 2012 et 2016, le nombre de demandes rapporté à l'effectif global est passé de 1,10 ETP pour mille dossiers à 1,27 ETP. La hausse des effectifs a donc permis d'amortir (en partie) la surcharge de travail due à l'augmentation du nombre des demandes.

De plus, il résulte d'un audit réalisé en septembre 2015 par un bureau d'études que la situation de la MDPH-76 serait moins favorable que celle de ses homologues. Ainsi, les MDPH qui reçoivent plus de 60 000 demandes par an affichent un ratio allant de 0,96 ETP pour 1 000 demandes à 2,04. Avec un ratio de 0,9 en 2014, la MDPH-76 se situerait (sous réserve de la comparabilité de la formule de calcul) dans le bas de la fourchette.

b - Un taux d'encadrement faible

En termes de répartition des agents entre les catégories d'emploi A, B et C, la MDPH-76 se démarque sensiblement de la moyenne nationale puisque la part des catégories A et B accuse un retard de près de 15 points par rapport à la moyenne des MDPH.

Tableau n° 5 : Répartition des agents par catégories d'emploi

	MDPH 2012	MDPH 2013	MDPH 2014	MDPH 2015	MDPH 2016	CNSA 2014 et 2015
Catégorie A	16,5 %	15,1 %	17,0 %	17,7 %	18,4 %	24,0 %
Catégorie B	13,2 %	14,9 %	16,5 %	18,0 %	19,2 %	25,0 %
Catégorie C	70,3 %	70,0 %	66,5 %	64,3 %	62,4 %	51,0 %

Sources : Fichier RH MDPH76 + Rapports CNSA décembre 2015 et 2016

2 - Le statut des personnels

Le personnel des MDPH comprend quatre catégories de salariés : des personnels mis à disposition par les parties à la convention constitutive, des fonctionnaires placés en détachement, des contractuels de droit public et/ou des contractuels de droit privé. Ils sont tous placés sous l'autorité de son directeur et soumis à ses règles d'organisation et de fonctionnement.

Le personnel de la MDPH-76 ne compte aucun fonctionnaire détaché mais des fonctionnaires mis à disposition, des contractuels de droit public et des contractuels de droit privé (contrats aidés).

a - Les agents mis à disposition

La mise à disposition d'un fonctionnaire fait l'objet d'une convention. Elle donne lieu au remboursement, par l'administration d'accueil, du traitement versé par son administration d'origine⁸¹. La règle du remboursement connaît des dérogations possibles notamment lorsque le fonctionnaire est mis à la disposition d'un groupement d'intérêt public.

S'agissant du remboursement des rémunérations, la loi du 28 juillet 2011 prévoit que les mises à disposition des agents de l'État auprès des MDPH donnent lieu à remboursement, et renvoie à la CPOM adossée aux statuts le soin d'en préciser les conditions. En revanche, la loi ne dit rien des agents du département mis à disposition. Le droit commun des GIP prévoit au contraire que les ressources du GIP sont constituées d'agents mis à disposition sans contrepartie financière.

Les MDPH sont donc confrontées à un système dual : la rémunération des fonctionnaires de l'État mis à disposition doit être remboursée, alors que celle des agents du département peut ne pas l'être.

⁸¹ Cf. l'article 42-II de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 (modifiée).

Jusque-là, la MDPH-76 a fait le choix de ne rembourser aucune mise à disposition et de considérer ces situations comme la contribution de ses membres au fonctionnement du GIP. Il lui appartient de mettre en œuvre la loi du 28 juillet 2011 en remboursant les charges afférentes aux agents de l'État mis à disposition.

S'agissant de la convention de mise à disposition, elle peut être individuelle ou collective. Elle doit définir la nature des fonctions exercées, les conditions d'emploi de l'intéressé, les modalités de contrôle et d'évaluation de ses activités, les modalités de remboursement de sa rémunération, et préciser les missions de service public confiées à l'intéressé. Enfin, la convention doit avoir été approuvée par l'intéressé.

Les agents du département mis à disposition font l'objet d'une convention unique. La dernière version (2016-2018) répond aux exigences légales à l'exception notable des fonctions confiées aux intéressés. Au surplus, la liste jointe à la convention ne comporte que 39 noms sur les 46 postes d'agents mis à disposition. La directrice de la MDPH fait l'objet d'une convention individuelle de mise à disposition, convention qui présente les mêmes lacunes que la convention collective.

Les agents de l'État (DIRECCTE et DDCE) sont mis à disposition par une convention de février 2006. Ceux du ministère de l'éducation nationale le sont par une convention d'avril 2006. La loi du 28 juillet 2011 a réduit la durée de validité des mises à disposition des agents de l'État qui sont désormais prononcées pour une durée de cinq ans et renouvelables pour des périodes équivalentes. Les deux conventions précitées sont donc désormais obsolètes et doivent être renouvelées.

b - Les contractuels de droit public

Les salariés contractuels de la MDPH-76 sont recrutés après un appel à candidatures via le centre de gestion de la FPT et d'autres vecteurs⁸².

Les contrats examinés n'appellent pas d'observation.

3 - Le respect des engagements pris

Les annexes à la convention constitutive précisent le nombre et le profil des personnels mis à la disposition de la MDPH-76 par les membres du GIP.

Pour respecter les engagements pris, les partenaires de la MDPH peuvent soit mettre un salarié à sa disposition, soit lui verser l'équivalent de son traitement, charges comprises, et ainsi compenser financièrement son absence.

Évaluer le respect des engagements pris par les partenaires passe donc par l'évaluation des écarts entre le nombre d'agents mis à disposition, puis par l'évaluation des compensations financières, de façon à déterminer si ces dernières correspondent effectivement aux agents absents.

a - Les agents effectivement mis à la disposition

L'examen des personnels réellement mis à disposition par les membres du GIP révèle des écarts avec les engagements pris.

⁸² Pour les personnels médicaux, l'établissement s'adresse aux ordres professionnels (médecins, infirmières) et complète cette information par des contacts directs auprès des hôpitaux. S'agissant des personnels administratifs, la publication passe par la bourse d'emploi créée par le département, sur son site internet, ainsi que par un partenariat signé avec Pôle emploi, notamment en ce qui concerne le recours aux emplois aidés.

Tableau n° 6 : État des salariés mis à la disposition de la MDPH 76 (au 31/12/N)

	2012			2013			2014			2015			2016		
	Prévu	Réalisé	≠	Prévu	Réalisé	≠	Prévu	Réalisé	≠	Prévu	Réalisé	≠	Prévu	Réalisé	≠
DÉPARTEMENT 76	37	42,1	5,1	39	38,2	-0,8	39	40,5	1,5	43	42,2	-0,8	47	45,3	-1,7
DDCS	15,6	9,2	-6,4	15,6	9,2	-6,4	15,6	8,2	-7,4	15,6	6,4	-9,2	15,6	5,4	-10,2
DIRECCTE	6,5	6	-0,5	6,5	6	-0,5	6,5	6	-0,5	6,5	6	-0,5	6,5	5	-1,5
INSP. ACADÉMIQUE	3	3	0	3	3,5	0,5	3	3	0	3	4	1	3	5	2,0
sous-total État	25,1	18,2	-6,9	25,1	18,7	-6,4	25,1	17,2	-7,9	25,1	16,4	-8,7	25,1	15,4	-9,7
TOTAL	62,1	60,3	-1,8	64,1	56,9	-7,2	64,1	57,7	-6,4	68,1	58,6	-9,5	72,1	60,7	-11,4

Source : Convention GIP et Conventions bilatérales + Fichiers MDPH des personnels

Le département de la Seine-Maritime a respecté ses engagements, à l'exception de l'année 2016 où il restait redevable de 1,7 ETP. À cet égard, il convient de préciser que ce calcul intègre la présence des trois agents du département travaillant à la MDPH-76 et identifiés comme hors convention.

