

Rapport d'observations définitives

MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES DE L'ORNE

(Département de l'Orne)

Exercices 2014 à 2017

Observations délibérées le 5 septembre 2019

SOMMAIRE

Synthèse.....	1
Principales recommandations et obligations de faire.....	2
I - Rappel de la procédure	2
II - Le fonctionnement du groupement d'intérêt public	3
A - La structure dans son territoire	3
1 - La place et les missions de la MDPH.....	3
2 - Les spécificités du territoire de l'Orne	3
B - Le pilotage de l'organisme	4
1 - La convention constitutive.....	5
2 - La commission exécutive	5
3 - La directrice	6
C - Les ressources humaines	6
1 - L'organisation des services.....	6
2 - La répartition des effectifs	7
3 - L'emploi des personnes handicapées	8
4 - Le temps de travail des agents sous contrat privé	8
5 - L'externalisation de la gestion de la paie	9
III - La situation financière et comptable	9
A - La fiabilité des comptes et de l'information budgétaire	9
1 - Le contenu des documents budgétaires	9
2 - La gestion des immobilisations	10
3 - Les opérations portant sur le résultat.....	10
4 - Le rattachement des charges et des produits	12
B - La situation financière	12
1 - Les recettes de fonctionnement	12
2 - Les dépenses de fonctionnement	15
3 - Les résultats initiaux et retraités.....	15
IV - L'exercice des missions	17
A - L'évaluation de la satisfaction des personnes handicapées.....	17
B - Le dispositif d'accueil et d'information	18
1 - L'accueil de premier niveau	18
2 - Le site internet	20
3 - Les actions d'information et de communication en direction du public.....	21
C - L'instruction, l'évaluation et l'élaboration des réponses.....	21
1 - Le processus de traitement des demandes	21
2 - Le système d'information métier	24
3 - La prise des décisions et leur suivi	25
D - La gestion du fonds départemental de compensation du handicap	28
1 - Les modalités de gestion du fonds.....	28
2 - Les conséquences financières des dispositions applicables depuis 2017	29
Sigles et acronymes	31
Annexes.....	32

SYNTHÈSE

Créée en janvier 2006, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de l'Orne est un groupement d'intérêt public (GIP) associant, outre le département de l'Orne, qui en assure la tutelle administrative et financière, l'État, les organismes d'assurance maladie et ceux d'allocations familiales.

Depuis 2012, les dépenses annuelles de la MDPH restent régulièrement supérieures aux recettes en dépit des mesures prises ces dernières années pour contenir l'évolution des charges. La situation financière apparaît dégradée avec des résultats de fonctionnement déficitaires, à l'exception de l'année 2017.

Le retraitement des opérations comptables, effectué par la chambre en vue de rattacher les recettes et les dépenses aux périodes concernées, remet en cause l'équilibre affiché en 2017 et montre au contraire la persistance d'un déficit structurel annuel estimé aux alentours de 50 000 € pour un budget annuel de l'ordre de 1,5 M€, soit une perte d'environ 3 %. Le GIP doit donc engager un dialogue avec ses principaux financeurs que sont le département, l'État et la CNSA, en vue de trouver une solution susceptible d'assurer un équilibre financier pérenne.

Ces contraintes financières ont pesé sur l'accomplissement des missions dévolues à la structure, qui a choisi de privilégier les actions portant sur l'amélioration du processus d'instruction et d'élaboration des réponses aux demandes d'aides et de prestations. Les progrès accomplis dans ce domaine sont significatifs, avec le changement en 2017 du système d'information de gestion des prestations sociales, qui est désormais commun avec celui du département. La refonte en 2018 du dispositif d'évaluation des demandes a également permis de raccourcir significativement le délai moyen de traitement des dossiers, même s'il demeure encore supérieur à la cible de quatre mois et au prix de l'abandon de l'approche pluridisciplinaire sur certains d'entre eux.

Des améliorations restent néanmoins à conduire en matière d'information et d'accueil du public, notamment l'accueil physique et par internet.

Enfin, plusieurs modalités de gestion interne présentent aujourd'hui des risques juridiques, par exemple en cas d'accident de travail pour certains agents ou en matière de contentieux sur les décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie (CDA). Pour y remédier, le GIP devrait revoir la gestion des mises à disposition des agents de l'État, actualiser et compléter la convention constitutive, et mettre à jour l'organisation de la CDA.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET OBLIGATIONS DE FAIRE

Principales recommandations :

1. Revoir le règlement intérieur de la commission des droits et de l'autonomie ;
2. engager une discussion avec les principaux financeurs (État, département et CNSA) sur le financement pérenne du GIP en vue de trouver une solution au déficit structurel du résultat courant ;
3. mettre en œuvre un plan d'amélioration portant sur les dispositifs d'accueil physique et téléphonique des personnes handicapées, ainsi que sur le site internet.
4. adopter une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens ainsi qu'un avenant financier annuel précisant les modalités et le montant de la participation des membres du groupement.

Obligations de faire :

5. Observer avec plus de rigueur les règles de fonctionnement de la commission exécutive et les formes de ses prises de décision en recourant à des délibérations ;
6. revoir avec les services de l'État la gestion des agents mis à disposition afin d'établir des conventions et prévoir leurs modalités comptables de remboursement et de subventionnement ;
7. se rapprocher du comptable public pour procéder à l'ensemble des opérations de régularisation relatives aux immobilisations.

I - RAPPEL DE LA PROCÉDURE

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de l'Orne à partir de l'année 2014. Par lettres en date du 2 août 2018, le président de la chambre en a informé M. Christophe de Balorre, président de la commission exécutive, ainsi que son prédécesseur, M. Alain Lambert. Les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu avec le rapporteur, respectivement, le 28 mars 2019 et le 8 avril 2019.

L'examen de la gestion a été principalement conduit selon les axes suivants :

- le fonctionnement de la MDPH (présentation, pilotage et ressources humaines) ;
- la situation comptable et financière ;
- l'exercice des missions.

Lors de sa séance du 7 mai 2019, la chambre a arrêté ses observations provisoires portant sur les années 2014 à 2017. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. de Balorre et M. Lambert, et pour les parties qui le concernent à un tiers explicitement mis en cause. M. de Balorre et le tiers ont répondu.

Après avoir entendu le rapporteur, la chambre a arrêté, le 5 septembre 2019, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué au président en fonction et à son prédécesseur en fonction au cours de la période examinée. Ce rapport, auquel est jointe la réponse qui engage la seule responsabilité de son auteur, pourra être communiqué par M. de Balorre à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception.

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

II - LE FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC

A - La structure dans son territoire

1 - La place et les missions de la MDPH

En application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la MDPH de l'Orne a été créée en janvier 2006.

Les MDPH remplacent les anciennes commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), les commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et les sites pour la vie autonome (SVA) en vue, notamment, de simplifier les démarches pour les personnes handicapées et leur famille en offrant une approche pluridisciplinaire et individualisée des situations et des prises de décision sur un lieu unique.

À cette fin, l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) assigne aux MDPH une mission en matière :

- d'accueil et d'information des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap ;
- d'évaluation des besoins de compensation et d'élaboration du plan de compensation selon une approche pluridisciplinaire et dans le cadre d'un projet de vie ;
- d'attribution des prestations et de droits, en particulier de la compétence de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDA) ;
- de suivi des décisions et de recueil des données relatives au handicap sur leur département ;
- de gestion du fonds départemental de compensation du handicap (FDCH).

En termes juridiques, la MDPH de l'Orne prend la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) associant, outre le département de l'Orne, qui en assure la tutelle administrative et financière, l'État, les organismes d'assurance maladie et ceux d'allocations familiales.

2 - Les spécificités du territoire de l'Orne

En l'absence de données récentes émanant de l'observatoire géré par l'agence régionale de santé (ARS) de Normandie et dans l'attente du déploiement du système d'information national piloté par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les

informations portant sur les populations selon la nature de leur handicap ne sont pas précisément connues.

L'observation de la situation du handicap dans l'Orne se focalise donc sur les données relatives aux aides pour les personnes handicapées, aux places offertes par les structures d'accueil spécialisées, enfin, aux politiques régionales pilotées par l'ARS.

En premier lieu, les MDPH font face, dans leur ensemble, à une augmentation des demandes d'aide, au moins jusqu'en 2016. Cette année-là, plus de 4,4 millions de demandes ont été reçues, soit une hausse de 4,5 %. L'Orne s'inscrit dans cette tendance avec un nombre de décisions d'octroi de droits qui progresse de façon continue de 43 000 décisions en 2014 à près de 59 000 en 2017.

Ainsi, le nombre des bénéficiaires effectifs d'aides telles que l'allocation aux adultes handicapés (AAH), la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) augmente dans l'Orne de façon régulière sur la dernière décennie et de manière plus rapide que la tendance nationale pour la PCH et l'ACTP (voir le graphique n° 1 en annexe n° 1). Pour cette raison, le taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP dans l'Orne en 2016, soit 6,1 ‰, est supérieur à celui de la France, soit 5,2 ‰ (voir le tableau n° 1 en annexe n° 1). En matière d'AAH, le taux ornaïs (3,3 %) demeure en 2017 supérieur à celui du pays (3 %).

En deuxième lieu, le département de l'Orne présente la particularité de figurer parmi ceux dont les capacités d'accueil en établissements et services pour personnes handicapées sont les plus élevées en France (voir le tableau n° 2 en annexe n° 1). Ainsi, dans le classement par ordre croissant des départements selon le taux de places proposées en 2016, la collectivité figure à la 92^e place (sur 101) pour les structures destinées aux adultes et à la 100^e place pour celles accueillant des enfants et des jeunes.

Cette situation favorable permet d'offrir plus facilement des solutions de prise en charge en structures et établissements spécialisés, tout particulièrement pour les enfants handicapés. Alors que l'Orne occupe le 73^e rang en matière de taux d'accueil des élèves handicapés en milieu scolaire ordinaire durant l'année 2015 à 2016, la prise en compte de l'accueil en établissements lui permet d'atteindre la 97^e position.

En troisième lieu et en lien avec ces constats, le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC), arrêté le 12 décembre 2018 par l'ARS de Normandie et portant sur la période 2018 à 2022, vise parmi ses objectifs régionaux :

- le repérage précoce des fragilités ainsi que l'accès au diagnostic pour les personnes handicapées ;
- le développement de réponses « inclusives » pour les personnes en situation de handicap, y compris dans le champ de l'emploi.

Outre la mise en œuvre de ces objectifs, la MDPH intervient en tant qu'expert pour l'application des politiques régionales portant sur le handicap. Ainsi, elle a été sollicitée par l'ARS pour donner son avis sur l'attribution d'aides lors des appels à projet, comme sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements pour personnes handicapées.

B - Le pilotage de l'organisme

Si le fonctionnement institutionnel de la MDPH ne présente pas de problème majeur qui bloquerait son pilotage, plusieurs points d'amélioration méritent d'être relevés en ce qui concerne le contenu de la convention constitutive, la commission exécutive ainsi que la nomination de la directrice.

1 - La convention constitutive

L'article 13 de la convention constitutive du GIP prévoit que les concours des membres du GIP (contribution financière, en nature, mises à disposition...) sont retracés en annexe, les membres n'étant pas engagés au-delà de ces mentions. Or cette annexe, inchangée depuis l'origine, ne correspond pas aux engagements actuels, qui sont plutôt définis dans des conventions bilatérales, par exemple entre la MDPH et le département.

Depuis 2011, l'article L. 146-4-2 du CASF prévoit d'annexer à la convention constitutive une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM), signée entre la MDPH et ses membres, qui détermine pour trois ans les missions et objectifs assignés à la MDPH, ainsi que les moyens qui lui sont alloués pour les remplir. En cohérence avec les objectifs fixés par la CPOM, un avenant financier doit préciser chaque année les modalités et le montant de la participation des membres du groupement. Jusqu'à présent, ces documents n'ont pas été établis.

Même si l'arrêté ministériel devant préciser le contenu des CPOM n'est pas encore paru, la chambre recommande à la MDPH d'adopter une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens et un avenant financier annuel, tout en veillant à la régularité de la procédure d'adoption de ce nouveau statut.

2 - La commission exécutive

L'article L. 146-4 du CASF prévoit que les MDPH sont administrées par une commission exécutive (COMEX). Sur la période examinée, les présidents du conseil général, puis du conseil départemental de l'Orne, qui président de droit la COMEX, sont représentés par l'un des vice-présidents de ces conseils.

La COMEX est réunie trois fois par an. Si les membres nommés y sont le plus souvent assidus, deux COMEX se sont tenues sans que le quorum soit atteint, le 26 juin 2017 ainsi que le 28 juin 2018. Les décisions prises lors de ces COMEX sont, par conséquent, susceptibles d'être considérées comme invalides.

La COMEX ne matérialise que rarement ses décisions dans des délibérations. Par exemple, en matière financière, aucune délibération d'affectation du résultat n'a été adoptée depuis 2014. Le vote des budgets primitifs ne fait pas, non plus, l'objet d'une adoption explicite validée par la COMEX et formalisée dans une délibération signée de son président ou de son représentant. C'est le procès-verbal de la séance, signé du représentant du président et approuvé lors de la COMEX suivante, qui fait foi.

