



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES ET SA REPONSE

Maison départementale de l'autonomie du  
Morbihan (MDA 56)

Département du Morbihan

Exercices 2014 et suivants

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

## TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE .....	4
RECOMMANDATIONS .....	6
1 Tout handicap fait l'objet d'une compensation .....	9
1.1 Un guichet unique .....	9
1.1.1 La loi du 11 février 2005 .....	9
1.1.2 Le programme régional de santé .....	10
1.1.3 Le schéma départemental de l'autonomie .....	10
1.2 Une appellation de MDA non justifiée .....	11
1.3 Des enjeux majeurs .....	12
1.3.1 Des enjeux financiers qui dépassent le seul budget de la MDPH .....	12
1.3.2 Une action orientée vers des populations fragiles .....	13
1.3.3 Une forte présence des associations .....	14
1.4 Un travail en partie réalisé pour des tiers publics .....	14
2 Les premiers enseignements après 11 ans de fonctionnement.....	15
2.1 Une croissance ininterrompue.....	15
2.2 Un pilotage difficile .....	16
2.2.1 L'organisation des services .....	16
2.2.2 Une absence de vision pluriannuelle sur les budgets et les objectifs .....	17
2.2.3 Une méconnaissance des suites données aux décisions .....	17
2.2.4 Des données à fiabiliser et à organiser .....	18
2.2.5 Une proximité avec les acteurs et les demandeurs à développer.....	19
2.2.6 L'évaluation de la qualité de service .....	21
2.3 Un cadre de décision qui doit être sécurisé.....	25
2.3.1 La convention constitutive .....	25
2.3.2 La commission exécutive et les délégations de compétence.....	26
2.3.3 La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées .....	27
2.3.4 Le respect des usagers et des règles de confidentialité.....	31
2.4 Des bonnes pratiques à développer .....	34
2.5 Des améliorations plus difficiles à mettre en œuvre .....	36
2.6 D'un traitement de masse à un traitement personnalisé.....	37
2.6.1 Des résultats différents concernant les enfants.....	37
2.6.2 Une nouvelle donne : la réponse accompagnée pour tous (RAPT).....	39
3 Les moyens et les outils de la MDPH.....	41
3.1 Une autonomie limitée .....	41
3.1.1 Un GIP atypique .....	41
3.1.2 Une dépendance marquée vis-à-vis du département .....	42
3.2 Le système d'information (SI) .....	43
3.3 Le budget de la MDPH .....	46
3.3.1 Un budget généralement équilibré.....	46
3.3.2 Un budget qui ne prend pas en compte toutes les dépenses de la MDPH.....	47
3.3.3 Le fonds départemental de compensation du handicap.....	48
3.3.4 Des ressources comparables aux autres départements .....	49

3.4	La gestion des ressources humaines .....	50
3.4.1	L'évolution des effectifs et des charges de personnel .....	50
3.4.2	La gestion du personnel .....	52
4	ANNEXES .....	54
5	GLOSSAIRE.....	60

## SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Bretagne a examiné les comptes et la gestion de la maison départementale de l'autonomie du Morbihan sur la période 2014-2018.

### **Un guichet unique créé en 2006**

La loi du 11 février 2005 pour *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* a imposé le regroupement de plusieurs entités (Etat, département, organismes d'assurance maladie et d'allocations familiales...) sous un guichet unique, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), chargée de recevoir et traiter les demandes de compensation du handicap. La maison départementale du Morbihan s'appuie également sur un secteur associatif très impliqué.

L'appellation de maison départementale de l'autonomie retenue dans le Morbihan n'est pas justifiée au regard des dispositions de l'article L. 149-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui la réservent aux organismes s'adressant à la fois aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

La MDPH est un groupement d'intérêt public (GIP), placé, selon l'article L. 146-4 du CASF, sous « *la tutelle administrative et financière* » du département. Son équilibre financier (budget propre de 3,05 M€) est assuré par les participations publiques, notamment du département (50 % des recettes). Elle bénéficie en outre du soutien gracieux (personnel, informatique) de divers acteurs, qui représente 0,8 M€, soit un budget consolidé de 3,85 M€ en 2017. Ce montant n'intègre pas le fonds départemental de compensation du handicap qui devrait pourtant être géré dans les comptes de la MDPH (article L. 146-5 du CASF).

Le budget de la MDPH est sans commune mesure avec les montants mis directement en jeu par ses décisions qui permettent le versement de près de 138 M€ d'aides annuelles via la caisse d'allocations familiales (CAF), la mutualité sociale agricole (MSA) ou le département.

### **Une activité croissante depuis sa création**

Depuis leur création en 2005/2006, les MDPH voient une progression très rapide de leur activité. Pour faire face à cette croissance, les effectifs de la MDPH 56 ont augmenté régulièrement et atteignent 71 équivalents temps plein (ETP) en 2017. Avec 45 649 demandes déposées et 51 416 décisions et avis pris en 2017, elle suit le mouvement relevé au niveau national, le volume des demandes reçues ayant progressé de 7 % entre 2014 et 2017 (12,5 % au niveau national selon les données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA).

### **Une gestion qui peut être améliorée**

La chambre relève que la MDPH 56 n'applique pas encore toutes les bonnes pratiques identifiées par la CNSA. Ainsi, elle ne dispose pas d'une gestion électronique des documents, l'accès aux dossiers n'est pas sécurisé, les procédures « métier » ne sont pas toutes harmonisées (guide des procédures), mises en œuvre (registre de jurisprudence) ou généralisées (fiches de synthèse). En matière de confidentialité, ses pratiques sont à revoir, tant pour le suivi des dossiers « papier » que dans la gestion quotidienne. Certains des indicateurs mesurant la qualité de service restent également à améliorer et fiabiliser (connaissance du stock, pourcentage de délais dépassant quatre mois, autodiagnostic).