S'agissant des services de l'État, seule l'inspection académique répond à ses obligations et va même au-delà. En revanche, en 2016, la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) et la direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) accusaient un retard respectif de 10,2 ETP et 1,5 ETP⁸³.

Sur les effectifs mis à disposition, il apparaît que ni le département la dernière année, ni surtout l'État ne respectent leurs engagements, avec pour ce dernier un retard de 9,7 ETP en 2016.

b - La compensation financière des absents

L'État s'est fixé des règles en vue de normaliser l'indemnisation des postes mis à disposition mais demeurés vacants⁸⁴. Ces règles se caractérisent par leur caractère restrictif puisque ne sont pas indemnisés les congés de longue maladie, les congés de maladie de longue durée, les congés de maternité, les congés de formation, les périodes de vacances de moins de six mois entre le départ d'un agent et son remplacement. De même, le montant de l'indemnisation varie en fonction du motif de départ de l'agent : si ce départ est motivé par un retour dans son administration d'origine, l'indemnisation est forfaitaire (30 000 €), quel que soit le grade de l'agent. À l'inverse, si ce départ est motivé par exemple par un départ en retraite ou une mutation, l'indemnisation tiendra compte de son grade. Dans un cas comme dans l'autre, la fonction exercée est sans effet sur le montant de l'indemnisation⁸⁵. Enfin, ne sera pas indemnisée la fin de mise à disposition décidée à la demande de la MDPH, ni le poste vacant ayant fait l'objet de trois propositions refusées par la MDPH.

Ces règles ont été imposées par l'État, sans négociation avec les signataires de la convention constitutive du GIP.

⁸³ En réalité, l'écart serait de 2 ETP par la DIRECCTE car la MDPH-76 estime que l'engagement contractuel était de 7 ETP et non de 6,5. Ce différend porte sur un agent de traitement informatique. L'avenant n° 2, signé le 17 juillet 2017, rectifie cette anomalie en portant à 7 (au lieu de 6,5) le nombre d'ETP mis à disposition de la MDPH-76 par la DIRECCTE. L'écart est donc désormais de 2 ETP.

⁸⁴ Instruction n° 2011-132 du 8 avril 2011, annexe I.

⁸⁵ Valorisation des postes vacants relevant de la fongibilité asymétrique (départ de l'agent de son service d'origine (départ en retraite, mutation)) : catégorie A : 62 000 €, catégorie B : 46 700 €, catégorie C : 33 000 €. Les autres postes vacants (retours dans l'administration d'origine) sont valorisés sur une base forfaitaire de 30 000 € par poste.

La MDPH-76, ayant dans ses rangs plusieurs agents en congé de longue maladie et ayant récemment vu le départ d'un agent de catégorie B qui exerçait des fonctions d'encadrement d'un pôle, est indemnisée à un niveau qu'elle estime insuffisant et contraire aux engagements contractuels pris par l'État.

De plus, même en appliquant les critères établis unilatéralement par l'État, un écart subsiste de plus de 47 000 € entre les indemnisations dues à la MDPH et celles qui lui ont été versées.

Tableau n° 7 : Compensation des mises à disposition non effectuées

	2012	2013	2014	2015	2016
DDCS	252 818 €	164 300 €	174 300 €	251 750 €	280 700 €
DIRECTTE	33 603 €	33 603 €	15 000 €	15 000 €	60 390 €
Total	286 421 €	197 903 €	189 300 €	266 750 €	341 090 €
évaluation MDPH-76	286 421 €	215 510 €	225 510 €	286 260 €	315 010 €
écart	0 €	-17 607 €	-36 210 €	-19 510 €	26 080 €
année n et en cumulé		-17 607 €	-53 817 €	-73 327 €	-47 247 €

Sources : MDPH-76 + État

Quoi qu'il en soit, au regard du coût d'un recrutement, l'indemnisation d'un agent absent n'est pas forcément défavorable à la MDPH. Ainsi, les recrutements opérés à la suite du départ en retraite de quatre agents de catégorie C se sont traduits par un solde positif, solde qui a même conduit la MDPH-76 à recruter deux agents de catégorie B pour remplacer deux des quatre agents partis. À l'inverse, le recrutement d'un cadre A expérimenté s'est opéré à un salaire supérieur à l'indemnisation accordée (62 000 € contre 68 160 €).

De même, ces écarts, appréciés au moment du recrutement des intéressés, ont vocation à se réduire ou à s'élargir. En effet, le salaire des intéressés progressera au gré des revalorisations contractuelles et indiciaires alors que la compensation financière des absents a vocation à rester stable. Ainsi, pour ces quatre agents, le solde deviendra négatif à une échéance comprise entre quatre ans et treize ans.

Enfin, au-delà du seul aspect financier, le recrutement d'un agent par la MDPH-76, en lieu et place d'un agent mis à disposition, lui permet de choisir en totale autonomie le profil des salariés qu'elle recrute, ce qui a sans doute pour effet de renforcer la cohésion de l'effectif.

4 - Le temps de travail et l'absentéisme

a - Le temps de travail des salariés de la MDPH-76

Selon le règlement intérieur adopté en 2012, les agents salariés de la MDPH travaillent selon un cycle de travail de « 37 h 30 hebdomadaire sur 5 jours, soit 7 h 30 par jour (département, GIP, APF), 27 jours de congés annuels et 15 jours d'ARTT ».

Ce régime appelle les observations suivantes :

- les salariés travaillant 5 jours par semaine, le nombre de jours des congés ordinaires devrait être de 25 (5 fois la durée hebdomadaire de travail) et non de 27 ; les deux jours supplémentaires, qui correspondent aux jours dits de fractionnement, ne peuvent être accordés sans condition ;

- le temps de travail effectif des agents de la MDPH-76 peut être évalué de la façon suivante : 365 jours – 104 jours (samedi et dimanche) – 8 jours fériés – 27 jours (congés ordinaires + jours de fractionnement) = 226 jours x 7 h 30 = 1 695 h, soit 88 h de plus que la limite de 1.607 heures, soit 12 jours de RTT et non 15.

Dans ces conditions, la durée légale du travail n'est pas respectée.

b - Le temps de travail des agents mis à disposition

Contrairement aux textes réglementaires en vigueur⁸⁶, les agents mis à disposition bénéficient de leur propre régime de travail :

- agents de la DDSC et de la DIRECCTE : 38 h 30 hebdomadaire sur 5 jours, 7 h 42 par jour, 27 jours de congés annuels et 20 jours d'ARTT dont 5 jours correspondaient antérieurement à des congés d'hiver ;
- agents de l'éducation nationale : 37 h 30 hebdomadaire sur 5 jours, soit 7 h 30 par jour, 27 jours de congés annuels et 18 jours d'ARTT.

Ces règles, ainsi que l'indiquent les conventions de mise à disposition, sont celles de leur administration d'origine, alors que l'article 8 du décret du 16 septembre 1985 prévoit que les décisions relatives au droit à congé annuel et au droit à congé de maladie sont prises par l'administration d'accueil.

Selon la directrice, le régime spécifique des congés annuels des personnels de l'éducation nationale ne présente pas de problème particulier d'organisation.

Les agents de l'État bénéficient cependant d'un nombre de jours de congés trop élevé (27 contre 25 jours), de même que pour les jours d'ARTT (5 jours de trop pour les agents de la DDSC et de la DIRECCTE et 8 jours de trop pour les agents de l'éducation nationale).

c - L'absentéisme

La MDPH-76 ne suit pas les données de l'absentéisme⁸⁷. L'absentéisme des agents affectés à l'accueil fait l'objet d'un contrôle « *de visu* » par la directrice afin de pallier les absences et assurer le service aux usagers.