Ce fonctionnement soulève plusieurs problèmes. Il contrevient à la lettre de l'article 10 de la convention constitutive. La rédaction des procès-verbaux n'est pas toujours suffisamment précise pour valablement remplacer une délibération, par exemple lorsque l'affectation du résultat est implicite. La question se pose de la validité des décisions de la COMEX, lorsqu'elles sont mises en œuvre dans l'intervalle entre leur vote et l'approbation du procès-verbal. Enfin, dès lors que l'adoption du procès-verbal paraît irrégulière en l'absence de quorum, les décisions prises dans ces procès-verbaux pourraient elles-mêmes être considérées comme invalides.

Compte tenu du risque juridique induit par ces pratiques, la chambre rappelle au GIP la nécessité d'observer avec plus de rigueur les règles de fonctionnement de la COMEX et le formalisme de ses décisions en recourant à des délibérations. En réponse, la MDPH indique avoir d'ores et déjà fait évoluer sa pratique en matière de décisions de la COMEX, qui sont désormais prises sous forme de délibérations.

3 - La directrice

En application de la convention constitutive, le président du conseil général, également président de la COMEX a nommé, par arrêté du 30 mai 2012, la directrice actuelle de la MDPH. Toutefois, à la suite du renouvellement du conseil départemental en avril 2015, qui nécessitait de reprendre les délégations de signature antérieurement accordées, un arrêté du 16 avril 2015 abroge celui du 30 mai 2012. Si le nouveau document accorde à nouveau une délégation de signature, le maintien de la directrice sur son poste n'est pas mentionné.

Par conséquent, la nomination de la directrice n'apparaît pas reposer sur une base juridique solide. La chambre invite donc la MDPH à prendre un nouvel arrêté pour éviter tout problème.

C - Les ressources humaines

1 - L'organisation des services

Sur la période examinée, l'organisation générale de la MDPH n'a pas évolué. Elle comprend cinq entités : le pôle accueil, le pôle instruction, le pôle des référents, le pôle d'évaluation et le pôle numérisation (voir le tableau n° 3 en annexe n° 1). Le pilotage relève d'une directrice, accompagnée d'une cheffe de service et d'une secrétaire de direction. Toutefois, au sein de cette structure globale pérenne, des évolutions en termes d'organisation interne et de champ d'action ont vu le jour.

En premier lieu, le GIP devait mettre en œuvre les nouveaux dispositifs législatifs et réglementaires qui incombent aux MDPH. A ce titre, à partir de 2017, une chargée de mission intervient pour la conduite de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ».

En deuxième lieu, la MDPH a adapté son organisation pour faire face aux retards dans le traitement de certains types de dossiers (voir la partie consacrée au traitement des demandes).

Enfin, bien que l'un des objectifs initiaux ayant contribué à la création des MDPH fût de supprimer la césure entre les dispositifs de gestion des enfants et des adultes en situation de handicap avec la création d'un guichet unique, l'organisation mise en place dans l'Orne ne répondait qu'en partie à cet enjeu. En effet, depuis longtemps, les fonctions d'accueil, d'instruction et d'évaluation des demandes étaient communes. Cependant, les référents ainsi que les commissions des droits et de l'autonomie (CDA) qui se prononcent sur les demandes des personnes handicapées, restaient spécialisés entre enfance et âge adulte.

Une évolution visant à lever cette dernière coupure a donc été lancée fin 2018. En matière de référents, la définition de deux des quatre postes du pôle a été revue. Alors que le dispositif historique comprenait un référent adulte et un référent enfant, la nouvelle organisation prévoit une articulation selon le lieu de vie avec un référent « établissement » et un référent « domicile ».

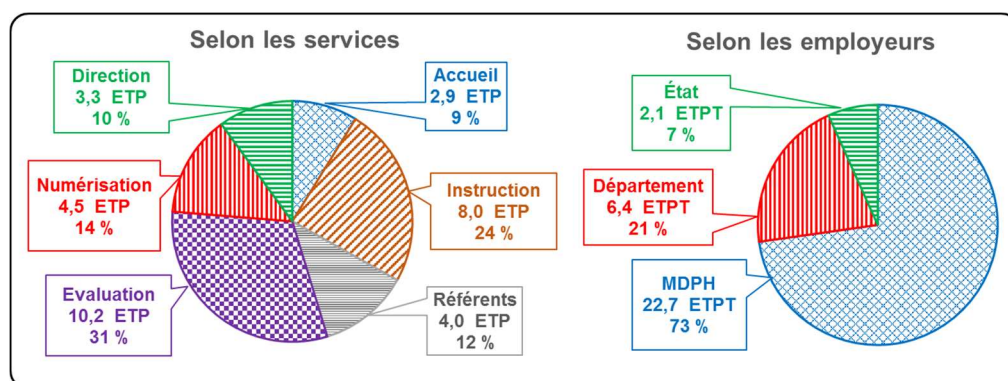
En revanche, le projet de refonte des commissions autour de nouvelles thématiques a été refusé en CDA. Selon la MDPH, le maintien de la séparation entre enfants et adultes apparaît préférable, notamment au regard des expertises développées par les membres des commissions.

2 - La répartition des effectifs

Du fait d'un contexte financier entraînant des contraintes fortes en matière de recrutement, la MDPH a conduit les changements d'organisation précédemment évoqués en stabilisant ses effectifs aux alentours de 32 personnes en équivalent temps plein (ETP), tous statuts confondus, c'est-à-dire y compris les mises à disposition.

Comme l'illustre le graphique suivant, la majorité des agents travaille au sein des pôles d'instruction et d'évaluation.

Graphique n° 1 : Répartition moyenne des effectifs selon les services et la nature des employeurs



Sources : documents de la MDPH, moyenne sur la période 2014 à 2017 pour la répartition selon les services et sur la période 2014 à 2016 pour la répartition selon les employeurs

Conformément aux dispositions de l'article L. 146-4-1 du CASF, le personnel de la MDPH relève de plusieurs employeurs avec des agents qui sont :

- directement employés par le GIP, qui a alors fait le choix de recourir exclusivement à des contrats de droit privé ;
- mis à disposition par le conseil départemental de l'Orne à titre gratuit ou onéreux, selon les agents ;
- mis à disposition gratuitement par les services de l'État, soit l'éducation nationale et la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

La gestion des agents mis à disposition par l'État soulève deux problèmes.

En premier lieu, il n'existe pas de conventions nominatives de mise à disposition pour ces agents. Le principe d'un recours à des mises à disposition est uniquement prévu, d'une part, dans l'annexe de la convention constitutive avec des effectifs qui ont évolué depuis, d'autre part, dans la convention de 2017 liant la MDPH et les services départementaux de l'éducation nationale de l'Orne. Cette situation pourrait donc présenter des risques juridiques, par exemple en cas d'accident du travail.

En second lieu, à la différence des mises à disposition conclues avec le conseil départemental, celles relevant de l'État ne font l'objet d'aucun flux financier avec la MDPH.

La solution comptable employée avec le département présente l'avantage de pouvoir identifier sans ambiguïté l'intégralité du montant des charges de personnel de la MDPH. Surtout, depuis 2011, la législation impose que les mises à disposition des agents de l'État auprès des MDPH donnent lieu à remboursement de la part du GIP

(article L. 146-4-1 du CASF) et versement d'une subvention de la part de l'État (article L. 146-4-2 du CASF).

La chambre rappelle donc à la MDPH l'obligation de revoir avec les services de l'État la gestion des agents mis à disposition afin d'établir des conventions et prévoir leurs modalités comptables de remboursement et de subventionnement. En réponse, le GIP précise qu'il échangera avec les services concernés au sein de l'éducation nationale sur les points soulevés.

3 - L'emploi des personnes handicapées

La MDPH de l'Orne, qui occupe au moins 20 agents à temps plein, est tenue d'employer des personnes handicapées dans la proportion de 6 % de l'effectif total des agents rémunérés.

Si elle dépasse largement ce seuil avec le recrutement de quatre personnes handicapées, elle a toutefois confié son obligation déclarative annuelle auprès du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) à un prestataire. Or, pour la première déclaration effectuée au titre de l'exercice 2017, ce prestataire n'a pas indiqué le nombre total de personnes handicapées employées. Le taux qui en découle a donc été sous-évalué.

Une telle erreur n'a pas été renouvelée dans la déclaration suivante. Néanmoins, la chambre invite la MDPH à rester vigilante sur l'exactitude de ses déclarations annuelles auprès du FIPHFP.

4 - Le temps de travail des agents sous contrat privé

Constatant une hétérogénéité de traitement du temps de travail des agents selon leur statut, le GIP a lancé une étude à compter de juin 2011, en accord avec les représentants du personnel, pour aboutir à un accord relatif au temps de travail et à son aménagement, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Un avenant est intervenu en octobre 2012, suivi par un nouveau dispositif depuis janvier 2017. Une nouvelle évolution est envisagée, d'ici la fin de l'année 2019, pour préciser les règles applicables aux agents travaillant à temps partiel.

Toutefois, comme les règles en matière de congés au sein de l'éducation nationale apparaissent plus avantageuses, l'accord collectif ne concerne pas l'intégralité des agents qui travaillent pour la MDPH et porte uniquement sur le personnel salarié du GIP et les agents mis à disposition par le département.

La durée de travail hebdomadaire s'établissant à 39 heures, le volume annuel des congés (congés payés annuels, RTT et jours de fractionnement) s'élève à 48 jours en travaillant le lundi de Pentecôte. À ce quota annuel s'ajoutent des jours de congés d'ancienneté, qui sont acquis au rythme de deux jours par période de cinq ans travaillée au sein de la MDPH, dans une limite maximale de six jours.

Ce dispositif complémentaire est repris de la convention collective des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966. En effet, si aucune convention collective nationale ne s'impose à la MDPH de l'Orne, elle a fait un choix d'usage des règles de cette convention dans le champ des congés et des grilles de rémunération.

En 2017, comme la plupart des agents bénéficie d'un complément de deux jours, 62 jours de congés d'ancienneté ont été accordés, soit environ 0,3 ETP. Au fil du temps, avec l'avancement prévisible de la durée moyenne d'ancienneté, ce volume devrait augmenter et

pourrait atteindre 180 jours, soit l'équivalent de 0,9 ETP, en retenant comme hypothèse un maintien des effectifs à leur niveau actuel.

La chambre note donc que le dispositif retenu est légal et son incidence limitée en gestion. Toutefois, le protocole mériterait d'être clarifié, ce que la MPDH prévoit de faire, pour préciser que ces dispositions ne doivent s'appliquer qu'aux agents sous statut privé.

5 - L'externalisation de la gestion de la paie

Depuis 2007, la MDPH a confié à un cabinet d'experts-comptables la production de ses bulletins de paie, déclarations en matière salariale (URSSAF...) et formalités liées aux embauches comme aux départs des agents. À cette fin, des contrats fixent la nature des prestations et les tarifs, sous la forme de lettres de mission annuelles. Sur les exercices 2014 à 2017, les paiements effectués dépassent 50 000 € TTC, soit presque 13 000 € en moyenne par an.

Néanmoins, aucune mesure de mise en concurrence ou de comparaison de devis n'a été mise en œuvre depuis l'origine pour cette prestation de service, qui est pérenne et qui intervient sur un domaine pourtant concurrentiel. Or en tant que pouvoir adjudicateur, la MDPH doit respecter, y compris sous le seuil de 25 000 € HT, les principes de la commande publique.

Même si le GIP est satisfait de son prestataire, la chambre l'invite à organiser dès l'expiration du contrat en cours une mise en concurrence adaptée, en fonction de l'estimation de son besoin et du degré de concurrence du secteur considéré, de manière à respecter les principes de transparence, d'égalité de traitement et de liberté d'accès à la commande publique. De plus, cette procédure pourrait éventuellement déboucher sur une économie qui serait à ne pas négliger dans un contexte financier très contraint pour la MDPH.

III - LA SITUATION FINANCIÈRE ET COMPTABLE

A - La fiabilité des comptes et de l'information budgétaire

1 - Le contenu des documents budgétaires

L'article R. 146-23 du CASF soumet les MDPH aux règles budgétaires et comptables du code général des collectivités territoriales (CGCT) applicables aux départements, lesquelles se retrouvent dans la nomenclature budgétaire et comptable M52. Cependant, si la MDPH produit bien un compte administratif et approuve le compte de gestion du comptable, elle ne respecte pas les règles de présentation des documents budgétaires.

Ces documents se réduisent à des tableaux reprenant les montants des comptes, présentés par section en recettes et en dépenses. Les annexes relatives à la présentation des effectifs, aux amortissements, aux mouvements affectant l'actif ne sont pas produites. En leur absence, l'information fournie aux membres de la COMEX paraît incomplète.

La chambre invite donc la MDPH à compléter ses documents budgétaires des annexes prescrites par la nomenclature M52 et à en assurer la présentation lors des COMEX chargées de les adopter.

2 - La gestion des immobilisations

La plupart des biens dont dispose le GIP étant mis à sa disposition, ses immobilisations consistent surtout en des logiciels, dont le principal est un progiciel de gestion de prestations sociales acquis en 2009 pour plus de 150 000 € et utilisé jusqu'en 2017.

Mais, les documents élaborés par la MDPH ne permettent pas d'avoir une vision exacte de ses biens. L'état des immobilisations transmis est très incomplet et ne correspond pas à la balance des comptes, ni encore à l'état de l'actif, établi par le comptable, lequel présente également des incohérences avec la balance des comptes sur les amortissements réalisés. L'ensemble n'est pas tenu à jour, notamment des sorties. Enfin, la MDPH n'inventorie pas les biens qui sont mis à sa disposition par le département.

En matière d'amortissement, l'application des durées fixées en annexe du règlement financier du GIP n'est pas vérifiable et soulève des questions. Ainsi, dans l'état de l'actif, certaines lignes mentionnent une durée d'amortissement nulle.