### **Un cadre légal de décision non respecté**

Le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est affecté par des irrégularités : processus de décision et modalités de suppléance non conformes aux textes, mandats des présidents et vice-présidents expirés depuis plusieurs mois. Ainsi, le président de la commission valide les propositions relatives aux situations les plus simples, présentées sous forme de listes non formellement soumises aux membres de la commission, alors que son mandat ne le lui permet pas. La commission restreinte qui pourrait adopter ces décisions selon une procédure simplifiée n'est pas réunie.

### **Un pilotage à renforcer, en profitant de la mise en place de nouveaux outils**

Le pilotage des services de la MDPH 56 est très perfectible en l'absence d'harmonisation du fonctionnement et des pratiques. Cette situation se traduit notamment par un système d'information (SI) local inadapté et un manque de tableaux de bords. La MDPH ne dispose pas non plus de planification pluriannuelle de son financement. Un SI dit « harmonisé », en cours de déploiement au niveau national, sera en place à la MDPH 56 en 2019. Cette dernière gagnerait à formaliser le partage de responsabilités avec le département, qui gère depuis peu une grande partie de son SI, et à se rapprocher des services de l'enfance et des espaces d'autonomie seniors.

Enfin, comme la plupart de ses homologues, la MDPH 56 a une très faible connaissance de l'effectivité de ses décisions en matière de prestation et d'orientation. Un SI dit « d'orientation », en cours de développement au niveau national, devrait permettre, à court terme, de mieux connaître et suivre les places disponibles pour accueillir les bénéficiaires des décisions d'orientation prises par la MDPH.

### **Un dispositif à bout de souffle face à un nouvel enjeu, la réponse accompagnée pour tous (RAPT)**

Face au volume croissant des demandes reçues par les MDPH, leurs modalités de travail évoluent, par exemple avec l'harmonisation des systèmes d'information, ou encore la mise en œuvre de la carte mobilité inclusion (CMI) en liaison avec l'imprimerie nationale. Plus généralement, les modalités de fonctionnement des MDPH imposent une forte mobilisation de moyens humains pour de nombreuses décisions souvent simples, découlant d'une application de grilles élémentaires d'analyse. Elles nécessitent une évolution en profondeur pour automatiser ce type de décisions, centrer la CDAPH plénière sur les seuls dossiers complexes ou spécifiques et réduire les formalismes. A défaut, cette commission restera, pour une majorité de décisions, une simple chambre d'enregistrement.

En 2017, 19 dossiers ont été traités selon le dispositif RAPT, qui vise à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement pour éviter toute rupture dans le parcours des handicapés, et qui monte en puissance, même si la MDPH n'est pas encore en mesure d'estimer le volume des demandes potentielles. Il apparaît cependant que la montée en charge de la RAPT sera fortement liée aux financements mis en place et à la disponibilité des acteurs institutionnels et associatifs locaux. En l'absence de moyens complémentaires, son déploiement pourrait se faire au détriment de la qualité globale de la réponse à l'ensemble des demandes.

En réponse, le président de la commission exécutive (COMEX) indique que de nombreuses actions ont été mises en œuvre ou sont déjà programmées par la MDPH du Morbihan pour répondre aux recommandations de la chambre.

## RECOMMANDATIONS

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

1. Modifier l'appellation de la maison départementale de l'autonomie (MDA) en maison départementale des personnes handicapées (MDPH), afin de se conformer aux dispositions de l'article L. 149-4 du code de l'action sociale et des familles (§ 1.2) ;
2. Instaurer une polyvalence des agents chargés des missions de premier et de second niveau en matière d'accueil et d'information (§ 1.3.2) ;
3. Mettre en place un outil permettant d'assurer le suivi des contacts et leur décompte par nature (§ 1.3.2) ;
4. Améliorer la fiabilité des indicateurs d'activité communiqués à la commission exécutive (COMEX) et à la caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA) - (§ 2.2.4) ;
5. Signer, avec le département, un protocole permettant le partage de l'information nominative entre la MDPH et le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) - (§ 2.2.5) ;
6. Poursuivre le rapprochement de la MDPH avec les services du département et les espaces autonomie seniors (EAS) – (§ 2.2.5) ;
7. Etablir un registre regroupant la jurisprudence locale issue des décisions de la CDAPH (§ 2.2.6.4) ;
8. Modifier la convention constitutive pour y prévoir le régime de délégation applicable à la COMEX, à son président, au directeur de la MDPH et aux autres personnels (§ 2.3.2) ;
9. Doter la CDAPH d'un règlement intérieur opérationnel et complet (§ 2.3.3.1) ;
10. Respecter les dispositions de l'article R. 241-26 du code de l'action sociale et des familles en matière de durée des mandats à la présidence et à la vice-présidence des formations de la CDAPH (§ 2.3.3.2) ;
11. Ne pas désigner de personnels de la MDPH ou de leur chaîne hiérarchique comme membres délibérants de la CDAPH (§ 2.3.3.3) ;
12. Mettre en œuvre, avec un pouvoir de décision, la formation restreinte prévue à l'article R. 241-28 du code de l'action sociale et des familles (CASF), autorisant l'application de la procédure simplifiée sur les propositions relatives aux dossiers les plus simples (§ 2.3.3.4) ;
13. Etablir les listes des personnes autorisées à participer aux équipes pluridisciplinaires conformément à l'article R. 126-27 du code de l'action sociale et des familles (CASF) - (§ 2.3.4) ;

14. Mettre en place, en lien avec le département, une organisation permettant d'assurer un traitement des données conforme au règlement général sur la protection des données (RGPD) - (§ 2.3.4) ;
15. Harmoniser les procédures d'instruction et d'évaluation entre les pôles de l'établissement et les formaliser (§ 2.4) ;
16. Formaliser le cadre du partage de responsabilités entre la direction des systèmes d'information (DSI) du département et la MDPH pour la gestion de ses outils informatiques (§ 3.1.2) ;
17. Mettre en place une gestion électronique de documents (GED) dans les délais (2018-2019) communiqués à la caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA) – (§ 3.2) ;
18. Enrichir le site internet pour mieux renseigner les citoyens sur le handicap et accompagner les demandes de compensation (§ 3.2) ;
19. Annexer aux documents budgétaires une information sur les financements et charges supportés par les tiers et les mentionner dans le rapport d'activité (§ 3.3.2) ;
20. Intégrer sans délai la gestion du fonds départemental de compensation du handicap au budget de la MDPH du Morbihan, conformément à l'article L. 146-5 du CASF (§ 3.3.3) ;
21. Régulariser les modalités de mises à disposition des agents de l'Etat (adoption de conventions et d'arrêtés individuels de mise à disposition) - (§ 3.4.1).