À une exception près, les rapports d'activité de la période n'abordent pas la question, et celui qui l'aborde se borne à constater que l'absentéisme est en hausse mais sans ajouter ni données annuelles ni données comparatives. À cet égard, il convient de préciser que le GIP n'établit pas de bilan social, en contradiction avec l'article 17 du décret n° 2013-292 du 5 avril 2013 relatif au régime de droit public applicable aux personnels des groupements d'intérêt public.

Il appartient à la MDPH-76 de respecter la durée légale du travail et d'établir un bilan social, comme la MDPH s'y est engagée. La chambre lui recommande d'exploiter les données de l'absentéisme pour en identifier les causes et tenter d'y apporter un remède.

5 - L'évaluation des personnels

Conformément au décret du 29 décembre 2015 relatif aux agents contractuels de la fonction publique, la MDPH-76 a mis en place des entretiens d'évaluation pour les personnels employés depuis plus d'un an. Les dossiers des agents récemment recrutés comportent la fiche de poste, associée aux comptes rendus des entretiens d'évaluation.

⁸⁶ Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'État, à la mise à disposition, à l'intégration et à la cessation définitive de fonctions ; Décret n° 2008-580 du 18 juin 2008 relatif au régime de la mise à disposition applicable aux collectivités territoriales et aux établissements publics administratifs locaux.

⁸⁷ S'agissant des agents départementaux mis à disposition, le suivi de l'absentéisme est effectué par le département à partir des déclarations d'arrêts qu'il enregistre. Il en va de même pour les agents de l'État mais la directrice de la MDPH-76 n'en a pas connaissance.

La rémunération des agents employés à durée indéterminée fait l'objet d'un réexamen au moins tous les trois ans, notamment au vu des résultats des entretiens professionnels précités.

S'agissant des agents mis à disposition, l'établissement procède lui-même à leur évaluation sur la base des modèles de convocation, de grilles d'analyse, de comptes rendus d'entretien et de suivi de la procédure, transmis par les services de l'État et du département.

La procédure d'évaluation n'appelle pas d'observation.

6 - La formation des personnels

Le droit commun des GIP prévoit l'adoption d'un plan de formation par l'assemblée délibérante, ou le recours, si nécessaire, aux plans de formation des membres du groupement.

La MDPH n'a jamais adopté de plan de formation et, en dehors d'une volonté de favoriser « *la montée en compétence des agents* », ne dispose pas de stratégie de formation claire. Cependant, son projet de service, en cours d'élaboration, prévoit d'élaborer un plan de formation pluriannuel.

La MDPH procède néanmoins au recensement des besoins de formation de ses agents, lors de l'entretien d'évaluation mais surtout au fil de l'eau. Elle s'attache notamment à dispenser les formations obligatoires et inculquer à tous un socle commun de compréhension et d'appréhension des problématiques du handicap.

Les formations suivies par les salariés sont organisées par le département de la Seine-Maritime ou par le CNFPT mais aucune convention spécifique, au sens du décret du 5 avril 2013 précité, n'a été conclue avec le département⁸⁸. Ainsi, en 2016, 73 jours de formation ont été dispensés à 18 salariés différents. En 2015, 152 jours ont été dispensés à 31 salariés.

La chambre recommande à la MDPH d'adopter un plan de formation et de conclure une convention avec le département.

7 - Les instances de représentation des personnels

Le droit commun des GIP prévoit la création, par décision de l'assemblée générale ou du conseil d'administration, d'un comité technique placé auprès du directeur du groupement, d'une commission consultative paritaire et d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Aucune de ces instances n'a été mise en place, la MDPH estimant qu'elles ne sont pas obligatoires en son sein. Seule une instance de concertation a été mise en place au titre de l'article 16 de la convention constitutive, commission qui ne répond pas à l'obligation susvisée.

La chambre demande à la MDPH de mettre en place les instances paritaires prévues par la réglementation.

*

En conclusion, la gestion des ressources humaines apparaît être en contradiction avec les termes du code de l'action sociale et des familles⁸⁹, rappelés par la convention constitutive du GIP, qui prévoient que le personnel de la MDPH est placé sous l'autorité du directeur et soumis à ses règles d'organisation et de fonctionnement. Pour la chambre, ce principe devrait conduire la MDPH à unifier les règles du temps de travail et des congés.

⁸⁸ La CPOM jointe à la convention constitutive du GIP pourrait éventuellement en tenir lieu.

⁸⁹ CASF, article L. 146-4-1.

Si une telle gestion ne peut expliquer à elle seule le retard pris dans le traitement des dossiers, elle y a certainement contribué.

B - Les finances

Les MDPH sont des GIP financés par leurs membres. Elles fonctionnent donc avec les recettes que ceux-ci veulent bien leur accorder. Elles ne disposent pas d'une réelle autonomie budgétaire, mais d'une relative autonomie de gestion. Au surplus, le budget des MDPH ne reflète que très partiellement les moyens mobilisés, principalement parce que la part la plus importante des dépenses de fonctionnement, c'est-à-dire le traitement des agents mis à disposition, ne figure pas dans le budget de la MDPH, et lui échappe.

Dans ces conditions, l'analyse des comptes de la MDPH-76 doit être conduite avec prudence et ses conclusions relativisées. Pour tenter de mieux mesurer les enjeux financiers réels, l'analyse sera étendue aux dépenses et recettes qui concourent au bon fonctionnement de la MDPH mais situées hors budget.

1 - La forme des comptes

Les MDPH sont soumises aux règles de la comptabilité publique et appliquent l'instruction comptable relative aux départements. Dans ces conditions, c'est à juste titre que la MDPH tient ses comptes selon la nomenclature comptable M52, applicable aux départements. À ce titre, elle produit à la fois un compte administratif et un compte de gestion.

Cependant, l'article 19 de la convention constitutive du GIP fait état d'un compte financier comme support de reddition des comptes annuels du groupement. Lors de l'actualisation de la convention, en juillet 2017, cet article n'a pas été modifié. C'est un oubli qui mériterait d'être corrigé.

La chambre demande donc à la MDPH-76 de corriger la convention constitutive sur ce point.

2 - La fiabilité des comptes

a - Des comptes non exhaustifs

Le budget de la MDPH-76 ne reflète qu'une faible partie des dépenses de fonctionnement.

En effet, la majorité des personnels est rémunérée directement par les services de l'État et du département, dans le cadre de mises à disposition. N'étant pas remboursés, les salaires des intéressés n'apparaissent pas dans les comptes du GIP. De même, certaines charges sont payées directement par le département, en fonctionnement (fluides, mise à disposition de locaux ...) comme en investissement (informatique). Elles n'apparaissent pas non plus dans les comptes.

La MDPH assure pourtant le suivi de tous ces crédits à la demande de la CNSA. Ces différentes contributions sont ainsi valorisées et retracées dans un document annexe. À titre d'exemple, ce document indique que les rémunérations non facturées représentaient 2,6 M€ en 2016, alors que, selon le compte administratif de cette même année, les rémunérations s'élevaient à 0,8 M€, ce qui correspond aux salaires et charges des agents employés directement par le GIP. Ces informations complémentaires sont présentées à la COMEX qui dispose ainsi d'une vision exhaustive.

Le budget de la MDPH n'est pas non plus le reflet de l'activité du GIP puisque les prestations accordées aux personnes en situation de handicap sont versées par un tiers⁹⁰. Il en va de même des frais exposés par les ESSMS chargés de l'accueil des personnes orientées par la CDAPH. Le budget de la MDPH ne permet donc pas de mesurer les conséquences financières des décisions prises par la CDAPH. Cet état de fait est cependant indépendant de la MDPH et ne saurait être modifié.

b - L'information financière des fonds affectés

Parmi les recettes de fonctionnement de la MDPH-76, figurent le fonds de compensation du handicap et le dispositif « *potentiel emploi* ». Ces recettes présentent la caractéristique d'être affectées.