De plus, la MDPH n'a pas procédé de manière régulière aux amortissements des logiciels. Après avoir inscrit 37 500 € au titre de la dotation aux amortissements en 2014 à la demande du payeur départemental, elle a cessé toute dotation aux amortissements.

La dotation aux amortissements étant une dépense obligatoire, son omission obère la sincérité budgétaire en faussant le résultat comptable, d'autant plus que le montant des amortissements non réalisés est loin d'être négligeable, puisqu'il est estimé à plus de 130 000 € fin 2017. Le défaut d'amortissement a porté principalement sur le progiciel de gestion des prestations sociales (au moins 100 000 €). Acquis en 2009, il aurait dû être amorti sur quatre ans, soit au plus tard en 2014. Ayant été remplacé en 2017, ce progiciel est aujourd'hui obsolète et devrait donc être sorti du bilan.

La chambre invite la MDPH à se rapprocher de son comptable pour procéder à l'ensemble des opérations de régularisation qu'appelle la situation des immobilisations. En réponse, le GIP a précisé qu'un travail commun avec le comptable avait été engagé.

3 - Les opérations portant sur le résultat

a - *Le suivi des résultats*

Bien que l'affectation du résultat doive être décidée par la commission exécutive (articles 10 et 18 de la convention constitutive), aucune délibération spécifique n'a été prise, hormis pour l'exercice 2013.

De plus, l'article 3 du chapitre 3 du règlement financier de la MDPH prévoit de faire apparaître distinctement, à la clôture de chaque exercice, « l'excédent ou le déficit lié d'une part au fonctionnement et d'autre part aux investissements de la MDPH, puis l'excédent ou le déficit issu des recettes et dépenses dédiées au FDCH » (fonds départemental de compensation du handicap).

Or, le résultat ne distingue pas toujours la part issue de l'exécution du FDCH du résultat de fonctionnement de la MDPH elle-même. Ce manque d'information peut prêter à confusion sur leurs montants respectifs. D'ailleurs, la MDPH n'a ni été en mesure de répondre aux interrogations de la chambre sur un écart de 19 276,01 € retrouvé dans l'enchaînement du résultat comptable du FDCH tel qu'il résulte des éléments communiqués en 2014 à la CNSA, ni de confirmer s'il s'agit d'une erreur de plume.

b - Les choix d'affectation du résultat en 2013

Si l'article 19 de la convention constitutive du GIP rappelle les règles relatives à l'affectation du résultat, notamment en cas d'excédent de la section de fonctionnement, leur application pour l'affectation du résultat de 2013 a posé problème à deux titres.

En premier lieu, le montant du résultat affecté au budget primitif 2014 au titre du résultat cumulé de la section d'investissement, soit un déficit de 19 120,52 €, est erroné puisqu'il diffère du résultat de 2013 voté par la COMEX (déficit de 10 867,21 €). Toutefois, la correction a été effectuée au compte administratif de l'exercice 2014.

En second lieu, ce déficit de la section d'investissement aurait dû être couvert par prélèvement sur l'excédent de la section de fonctionnement (plus de 200 000 €), c'est-à-dire en procédant à une affectation d'une partie de l'excédent de fonctionnement en réserve au compte 1068. Or, le choix a été fait de conserver l'intégralité de l'excédent de fonctionnement en section de fonctionnement.

c - La reprise de l'excédent d'investissement à la section de fonctionnement en 2018

Tandis que la section d'investissement était déficitaire en 2013, la situation s'est inversée dès 2014, avec un résultat cumulé excédentaire de plus de 21 000 €, qui sera maintenu en 2015. En 2016 et 2017, l'excédent perdure à un niveau moindre, soit 11 474,79 €.

En l'absence d'opérations d'investissement prévues, la MDPH a choisi de reprendre cet excédent pour l'affecter en section de fonctionnement. Si la réalisation de l'opération a été envisagée dès 2017, la reprise est intervenue sur l'exercice 2018.

Afin d'éviter, notamment, le financement d'un déficit de fonctionnement par l'emprunt, les conditions de reprise en section de fonctionnement d'un excédent de la section d'investissement sont strictement encadrées par les dispositions de l'article D. 2311-14 du CGCT, applicable aux départements par renvoi de l'article L. 3312-7. Outre le produit de cession d'une immobilisation reçue au titre d'un don ou d'un legs, ou encore le produit de la vente d'un placement budgétaire, le CGCT autorise la reprise résultant de la dotation complémentaire en réserve au compte 1068 constatée au compte administratif au titre de deux exercices successifs. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, l'organisme doit solliciter une décision d'approbation conjointe des ministres chargés du budget et des collectivités locales.

Au cas d'espèce, aucune de ces trois possibilités n'a été respectée. En particulier, le GIP n'a effectué aucune dotation complémentaire de l'excédent de fonctionnement au compte 1068 depuis 2014 et, comme précédemment indiqué, il n'avait pas inscrit la dotation obligatoire de couverture en 2013.

Ainsi, la MDPH aurait dû solliciter au préalable une dérogation auprès des ministres chargés des collectivités locales et du budget. En son absence, la reprise opérée paraît irrégulière. Au surplus, elle n'a pas fait l'objet d'une décision de la COMEX, telle que requise par le CGCT, précisant l'origine de l'excédent et les conditions d'évaluation de son montant. Le procès-verbal retraçant les débats de la COMEX du 28 février 2017 justifie cette reprise uniquement par l'absence d'investissement à réaliser et mentionne que cette « modification budgétaire » est adoptée à l'unanimité.

La chambre invite donc la MDPH à être plus vigilante à l'avenir sur les décisions en matière de suivi d'affectation de résultat, y compris en cas de reprises sur la section d'investissement.

4 - Le rattachement des charges et des produits

Sur la période 2014 à 2017, les opérations de rattachement de charges et de produits se sont limitées aux charges à payer au titre du FDCH. Aucune écriture comptable n'a concerné les charges constatées d'avance, les produits à recevoir et les produits constatés d'avance. Or le recours à ces opérations pouvait être justifié.

En 2017, l'ARS de Normandie a ainsi versé 90 000 € pour financer pendant deux ans un poste destiné à la mise en place du dispositif de réponse accompagnée pour tous (RAPT). Si cette recette a été intégralement perçue sur l'exercice 2017, les dépenses relatives à ce recrutement portent aussi sur 2018. En conséquence, un produit constaté d'avance aurait dû être inscrit à hauteur de la différence entre le versement effectué (90 000 €) et les dépenses réalisées en 2017 (environ 40 000 €).

De plus, les charges à payer retenues pour le FDCH apparaissent erronées. La MDPH précise que, chaque année, le comité de gestion du fonds décide d'accorder des prises en charge à des personnes qui en font la demande, sous réserve que les dépenses correspondantes puissent être réalisées sous douze mois. Au 31 décembre, l'ensemble des dépenses non effectuées fait l'objet de charges à payer.

La nomenclature comptable précise qu'une charge à payer est une dépense de fonctionnement engagée ayant donné lieu à un service fait, mais non mandatée. Au cas d'espèce, en l'absence de service fait, l'usage des charges à payer apparaît irrégulier.

Pour pouvoir suivre les accords donnés par le comité de gestion, le recours à un suivi extracomptable avec des réservations de crédits semblerait plus approprié. À ce titre, la proportion des paiements réellement effectués sur ces charges ne s'établit qu'à leur moitié environ, sur la période 2014 à 2016.

Vu l'ensemble de ces éléments, la chambre invite la MDPH à revoir ses règles en matière de rattachement des charges et des produits.

B - La situation financière

L'analyse financière porte sur la seule section de fonctionnement, car les montants annuels des produits et des charges de cette section dépassent 1,5 M€ alors que ceux de la section d'investissement se limitent à une dizaine de milliers d'euros. De plus, la MDPH n'a pas contracté d'emprunts bancaires durant la période observée.

Les flux correspondant au FDCH, inscrits sur des comptes spécifiques, sont retirés en vue de présenter une situation financière hors FDCH. L'analyse du fonds est spécifiquement abordée en dernière partie de ce rapport.

En vue de proposer une analyse plus représentative de la situation budgétaire et de ses évolutions, diverses opérations font l'objet de retraitements pour les comptabiliser sur les exercices qui correspondent exactement à leur objet (voir le tableau n° 1 en annexe n° 2).

1 - Les recettes de fonctionnement

De 2014 à 2017, les recettes augmentent de 6,1 %, en présentant toutefois une évolution erratique. Après une chute en 2016, elles retrouvent en 2017 un niveau très proche de celui de 2015, soit près de 1 523 000 €.

Tableau n° 1 : Recettes de fonctionnement retraitées

Montants en €	2014	2015	2016	2017	Evolution
Participation des partenaires	1 381 023	1 435 261	1 426 710	1 460 576	5,8 %
<i>dont État</i>	429 344	429 344	429 344	429 344	0,0 %
<i>dont CNSA</i>	383 137	397 213	406 910	404 822	5,7 %
<i>dont département</i>	568 541	608 703	590 457	586 418	3,1 %
<i>dont ARS</i>	0	0	0	39 992	n/a
Autres ressources	53 574	88 248	84 406	61 871	15,5 %
Total	1 434 596	1 523 509	1 511 117	1 522 447	6,1 %

Source : CRC Normandie à partir du retraitement des comptes de gestion

Les recettes sont constituées des participations des partenaires, au premier rang desquels l'État, la CNSA et le département, et d'autres ressources qui correspondent très majoritairement (80 % en moyenne sur la période 2014 à 2017) à des atténuations de charges de personnel, c'est-à-dire des remboursements d'indemnités journalières maladie par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et des aides perçues au titre des contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE).

Les enjeux en termes de ressources portent sur le montant des participations, qui représentent en moyenne plus de 95 % des produits. Or, selon les partenaires, les modalités d'octroi de ces subventions et leur évolution diffèrent significativement.

a - Participation de l'État

La contribution de l'État au financement du GIP vise le fonctionnement de la structure ainsi que la compensation des postes vacants pour les secteurs « travail » et « solidarité ».

Sur la période 2014 à 2017, le versement annuel est constant, à hauteur de 429 344 €, en raison d'une évaluation réalisée en 2014, mais qui n'a pas été actualisée. Elle s'appuyait notamment sur les modalités de compensation fixées par une instruction d'avril 2011 pour déterminer la participation accordée au titre des postes vacants (277 792 €).

En l'absence d'actualisation, les coûts réellement supportés par la MDPH se sont éloignés au fil du temps du financement apporté. La chambre estime l'écart en défaveur de la MDPH entre 40 000 € et 50 000 € en 2018.

b - Versements du département de l'Orne

Le département est le principal contributeur au financement de la MDPH. À la différence de l'État, son versement correspond exactement à des dépenses réellement acquittées par le GIP et comprend trois volets :

- le remboursement des salaires des agents mis à disposition (171 000 € en moyenne par an) ;
- le remboursement de certaines prestations facturées par le département (informatique, locaux et courrier) en vue de neutraliser leur coût pour le GIP (155 000 € en moyenne par an) ;
- le remboursement d'une partie des agents recrutés par la MDPH au titre des postes subventionnés, sur justification des coûts par la MDPH (251 000 € en moyenne par an).

Toutefois, par exception à ces principes et sur demande de la MDPH, le département a complété son versement d'une aide exceptionnelle pour atténuer le déséquilibre budgétaire en 2015 (environ 37 000 €) comme en 2016 (presque 9 000 €).

c - Participation de la CNSA

Durant la période examinée, la dotation de la CNSA cumule une part fixe de 200 000 € accordée à chaque département, et une part variable calculée en fonction de la population âgée de 20 à 59 ans et du potentiel fiscal des départements.

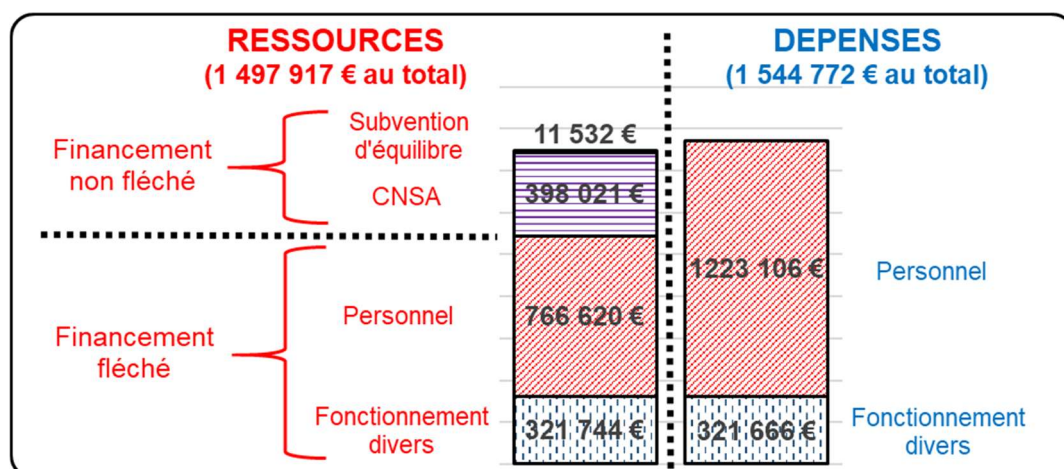
De 2014 à 2016, les subventions accordées à la MDPH de l'Orne ont augmenté du fait de la hausse de 64 M€ à 70,8 M€ de l'enveloppe nationale dont dispose la CNSA (voir le tableau n° 2 en annexe n° 2). En 2017, avec le maintien de l'enveloppe nationale à son niveau de 2016, la dotation diminue de presque 4 000 € en raison de la baisse de sa part variable. En effet, les évolutions démographiques dans l'Orne, où la population âgée de 20 à 59 ans diminue au regard de l'évolution nationale, contribuent à la baisse structurelle du coefficient employé pour le calcul de la part variable.