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

## INTRODUCTION

La chambre régionale des comptes Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion de la maison départementale de l'autonomie (MDA) 56 à compter de l'exercice 2014.

Ce contrôle a été ouvert par lettre du 6 février 2018, envoyée au président de la commission exécutive de la MDA 56, M. François Goulard.

L'entretien de fin de contrôle prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 21 septembre 2018 avec M. François Goulard.

La chambre, lors de sa séance du 24 octobre 2018, a arrêté ses observations provisoires, qui ont été adressées le 27 décembre 2018 au président de la COMEX de la MDA. Un extrait intégral du ROP a également été adressé au président du département du Morbihan le 24 janvier 2019.

Le président de la COMEX a répondu par courrier du 22 février enregistré au greffe de la chambre le 27 février 2019.

Des extraits ont été également adressés aux destinataires suivants, le 24 janvier 2019 :

- Le préfet du Morbihan ;
- Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne ;
- La directrice de la caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA) ;
- La directrice départementale de la caisse d'allocation familiale (CAF) ;
- Le directeur départemental de la cohésion sociale du département ;
- Le directeur départemental de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ;
- Le responsable départemental de la direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ;
- La directrice départementale des services départementaux de l'éducation nationale ;
- La directrice départementale de la mutualité sociale agricole (MSA).

Le Préfet, les directeurs de la MSA, de la CAF, de la direction départementale des services académiques, de la CPAM, et de l'ARS, ont répondu, respectivement par courriers enregistrés au greffe de la chambre les 23 avril, 18 mars, 14 mars, 19 mars, 12 mars et 27 mars 2019.

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

# 1 TOUT HANDICAP FAIT L'OBJET D'UNE COMPENSATION

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

La maison départementale des personnes handicapées rassemble dans un groupement d'intérêt public (GIP) le conseil départemental, les services de l'Etat, de l'assurance maladie et des représentants des associations de personnes en situation de handicap.

Ce GIP est placé sous la tutelle administrative et financière du département, en vertu de l'article L. 146-4 du code l'action sociale et des familles (CASF).

## 1.1 Un guichet unique

### 1.1.1 La loi du 11 février 2005

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

Avec cette loi, la MDPH devient un guichet unique. Les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) qui existaient auparavant sont intégrées au GIP.

Dans ce domaine, deux rapports<sup>1</sup> ont mis en évidence la saturation de la gestion des demandes de compensation, les risques importants de rupture de droits des personnes handicapées, le manque d'établissements ou de services adaptés, l'inadaptation des solutions actuelles et les difficultés de fonctionnement des MDPH.

Ces rapports formulent de nombreuses recommandations et alternatives dans le domaine du handicap, tant législatives, organisationnelles que fonctionnelles, en proposant notamment de prendre mieux en compte l'avis des usagers et de préparer des réponses globales aux besoins de compensation.

---

<sup>1</sup> Rapport Piveteau - « Zéro sans solution » juillet 2014. Rapport Taquet –Serres « Plus simple la vie » - mai 2018.

### 1.1.2 Le programme régional de santé

Le programme régional de santé (PRS) 2018 - 2022 a été publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 29 juin 2018. La politique de santé bretonne dispose ainsi de sa feuille de route pour les cinq prochaines années, déclinée dans un schéma régional de santé. Organisé autour de 7 axes stratégiques repris dans 28 thématiques, le schéma régional présente, pour chacune d'entre elles, les principaux chantiers et objectifs opérationnels.

Trois objectifs sont assignés à la thématique *visant à « apporter à chaque personne en situation de handicap une réponse adaptée »* :

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

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

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

Dans la mesure où la MDPH du Morbihan ne sait pas à quel niveau ses décisions sont suivies d'effet (cf. § 2.2.3), ces indicateurs contribueront à l'élaboration de tableaux de bord aujourd'hui incomplets.

### 1.1.3 Le schéma départemental de l'autonomie

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

Au-delà des éléments du PRS précités, ces schémas rassemblent, pour une durée de cinq ans, les éléments prospectifs pour l'ensemble du champ social et médico-social (enfance-famille, handicap, vieillissement, logement, insertion). C'est dans ce cadre que le conseil départemental doit assurer l'organisation de l'offre de services sur son territoire (article L. 312-4 du CASF) tout en anticipant l'évolution des besoins de la population.

Le département du Morbihan vient d'établir son troisième schéma relatif au handicap. Adopté le 15 décembre 2017, ce schéma de l'autonomie (personnes âgées et personnes handicapées) couvre la période 2018-2022.

Il définit cinq orientations, 13 objectifs généraux et de nombreuses actions, bien identifiées, en matière d'autonomie, mêlant vieillesse et handicap. Un des objectifs est notamment de redimensionner quatre « espaces autonomie seniors » (EAS) sur la base d'un nouveau cahier des charges, notamment en élargissant leur champ d'intervention au public en situation de handicap.

La MDPH est mobilisée comme instance de suivi de la politique départementale en matière d'action sociale, en tant qu'elle fournit des données nécessaires à l'état des lieux en matière de handicap. Elle n'est cependant pas présentée comme un relai de sa mise en application.