Ainsi, le FDCH est affecté au financement des équipements dont le besoin a été reconnu par la CDAPH. Ce fonds, enregistré sur des comptes spécifiques, est suivi à part par la MDPH qui présente chaque année un résultat avec et hors FDCH.

De même, le dispositif « *potentiel emploi* » est affecté à l'évaluation de l'aptitude des personnes handicapées à s'inscrire dans un parcours d'insertion à l'emploi. Ces fonds ne sont pas présentés à part du résultat global de fonctionnement. En cas de solde non utilisé, il devra être reversé au FIPHFP.

La chambre estime que ces fonds devraient faire l'objet d'un suivi particulier, en annexe des documents budgétaires, sous la forme de recettes affectées. La fiabilité et la transparence des comptes s'en trouveraient renforcées.

c - Les éléments du bilan : l'inventaire et l'état de l'actif

En application de l'instruction comptable applicable aux départements, la MDPH doit tenir un inventaire du patrimoine du GIP, document qui doit concorder avec l'état de l'actif tenu par le comptable public. Cette obligation n'est pas respectée puisque la MDPH ne tient aucun inventaire.

Au regard des modalités de création et de fonctionnement des MDPH, l'inventaire doit faire état des fonds et biens affectés notamment lors la création de la MDPH par l'État et le département.

La chambre rappelle que la MDPH doit tenir un inventaire et transmettre au comptable toutes les informations qui lui permettront d'actualiser l'état de l'actif.

3 - L'équilibre des comptes

a - Les recettes de fonctionnement

L'essentiel des recettes de la MDPH sont celles prévues par la convention constitutive du GIP, c'est-à-dire les contributions de ses membres (voir annexe n° 7-b). Ces contributions ont évolué au gré des revalorisations conclues bilatéralement avec les financeurs mais depuis 2010 et le déménagement de la MDPH-76 dans les locaux départementaux, les contributions (hors compensation des agents mis à disposition absents) sont stabilisées.

⁹⁰ Soit la CAF pour l'AAH et l'AAEH, le département pour la PCH et l'ACTP, pour les principales d'entre elles.

Les contributions versées par l'État (DDCS, DIRECCTE et inspection académique) au titre du fonctionnement courant sont conformes aux engagements contractuels. En revanche, comme indiqué plus haut, il existe des divergences, entre la MDPH et l'État, sur les montants accordés au titre des agents mis à disposition mais absents.

Sur la période sous revue, et hors FDCH, les recettes de fonctionnement progressent de 6 % par an mais cette hausse est due en partie à l'enregistrement d'une recette nouvelle venant du FIPHFP⁹¹. Sans cette recette, l'augmentation serait de 4 % par an, ce qui en volume représente une augmentation de 40 000 € par an.

La contribution du département n'est pas chiffrée dans la convention et prend la forme de mises à disposition de personnel et d'apports en nature. Hors une participation aux contrats aidés, elle n'apparaît donc pas dans les comptes. En revanche, elle est valorisée dans le document annexe précité, tout comme les contributions en nature de l'État au titre des mises à disposition. Les données qui y figurent sont produites par les contributeurs. Ni la MDPH, ni la chambre n'ont les moyens d'en contrôler la fiabilité (voir tableau en annexe 6).

Ces valorisations permettent de chiffrer les rémunérations versées aux agents mis à disposition ainsi que les interventions réalisées, pour le compte de la MDPH, par le département. La contribution du département est, comme l'indique le tableau, financée en partie par la CNSA au titre de la dotation annuelle de fonctionnement de la MDPH. Le département supporte un reste à charge de 1,1 M€ en 2016, en progression sur la période (6 % par an entre 2012 et 2016).

Au total, les recettes non comptabilisées dans les comptes de la MDPH représentent approximativement trois fois celles qui figurent dans les comptes du GIP, ce qui signifie que les trois quarts des moyens disponibles échappent à toute décision de la MDPH.

Pour mesurer l'effort de chacun des partenaires de la MDPH-76, il convient de consolider les recettes enregistrées au compte administratif et les apports en nature. Le tableau de l'annexe n° 4-b indique que la part du département ressort à 56 % en 2016 mais est financée pour moitié par la CNSA. En définitive, le département ne finance donc qu'un quart des frais de fonctionnement de la MDPH-76, alors que la moyenne des MDPH se situe, sous les réserves précédemment rappelées, à 43 %.

b - Les dépenses de fonctionnement

Les dépenses enregistrées au budget de la MDPH sont principalement constituées de dépenses de rémunération. Avec 58,8 % des dépenses réelles en 2016 et 54,4 % en 2015 consacrées au personnel, la MDPH-76 se situe en dessous de la moyenne des établissements comparables (71 % en 2015), ce qui signifie que la MDPH fonctionne avec un plus grand nombre d'agents mis à disposition. En ajoutant aux rémunérations enregistrées au budget de la MDPH, le montant des rémunérations versées aux agents mis à disposition⁹², le ratio de la MDPH remonte à 75,1 % en 2015 et 72,3 % en 2016 contre 79 % pour la moyenne des MDPH, en 2015 (Voir tableau en annexe 7).

Le montant total des dépenses peut être rapporté au nombre de décisions prises dans l'année. Selon la CNSA, le coût global d'une décision est majoritairement situé entre 50 € et 100 €. Trois MDPH, dont celle de Seine-Maritime affichent un coût inférieur ou égal à 50 €. En 2015, ce coût ressort à 50,7 € et à 49,7 € en 2016. Le coût de fonctionnement de la MDPH-76 apparaît donc particulièrement faible.

S'agissant des charges à caractère général, elles ont augmenté de 2,7 % entre 2012 et 2016. Seuls deux postes de charges représentent plus de 10 % de ce chapitre (voir annexe 8).

⁹¹ 358 000 € versés en deux échéances (2014 et 2015), enveloppe complétée par 76 000 € en 2016.

⁹² 2 472 018 € en 2015, 2 305 978 € en 2016. Cf. annexe 6.

Les prestations de services portent sur des interventions d'ergothérapeutes, des évaluations d'employabilité effectuées en lien avec le dispositif « potentiel emploi », des traductions en langue des signes ainsi que des remboursements de frais de déplacement engagés par des enseignants référents. Elles représentent de 36 % à 55 % des charges à caractère général. Rapporté au nombre de demandes déposées dans l'année, le coût a nettement augmenté depuis 2012.

Les frais d'affranchissement ont progressé de près de 3 % par an, représentant de 24 % à 29 % du chapitre 011. Après un plus haut constaté en 2015, l'exercice 2016 affiche une baisse de 10 000 €, conséquence d'une renégociation des tarifs d'affranchissement. Rapporté au nombre de demandes déposées, le coût des frais d'affranchissement a augmenté depuis 2012. À terme, la dématérialisation devrait permettre de réduire ces dépenses.