Cette évolution démographique, qui ne s'inversera pas à court terme, continuera de peser défavorablement sur le financement apporté par la CNSA.

À la différence des contributions de l'Etat et du département, qui sont fléchées entre dépenses de personnel et autres dépenses de fonctionnement, celles de la CNSA ne retiennent pas cette distinction. Néanmoins, comme l'illustre le graphique suivant, les ressources fléchées au titre des dépenses diverses de fonctionnement au sein des dotations de l'État et du département s'élèvent à 321 744 € en moyenne annuelle sur la période 2014 à 2017. Elles correspondent presque exactement aux dépenses effectuées par la MDPH (321 666 €). Au contraire, les ressources fléchées sur le personnel (766 620 €) ne répondent que partiellement (63 %) au besoin moyen (1 223 106 €).

Ainsi, la participation de la CNSA et les subventions d'équilibre du département servent, en pratique, à couvrir le surplus des dépenses de personnel au regard des financements fléchés à ce titre. Cependant, leur montant n'est pas suffisant pour financer l'intégralité de ces dépenses avec un écart moyen d'environ 47 000 €.

Graphique n° 2 : Couverture des dépenses par les recettes selon leur nature



Source : CRC Normandie à partir du retraitement des comptes de gestion, moyenne annuelle calculée sur la période 2014 à 2017

2 - Les dépenses de fonctionnement

Les dépenses de la MDPH ne peuvent pas être directement comparées à une référence nationale, car la part extracomptable des coûts diffère fortement selon les modes d'organisation des MDPH. De plus, comme l'indique la CNSA dans son bilan des MDPH pour 2016, la méthode qu'elle a employée pour estimer l'intégralité des coûts, c'est-à-dire y compris la part extracomptable, n'est pas pertinente dans le cas de l'Orne, puisque les prestations externalisées n'ont pas pu être valorisées avec exactitude. Ainsi, aucune appréciation fiable ne semble pouvoir être établie quant au niveau global des dépenses de l'Orne au regard d'une cible nationale ou de départements analogues.

Sous cette réserve et comme le montre le tableau suivant, l'évolution générale des dépenses apparaît maîtrisée puisque leur hausse est inférieure à celle des recettes en se limitant à 2,1 % sur quatre exercices, notamment du fait de l'arrêt des « autres charges » (amortissement du logiciel en 2014, annulation de titres sur exercice antérieur en 2015 et cession d'une voiture en 2016).

Tableau n° 2 : Dépenses de fonctionnement retraitées

Montants en €	2014	2015	2016	2017	Evolution
Frais de personnel et assimilés	1 192 931	1 245 770	1 200 173	1 253 552	5,1 %
Charges à caractère général	314 625	298 932	308 125	323 481	2,8 %
Autres charges	37 500	1 200	2 800	0	n/a
Total	1 545 056	1 545 902	1 511 098	1 577 033	2,1 %

Source : CRC Normandie à partir du retraitement des comptes de gestion

Les charges de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses (79,2 % du total), augmentent de 5,1 %, soit environ 60 000 €. Dans le contexte de stabilisation des effectifs, ce surplus s'explique par l'effet du glissement vieillesse et technicité (GVT), particulièrement par la substitution des CAE au profit d'emplois plus qualifiés, tels que celui de chargé de mission pour la mise en place de la RAPT. Ce recrutement, qui est d'ailleurs la principale cause du surcroît de charges d'environ 53 000 € observé entre 2016 et 2017, a été cependant couvert par une ressource équivalente de l'ARS.

Les charges à caractère général progressent de façon plus mesurée, soit 2,8 % sur la période, en présentant toutefois une progression significative de 2016 à 2017. Elle provient d'une hausse de presque 21 000 € constatée en 2017 en matière de contrats de prestations de services en lien avec le changement du progiciel de gestion des demandes sociales. En effet, cette bascule a nécessité de former les utilisateurs au nouvel outil et d'adapter les interfaces permettant l'échange de données avec le logiciel de gestion électronique des documents (GED).

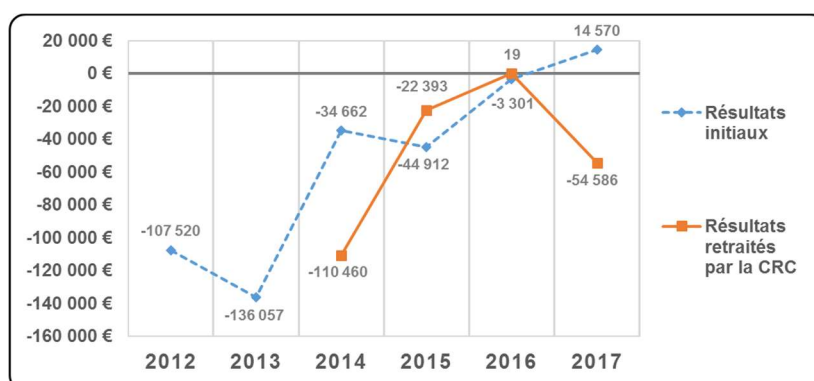
3 - Les résultats initiaux et retraités

Entre 2014 et 2016, le GIP a connu des résultats déficitaires. Cette présence de déficits n'est pas un phénomène récent, puisque les pertes dépassaient 100 000 € en 2012 comme en 2013. À compter de cette date, la MDPH a dû couvrir ces déséquilibres par prélèvements successifs sur son excédent de fonctionnement capitalisé historique.

Au fil des exercices déficitaires, les réserves disponibles ainsi que la trésorerie se sont amenuisées. Alors que la trésorerie de fin d'année s'établissait à environ 390 000 € en 2012, elle n'est plus que de 152 000 € en 2017, pour être enfin estimée à 56 000 € en 2018. Du fait de cette chute, le GIP a d'ailleurs dû solliciter le département en avril 2018 pour bénéficier du versement anticipé d'une subvention.

La MDPH a cherché, ces dernières années, à corriger cette trajectoire en prenant des mesures en vue de limiter l'évolution de ses dépenses à un niveau inférieur à celui des recettes, par exemple : la mise à disposition de véhicules par le département au lieu de locations, la mise en place d'un système téléphonique partagé avec le département... À la lecture des comptes administratifs qu'elle présente, ses efforts sembleraient couronnés de succès, car les pertes se réduisent d'une année sur l'autre, avant l'apparition d'un excédent d'environ 15 000 € en 2017. Cependant, l'observation des résultats retraités, qui indique une chute significative en 2017, en raison notamment du retraitement de la recette de l'ARS, incite à remettre en cause ce constat positif et à analyser plus en profondeur la structure du résultat.

Graphique n° 3 : Comparaison des résultats initiaux et retraités de la section de fonctionnement



Sources : comptes administratifs pour les résultats initiaux et CRC pour les résultats retraités

Comme le montre le tableau ci-dessous, les dépenses courantes nettes des remboursements de charges¹ apparaissent stables de 2014 à 2017 à hauteur d'environ 886 000 €, même si un repli à 867 000 € est visible en 2016. Ce constat confirme la capacité du GIP à maîtriser ses dépenses. Mais, comme les montants cumulés des participations de l'État et de la CNSA restent inférieurs à 837 000 €, le résultat courant est systématiquement déficitaire dans une ampleur inverse de celle de l'évolution des participations.

Tableau n° 3 : Evolution du résultat courant et du résultat de fonctionnement

Montants en €	2014	2015	2016	2017
Dépenses courantes (I)	1 507 556	1 544 702	1 508 298	1 577 033
Remboursement de dépenses (II)	622 115	658 769	640 855	688 281
Dépenses courantes nettes (III=I-II)	885 441	885 933	867 443	888 752
Participations État et CNSA (IV)	812 481	826 557	836 254	834 166
Résultat courant (V=IV-III)	-72 960	-59 376	-31 189	-54 586
Recettes exceptionnelles (VII)	0	38 183	34 008	0
Dépenses exceptionnelles (VIII)	37 500	1 200	2 800	0
Résultat de fonctionnement (=VI+VII-VIII)	-110 460	-22 393	19	-54 586

Source : CRC Normandie à partir du retraitement des comptes de gestion

Ce déficit pérenne du résultat courant, en moyenne de 50 000 € par an, prouve que le budget de la MDPH est structurellement déséquilibré sur la période observée. Le versement de recettes exceptionnelles à un moment donné, comme en 2016, peut conduire à

¹ Les remboursements de dépenses correspondent à la participation du département, hors subvention d'équilibre, aux atténuations de charges de personnel et au remboursement des frais de déplacement des enseignants référents.

afficher un résultat positif ponctuel, tandis que les dépenses exceptionnelles, telles qu'en 2014, ont un effet contraire.

Au vu de ces éléments, la chambre invite d'abord la MDPH à veiller à inscrire l'ensemble des recettes et des dépenses sur l'exercice comptable auquel elles se rapportent afin que le résultat du compte administratif représente de façon plus pertinente la situation du GIP. À cette fin, l'organisme devra éviter tout report de dépenses et améliorer le rattachement des charges et produits.

Le cas échéant, la MDPH sera en mesure d'améliorer son dialogue de gestion avec ses financeurs en s'appuyant sur un diagnostic partagé et plus fiable qu'actuellement. La chambre lui recommande également d'engager, à cette occasion, une discussion avec eux sur son financement en vue de trouver une solution au déficit chronique du résultat courant.

En réponse, le GIP convient du caractère pérenne du déficit en soulignant qu'il alerte les membres de la COMEX depuis 2012 sur la situation financière. Il explique ce déficit notamment par l'absence de revalorisation de la participation de l'État et espère que les travaux lancés dans le cadre de la conférence nationale du handicap pourront aboutir à une revalorisation des financements apportés par l'État aux MDPH. Enfin, il indique qu'il s'attachera à inscrire au mieux les dépenses et recettes sur l'exercice auquel elles se rapportent.

IV - L'EXERCICE DES MISSIONS

A - L'évaluation de la satisfaction des personnes handicapées

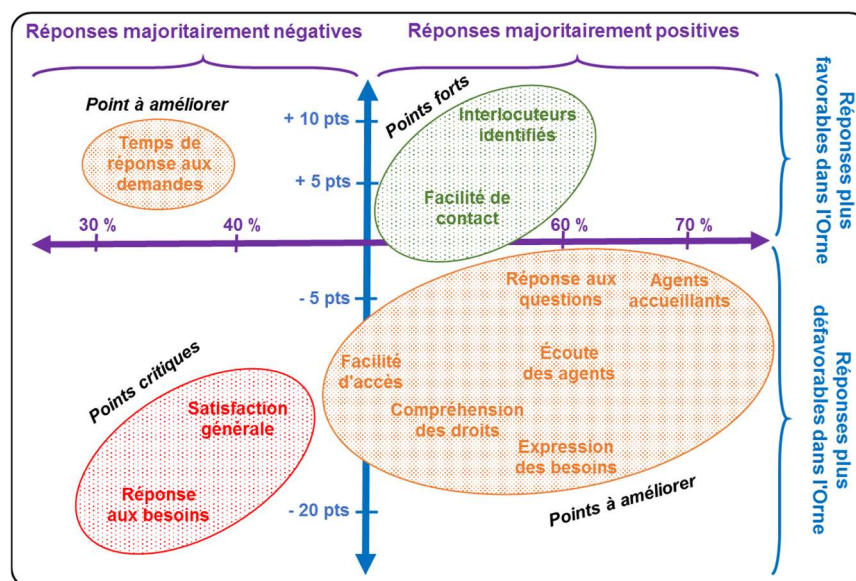
L'article L. 146-3-1 du CASF dispose que la mesure de la satisfaction des usagers est une obligation pour les MDPH, dont la mise en œuvre implique la CNSA. À cette fin, la caisse a lancé en septembre 2018 une enquête nationale sous forme d'un questionnaire sur internet, à destination des personnes handicapées qui ont effectué une ou plusieurs demandes auprès d'une MDPH.

En plus de questions portant directement sur la satisfaction, l'enquête identifiait les motifs de sollicitation des MDPH. Les demandes professionnelles (RQTH, ESAT...) figurent à la première place dans les réponses ornaïses, à un taux supérieur de presque 20 points à celui de la France (voir le tableau n° 1 en annexe n° 3). À l'inverse, l'obtention d'une aide financière et celle d'une carte mobilité inclusion (CMI) apparaissent sous-représentées.

En termes de satisfaction, comme le montre le graphique suivant, l'enquête portait sur un peu plus d'une dizaine de questions, dont les résultats peuvent être classés selon deux axes :

- le niveau de satisfaction interne des usagers de l'Orne, en appliquant une cotation selon la nature des réponses fournies (négatives, mitigées ou positives) ;
- le niveau de satisfaction relatif des usagers de l'Orne par comparaison aux résultats nationaux (voir le tableau n° 2 en annexe n° 3 pour le détail des données).