L'évaluation globale du schéma pourra s'appuyer sur les objectifs généraux, les calendriers de mise en œuvre et les indicateurs de réussite qu'il a définis. Néanmoins, il y a peu d'objectifs chiffrés en matière de handicap (cf. orientations 2 et 5). En conséquence, une évaluation sérieuse des actions en faveur de la politique relative au handicap sera complexe à mener et devra s'appuyer sur des indicateurs exogènes au schéma.

## 1.2 Une appellation de MDA non justifiée

Le GIP chargé du handicap dans le Morbihan porte l'appellation de maison départementale de l'autonomie (MDA) et non de maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Si les textes applicables aux MDA et aux MDPH sont souvent les mêmes, le label MDA répond néanmoins à des exigences strictes, que présente l'article L. 149-4<sup>2</sup> du CASF :

*« En vue de la constitution d'une maison départementale de l'autonomie, le président du conseil départemental peut organiser la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées [...].*

*Cette organisation, qui ne donne pas lieu à la création d'une nouvelle personne morale, regroupe la maison départementale des personnes handicapées [...] et des personnels et des moyens matériels du département, affectés à la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées [...].*

*La constitution d'une maison départementale de l'autonomie est soumise à l'avis conforme de la commission exécutive de la maison départementale des personnes handicapées et à l'avis du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1 [...].*

---

<sup>2</sup> Le texte du CASF relatif à cette notion a été mis en place à compter de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi dite ASV).

*Lorsque cette organisation répond aux prescriptions d'un cahier des charges défini par décret, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lui délivre le label de maison départementale de l'autonomie, dans des conditions précisées par le même décret [...] ».*

La MDA 56 ne répond pas à ces prescriptions et demeure une MDPH classique.

L'appellation de MDA, inscrite dans ses deux conventions constitutives successives (préambule et article 2 - *dénomination*), n'est pas justifiée au regard du CASF, et elle ne peut être comparée à des MDA gérant à la fois la dépendance et le handicap.

Le directeur de la MDPH 56 précise que le GIP a retenu cette appellation dès sa création en 2005, dans l'optique d'un rapprochement complet avec les services du département PA/PH (personnes âgées / personnes handicapées) qui n'a, dans les faits, pas eu lieu. Dans sa réponse le président de la COMEX confirme qu'il n'est pas prévu, dans un futur immédiat, d'opérer un rapprochement plus étroit entre la MDA et les services de l'autonomie du département, pour des raisons essentiellement pratiques.

**Recommandation n° 1 : modifier l'appellation de la maison départementale de l'autonomie (MDA) en maison départementale des personnes handicapées (MDPH), afin de se conformer aux dispositions de l'article L. 149-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF).**

Aussi, le terme générique de MDPH sera utilisé dans le présent rapport.

### 1.3 Des enjeux majeurs

#### 1.3.1 Des enjeux financiers qui dépassent le seul budget de la MDPH

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

En 2017, le budget consolidé<sup>3</sup> de la MDPH du Morbihan était de 3,85 M€, montant à mettre en regard de celui des prestations payées par ces différents organismes sur décision de la MDPH, soit 137,5 M€ en 2017. Ce montant est en progression régulière.

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

<i>Montants 2017 - en M€</i>	PCH	ACTP <sup>4</sup>	AAH*	AEEH*	TOTAL
<i>Morbihan</i>	17	3,8	114,4	5,3	137,5

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

<sup>3</sup> En incluant les aides en nature présentées au § 3.3.2 (3,05 M€ + 0,8 M€).

<sup>4</sup> Allocation compensatrice pour tierce personne.

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

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

**Tableau n° 2 : Postes d'AVS – rentrée 2017- Académie de Rennes**

	1 <sup>er</sup> degré Public	2nd degré Public	1 <sup>er</sup> degré Privé	2nd degré Privé	TOTAL
<i>Côtes-d'Armor</i>	294	78	45	28	<b>445</b>
<i>Finistère</i>	453	151	218	102	<b>924</b>
<i>Ille-et-Vilaine</i>	271	90	147	35	<b>543</b>
<i>Morbihan</i>	149	30	102	35	<b>316</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1167</b>	<b>349</b>	<b>512</b>	<b>200</b>	<b>2228</b>

*Source : Services du rectorat de Rennes.*

### 1.3.2 Une action orientée vers des populations fragiles

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

Ce contexte peut rendre difficiles leurs déplacements, réduire leurs disponibilités et engendrer des contraintes dans les échanges (intimité, confidentialité).

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

La MDPH du Morbihan est située dans l'une des zones d'activité de Vannes. L'accès aux locaux est facilité par le passage des transports en commun de l'agglomération vannetaise. La plage d'ouverture des locaux paraît adaptée, ne faisant pas l'objet de critiques des usagers.

L'accueil physique est organisé à deux niveaux de service (accueil physique et téléphonique / accueil spécialisé) comme dans la plupart des MDPH. Il est assuré par des agents qui ne sont pas polyvalents entre ces deux niveaux. Ainsi, l'organisation de l'accueil de second niveau n'est pas flexible lorsqu'il faut s'adapter à l'absence d'un agent.

**Recommandation n° 2 : instaurer une polyvalence des agents chargés des missions de premier et de second niveau en matière d'accueil et de d'information.**

La MDPH ne dispose pas d'un outil permettant de comptabiliser sur une période donnée le nombre d'appels, leur durée, le temps d'attente et le taux de décroché.

Elle indique qu'un projet de gestion de la relation client (GRC) est en cours. Dans l'attente de la mise en place de cet outil, nécessaire au pilotage de l'activité du service accueil, un tableau *Excel* est renseigné (cf. annexe 1).