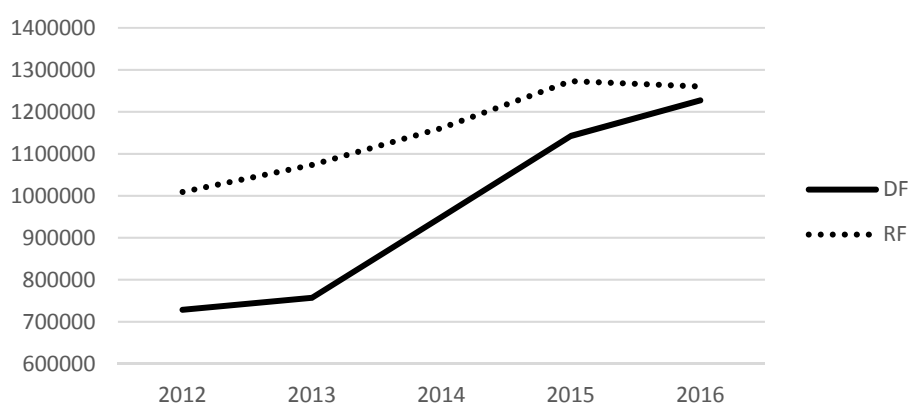
Tous les autres postes de charges à caractère général sont en baisse sur la période 2012-2016, à l'exception des fournitures et des honoraires, postes dont les montants annuels respectifs ne dépassent pas 1 300 € et 28 000 €. Leur évolution n'est donc pas susceptible d'influer sur la trajectoire financière de la MDPH.

c - L'équilibre de la section de fonctionnement

L'équilibre du budget de fonctionnement du budget de la MDPH-76 est assez précaire avec des dépenses réelles qui progressent plus vite que les recettes (7,9 % par an contre 5,3 %) (voir tableau annexe n° 7 c). L'exercice 2016 s'est même terminé avec un déficit de 167 705 €, heureusement comblé par les réserves des années précédentes.

L'évolution des courbes indique que la MDPH-76 sera rapidement confrontée à un déséquilibre structurel de son budget.

Tableau n° 83 : Évolution comparée des charges et produits de fonctionnement (hors FDCH)



Si la MDPH disposait encore, au 31 décembre 2016, d'une réserve de 378 493 € (hors crédits fléchés⁹³), ses délais d'instruction, bien qu'en progrès, ne lui permettent guère d'espérer réduire son personnel.

Dans ces conditions, il lui convient de s'interroger, avec ses partenaires, sur la pérennité de son organisation et de son financement.

⁹³ Les fonds du FDCH et ceux du dispositif « potentiel emploi » ; ces fonds ne peuvent servir à abonder le budget de fonctionnement de la MDPH-76, ainsi que le précisent la convention constitutive du FDCH et l'article 7 de la convention conclue avec le FIPHFP.

GLOSSAIRE

A

AAH : allocation pour adulte handicapé
AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ARS : agence régionale de santé

C

CAF : caisse d'allocations familiales
CAMSP : centres d'action médico-sociale précoce
CASF : code de l'action sociale et des familles
CCAS : centre communal d'action sociale
CDAPH : commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDES : commission départementale de l'éducation spéciale
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLIC : centres locaux d'information et de coordination
CLIS : classe d'insertion scolaire
CMI : carte mobilité inclusion
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNFPT : centre national de la fonction publique territoriale
COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

D

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales (remplacée par les ARS)
DDEFP : direction départementale du travail et de l'emploi et de la formation professionnelle (remplacée par les DIRECCTE)
DIRECCTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DDCS : direction départementale de la cohésion sociale
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des solidarités et de la santé

E

ESAT : établissement et service d'aide par le travail
ESSMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux

F

FAM : foyer d'accueil médicalisé
FIPHFP : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FDPH : fonds départemental de compensation du handicap

G

GIP : groupement d'intérêt public

I

IME : institut médico-éducatif
ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

M

MAS : maison d'accueil spécialisée
MDPH : maison départementale des personnes handicapées

P

PCH : prestation de compensation du handicap

R

RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

U

ULIS : unités localisées pour l'inclusion scolaire

Annexes

Annexe 1 :

Capacité comparée des ESSMS accueillant des mineurs (2015)
Capacité comparée des ESSMS accueillant des adultes (2015)

Annexe 2 : La mesure du flux des demandes

Annexe 3 :

1 - Les décisions de la MDPH-76
2 - Le taux d'accord, quelques exemples

Annexe 4 :

a - La contribution annuelle des financeurs
b - Apports des principaux financeurs (hors FDCH et hors investissements)

Annexe 5 : L'effectif global de la MDPH-76

Annexe 6 : Valorisation des apports en nature (hors investissement)

Annexe 7 :

a - Les charges et produits de fonctionnement
b - Détail des recettes de fonctionnement (hors FDCH)
c - Les charges et produits de fonctionnement

Annexe 8 : Les principaux postes de charges

Annexe 9 : La typologie des principales demandes

Annexe 1

Capacité comparée des ESSMS accueillant des mineurs (2015)⁹⁴

	Seine-Maritime		Calvados		Normandie		Pas-de-Calais		France	
	nb places	‰ hab.	nb places	‰ hab.		‰ hab.		‰ hab.	nb places	‰ hab.
TOTAL tous ESSMS	3 645	2,90	1 779	2,57	9 198	2,76	4 870	3,32	151 381	2,37
IME institut médico éducatif	1 754	1,40	818	1,18	4 481	1,35	2918,00	1,99	66 590	1,04
Ets pour enfants adolescents polyhandicapés	190	0,15	0	0,00	238	0,07	0,00	0,00	5 390	0,08
ITEP institut thérapeutique éducatif et pédagogique	335	0,27	253	0,37	958	0,29	178,00	0,12	15 107	0,24
IEM institut d'éducation motrice	178	0,14	0	0,00	266	0,08	556,00	0,38	7 138	0,11
Jardin d'enfants spécialisé	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	164	0,00
Ets pour jeune déficient sensoriel	173	0,14	90	0,13	354	0,11	285,00	0,19	7 065	0,11
Ets expérimental	91	0,07	0	0,00	113	0,03	10,00	0,01	1 284	0,02
Ets d'accueil temporaire	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8,00	0,01	287	0,00
SESSAD service d'éducation spéciale et de soins à domicile	924	0,74	618	0,89	2 788	0,84	915,00	0,62	48 356	0,76

source : DRESS, STATISS et INSEE pour les données démographiques : dép 76 : 1 255 000 hab, dep 14 : 691 000 hab ; dép 62 : 1 465 000 hab ; Normandie : 3 331 000 hab ; France : 63 982 000 hab

⁹⁴ Les chiffres qui suivent sont tirés de la DREES (base de données STATISS (<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm>). Ces chiffres sont un peu différents de ceux de la MDPH-76 qui recense 10 342 places agréées et financées (total des ESSMS mineurs et adultes) contre 10 871 pour les données DREES, soit un écart de plus de 500 places.

Capacité comparée des ESSMS accueillant des adultes (2015)

	Seine-Maritime			Calvados			Normandie			Pas-de-Calais			France		
	nb places	% hab.		nb places	% hab.		nb places	% hab.		nb places	% hab.		nb places	% hab.	
TOTAL tous ESSMS	7 226	5,76		3 994	5,78		19 180	5,76		8 517	5,81		328 984	5,14	
MAS maison d'accueil spécialisée	366	0,29	0,89	357	0,52	0,79	1 612	0,48	0,86	667	0,46	0,94	27 327	0,43	0,86
FAM foyers d'accueil médicalisé	755	0,60		191	0,28		1 251	0,38		705	0,48		27 908	0,44	
Foyer de vie	1 356	1,08	1,71	493	0,71	1,61	3 274	0,98	1,78	1 335	0,91	1,51	48 844	0,76	1,43
Foyer d'hébergement	793	0,63		618	0,89		2 556	0,77		871	0,59		39 394	0,62	
Foyer polyvalent	0	0,00		0	0,00		102	0,03		0	0,00		3 071	0,05	
Etablissement d'accueil temporaire	13	0,01		0	0,00		28	0,01		46	0,03		487	0,01	
Etablissement expérimental	79	0,06		40	0,06		205	0,06		53	0,04		2 996	0,05	
Centre de rééducation professionnelle	274	0,22		125	0,18		471	0,14		135	0,09		10 636	0,17	
Centre de préorientation															
Unité d'évaluation réentrainement et orientation sociale et pro															
ESAT établissements et service d'aide par le travail	2 408	1,91		1 648	2,38		7 028	2,11		3 587	2,45		116 596	1,82	
SAVS service d'accompagnement à la vie	1 116	0,89		466	0,67		2 452	0,74		919	0,63		45 504	0,71	
SAMSAH service accompagn.médico-social adulte															
SSIAD service de soins infirmiers à domicile	66	0,05		56	0,08		201	0,06		199	0,14		6 221	0,10	
SPASAD service polyvalent d'aide et de soins à															

source : DRESS, STATISS et INSEE pour les données démographiques :

dép 76 : 1 255 000 hab, dep 14 : 691 000 hab ; dép 62 : 1 465 000 hab ; Normandie : 3 331 000 hab ; France métro : 63 982 000 hab