Graphique n° 4 : Résultats à l'enquête de satisfaction selon la nature des réponses (abscisses) et le positionnement au regard des autres MDPH (ordonnées)



Source : CRC Normandie à partir des résultats de l'enquête nationale de satisfaction de la CNSA (septembre à décembre 2018 pour la France, septembre 2018 à mi-mars 2019 pour l'Orne)

Tandis que les personnes handicapées sont globalement satisfaites avec des réponses positives sur une majorité de thèmes, la MDPH de l'Orne présente des résultats significativement plus faibles que dans l'ensemble du pays pour 8 cas sur 11. Plus particulièrement, la satisfaction générale et la capacité des aides à répondre aux besoins se situent défavorablement sur les deux axes d'analyse. Le temps de réponse aux demandes d'aide est majoritairement jugé insatisfaisant dans l'Orne, même si cet avis est moins prononcé qu'ailleurs. Des progrès en la matière sont donc attendus par le public.

Ces constats peuvent toutefois être nuancés par la faible quantité de réponses obtenues dans l'Orne, qui nuit à leur fiabilité statistique. Même en étendant la période de réception jusqu'à la mi-mars 2019, alors que le recueil des réponses devait s'arrêter fin 2018, leur nombre se limite à un panel de 32 personnes.

B - Le dispositif d'accueil et d'information

Point d'entrée unique pour tous les handicaps dans le département, l'accueil et l'information des personnes handicapées et de leur famille sont l'une des missions essentielles des MDPH, précisée à l'article L. 146-3 du CASF, qui ajoute également la sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

Conformément à ces exigences, la MDPH a mis en place un accueil de premier niveau sur site et par téléphone, gère un site internet et conduit des actions de communication auprès de publics divers.

1 - L'accueil de premier niveau

L'accueil de premier niveau est assuré par les trois agents du pôle d'accueil (2,9 ETP), secondés des instructeurs s'agissant des appels téléphoniques. Cependant, dans son rapport d'activité pour 2017, la MDPH évalue les moyens réellement consacrés à l'accueil à 1,7 ETP, compte tenu des autres missions remplies par les agents concernés (enregistrement des demandes, numérisation des dossiers...).

Selon la CNSA, la MDPH de l'Orne apparaît en retrait avec une part de l'effectif consacrée à l'accueil à 6 % contre 11 % en moyenne nationale.

Le dispositif d'accueil a été évalué en 2016 dans le cadre d'une campagne nationale menée par la CNSA sur la qualité de l'exercice des missions, sous forme d'un autodiagnostic réalisé par chaque MDPH.

Cependant, la fiabilité des résultats est sujette à caution, car les réponses fournies par la MDPH de l'Orne ne semblent pas avoir toujours reposé sur l'application de normes ou critères précis. Ainsi, l'accueil téléphonique figure comme « tout à fait accessible » aux personnes atteintes d'une altération des fonctions auditives, sans indiquer les éléments qui justifient cette appréciation. Le taux de décroché est estimé « plutôt efficace » alors que la MDPH, qui ne peut pas comptabiliser les appels non décrochés en raison de limites techniques, s'appuie uniquement sur des avis reçus de la part de professionnels et d'usagers.

Jusqu'à présent, à la différence d'autres MDPH, celle de l'Orne ne s'est pas dotée des moyens lui permettant d'apprécier avec exactitude l'adéquation de son accueil aux besoins du public. Or, son examen montre différents défauts, qui mériteraient d'être corrigés tant pour l'accueil physique que pour l'accueil téléphonique.

a - L'accueil physique

En vue d'assurer un accueil physique de qualité, la MDPH a élaboré des fiches de procédure et trames d'entretien, ainsi qu'une charte à destination des agents qui assurent cette fonction. Une note relative à la relation avec les usagers complète le dispositif, qui présente néanmoins plusieurs lacunes.

Les locaux de la MDPH sont situés de plain-pied au rez-de-chaussée du bâtiment abritant le pôle social du département. La construction répond aux normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite (PMR). Sa localisation excentrée mériterait cependant une signalétique spécifique en ville, d'autant plus que les dispositifs de guidage par GPS conduisent parfois sur une entrée secondaire. Ce point figure d'ailleurs dans les axes de travail identifiés par la MDPH lors de l'autodiagnostic.

Si l'autodiagnostic mentionne également un défaut d'accessibilité pour les personnes atteintes d'une altération de fonction psychique, mentale ou encore cognitive, aucune piste n'est identifiée pour améliorer leurs conditions d'accueil.

En 2015, les plages d'accueil physique ont été réduites de 35,5 heures par semaine à 32,5 heures pour des raisons tenant aux horaires d'ouverture du pôle social du département. Ce changement a pu avoir un effet négatif sur l'accueil. À ce titre, en 2017, la MDPH de l'Orne a reçu 2 801 personnes, soit 10 personnes pour 1 000 habitants, taux très inférieur à la moyenne nationale établie à 26 personnes pour 1 000 habitants par la CNSA (voir le tableau n° 3 en annexe n° 3). Seuls cinq GIP obtiennent un résultat inférieur à celui de l'Orne.

Néanmoins, ce résultat doit être relativisé, car la MDPH ne mesure pas l'accueil réalisé sur le territoire par ses partenaires. En effet, des conventions ont été conclues en 2007 avec cinq centres locaux d'information et de coordination (CLIC), la CARSAT et la mutualité sociale agricole, qui proposent à leurs usagers et clients un accompagnement au dépôt de dossiers.

b - L'accueil téléphonique

Pour l'accueil téléphonique, la MDPH dispose d'une ligne mise à sa disposition par le département. Pendant les heures de fermeture, un répondeur propose de renouveler l'appel.

Lorsque l'accueil est ouvert mais l'appel non décroché après une vingtaine de sonneries, un transfert au standard du département est effectué. Dans les deux cas, l'utilisateur ne peut pas enregistrer de message par téléphone.

En période de tension sur les effectifs ou sur les délais de traitement des demandes, la MDPH a pu arbitrer l'allocation de ses moyens au détriment de l'accueil téléphonique, utilisé alors comme variable d'ajustement. Depuis le début de l'année 2019, il est ainsi exceptionnellement limité aux après-midi avec une situation qui perdure en mai.

Pendant ces périodes de restriction, le GIP n'a pas mis en place des moyens de compensation, par exemple en enrichissant le site internet.

La MDPH indique disposer du numéro vert d'urgence requis selon les dispositions de l'article L. 146-7 du CASF. Néanmoins, il ne figure pas sur le site internet, n'est pas mentionné dans le message du répondeur et n'est pas non plus renseigné sur les pages jaunes. En outre, la MDPH n'en comptabilise pas l'utilisation.

La loi prévoit que les conditions de mise en place de l'accueil sont déterminées par le CPOM. En l'absence de ce document (voir la partie sur la convention constitutive) et vu les difficultés constatées, la chambre recommande à la MDPH de mettre en œuvre un plan d'amélioration portant sur les dispositifs d'accueil physique et téléphonique des personnes handicapées. En réponse, cette dernière indique qu'un plan d'action sera proposé à la COMEX dans le cadre du suivi du diagnostic du référentiel mission.

2 - Le site internet

L'accès des personnes handicapées au site internet est assuré par le recours à différents moyens techniques : le téléchargement d'un logiciel permettant la navigation par mouvements de la tête, l'écoute par un logiciel de synthèse vocale (ReadSpeaker), la modification de la taille des caractères et l'impression des pages affichées.

À l'exception du logiciel de reconnaissance des mouvements, ces fonctionnalités ont été testées par la chambre. Or les résultats font apparaître différents défauts, qui montrent qu'en pratique, le site internet n'est pas optimisé pour en assurer un accès complet aux personnes handicapées. À titre d'exemple, les dysfonctionnements suivants ont été relevés sur la page d'accueil :

- les informations de contact et les horaires d'ouverture ne figurent pas parmi les éléments disponibles en écoute ;
- la synthèse vocale souffre de défauts : la lecture du numéro de téléphone n'est pas intelligible et certains sigles ne sont pas reconnus par le logiciel ;
- la fonction « grossissement » des caractères conduit au chevauchement des rubriques ;
- la fonction « impression » délivre une page peu lisible, plus particulièrement après application du grossissement des caractères.

Les réponses satisfaites données dans l'autodiagnostic réalisé en 2016 par la MDPH sur les questions portant sur l'accessibilité du site internet montrent qu'elle n'a pas identifié ces restrictions. Elle n'a pas non plus été en mesure d'indiquer si le site avait été mis en conformité avec le référentiel général d'accessibilité des administrations (RGAA).

Dans l'autodiagnostic, la MDPH reconnaissait également ne pas avoir mis en place de dispositif de mise à jour régulière des rubriques du site et indiquait vouloir y remédier. Le contrôle opéré confirme le caractère partiel de l'actualisation. Par exemple, l'information relative à la mise en place de la CMI doit être modifiée : les trois rubriques relatives aux anciennes cartes (CI, CP et CES) conduisent désormais sur un lien relatif à la nouvelle CMI,

qui renvoie à un document, qu'il faut faire défiler entièrement pour atteindre un paragraphe qui invite à consulter la fiche « faire une demande de carte mobilité inclusion ». Mais cette fiche ne figure pas sur le site de la MDPH.

En comparaison d'autres sites internet de MDPH, les questions les plus fréquentes (FAQ) proposées sont peu nombreuses. Globalement, les informations fournies sur le site internet sont trop succinctes pour constituer une réelle alternative à une demande de renseignements téléphoniques (et ainsi réduire la charge de travail des agents d'accueil).

La chambre recommande donc à la MDPH de faire évoluer son site internet pour améliorer les fonctions d'accessibilité, mieux mettre à jour les informations et les renforcer. En réponse, le GIP a indiqué que le contenu et l'accessibilité du site seraient revus.

3 - Les actions d'information et de communication en direction du public

La MDPH de l'Orne réalise chaque année des actions de communication en direction du grand public (par exemple, la participation à la création du forum pour l'accès et le maintien dans l'emploi en 2016), ou plus spécifiques en direction du public handicapé (animations locales dans le cadre de la semaine pour l'emploi des handicapés, organisation d'une exposition avec les ESMS pour les dix ans de la MDPH en 2016...).

Auprès des professionnels et de ses partenaires, elle intervient lors de formations sur le handicap et se charge aussi des modules « handicap » inclus dans les cursus de formation professionnelle initiale et continue des agents des services sociaux et paramédicaux.

Néanmoins, la MDPH a recensé plusieurs points faibles dans l'exercice de sa mission de communication et de sensibilisation au handicap, à partir du référentiel qualité établi par la CNSA en 2016. Au-delà de la réalisation de plaquettes ou supports de communication, du renforcement des formations en direction de ses partenaires, qu'elle considère comme prioritaires, la MDPH conclut qu'elle n'a pas les moyens de développer son action et d'aller au-delà de la seule réponse à des sollicitations, notamment pour organiser elle-même des événements de sensibilisation auprès du grand public.

C - L'instruction, l'évaluation et l'élaboration des réponses

1 - Le processus de traitement des demandes

Le cœur de l'activité de la MDPH porte sur l'instruction des demandes d'attribution de prestations et droits reçues des personnes handicapées afin que la CDA puisse prendre une décision. L'enjeu est alors de pouvoir apporter au demandeur la réponse la plus pertinente dans un délai de quatre mois, faute de quoi le silence vaudrait rejet, comme prévu par l'article R. 241-33 du CASF.

À l'image de nombreuses MDPH, le respect de cette contrainte s'est révélé problématique pour celle de l'Orne. En effet, tandis que le délai moyen de traitement des demandes s'élevait à 4 mois en 2014, il a subi une augmentation continue jusqu'à atteindre 6,6 mois en 2017. Cependant, les premiers résultats d'une refonte du processus d'évaluation mis en œuvre en 2018 montrent une inversion de tendance positive, qui doit être poursuivie.

a - *La baisse des demandes déposées à compter de 2015*

Jusqu'en 2014, le GIP faisait face à une forte hausse des demandes, puisque leur progression a dépassé 43 % entre 2012 et 2014. Alors que le seuil de 18 000 demandes

reçues a été franchi pour la première en 2014, la tendance s'est inversée en 2015, avec une chute d'environ 3 %. Comme la baisse s'est poursuivie les années suivantes, le nombre de demandes en 2017 (14 948) est retombé à un niveau proche de celui de 2013 (14 502), soit une réduction totale de 18 % entre 2014 et 2017 (voir le tableau n° 3 en annexe n° 3).

Un retournement aussi important ne s'explique pas uniquement par la réduction des besoins des personnes handicapées dans l'Orne pour des raisons démographiques. Il est également lié à un changement dans la portée des décisions rendues par la MDPH et dans le périmètre des demandes comptabilisées.

En premier lieu, le GIP a décidé d'augmenter la durée d'effet de ses décisions lorsque la réglementation le permettait, comme en matière de demandes d'orientation scolaire, de cartes européennes de stationnement et de cartes d'invalidité pour les personnes de plus de 60 ans.

En second lieu, en vue de simplifier les démarches pour les usagers, les circuits de gestion des demandes ont été adaptés en accord avec le département. Un usager qui contacte les services du département pour une prestation sociale de son ressort peut également déposer une demande qui relevait antérieurement de la MDPH. À titre d'exemple, les demandes de transport pour les enfants handicapés sont traitées par le service transport scolaire du conseil départemental, qui sollicite l'avis de l'équipe pluridisciplinaire du GIP. Si la MDPH se prononce sur la nature de la demande, celle-ci n'apparaît plus dans ses statistiques, qui comptabilisent seulement les demandes directement reçues des usagers. En 2018, ce sont environ 400 demandes qui entrent dans ce cadre.