**Recommandation n° 3 : mettre en place un outil permettant d'assurer le suivi des contacts et leur décompte par nature.**

Dans sa réponse le président de la COMEX précise que l'organisation de la MDA a évolué début 2019, avec la création d'un nouveau pôle « accueil - information - qualité ». Il ajoute que cette organisation doit permettre d'accompagner la montée en compétence des équipes d'accueil, d'assurer la polyvalence ainsi que les liens avec l'accueil de 1<sup>er</sup> niveau qui sera déployé en territoire au sein des espaces autonomie, tout en modernisant les outils et les conditions d'accueil des usagers sur le site principal à Vannes.

La MDPH ne dispose pas d'un livret d'information à proprement parler (sur les droits des personnes handicapées et sur la lutte contre la maltraitance, prévu par l'article L. 146-7 du CASF), mais diffuse une plaquette d'une page présentant ses missions et ses coordonnées (numéro vert).

### 1.3.3 Une forte présence des associations

Historiquement, c'est essentiellement le milieu associatif qui a porté les politiques du secteur médico-social, et du handicap en particulier.

Le rôle que lui a attribué le législateur dans la prise de décisions des commissions des droits et de l'autonomie des MDPH en est l'illustration et contribue certainement à la rigidité du fonctionnement de ces commissions.

S'agissant des relations avec les associations, les échanges en réunions et la participation de leurs représentants dans les différentes formations de la CDAPH montrent qu'elles sont de qualité, ce que confirment les services rencontrés. C'est notamment le cas avec le comité d'entente 56 qui fédère plusieurs associations du département.

## 1.4 Un travail en partie réalisé pour des tiers publics

La chambre observe qu'un quart des demandes (25 %) est instruit par la MDPH 56 au profit du conseil départemental, dont le président est le signataire des cartes de stationnement ou d'invalidité et de priorité, devenues cartes mobilité inclusions (CMI) mi-2017.

Avant cette date, ces cartes étaient également en partie mises à la signature du préfet du département.

## 2 LES PREMIERS ENSEIGNEMENTS APRES 11 ANS DE FONCTIONNEMENT

### 2.1 Une croissance ininterrompue

À l'échelle nationale, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)<sup>5</sup> met en exergue une croissance continue de l'activité, qui s'amplifie chaque année, avec la progression du nombre de premières demandes en matière de scolarisation et le poids important et constant de l'activité liée à l'emploi et à l'attribution des cartes, notamment pour les personnes âgées de soixante ans et plus.

Entre 2014 et 2016, le nombre de demandes déposées au niveau national a progressé de 12,5 % et le nombre de décisions et avis de 16,5 %<sup>6</sup>.

Les demandes concernent à parts égales les cartes de stationnement ou d'invalidité et de priorité, les prestations financières (AEEH et AAH) et la RQTH, et les besoins d'orientation, d'aides à la scolarisation et de compensation (PCH).

Dans le Morbihan, l'évolution générale de l'activité entre 2014 et 2017 est marquée par une croissance de 7 % du nombre de demandes, tandis que le nombre de décisions et avis progressait de 14,5 %. L'annexe 2 en présente le détail.

**Tableau n° 3 : Evolution de l'activité entre 2014 et 2017 / données CNSA**

	2014	2015	2016	2017	Evolution entre 2014 et 2017
Nombre de demandes déposées	42 716	45 915	47 271	45 649	+ 7 %
Nombre de décisions et avis	44 901	44 459	47 749	51 416*	+ 14,5 %
Stock de demandes non traitées au 1 <sup>er</sup> janvier N	1 126	1 301	1 284	567	- 50 %

Sources: tableaux de données normalisées transmis à la CNSA - \* : cf. correctif de la MDPH en 2018 – cf. § 2.2.4.

En 2017, un quart (25 %) des demandes déposées concernent des cartes de stationnement ou d'invalidité et de priorité, plus d'un cinquième (22 %) les prestations financières (AEEH et AAH) et la RQTH, et plus de la moitié (53 %) les demandes d'orientation, les aides à la scolarisation et la PCH, qui nécessitent une technicité spécifique en matière d'évaluation.

<sup>5</sup> Établissement public de l'État avec lequel elle signe des conventions d'objectifs et de gestion (COG), la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie, d'assurer une mission d'information et d'animation de réseau, d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles, d'assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

<sup>6</sup> Une information sommaire de la CNSA sur l'exercice 2017 indique 4,66 millions de décisions rendues en 2017 contre 4 millions en 2014 selon le bilan réalisé en 2015.

## 2.2 Un pilotage difficile

### 2.2.1 L'organisation des services

L'organisation de la MDPH 56 a peu évolué depuis sa création. Elle reste basée sur trois pôles d'instruction hérités des structures d'origine (CDES, COTOREP et SVA) alors qu'il en existe aujourd'hui généralement deux (adulte et enfant) dans les MDPH.

L'organigramme positionne la directrice adjointe en coordonnatrice des différents pôles. La chambre observe toutefois que les trois pôles restent relativement indépendants, sans unité de pilotage, comme l'illustrent les différences de pratiques relevées dans plusieurs domaines : mise en place de statistiques, circuits de traitement, guides de procédures, rôle des instructeurs (cf. § 2.4).

Le nouveau directeur est chargé de faire évoluer la structure en 2018, notamment en intégrant à la MDPH des médecins auparavant affectés au service du conseil et de l'évaluation médicale et médico-sociale (SCEMMS) du département, et en regroupant les trois pôles d'instruction/évaluation en deux par une fusion des pôles adulte et PCH-OMS. Une note sur le sujet a été diffusée aux agents et une équipe projet a été constituée autour du directeur pour mener à bien cette intégration.

Ce dernier précise que la fusion des deux pôles permettra dans un premier temps d'harmoniser leurs procédures, par la mutualisation des équipes ; dans un second temps, l'entrée en vigueur du nouveau formulaire normalisé de demande et du système d'information harmonisé devrait entraîner, de fait, un besoin d'harmonisation et de formalisation des procédures internes, y compris avec le service « enfance ». L'outil de gestion électronique des documents (GED), en cours d'acquisition, devrait également y contribuer et faciliter l'évaluation.