Annexe 2

La mesure du flux des demandes

	2011		2012		2013		2014		2015		2016		évol 11/16	évol 13/16
nb de personnes ayant déposé au moins une demande dans l'année (nb et ‰)	25 428	4,1 %	26 623	4,7 %	28 472	6,9 %	29 576	3,9 %	31 397	6,2 %	29 511	-6,0 %	16,1 %	3,6 %
	20,3		21,2		22,7		23,6		25,0		23,5			
dt enfants	5 922	1,3 %	6 117	3,3 %	6 065	-0,9 %	6 337	4,5 %	5 759	-9,1 %	6 265	8,8 %	5,8 %	3,3 %
	23,3 %		23,0 %		21,3 %		21,4 %		18,3 %		21,2 %			
dt adultes	19 506	4,9 %	20 506	5,1 %	22 407	9,3 %	23 239	3,7 %	25 638	10,3 %	23 649	-7,8 %	21,2 %	5,5 %
	76,7 %		77,0 %		78,7 %		78,6 %		81,7 %		80,1 %			
nb de demandes déposées dans l'année (nb et ‰)	62 381	7,3 %	70 029	12,3 %	83 427	19,1 %	85 825	2,9 %	83 993	-2,1 %	70 692	-15,8 %	13,3 %	-15,3 %
	49,7		55,8		66,5		68,4		67,0		56,4			
dt enfants	10 268	0,9 %	10 811	5,3 %	11 136	3,0 %	11 293	1,4 %	10 170	-9,9 %	11 312	11,2 %	10,2 %	1,6 %
	16,5 %		15,4 %		13,3 %		13,2 %		12,1 %		16,0 %			
dt adultes	52 113	9,9 %	59 218	13,6 %	74 038	25,0 %	74 543	0,7 %	73 823	-1,0 %	59 380	-19,6 %	13,9 %	-19,8 %
	83,5 %		84,6 %		88,7 %		86,9 %		87,9 %		84,0 %			

Source : MDPH 76, rapport d'activité

Annexe 3

1 - Les décisions de la MDPH-76

	2010	2011	2012	2013		2014		2015		2016	
nb de décisions ou avis	45 105	75 937	67 401	77 738	15,3 %	87 825	13,0 %	94 277	7,3 %	88 786	-5,8 %
dt enfants	9 960	11 286	11 319	11 583	2,3 %	12 003	3,6 %	11 646	-3,0 %	12 121	4,1 %
dt adultes	35 145	64 651	56 082	66 155	18,0 %	75 822	14,6 %	82 631	9,0 %	76 665	-7,2 %
nb de demandes déposées	58 144	62 381	70 029	83 427	19,1 %	85 825	2,9 %	83 993	-2,1 %	70 692	-15,8 %
variation du flux sur un an et en données cumulées	13 039	-13 556	2 628	5 689		-2 000		-10 284		-18 094	
	-22 578										
nb de demandes en instance au 31/12	nc	nc	nc	nc		33 683		31 050	-7,8 %	25 360	-18,3 %
nb de demandeurs en instance au 31/12	nc	nc	nc	nc		12 460		13 436	7,8 %	11 934	-11,2 %

Source : MDPH 76, rapport d'activité

2 – Le taux d'accord, quelques exemples

	2012	2013	2014		2015		2016	
	MDPH-76	MDPH-76	MDPH-76	France	MDPH-76	France	MDPH-76 en % et en volume	
PCH (adultes et enfants)	46,0 %	37,0 %	37,0 %	47,9 % 45,4 %	37,7 %	46,9 % 42,4 %	38,5 %	2 796
ACTP	72,2 %	65,6 %	73,2 %	92,6 %	75,2 %	92,2 %	73,2 %	70
AAH	65,2 %	73,7 %	77,0 %	72,0 %	76,0 %	71,4 %	77,2 %	3 647
RQTH	97,6 %	98,1 %	98,4 %	94,5 %	98,5 %	94,2 %	97,2 %	334
Complément de ressources	20,6 %	18,0 %	13,3 %	20,2 %	10,7 %	17,6 %	15,4 %	5 231
AEEH		80,6 %	83,9 %	79,2 %	85,4 %	79,3 %	90,4 %	380
Auxiliaires vie scolaire	76,4 %	66,5 %	63,0 %	81,3 %	59,9 %	78,4 %	68,1 %	756
Carte européenne de stationnement	59,5 %	59,5 %	47,8 %	63,1 % 69,2 %	59,5 %	61,5 % 66,6 %	64,3 %	4 718
Carte d'invalidité ou de priorité	77,8 %	81,0 %	80,6 %	66,4 % 66,1 %	79,0 %	63,4 % 69,4 %	80,4 %	2 963
								20 895

Source : CNSA et MDPH 76 rapport d'activité

Annexe 4

a - La contribution annuelle des financeurs

en € et en % du total	2007 à 2010	2011	2012	2013		2014		2015		2016		2007 à 2016	
Etat	1 217 255 €	78 749 €	78 748 €	80 602 €	2,4 %	54 327 €	-32,6 %	90 406 €	66,4 %	89 014 €	-1,5 %	1 689 101 €	
	51,5 %	24,6 %	33,4 %	30,6 %	20,4 %	25,7 %		39,2 %		34,0 %			43,4 %
Département	630 000 €	105 000 €	0 €	0 €		0 €		0 €		0 €		735 000 €	
	26,6 %	32,8 %	0,0 %	0,0 %		0,0 %		0,0 %		0,0 %			18,9 %
CPAM Rouen Elbeuf Dieppe	381 901 €	99 272 €	123 254 €	140 000 €	13,6 %	120 000 €	-14,3 %	105 464 €	-12,1 %	120 000 €	13,8 %	1 089 891 €	
	16,1 %	31,0 %	52,2 %	53,2 %		56,7 %		45,7 %		45,9 %		28,0 %	
CPAM Le Havre	101 960 €	28 000 €	28 000 €	36 606 €	30,7 %	32 200 €	-12,0 %	30 000 €	-6,8 %	45 000 €	50,0 %	301 766 €	
	4,3 %	8,8 %	11,9 %	13,9 %		15,2 %		13,0 %		17,2 %		7,8 %	
MSA	33 789 €	8 964 €	6 000 €	6 000 €	0,0 %	5 000 €	-16,7 %	5 000 €	0,0 %	7 697 €	53,9 %	72 450 €	
	1,4 %	2,8 %	2,5 %	2,3 %		2,4 %		2,2 %		2,9 %			1,9 %
Total	2 364 905 €	319 985 €	236 002 €	263 208 €	11,5 %	211 527 €	-19,6 %	230 870 €	9,1 %	261 711 €	13,4 %	3 888 208 €	

Source : MDPH 76

b - Apports des principaux financeurs (hors FDCH et hors investissements)