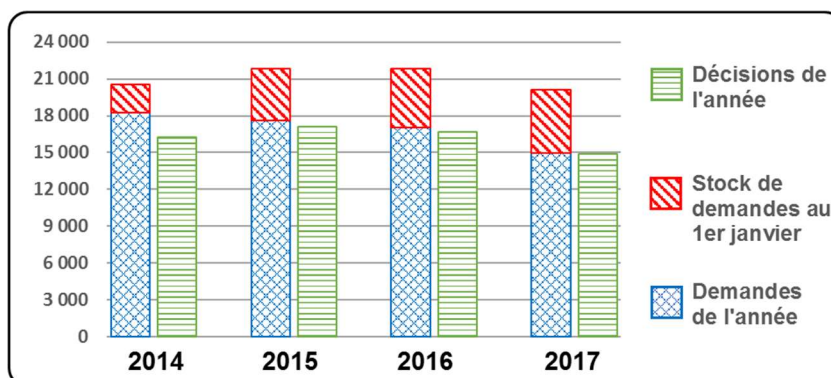
La réduction de la charge de travail pour le GIP n'est donc pas exactement proportionnelle à celle des demandes.

b - Le maintien du stock de dossiers en attente de 2015 à 2017

Comme la MDPH ne parvient pas à traiter dans l'année l'intégralité des demandes reçues, un stock de dossiers est reporté en début d'exercice suivant.

La diminution des demandes à compter de 2015 n'a pas permis de mettre fin à ce phénomène. En effet, comme le montre le graphique suivant, les décisions prises se réduisent également à partir de 2016. Plus précisément, de 2015 à 2017, le nombre de décisions dans l'année reste toujours légèrement inférieur à celui des nouvelles demandes reçues. Le stock de demandes, qui s'élevait à environ 4 300 dossiers au 1^{er} janvier 2015 augmente alors à plus de 5 000 au 1^{er} janvier 2017.

Graphique n° 5 : Nombre de décisions prises au regard des demandes reçues et de leur stock résiduel



Sources : rapports d'activités annuels de la MDPH

La MDPH n'a donc pas su profiter de la baisse des demandes pour réduire leur temps moyen de traitement. Elle explique la situation notamment par l'absence de professionnels en nombre suffisant dans les services (de 2014 à 2017) et par les difficultés liées à l'arrivée de nouveaux logiciels métiers (2017).

Elle constate aussi que les résultats des actions conduites jusqu'en 2017 pour remédier à ce problème ont été insuffisants. Par exemple, sur le secteur de Flers, les évaluations sur communications téléphoniques ou sur dossier avaient été privilégiées par rapport aux visites à domicile.

c - La refonte du processus d'évaluation des demandes

Face à l'allongement des délais de traitement, la MDPH a décidé en mars 2018 de refondre en profondeur son dispositif d'évaluation des dossiers. Cette réforme s'est également inscrite dans un contexte où le recrutement d'agents supplémentaires n'était pas envisageable pour des questions budgétaires et où les ressources médicales se raréfiaient en raison du départ d'un des médecins. Enfin, il fallait que l'organisation permette d'identifier rapidement les dossiers urgents parmi les demandes reçues.

Le nouveau processus adapte les modalités d'évaluation des dossiers en fonction de leur nature et de leur complexité, tout en retenant une intervention médicale le plus en amont possible et non plus en équipe pluridisciplinaire.

Ainsi, dès qu'un dossier est jugé recevable par l'équipe d'instruction, les pièces sont transmises immédiatement à un médecin, qui réalise un premier tri entre un circuit court et un circuit long.

Avec le circuit court, les dossiers (par exemple les demandes de cartes, celles de renouvellement de l'AEEH...) sont étudiés uniquement par le médecin qui transmet directement sa proposition de décision à la CDA. Ce dispositif est très rapide, puisqu'il n'est pas nécessaire de mobiliser une équipe pluridisciplinaire.

Dans le cas du circuit long, le médecin oriente le dossier, en fonction de sa nature, vers l'une des équipes pluridisciplinaires de tri (EP tri). Selon la complexité du dossier, l'EP tri arrête sa proposition de décision ou bien sollicite une analyse complémentaire par l'équipe pluridisciplinaire complète.

Les premiers résultats disponibles apparaissent très encourageants puisque, avec la mise en place du nouveau processus en mars, le temps moyen de traitement des dossiers a diminué à 4,8 mois en 2018 alors qu'il s'élevait à 6,6 mois en 2017.

Cependant, le nombre de dossiers qui font l'objet d'une décision individuelle est en augmentation, en contradiction avec le principe de décision collégiale au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Si un circuit court non médical existait auparavant, il était moins employé. Le nouveau processus revient donc à privilégier la rapidité de traitement au détriment de la généralisation de la pluridisciplinarité. Néanmoins, la MDPH souligne qu'il n'a pas changé de façon significative le sens des décisions proposées à la CDA.

La chambre invite la MDPH à poursuivre son effort en vue d'atteindre la cible de quatre mois.

2 - Le système d'information métier

a - *Les changements réalisés de 2014 à 2017*

Sur la période examinée, les évolutions en matière de gestion des demandes et d'élaboration des réponses ont également porté sur le système d'information métier de la MDPH.

Tout d'abord, le GIP a dû constater début 2014 l'échec de sa démarche visant à numériser ses dossiers de demande en vue de mettre en œuvre le travail en environnement dématérialisé. En effet, depuis septembre 2013, un marché de numérisation avait été contracté. Mais, tandis que le contrat fixait une cible de 60 dossiers par jour, les réalisations stagnaient à moins de 50 dossiers par semaine. La MDPH a alors su réagir rapidement en décidant de résilier le marché pour internaliser ce travail en embauchant cinq travailleurs handicapés en emplois d'avenir. Cette nouvelle solution a répondu au besoin, tout en permettant à la MDPH d'être lauréate en novembre 2014 du prix de l'exemplarité délivré en Basse-Normandie par l'AGEFIPH et la FIPHFP.

En 2014, la MDPH utilisait Iodas comme progiciel de gestion des dispositifs sociaux. À partir de 2015, elle en étudiait des modifications, pour répondre notamment aux exigences réglementaires concernant le projet personnalisé de scolarisation (PPS). Toutefois, peu après, le département lançait une étude sur l'opportunité de mettre en œuvre le dossier social unique de l'usager. L'objectif d'un tel dossier informatisé est d'offrir une vue globale de la situation sociale d'un usager (handicap, insertion, enfance...), tout en respectant la confidentialité des données avec des autorisations et habilitations des utilisateurs.

Questionnée sur le sujet, la MDPH a souhaité adhérer à ce projet et a renoncé, début 2017, à faire évoluer le logiciel Iodas pour se tourner vers la solution Solis, choisie par le département, qui a pu être utilisée dès octobre de la même année.

Cette bascule ne s'est pas limitée à des travaux techniques (paramétrages, reprise des données, interconnexion avec la GED...), mais a également nécessité de reprendre et d'adapter les procédures de travail. Elle a mobilisé de façon significative les professionnels de la MDPH (équipe d'instruction, directrice et renforts temporaires). Comme indiqué, ces opérations ont en partie perturbé le travail quotidien d'instruction et de réponse aux demandes en 2017.

Néanmoins, la MDPH dispose aujourd'hui d'une solution commune avec le département, répondant à l'enjeu du dossier social unique et qui génère des gains de productivité. De plus, la réduction du nombre de logiciels optimise les coûts de gestion du système d'information, tout en apportant à la MDPH une sécurité accrue en bénéficiant de l'expertise des services informatiques du département.

Enfin, le nouveau progiciel, comme l'ancien, est interconnecté avec l'outil de GED, Multigest, choisi par la MDPH depuis plusieurs années. Ce dispositif permet aux agents d'accéder sur leur poste informatique à l'ensemble des documents sous format dématérialisé. Il offre aussi la possibilité de générer des courriers aux personnes handicapées à partir de modèles prédéfinis automatiquement complétés des données saisies dans Solis.

La production des courriers est donc plus rapide et leur contenu est fiabilisé par la présence systématique des informations fixées dans la trame des modèles.

b - *Les prochaines évolutions*

Si la période 2014 à 2017 a vu l'accomplissement d'évolutions majeures et positives, le GIP doit poursuivre ses efforts de modernisation, car d'autres changements

restent à conduire à court terme pour répondre aux obligations réglementaires et aux objectifs nationaux.

En premier lieu, la CNSA a décidé en décembre 2015 de lancer un programme visant au déploiement d'un système d'information commun à toutes les MDPH. Il est mené par étapes, appelées paliers, correspondant chacun à un périmètre de fonctionnalités du logiciel. Le premier palier intègre notamment les échanges avec la CAF, l'Imprimerie nationale et le tronc commun.

La MDPH de l'Orne s'est engagée sur la troisième et dernière vague de son déploiement. Si elle envisageait en juin 2018 une mise en production pour novembre 2019, le calendrier actuel est décalé à début 2020.

En second lieu, dans le cadre des dispositions du décret n° 2016-1411 du 20 octobre 2016 relatif aux modalités de saisine de l'administration par voie électronique, les personnes handicapées doivent pouvoir saisir par voie électronique, à compter du 7 novembre 2018, leurs demandes aux MDPH, qui doivent être en mesure de répondre par le même canal.

Dans l'attente que le progiciel Solis puisse gérer ces relations, la MDPH a décidé de recourir au dispositif de téléservice proposé par la CNSA et accessible sur internet. Ce choix se veut temporaire (deux ans au maximum) et nécessitera une saisie manuelle dans Solis en l'absence d'interface avec l'outil de la CNSA.

3 - La prise des décisions et leur suivi

a - *Le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées*

La CDA est l'instance qui statue sur les dossiers de demande instruits par la MDPH. Sur la période observée, sa composition est conforme aux articles L. 241-5 et R. 241-24 du CASF.

Jusqu'en 2017, l'organisation adoptée par la MDPH prévoyait quatre formations dont deux dotées d'un pouvoir de décision. Outre la formation plénière, une formation simplifiée, correspondant à la formation restreinte prévue à l'article R. 241-28 du CASF, statuait sur les demandes simples ou urgentes (renouvellement d'un droit ou d'une prestation pour les situations n'ayant pas évolué, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, attribution de cartes d'invalidité ou de priorité...). La personne handicapée pouvait refuser que sa situation soit examinée en formation simplifiée. Deux formations spécialisées non décisionnaires, une CDA « adultes » et une CDA « enfants », étaient également chargées de préparer les décisions de la formation plénière.

Cette organisation est cependant apparue problématique à la MDPH, qui rencontrait des difficultés récurrentes pour réunir le quorum nécessaire à la tenue des séances plénières. Le fonctionnement a donc été revu lors de la séance exceptionnelle de la CDA du 18 novembre 2016 : depuis le 1^{er} janvier 2017, les décisions sont prises en CDA spécialisées « enfant » ou « adultes », les séances plénières étant désormais limitées à une réunion par trimestre consacrée au retour statistique sur les décisions prises, au partage de bonnes pratiques et à un temps d'échanges et de formation. La CDA simplifiée est maintenue.

La même séance plénière a arrêté la composition des deux sections spécialisées (12 membres pour la section « enfants », 15 pour la section « adultes »).

Cette organisation en sections est autorisée par le CASF, qui prévoit néanmoins sa mise en place par la COMEX, comme le rappelle la convention constitutive du GIP. Or si la COMEX a validé l'organisation en sections décisionnelles deux jours avant la CDA du 18 novembre 2016, la composition des sections n'a pas été étudiée et le procès-verbal, en l'absence de délibération, n'est pas assez précis pour servir de base à la décision. De même, le document de la CDA reste flou sur le mode de présentation réservé aux dossiers dits « amendement Creton ».

En outre, le règlement intérieur, qui mentionne l'ancienne organisation, n'a pas été modifié. Cette absence de base juridique claire fragilise les décisions créatrices de droit prises depuis le 1^{er} janvier 2017 par les deux formations spécialisées de la CDA. Or les évolutions législatives, qui confient depuis le 1^{er} janvier 2019 le contentieux issu de certaines décisions de la CDA aux tribunaux de grande instance et imposent le ministère d'un avocat, sont susceptibles de modifier les conditions de l'examen de ces dossiers par le juge et le risque d'annulation des décisions.

La réorganisation des sections spécialisées ne semble pas avoir eu d'effet sur le sens des décisions de la CDA, le taux d'accord toutes demandes confondues étant demeuré à 77 % entre 2016 et 2017. De même, le taux de traitement des demandes n'a que légèrement reculé, passant de 76 % à 74 %. Le nombre de personnes reçues en CDA est également resté stable à 68 personnes.

Actuellement, les dossiers examinés en séance ne sont pas anonymisés. La MDPH avait cependant indiqué, lors de la présentation à la COMEX de l'autodiagnostic qualité en novembre 2016, qu'une anonymisation était possible.

La chambre invite donc la MDPH à rendre anonymes les dossiers examinés par la CDA. Elle l'alerte aussi sur le fonctionnement irrégulier de la CDA en sections, et lui recommande de procéder rapidement à une mise à jour complète du règlement intérieur de la CDA. Le GIP prévoit de proposer aux membres de la commission un nouveau règlement dès octobre 2019 et le recours à l'anonymat des dossiers.

b - La mission de suivi de la mise en œuvre de décisions

L'accompagnement de personnes handicapées dans la mise en œuvre des décisions de la CDA fait partie des missions de la MDPH, comme le prévoit l'article R. 146-31 du CASF. La MDPH indique avoir déployé un dispositif de suivi sur l'ensemble du périmètre des décisions, qui occupe 1,3 ETP, dont un travailleur social plus particulièrement chargé du suivi des listes d'attente et des relations avec les établissements spécialisés pour les placements.

En la matière, la situation des enfants, dont environ 40 % bénéficient d'une entrée en établissement dans l'année de la décision, est plus favorable que celle des adultes (moins de 15 % d'entrées).