Selon le directeur, « *La succession de responsables sur les cinq dernières années, l'évolution rapide du nombre de demandes à traiter, la multiplicité des dispositifs innovants à mettre en œuvre ainsi qu'une vision stricte de l'autonomie des GIP qui a prévalu jusqu'au début 2017 expliquent pour beaucoup ce qui relève davantage d'un pilotage non rigoureux que d'une mauvaise gestion* ».

Il reste que l'existence d'une chaîne hiérarchique dense (directeur, directeur adjoint, chef de pôle, adjoint au chef de pôle), avec des cultures différentes, des fonctionnements hétérogènes et un directeur basé sur un autre site, rend plus difficile une uniformisation des pratiques et a un impact sur la qualité du pilotage des services.

Enfin, comme le relevait déjà l'étude quantitative sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensations du handicap par les MDPH menée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2014 auprès de 82 MDPH, un accompagnement opérationnel plus fort de la CNSA dans la mise en place des différents outils, dispositifs ou modes d'organisation (guide, autodiagnostic, évolutions règlementaires) est souhaité.

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

Comme toutes les MDPH, celle du Morbihan n'est toujours pas en mesure d'élaborer la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) prévue par la loi du 28 juillet 2011<sup>7</sup>. Huit ans après la publication de ce texte, son décret d'application n'est toujours pas paru.

En apportant une meilleure visibilité sur les ressources financières à venir et l'engagement des financeurs, un tel document faciliterait pourtant le pilotage de la MDPH.

Pour se fixer des orientations, certaines MDPH ont mis en place des plans stratégiques ou des projets d'établissement. Tel n'est pas le cas de la MDPH 56.

En outre, ni la COMEX ni la CDAPH ni les financeurs du GIP n'ont formalisé d'objectif chiffré à atteindre (délai de traitement, stock de dossiers, ...). Si, dans sa réponse, le président de la MDPH l'admet, il estime qu'il ne s'agit pas d'un chantier prioritaire compte tenu des résultats obtenus.

Le directeur lui-même ne dispose pas d'une fiche de poste. Il considère que le schéma départemental de l'autonomie fait office de ligne directrice pour son service.

### 2.2.3 Une méconnaissance des suites données aux décisions

La MDPH instruit les demandes des usagers. En fonction de ses évaluations, elle prend des décisions relatives à des prestations financières, à des aides diverses et à des orientations vers des établissements spécifiques.

En matière de taux d'effectivité des décisions d'orientation (établissements, services), le suivi des décisions de la MDPH ne peut être réalisé de son seul côté car il nécessite des outils partagés avec les structures en charge de l'accueil des bénéficiaires.

Sur ce sujet, la MDPH attend beaucoup de l'outil informatique SI « Orientation » (autrement appelé *Via Trajectoire*), en cours de développement, et qui sera porté par l'agence régionale de santé (ARS) en lien avec les MDPH, départements et établissements concernés. Cet outil, déployé progressivement par région, devrait l'être en Bretagne à compter de la fin 2018.

Comme le rappellent les rapports Taquet et Piveteau (cf. § 1.1.1), le nombre de places disponibles et les conditions d'accès ne permettent pas d'accueillir rapidement les demandeurs dans les établissements ou services mentionnés dans les décisions des MDPH.

Deux raisons sont invoquées par les services rencontrés. D'une part, ces établissements répartis de manière non homogène sur les territoires, sont indépendants de la MDPH et ont une autonomie de gestion. D'autre part, les places qui y sont disponibles ne sont pas connues de la MDPH, tant en nombre (liste d'attente) qu'en nature de services proposés, ces informations ne lui étant pas communiquées.

---

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

La MDPH n'a pas davantage de retour d'information sur les modalités de mise en paiement (taux de paiement, taux de refus, motifs de ces refus) des prestations financières qu'elle accorde (AAH, AEEH et PCH) auprès de la CAF, de la MSA ou du département.

Enfin, l'article D. 351-16 du code de l'éducation prévoit que dans le cadre du rapport annuel d'activité de la CDAPH, non établi à la MDPH 56 alors qu'il est obligatoire (article R. 241-34 du CASF), la commission doit dresser un bilan de la scolarisation des élèves handicapés dans le département faisant état, notamment, des écarts observés entre l'offre d'éducation scolaire et médico-sociale et les besoins recensés (AVS/AESH). Ce bilan n'est donc pas établi par la MDPH 56, qui ne détient aucune donnée officielle sur le sujet.

#### 2.2.4 Des données à fiabiliser et à organiser

- Le manque de fiabilité des données produites

De l'analyse des différents documents produits, il ressort des différences entre les données selon leurs sources, rendant difficile la communication de la MDPH sur ces sujets et mettant en cause la qualité des restitutions (*reporting*).

Chaque année, la MDPH rédige un rapport annuel et doit par ailleurs transmettre à la CNSA, à des fins statistiques et de pilotage national, de nombreuses données dans le cadre de l'obligation posée par les articles L. 146-3-1 et L. 149-4 du CASF.

Le tableau suivant présente des données importantes non concordantes entre les rapports d'activité de la MDPH et les tableaux remontés à la CNSA.

**Tableau n° 4 : Données comparées entre rapports d'activité (RA) et tableaux CNSA**

	2016		2017		Stock de dossiers Janv. 2016 / janv. 2017
	RA	CNSA	RA	CNSA	
<i>Nombre de demandes déposées</i>	47 271	47 271	48 971	45 649	1 284/ 567 *
<i>Nombre de décisions et d'avis pris</i>	47 749	47 749	55 609	55 441	

Sources : rapports d'activité (RA) et tableaux CNSA

\* : stock au 3 octobre 2018 : 10 018 demandes.

Les référents informatiques des MDPH renseignent la maquette CNSA avec des outils développés par différents éditeurs (IODAS dans les départements 22, 29 et 35, SOLIS pour le 56). L'alimentation automatique de cette maquette étant peu fiable, chaque MDPH traite ses statistiques à partir des outils dont elle dispose.