Financeurs	Apports	2012	2013	2014	2015	2016	VAM 12/16
Département Seine-Maritime	Numéraire	16 714 €	14 711 €	14 000 €	25 493 €	11 296 €	-9 %
	Nature	1 812 082 €	1 724 893 €	1 764 024 €	1 931 500 €	2 239 825 €	5 %
	Total	1 828 796 €	1 739 604 €	1 778 024 €	1 956 993 €	2 251 121 €	5 %
		50,4 %	48,0 %	46,2 %	48,2 %	56,5 %	
dt financé par CNSA		951 087 €	947 401 €	1 017 626 €	1 096 473 €	1 138 949 €	5 %
DDCS	Numéraire	507 497 €	484 275 €	494 275 €	604 125 €	636 675 €	6 %
	Nature	493 427 €	521 073 €	521 808 €	430 000 €	148 941 €	-26 %
	Total	1 000 924 €	1 005 348 €	1 016 083 €	1 034 125 €	785 616 €	-6 %
		27,6 %	27,7 %	26,4 %	25,5 %	19,7 %	
DIRECCTE	Numéraire	282 117 €	282 117 €	263 514 €	263 514 €	308 904 €	2 %
	Nature	291 301 €	299 944 €	309 522 €	312 605 €	265 705 €	-2 %
	Total	573 418 €	582 061 €	573 036 €	576 119 €	574 609 €	0 %
		15,8 %	16,0 %	14,9 %	14,2 %	14,4 %	
Éducation nationale	Numéraire	0 €	46 609 €	46 609 €	46 609 €	46 609 €	-
	Nature	189 375 €	239 619 €	239 619 €	242 014 €	239 211 €	6 %
	Total	189 375 €	286 228 €	286 228 €	288 623 €	285 820 €	11 %
		5,2 %	7,9 %	7,4 %	7,1 %	7,2 %	
État (ct aidés)		0 €	13 873 €	14 183 €	23 360 €	12 393 €	-
FIPHFP		1 024 €	0 €	179 000 €	179 000 €	76 000 €	193 %
APF		36 874 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-
Total	Numéraire	844 227 €	841 585 €	1 011 580 €	1 142 101 €	1 091 876 €	7 %
	Nature	2 786 184 €	2 785 529 €	2 834 973 €	2 916 119 €	2 893 682 €	1 %
	Total	3 630 411 €	3 627 113 €	3 846 553 €	4 058 220 €	3 985 559 €	2 %

Sources : Comptes administratifs + Rapports d'activité + Maquettes budgétaires ; VAM : variation annuelle moyenne

Annexe 5

L'effectif global de la MDPH 76

	2012		2013		2014		2015		2016		VAM 12/16	Evolution 12/16	
Nb ETP payés (situation au 31/12)	67,7		65,3		70,7		76,1		80,5		4,4 %	12,8	18,9 %
dont agents mis à disposition (1) (2)	60,3	89 %	56,9	87 %	57,7	82 %	58,6	77 %	58,4	73 %	-0,8 %	-1,9	-3,2 %
dont contractuels	7,4	12 %	8,4	15 %	13,0	23 %	17,5	30 %	22,1	38 %	31,5 %	14,7	199,3 %
intervenants extérieurs équipe pluri (1)	9,3		9,5		9,0		8,2		9,5		0,5 %	0,2	2,2 %
TOTAL (ETP et évolution / n-1)	76,9		74,7		79,7		84,2		89,9		4,0 %	13,0	16,9 %
			-2,9 %		6,7 %		5,7 %		6,8 %				

Source : MDPH 76 ; (1) non rémunérés par MDPH ; (2) nb d'ETP effectivement mis à disposition (par construction, les ETP compensés financièrement figurent dans les ETP payés par la MDPH 76)

Annexe 6

Valorisation des apports en nature (hors investissement)

Valorisation des apports en nature	2012	2013	2014		2015		2016		VAM 2012-2016
Dépenses de fonctionnement	342 471	319 347	348 178		444 101		587 704		14 %
département 76	342 471	319 347	348 178	12 %	444 101	15 %	587 704	20 %	14 %
Rémunérations	2 480 588	2 466 182	2 486 795		2 472 018		2 305 978		-2 %
APF	36 874	0	0	0 %	0	0 %	0	0 %	-
département 76	1 469 612	1 405 546	1 415 846	50 %	1 487 399	51 %	1 652 121	57 %	3 %
dt financé par CNSA	951 087	947 401	1 017 626	36 %	1 096 473	38 %	1 138 949	39 %	5 %
DDCS	493 427	521 073	521 808	18 %	430 000	15 %	148 941	5 %	-26 %
DIRECCTE	291 301	299 944	309 522	11 %	312 605	11 %	265 705	9 %	-2 %
Éducation nationale	189 375	239 619	239 619	8 %	242 014	8 %	239 211	8 %	6 %
Total des valorisations	2 823 059	2 785 529	2 834 973	136 %	2 916 120	138 %	2 893 682		1 %
contributions du département	1 812 083	1 724 893	1 764 024		1 931 500		2 239 825		
reste à la charge du département	860 995	777 492	746 398		835 028		1 100 876		6 %

Sources : Annexes aux rapports d'activité + Maquettes budgétaires

(VAM : Variation annuelle moyenne)

Annexe 7

a - Les charges et produits de fonctionnement

	2012	2013	2014	2015	2016	VAM 12 16
charges à caractère général	295 075 €	284 958 €	287 519 €	406 271 €	328 027 €	2,7 %
	26,5 %	27,5 %	23,5 %	30,4 %	21,7 %	
charges de personnel	419 013 €	469 286 €	655 810 €	726 544 €	888 319 €	20,7 %
	37,6 %	45,4 %	53,6 %	54,4 %	58,8 %	
autres charges de gestion courante	399 959 €	280 334 €	279 254 €	202 203 €	294 688 €	-7,4 %
	35,9 %	27,1 %	22,8 %	15,1 %	19,5 %	
Total des dépenses réelles	1 114 047 €	1 034 578 €	1 222 583 €	1 335 018 €	1 511 034 €	7,9 %
dépenses d'ordre	14 405 €	2 939 €	6 020 €	9 911 €	10 913 €	-6,7 %
Total des dépenses de fonctionnement	1 128 452 €	1 037 517 €	1 228 603 €	1 344 929 €	1 521 947 €	7,8 %
dépenses des financeurs, non remboursées	2 786 184 €	2 785 529 €	2 834 973 €	2 916 119 €	2 893 682 €	
Total des dépenses de fonctionnement	3 914 636 €	3 823 046 €	4 063 576 €	4 261 048 €	4 415 629 €	3,1 %

Source : compte de gestion (2016 provisoire)

b - Détail des recettes de fonctionnement (hors FDCH)

Nature	2012	2013	2014	2015	2016	VAM 12 16
Autres produits exceptionnels sur opérations de gestion	6 275 €	852 €	3 231 €	1 518 €	0 €	-100,0 %
Autres produits financiers	35 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-100,0 %
Participation Département (contrat aidé)	16 714 €	14 711 €	14 000 €	25 493 €	11 296 €	-9,3 %
Participation du FIPHP (potentiel emploi)	1 024 €	0 €	179 000 €	179 000 €	76 000 €	193,5 %
Participation Etat (contrat aidé)	0 €	13 873 €	14 183 €	23 360 €	12 393 €	-
Participation Etat/DIRECCTE + DDCS au fonctionnement MDPH	789 614 €	766 392 €	757 689 €	867 639 €	945 579 €	4,6 %
Participation Etat/inspection académique au fonctionnement MDPH	46 609 €	46 609 €	46 609 €	46 609 €	46 609 €	-
Produits divers de gestion courante	0 €	2 392 €	0 €	1 794 €	0 €	-
Quote-part des subventions d'investissement transférées au compte de résultat	0 €	0 €	852 €	852 €	852 €	-
Remboursement sur rémunérations du personnel	594 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-100,0 %
Total général	860 865 €	844 828 €	1 015 563 €	1 146 264 €	1 092 728 €	6,1 %