La MDPH réalise un suivi des fins de droit permettant l'envoi du dossier de renouvellement au bénéficiaire six mois avant l'échéance. Elle suit également l'ouverture des droits à la PCH, pour lesquels un accompagnement se révèle parfois nécessaire. Les personnes sont recontactées, à l'exception de celles bénéficiant d'un forfait surdité, et un point est réalisé sur la mise en œuvre et l'adaptation de la prestation à la situation de la personne.

Enfin, les enseignants référents participent à la mise en œuvre des décisions touchant à la scolarité (mise en place d'un accompagnant des élèves en situation de handicap, (AESH ex-AVS), orientation scolaire...), et les partenaires du service pour l'emploi accompagnent les orientations professionnelles.

Néanmoins, la MDPH ne réalise pas de suivi du taux de mise en œuvre de ces décisions et des montants financiers accordés. En effet, des écarts sont possibles : une décision d'orientation vers un établissement spécialisé peut ne pas être mise en œuvre faute de place dans la structure ; le montant d'une prestation peut être modulé par l'organisme qui verse l'aide en question en raison de l'appréciation de la situation personnelle du bénéficiaire.

Le rapprochement effectué par la chambre entre le nombre de bénéficiaires des prestations les plus significatives (AAH, AEEH, ACTP et PCH) en 2015 et 2016 et celui des personnes bénéficiant d'un droit ouvert par la MDPH montre que près de 16 % d'entre elles ne perçoivent pas la prestation (voir le tableau n° 4 en annexe n° 3).

Ce taux doit toutefois être regardé avec prudence, notamment car il ne distingue pas l'éventuelle conformité du montant de l'aide obtenue avec celui proposé par la MDPH et ne tient pas compte du délai de mise en œuvre des décisions de la PCH.

Sous cette réserve, cet écart pourrait en partie expliquer l'insatisfaction manifestée dans l'enquête auprès des usagers sur l'adéquation des aides aux besoins alors que le taux de décisions positives de la CDA est de plus de 70 %.

c - Le règlement amiable des litiges et le contentieux

Le CASF organise trois niveaux de règlement des litiges nés de la contestation des décisions de la CDA : la médiation (article L. 146-13), la conciliation (article L. 146-10) et le recours contentieux (article L. 241-9).

La mise en place de la médiation prévoit de désigner au sein des MDPH une personne référente chargée de recevoir et d'orienter les réclamations individuelles - qu'elles portent ou non sur une décision de la MDPH - vers les services compétents. La MDPH de l'Orne n'a cependant pas nommé de référent. En pratique, les demandes sont directement traitées par l'agent qui les reçoit.

La conciliation consiste en la désignation par la MDPH, à la demande de la personne handicapée qui souhaite contester une décision, d'une personne qualifiée bénévole, extérieure à la MDPH et référencée sur une liste, qui dispose de deux mois pour proposer des mesures de conciliation sous la forme d'un rapport notifié au demandeur et à la MDPH. Avec deux conciliateurs, la MDPH répond aux exigences de la réglementation et réalise entre cinq et dix conciliations par an.

Avec un taux de recours légèrement supérieur à 1 % en 2017, la MDPH de l'Orne se situe en deçà de la médiane des MDPH, qui s'établit à 2 %. En 2017, 123 recours gracieux ont été déposés, marquant une baisse importante (225 recours en 2016). Le taux de maintien de sa décision par la CDA reste stable autour de 65 %.

Les recours contentieux ne concernent qu'une très faible part des décisions de la CDA, environ 0,3 % en 2017, soit 41 recours déposés. Le taux de confirmation par les tribunaux reste majoritaire à environ 88 % en 2015 et 2016, puis à 65 % en 2017.

Les recours portent principalement sur les prestations financières (AAH, PCH, AEEH) et les cartes d'invalidité et de priorité. La MDPH explique le faible taux de recours contentieux par les contacts systématiquement pris avec le requérant dès le recours gracieux.

Elle indique enfin, dans son rapport d'activité pour 2017, avoir revu ses procédures liées aux recours et à la conciliation à l'occasion d'un changement dans l'équipe d'instruction, en vue d'améliorer la gestion du contentieux.

D - La gestion du fonds départemental de compensation du handicap

1 - Les modalités de gestion du fonds

Le FDCH, prévu par l'article L. 146-5 du CASF, accorde des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais restant à leur charge après déduction de la PCH.

Le FDCH a été mis en place dans l'Orne dès la création de la MDPH, par convention du 6 novembre 2006 signée de l'État, du département, de la caisse primaire d'assurance maladie, de la mutualité française et du régime des indépendants. La mutualité sociale agricole a ensuite rejoint les membres.

La convention prévoit un comité de gestion du fonds composé des membres contributeurs, qui se réunit au moins une fois par trimestre pour décider de l'attribution des aides et qui rend compte chaque année de son action à la COMEX. Un règlement intérieur définit les modalités de fonctionnement du fonds et les conditions de ressources appliquées pour l'octroi des financements. Les relations entre le FDCH et la MDPH sont précisées tant dans la convention constitutive de la MDPH que dans la convention relative au FDCH de 2006.

Cependant, plusieurs incohérences apparaissent entre les documents et quant à leurs modalités d'application.

Premièrement, la convention précise que les contributeurs désignent chacun un membre titulaire et un membre suppléant. Or les arrêtés transmis par la MDPH qui procèdent à la nomination des représentants au comité de gestion ne mentionnent pas toujours de suppléant, ou encore désignent deux représentants sans préciser si l'un supplée l'autre.

Deuxièmement, alors que le règlement intérieur de 2010 organisait une présidence annuelle tournante, l'article 3 du nouveau règlement intérieur abandonne ce mode de gestion pour indiquer que le président est nommé, pour deux ans renouvelables par les membres du comité de gestion, alors que la convention prévoit son élection. Il n'est plus question du vice-président pourtant prévu par la convention.

Troisièmement, les modalités de mise en œuvre du fonds sous la forme d'un « pot commun indifférencié », dont la mise en place devait intervenir dans un « délai raisonnable » en 2006, sont désormais abandonnées.

Quatrièmement, alors que la convention créant le FDCH désigne clairement le comité de gestion en tant qu'organe décisionnel, les membres du comité de gestion n'ont pas signé le nouveau règlement intérieur de 2017. C'est la COMEX qui a validé le document, lequel prévoit notamment que les modifications ultérieures seront soumises à sa validation. L'exercice par la COMEX de cette attribution apparaît contraire à la fois à la convention constitutive de la MDPH et à celle du FDCH. D'ailleurs, la MDPH précise qu'elle considère bien le comité de gestion comme l'auteur et le décisionnaire en matière de règlement intérieur.

Enfin, la directrice de la MDPH dispose d'une délégation de signature accordée par le président du comité de gestion pour l'exécution des décisions du comité. Cependant, le président a accordé une délégation identique à un autre agent de la MDPH. Il serait préférable de subordonner l'intervention de la signature des autres agents à l'empêchement de la directrice ou de fixer un autre ordre de priorité, de manière à éviter le risque de décision contraire par des agents ayant même compétence. Sur ces points, le GIP s'est engagé à revoir les délégations ainsi qu'à clarifier la nomination des membres du comité de gestion.

2 - Les conséquences financières des dispositions applicables depuis 2017

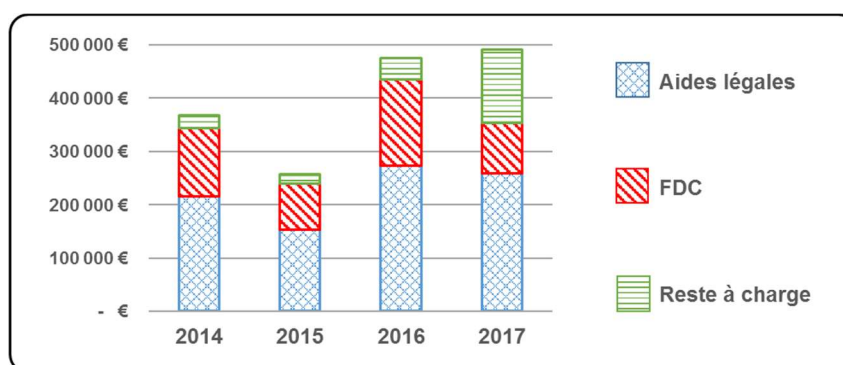
Le nouveau règlement intérieur de 2017 a eu notamment pour conséquence la refonte des règles d'attribution du fonds, qui dataient de 2010. Un système de plafonnement de l'aide est mis en place, alors que précédemment une compensation à 100 % du reste à charge était possible. Cette mesure doit permettre une meilleure distribution des crédits dans un contexte de restriction budgétaire pour les contributeurs au fonds.

En pratique, le règlement définit un double plafonnement fixé, d'une part, en fonction d'un pourcentage du reste à charge dépendant des revenus (allant de 25 % à 90 % du reste à charge), d'autre part, selon la nature de l'aide attribuée (par exemple 10 000 € pour l'aménagement du logement). Il prévoit, de plus, que le fonds n'intervient pas en dessous d'un reste à charge de 50 € et invite la personne handicapée à faire valoir l'ensemble de ses droits avant de solliciter le fonds.

Le public visé reste, comme en 2010, non seulement les bénéficiaires de la PCH prévus dans la loi, mais également les allocataires de l'AEEH et les bénéficiaires de l'ACTP. En revanche, alors que la convention indique que le FDCH intervient sur tous les volets de la PCH, le règlement de 2017 exclut ceux relatifs à l'aide humaine, aux charges spécifiques et aux aides animalières.

D'après les éléments figurant dans les rapports d'activité spécifiques élaborés par la MDPH, le nombre de demandes reste inférieur à une centaine par an. La part de financement des projets par les aides légales diminue de 5 points entre 2016 et 2017 pour s'établir à 53 %. La refonte des règles d'attribution aboutit à multiplier par trois le reste à charge du demandeur, qui passe de 8,5 % en 2016 à 28,2 % en 2017. À ce moment, le FDCH ne représente plus que 19 % du montant des projets, contre 34 % en 2016.

Graphique n° 6 : Répartition du financement des projets



Source : rapports d'activité du FDC

En 2017, le rapport entre l'aide accordée et le reste à charge s'est brutalement inversé. Tandis que le reste à charge, déjà en augmentation, représentait en 2016 un quart du montant du FDCH accordé, la part restant à la charge des demandeurs en 2017 (138 853 €) représente près d'une fois et demi le montant du FDCH (93 810 €). Elle est sensiblement équivalente au montant des crédits disponibles sur le fonds fin 2017, inutilisés et reportés en 2018 (123 439 €).

Cette hausse du reste à charge a été étudiée par le comité de gestion, qui n'a cependant pas souhaité faire évoluer les règles de financement en raison des montants limités des enveloppes, de l'absence de recours sur les crédits accordés et de l'absence de visibilité

financière quant à l'avenir. La MDPH précise également que le comité reste vigilant sur les situations individuelles.

Néanmoins, la chambre observe que faute de données disponibles dans le système d'information, le rapport 2017 ne comporte pas d'indications sur le revenu des demandeurs, qui permettraient d'évaluer l'impact sur les bénéficiaires des changements décidés ou de vérifier que le reste à charge ne dépasse pas le plafond prévu par la loi.

SIGLES ET ACRONYMES

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ARS	Agence régionale de santé
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDA	Commission des droits et de l'autonomie
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale
CMI	Carte mobilité inclusion
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COMEX	Commission exécutive
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ETP	Équivalent à temps plein
FDCH	Fonds départemental de compensation du handicap
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
GED	Gestion électronique des documents
GIP	Groupement d'intérêt public
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PAG	Plan d'accompagnement global
PCH	Prestation de compensation du handicap
PPC	Plan personnalisé de compensation
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SVA	Site pour la vie autonome

ANNEXES

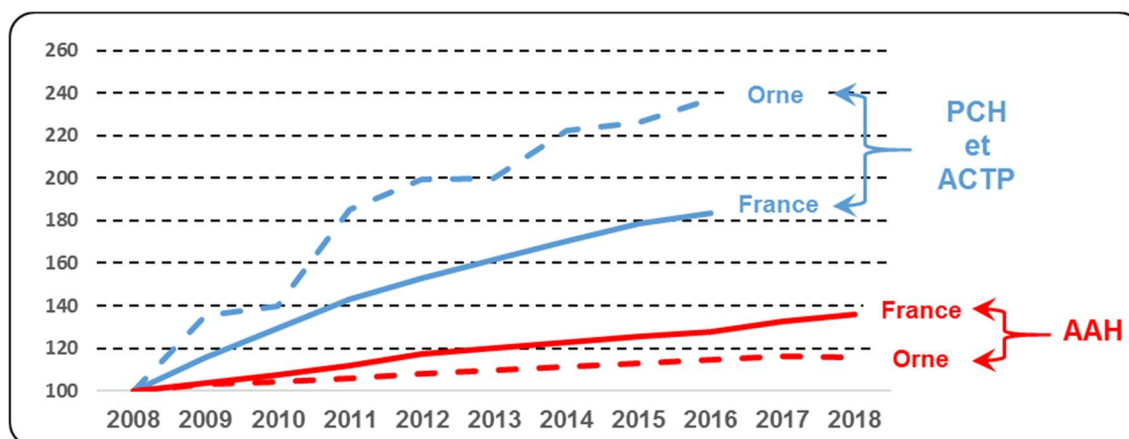
Annexe 1 : Fonctionnement de la maison départementale