Ainsi, chaque MDPH arbitre sur les ressources temps affectées aux retraitements. Ces derniers, qui ne sont pas documentés et validés, sont effectués sous la seule responsabilité du référent informatique. En l'absence de vérification systématique, les données transmises à la CNSA sont donc à appréhender avec prudence.

Il en est de même des données des rapports d'activité de la MDPH. Ainsi, le directeur a confirmé au cours du contrôle que le nombre de décisions et avis pris en 2017 était finalement de 51 416 (et non pas de 55 441 comme initialement présenté), valeur qui sera retenue comme la donnée officielle dans la suite du présent rapport. Il reconnaît une absence de suivi depuis de nombreuses années, les différences de chiffres étant, selon lui, certainement liées à l'absence d'édition de procès-verbaux de la CDAPH. Il considère que la situation devrait s'améliorer avec les évolutions en cours (transfert de la gestion des fonctions supports vers le département, permettant de recentrer l'activité de la MDPH sur son cœur de métier, et déploiement du système d'information harmonisé).

Dans sa réponse, le président de la COMEX confirme que les différents chantiers en cours devraient progressivement mener au niveau de fiabilité requis dans le suivi de l'activité, dans la gestion des ressources ainsi que dans la limitation des risques.

**Recommandation n° 4 : améliorer la fiabilité des indicateurs d'activité communiqués à la commission exécutive (COMEX) et à la caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA).**

- Le manque de tableaux de bord adaptés

Si la direction dispose de certains tableaux de bord, ils restent peu nombreux, pas toujours opérationnels<sup>8</sup>, difficiles à mettre à jour et peu fiables sur les principaux indicateurs du GIP (volume et répartition des demandes et des décisions et avis, délai, répartition du flux et du stock entre les différentes étapes du traitement, détail de l'effectif disponible, satisfaction des usagers, nombre de dossiers en attente, gestion des flux, régulation des équilibre...).

Cette problématique est prise en compte par le directeur dans le cadre d'un projet de construction d'un observatoire de l'autonomie, lancé par la direction de l'autonomie du département depuis avril 2018.

### 2.2.5 Une proximité avec les acteurs et les demandeurs à développer

- Les relations entre les différents acteurs

Interrogée sur le niveau de coopération entre la MDPH et l'aide sociale à l'enfance (ASE), la MDPH a produit un document issu de la direction générale des interventions sanitaires et sociales (DGISS), qui englobe les directions de l'autonomie et de l'enfance du département, daté de juin 2017.

---

<sup>8</sup> Ils ne permettent pas nécessairement d'identifier les points de blocage.

Ce document de travail montrait que sur 1 229 enfants suivis par l'ASE, 336 (soit 28 %) relevaient aussi de la MDPH. Il faisait également le constat que la traçabilité des dossiers ASE, insuffisante, ne permettait pas d'apprécier la qualité de la prise en charge de ces enfants en matière de soins, ou l'effectivité de leur orientation cible, qu'ils soient en famille d'accueil ou en structure habilitée. Ainsi, il n'est pas possible, dans ces dossiers, de savoir à quel moment le handicap est reconnu ou la déficience ou les troubles sont identifiés, la date de notification des décisions de la CDAPH, et l'effectivité de leur mise en œuvre, compte tenu des pénuries de places d'accueil.

Le directeur de la MDPH 56 a admis au cours du contrôle que les relations avec la direction de l'enfance (ASE) pourraient être développées.

Au niveau national, le défenseur des droits de l'enfant recommande, dans son rapport de 2015 relatif aux enfants « invisibles », le développement de « chartes départementales du partage de l'information nominative dans le champ de la protection de l'enfance », ainsi que la signature de protocoles entre les principaux acteurs intervenant auprès de l'enfant porteur de handicap, celui entre l'ASE et les MDPH étant jugé prioritaire.

En réponse, le président de la COMEX confirme la nécessité du rapprochement entre ces acteurs et précise que ce travail vient d'être engagé par les équipes des deux organisations avec un partage d'informations, des formations croisées, et des réunions mensuelles d'échanges.

**Recommandation n° 5 : signer, avec le département, un protocole permettant le partage de l'information nominative entre la MDPH et le service d'aide sociale à l'enfance (ASE).**

- Le maillage du territoire

En complément des partenaires institutionnels, la MDPH 56 s'appuie sur des équipes pluridisciplinaires composées de ses agents et de spécialistes issus de nombreux organismes partenaires, essentiellement associatifs.

La MDPH ne dispose pas encore de l'appui de réseaux de proximité pour l'accueil ou le conseil aux usagers, tels que les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins (MAIA) ou les espaces autonomie seniors (EAS).

Comme le rappelle le schéma de l'autonomie du département du Morbihan, la mission des EAS, s'agissant du handicap, est « d'améliorer la prise en charge locale des personnes handicapées du territoire en leur offrant un accès de proximité à l'information et aux droits ». A l'occasion de la commission exécutive du 23 mai 2018, le directeur a insisté sur le nécessaire renforcement de la mission d'information, de communication et de sensibilisation du public. Il a précisé qu'il est prévu d'ouvrir la possibilité d'un accueil de 1<sup>er</sup> niveau sur l'ensemble du territoire, pour rapprocher les lieux d'informations des usagers.

Le pilotage de ces relations sera confié au responsable du pôle qualité/accueil en cours de recrutement, qui sera chargé du suivi des secteurs territoriaux et des publics spécifiques.

**Recommandation n° 6 : poursuivre le rapprochement de la MDPH avec les services du département et les espaces autonomie seniors (EAS).**

## 2.2.6 L'évaluation de la qualité de service

La qualité de service peut être évaluée selon deux points de vue : celui des usagers tant au niveau des procédures (accueil, enquête de satisfaction, délais, ...) que des décisions de la MDPH en réponse à leurs demandes (conciliation et recours, registre de « jurisprudence », ...), et celui de la MDPH dans son fonctionnement (autodiagnostic, indicateurs divers).