Source : compte de gestion (2016 provisoire)

c - Les charges et produits de fonctionnement

		2012	2013	2014	2015	2016	VAM 12 16
charges	charges à caractère général	295 075 €	284 958 €	287 519 €	406 271 €	328 027 €	2,7 %
	charges de personnel	419 013 €	469 286 €	655 810 €	726 544 €	888 319 €	20,7 %
	autres charges de gestion courante	399 959 €	280 334 €	279 254 €	202 203 €	294 688 €	-7,4 %
	dépenses réelles de fonctionnement	1 114 047 €	1 034 578 €	1 222 583 €	1 335 018 €	1 511 034 €	7,9 %
	dépenses d'ordre	14 405 €	2 939 €	6 020 €	9 911 €	10 913 €	-6,7 %
	Total des dépenses de fonctionnement	1 128 452 €	1 037 517 €	1 228 603 €	1 344 929 €	1 521 947 €	7,8 %
produits	atténuations de charges	594 €	0 €	0 €	1 517 €	0 €	-100,0 %
	dotations subventions et participations	1 095 946 €	1 157 046 €	1 216 567 €	1 359 410 €	1 353 390 €	5,4 %
	autres produits d'activité	0 €	2 392 €	0 €	1 794 €	0 €	-
	produits financiers	35 €				0 €	-100,0 %
	produits exceptionnels	6 275 €		3 231 €		0 €	-100,0 %
	recettes réelles de fonctionnement	1 102 850 €	1 159 438 €	1 219 798 €	1 362 721 €	1 353 390 €	5,3 %
	recettes d'ordre	0 €	852 €	852 €	851 €	852 €	-
	Total des recettes de fonctionnement	1 102 850 €	1 160 290 €	1 220 650 €	1 363 572 €	1 354 242 €	5 %
résultat de fonctionnement		-25 602 €	122 773 €	-7 954 €	18 643 €	-167 705 €	60 %
dt FDCH		-157 973 €	35 127 €	-74 167 €	15 107 €	-33 174 €	-
dt fonctionnement GIP		132 372 €	87 647 €	66 213 €	3 537 €	-134 530 €	-

Source : compte de gestion (2016 provisoire)

Annexe 8

Les principaux postes de charges

Principales charges à caractère général	2012	2013	2014	2015	2016	VAM 2012/2016
Chapitre 011	295 075 €	284 958 €	287 519 €	406 271 €	328 027 €	2,7 %
dont frais d'affranchissement en % du 011 et en €/demande	78 296 €	74 804 €	83 627 €	97 550 €	87 494 €	2,8 %
	26,5 %	26,3 %	29,1 %	24,0 %	26,7 %	
	1,12 €	0,90 €	0,97 €	1,16 €	1,24 €	
dont prestations de services en % du 011 et en €/demande	116 894 €	117 823 €	104 194 €	224 110 €	173 560 €	10,4 %
	39,6 %	41,3 %	36,2 %	55,2 %	52,9 %	
	1,67 €	1,41 €	1,21 €	2,67 €	2,46 €	
nb dossiers déposés	70 029	83 427	85 825	83 993	70 692	

Source : Comptes administratifs

Annexe 9

La typologie des principales demandes

en unité et en %du total	2011	2012	2013		2014		2015		2016		évol 11/16	évol 13/16
Total allocation d'éducation		3,9 %	3,1 %		3,5 %		3,5 %		4,4 %			
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	2 389	2 715	2 620	-3,5 %	2 967	13,2 %	2 901	-2,2 %	3 123	7,7 %	130,7 %	19,2 %
	3,8 %	3,9 %	3,1 %		3,5 %		3,5 %		4,4 %			
Total parcours de solarisation		8,4 %	7,0 %		7,0 %		5,9 %		8,4 %			
Orientation scolaire	3 443	3 379	3 393	0,4 %	3 387	-0,2 %	2 994	-11,6 %	3 488	16,5 %	101,3 %	2,8 %
	5,5 %	4,8 %	4,1 %		3,9 %		3,6 %		4,9 %			
Accompagnement vie scolaire	1 430	1 809	1 795	-0,8 %	2 138	19,1 %	1 799	-15,9 %	2 189	21,7 %	153,1 %	21,9 %
	2,3 %	2,6 %	2,2 %		2,5 %		2,1 %		3,1 %			
Matériel pédagogique adapté	142	155	176	13,5 %	255	44,9 %	197	-22,7 %	243	23,4 %	171,1 %	38,1 %
Transport adapté	303	557	474	-14,9 %	248	-47,7 %						
Total cartes		36,5 %	32,9 %		32,0 %		32,8 %		33,0 %			
cartes de stationnement	10 658	12 345	13 413	8,7 %	13 557	1,1 %	13 333	-1,7 %	10 728	-19,5 %	100,7 %	-20,0 %
cartes invalidité ou priorité	11 520	13 226	14 008	5,9 %	13 946	-0,4 %	14 177	1,7 %	12 616	-11,0 %	109,5 %	-9,9 %
Total prestation de compensation		6,1 %	5,2 %		4,9 %		5,3 %		6,5 %			
Prestation de compensation du handicap	3 613	3 992	4 085	2,3 %	4 020	-1,6 %	4 326	7,6 %	4 385	1,4 %	121,4 %	7,3 %
	5,8 %	5,7 %	4,9 %		4,7 %		5,2 %		6,2 %			
Allocations compensatrices	238	292	250	-14,4 %	169	-32,4 %	134	-20,7 %	197	47,0 %	82,8 %	-21,2 %
Total ressources		20,1 %	25,6 %		26,5 %		26,9 %		19,5 %			
AAH	7 907	9 647	11 129	15,4 %	11 560	3,9 %	13 332	15,3 %	10 177	-23,7 %	128,7 %	-8,6 %
	12,7 %	13,8 %	13,3 %		13,5 %		15,9 %		14,4 %			
Complément de ressource	2 980	4 459	10 266	130,2 %	11 207	9,2 %	9 267	-17,3 %	3 605	-61,1 %	121,0 %	-64,9 %
	4,8 %	6,4 %	12,3 %		13,1 %		11,0 %		5,1 %			
Total emploi et orientation pro		22,0 %	22,4 %		23,3 %		22,9 %		25,0 %			
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	7 724	7 979	9 788	22,7 %	10 368	5,9 %	10 929	5,4 %	10 001	-8,5 %	129,5 %	2,2 %
	12,4 %	11,4 %	11,7 %		12,1 %		13,0 %		14,1 %			
Orientation et reclassement professionnel	5 510	7 415	8 907	20,1 %	9 660	8,5 %	8 269	-14,4 %	7 656	-7,4 %	138,9 %	-14,0 %
	8,8 %	10,6 %	10,7 %		11,3 %		9,8 %		10,8 %			
Total orientation vers ESSMS adultes		2,6 %	2,0 %		1,9 %		2,4 %		2,9 %			
Orientation vers un ESSMS adultes	1 623	1 806	1 686	-6,6 %	1 663	-1,4 %	2 043	22,9 %	2 075	1,6 %	127,8 %	23,1 %
	2,6 %	2,6 %	2,0 %		1,9 %		2,4 %		2,9 %			
Total des demandes déposées	62 381	70 029	83 427	19,1 %	85 825	2,9 %	83 993	-2,1 %	70 692	-15,8 %		-15,3 %

Source : MDPH 76, rapport d'activité