Annexe 2 : Situation financière et comptable

Annexe 3 : Exercice des missions

Annexe 1 : Fonctionnement de la maison départementale

Graphique n° 1 : Evolution comparée du nombre de bénéficiaires de l'AAH ainsi que la PCH et l'ACTP entre l'Orne et la France (base 100 en 2008)



Source : Cafdata pour l'AAH ; DREES pour la PCH et l'ACTP

Tableau n° 1 : Comparaison territoriale en matière d'allocations pour personnes handicapées

Territoires	Bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP au 31/12/2016		Allocataires de l'AAH en 2017	
	Taux ⁽¹⁾	Rang ⁽²⁾	Taux ⁽³⁾	Rang ⁽²⁾
Calvados	4,3 ‰	10	2,8 %	29
Eure	6,2 ‰	70	3,6 %	56
Manche	5,0 ‰	38	4,4 %	92
Orne	6,1 ‰	65	3,3 %	46
Seine-Maritime	4,5 ‰	17	3,8 %	68
Normandie	5,0 ‰		3,6 %	
France métropolitaine	5,2 ‰		3,0 %	
France	5,2 ‰		3,0 %	
<i>Médiane</i>	<i>5,5 ‰</i>		<i>3,4 %</i>	

(1) Pour 1000 habitants, tous âges confondus

(2) Classement croissant parmi les départements français

(3) Pour 100 personnes dans la population des 20 à 64 ans

Source : DREES et INSEE pour la PCH ; CNAF, MSA et INSEE pour l'AAH

Tableau n° 2 : Comparaison territoriale de l'offre en matière d'accueil des personnes en situation de handicap

Territoires	Places d'hébergement au 31/12/2016 en établissements et services pour personnes handicapées				Elèves handicapés pour l'année scolaire 2015-2016			
	Adultes		Enfants et jeunes		Tous modes de prise en charge		Milieu scolaire seulement	
	Taux ⁽¹⁾	Rang ⁽²⁾	Taux ⁽³⁾	Rang ⁽²⁾	Taux ⁽⁴⁾	Rang ⁽²⁾	Taux ⁽⁵⁾	Rang ⁽²⁾
Calvados	4,0 ‰	37	7,4 ‰	64	31,7 ‰	64	25,4 ‰	62
Eure	4,3 ‰	52	6,5 ‰	46	27,9 ‰	40	21,7 ‰	37
Manche	5,5 ‰	73	5,9 ‰	35	27,6 ‰	37	22,5 ‰	42
Orne	7,2 ‰	92	14,3 ‰	100	38,3 ‰	97	26,2 ‰	73
Seine-Maritime	3,9 ‰	33	8,4 ‰	81	26,7 ‰	28	20,5 ‰	23
Normandie	4,5 ‰		7,9 ‰		29,0 ‰		22,5 ‰	
France métropolitaine	4,0 ‰		6,5 ‰		28,5 ‰		22,8 ‰	
France	3,9 ‰		6,4 ‰		28,2 ‰		22,6 ‰	
<i>Médiane</i>	<i>4,2 ‰</i>		<i>7,0 ‰</i>		<i>29,3 ‰</i>		<i>23,9 ‰</i>	

(1) Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, hors accueil de jour

(2) Classement croissant parmi les départements français

(3) Pour 1000 personnes âgées de moins de 20 ans, y compris accueil de jour

(4) Pour 1000 élèves de 1^{er} ou 2^d degré en milieu scolaire ordinaire ou établissement sanitaire et médico-social

(5) Pour 1000 élèves de 1^{er} ou 2^d degré en milieu scolaire ordinaire

Source : DREES, DRJSCS et INSEE pour les places d'hébergement ; DEPP pour les élèves handicapés

Tableau n° 3 : Principales missions confiées aux services de la MDPH

Services	Missions
Pôle accueil	Accueil physique et téléphonique, enregistrement et numérisation des demandes, numérisation du courrier, gestion du FDCH, gestion de la documentation.
Pôle instruction	Instruction administrative des dossiers : vérification de la recevabilité, demande de pièces complémentaires, suivi des étapes, saisie des PPC, inscription en CDA. Gestion des voies de recours (gracieux et contentieux).
Pôle référents	Mise en œuvre de l'évaluation et de l'animation des équipes pluridisciplinaires, synthèse des propositions dans le PPC, expertise, présentation des situations à la CDA.
Pôle évaluation	Evaluation des propositions de prestations et de droits, présence en instances, élaboration des PAG, suivi des décisions, relation avec les ESMS.
Pôle numérisation	Tri et numérisation des éléments du dossier non numérisés, numérisation des dossiers arrivant d'autres départements, édition et envoi des notifications aux usagers et aux partenaires, envoi des dossiers de renouvellement des droits avant leur échéance.

Source : documents de la MDPH

Annexe 2 : Situation financière et comptable

Tableau n° 1 : Opérations de retraitement comptable effectuées par la CRC sur la section de fonctionnement

Type	Constat	Correction
Suppression d'un report de dépense	À la différence des salaires des agents mis à disposition du département au titre du 4 ^e trimestre 2014, les charges afférentes ont été payées en 2015.	Transfert de la dépense de 2015 à 2014 (21 641,47 €)
Faire correspondre une dépense et son remboursement	Les prestations informatiques de 2013 ont été payées au département en 2013. Mais leur remboursement est intervenu en 2014.	Transfert de la dépense de 2013 à 2014 (49 868 €)
Faire porter sur une année les paiements portant sur tous ses trimestres	Les frais d'affranchissement payés au département en 2013 ne portent que sur 3 trimestres et non sur l'année complète.	Rattachement de 2014 à 2017 des frais d'affranchissement sur l'exercice concerné
Répartition d'un produit sur plusieurs exercices	L'ARS a versé 90 000 € en 2016 pour le recrutement d'un agent pendant 2 ans.	Limitation de la recette en 2017 aux salaires payés sur cet exercice et décalage du complément en 2018 (50 008 €)
Suppression d'un report de dépense	En 2017, à la différence des autres années, la cotisation à l'URSSAF pour le mois de décembre a été reportée sur l'exercice suivant.	Transfert de la dépense (estimée à 24 000 €) de 2018 à 2017

Source : CRC Normandie

Tableau n° 2 : Calcul de la dotation annuelle versée par la CNSA à la MDPH de l'Orne

Montants en €		2014	2015	2016	2017
Enveloppe nationale	Total	64 000 000	68 200 000	70 800 000	70 800 000
	Part variable	43 767 000	47 967 000	50 567 000	50 567 000
Coeff. variable de l'Orne		0,42 %	0,41 %	0,41 %	0,40 %
Enveloppe reçue par l'Orne	Part variable	183 595	198 755	207 595	203 873
	Part fixe	200 000	200 000	200 000	200 000
	Total	383 595	398 755	407 595	403 873

Source : Notifications annuelles des concours de la CNSA aux MDPH

Annexe 3 : Exercice des missions

Tableau n° 1 : Réponse à la question portant sur les motifs de sollicitation des MDPH

Motifs	Orne	France	Écart
Demandes professionnelles (RQTH, ESAT...)	78 %	59 %	19 points
Aide financière	44 %	51 %	-7 points
CMI	41 %	54 %	-13 points
Accompagnement à domicile	16 %	18 %	-2 points
Parcours de scolarisation	16 %	21 %	-5 points
Transports	15 %	15 %	0 point
Information	9 %	6 %	3 points
Besoin d'écoute	6 %	9 %	-3 points
Accompagnement en établissement	6 %	15 %	-9 points

Source : CNSA, enquête nationale de satisfaction

Tableau n° 2 : Autres réponses à l'enquête de satisfaction

Questions	Réponses possibles	Réponses obtenues			Cotation des réponses		
		Orne	France	Écart	Orne	France	Écart
Satisfaction générale	Pas satisfaisant	45 %	27 %	18 points	43 %	54 %	-11 points
	Moyennement	24 %	39 %	-15 points			
	Satisfait	31 %	35 %	-4 points			
Il est facile de contacter la MDPH (téléphone, courrier, mail)	Non	32 %	34 %	-2 points	55 %	50 %	4 points
	Moyennement	26 %	31 %	-5 points			
	Oui	42 %	35 %	7 points			
Il est facile de se rendre à la MDPH	Non	30 %	25 %	5 points	52 %	61 %	-9 points
	Moyennement	35 %	28 %	7 points			
	Oui	35 %	47 %	-12 points			
Les agents de la MDPH répondent à vos questions	Non	23 %	16 %	7 points	62 %	66 %	-5 points
	Moyennement	30 %	35 %	-5 points			
	Oui	47 %	49 %	-2 points			
Les agents de la MDPH vous écoutent	Non	29 %	13 %	16 points	63 %	72 %	-9 points
	Moyennement	16 %	31 %	-14 points			
	Oui	55 %	57 %	-2 points			
Les agents de la MDPH sont accueillants	Non	21 %	10 %	11 points	71 %	76 %	-5 points
	Moyennement	17 %	29 %	-11 points			
	Oui	62 %	61 %	1 point			
Vous savez à qui vous adresser à la MDPH	Non	33 %	43 %	-10 points	58 %	47 %	11 points
	Moyennement	17 %	20 %	-3 points			
	Oui	50 %	37 %	13 points			
Vous avez pu exprimer vos besoins et souhaits	Non	23 %	12 %	10 points	63 %	76 %	-13 points
	Moyennement	29 %	24 %	5 points			
	Oui	48 %	64 %	-15 points			
Vous avez compris les droits et aides que vous pouvez avoir	Non	30 %	17 %	13 points	57 %	68 %	-11 points
	Moyennement	27 %	30 %	-4 points			
	Oui	43 %	53 %	-9 points			
Est-ce que les aides répondent à vos besoins ?	Non	46 %	26 %	20 points	35 %	56 %	-21 points
	Moyennement	27 %	33 %	-6 points			
	Oui	19 %	38 %	-19 points			
	Ne se prononce pas	8 %	4 %	4 points			
Que pensez-vous du temps de réponse à vos demandes d'aide ?	Pas satisfaisant	59 %	69 %	-9 points	35 %	27 %	8 points
	Satisfaisant	31 %	25 %	6 points			
	Ne se prononce pas	9 %	6 %	4 points			

NB : Cotation des réponses par valorisation des échelons : 0 (non) ; 0,5 (moyennement) ; 1 (oui)

Source : CNSA, enquête nationale de satisfaction

Tableau n° 3 : Indicateurs d'activité

Thématiques	Indicateurs		2014	2015	2016	2017
Accueil	Nombre de décrochés		20 671	17 942	16 794	25 443
	Nombre de personnes accueillies		2 939	2 547	2 502	2 801
	Contacts par mail		557	247	278	397
	Demandes reçues par courrier		6 734	6 209	5 781	5 317
Demandes reçues	Enfants	Nombre de demandes	2 972	2 856	2 582	2 568
		Nombres d'enfants	1 714	1 658	1 505	1 463
	Adulte	Nombre de demandes	15 274	14 729	14 489	12 380
		Nombres de personnes	6 569	6 429	6 213	4 806
	Total	Nombre de demandes	18 246	17 585	17 071	14 948
		Nombres de personnes	8 283	8 087	7 718	6 269
Décisions et avis pris	Enfants	Nombre de décisions	2 860	2 786	2 566	2 227
		Nombres d'enfants	1 590	1 580	1 471	1 316
	Adulte	Nombre de décisions	13 421	14 342	14 094	12 649
		Nombres de personnes	5 236	5 655	5 480	4 777
	Total	Nombre de décisions	16 281	17 128	16 660	14 876
		Nombres de personnes	6 826	7 235	6 951	6 093
	Taux d'accord au regard des demandes		79 %	78 %	77 %	77 %
Traitement des demandes	Délais moyen de traitement en mois		4,0	4,7	5,1	6,6
	Demandes traitées en moins de 4 mois			40 %	39 %	36 %
	Nombre de demandes en stock au 01/01		2 308	4 273	4 730	5 141
	Taux de traitement des demandes		79 %	78 %	76 %	74 %
Plans réalisés	Nombre de PPC		4 382	3 900	4 280	3 287
	Nombre de PPS		485	305	488	431
CDA	Nombre de jours de CDA		33	35	33	24
	Nombre de personnes reçues en CDA		73	84	68	68
	Taux de décisions prises en CDA plénière		65 %	68 %	68 %	70 %
Conciliation et recours	Nombre de conciliations		6	7	10	5
	Recours gracieux	Nombre de demandes	193	219	225	123
		Nombre de recours examinés en CDA	187	182	180	124
		Maintien de sa décision par la CDA	78 %	69 %	64 %	66 %
	Contentieux	Nombre de recours contentieux	74	43	41	41
		Maintien de la décisions de la CDA	83 %	88 %	88 %	65 %

Source : rapports d'activité de la MDPH et documents transmis à la CNSA

Tableau n° 4 : Comparaison du nombre de bénéficiaires de droits ouverts à une prestation avec celui des bénéficiaires effectifs

Prestations	2015			2016		
	Bénéficiaires de droits	Bénéficiaires effectifs	Taux de réalisation	Bénéficiaires de droits	Bénéficiaires effectifs	Taux de réalisation
AAH	5 635	4 723	84 %	5 626	4 814	86 %
AEEH	538	516	96 %	552	488	88 %
ACTP	376	345	92 %	352	328	93 %
PCH	1 392	1 109	80 %	1 534	1 150	75 %
Total	7 941	6 693	84 %	8 064	6 780	84 %

Source : rapports d'activité de la MDPH pour les droits ouverts et indicateurs de la CNSA pour les bénéficiaires effectifs