S'agissant du degré de satisfaction des usagers et de l'efficacité de l'organisation, le directeur de la MDPH indique ne disposer d'aucun élément permettant de mesurer la qualité des prestations rendues aux usagers.

La chambre constate que des marges de progression importantes existent en la matière.

### 2.2.6.1 La contestation des décisions

La gestion du contentieux était auparavant assurée par les chefs de pôles. Compte tenu du manque d'harmonisation des procédures, le suivi de ces recours va être recentré et confié à un cadre, en cours de recrutement.

Selon les données transmises à la CNSA (cf. annexe 3), le taux de recours est faible au regard du nombre de demandes prises en charge (1,8 %, soit 839 / 47 271 en 2016, pour la plupart gracieux). Il est inférieur à la moyenne nationale (2 %).

Néanmoins, le taux de décisions de la MDPH 56 infirmées par les tribunaux sur la période 2014-2016 demeure important (38 % en moyenne des recours contentieux).

### 2.2.6.2 Autodiagnostic – le référentiel de missions et de qualité de service

En matière de fonctionnement, à la demande de la CNSA, la MDPH doit renseigner annuellement, depuis 2017, un questionnaire déclaratif d'autodiagnostic de ses services.

Le document, sous la forme d'un tableau *Excel*, permet de dresser un état des lieux du fonctionnement des maisons départementales au regard des différents niveaux de qualité posés par le référentiel de missions et de qualité de service (RMQS). Cette démarche permet de définir une trajectoire d'amélioration progressive sur les principales grandes missions des MDPH et constitue ainsi un objectif implicite. Le bilan, mené à partir de 476 questions relevant de sept domaines, évalue les réponses de la MDPH selon trois niveaux croissants de qualité : socle (qualité de base requise pour le service), qualité + et ++.

Le bilan final de la MDPH 56 sur 2017, qui n'a pas été présenté en COMEX, met en évidence des insuffisances notamment en matière d'information/communication, de gestion des litiges et de management, pilotage et animation territoriale.

### 2.2.6.3 Le registre de jurisprudence – un outil d'harmonisation des décisions

L'enquête sur les MDPH menée en 2014 par le cabinet Cekoïa Conseil pour le compte du Haut Conseil de la santé publique relevait qu'en matière de capitalisation de la doctrine locale, un suivi de la jurisprudence locale issue des décisions des CDAPH existait dans seulement 12 % des MDPH examinées.

La MDPH 56 ne dispose toujours pas d'un tel registre. Le directeur précise qu'il s'agit d'une des missions du futur chef de pôle « Qualité, accueil, recours », en cours de recrutement.

**Recommandation° 7 : établir un registre regroupant la jurisprudence locale issue des décisions de la CDAPH.**

### 2.2.6.4 Le taux d'accord aux demandes traitées par la MDPH

Chaque demande de compensation donne lieu à l'émission d'une décision d'accord ou de refus, éventuellement de sursis.

Le taux d'accord reflète la qualité de l'accompagnement des demandeurs dans leurs démarches vis-à-vis de la MDPH. A la demande de la chambre, la MDPH a établi le tableau suivant, qui met en évidence une légère baisse des taux d'accord.

**Tableau n° 5 : Autodiagnostic de la MDPH 56 / 2014 – 2017**

Taux d'accord	2014	2015	2016	2017
Accords / adultes	81,2%	80,4%	79,6%	79,7%
Accords / enfants	81,7%	79,6%	76,0%	74,5%
Accords / global	81,3%	80,3%	79,0%	78,8%

Source : MDPH 56.

Lors de la réunion de la COMEX du 23 mai 2018, le directeur a précisé que la diminution du taux d'accord « n'est pas liée à une sévérité accentuée mais plutôt à une augmentation des demandes parfois fantaisistes (...) ».

### 2.2.6.5 Evolution des délais de traitement

L'article R. 241-33 du CASF précise les effets du délai mis pour répondre aux demandes des usagers :

*« Le silence gardé pendant plus de quatre mois par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées à partir de la date à laquelle la demande présentée auprès de la maison départementale des personnes handicapées doit être regardée comme recevable dans les conditions mentionnées à l'article R. 146-26 vaut décision de rejet ».*

Ce délai de rejet implicite d'une demande en cas de non réponse a été détourné de son sens par les MDPH, qui ne prennent pas en compte ces décisions de rejet. Il est utilisé comme un indicateur de qualité de réponse, avec un seuil de référence à quatre mois.

L'analyse de ce délai au sein de la MDPH 56 appelle plusieurs constats.

Pour calculer les délais d'instruction, la MDPH prend en compte le temps qui s'écoule entre la date de réception de la demande (et non la date de recevabilité, établie une fois le dossier complet) et la date de la décision. Cette méthode de computation n'est pas cohérente avec les dispositions de l'article R. 241-33 du CASF et a pour effet d'allonger artificiellement la durée calculée de traitement des demandes.

L'analyse des dossiers 2017 montre que la MDPH ne dispose pas toujours des informations nécessaires pour calculer le délai de traitement. Plusieurs milliers d'entre eux ne disposent pas de date de recevabilité ou comportent des dates peu fiables. Un retraitement par rapport à la date de réception des dossiers conduit, sur 2017, à un délai moyen de l'ordre de 4 mois (soit le seuil de déclenchement d'une décision tacite de rejet), au lieu des 3,5 annoncés initialement.

Selon le directeur, ces pratiques ont été régularisées en 2018 puisque les agents renseignent désormais les deux dates dans l'outil métier.

La durée moyenne affichée se réduit, passant de 4,32 mois en 2014 à 4 en 2017, une fois retraitée (seconde ligne du tableau ci-dessous).

**Tableau n° 6 : Délai moyen/part de demandes non traitées dans les 4 mois – MDPH 56**

Délais	2014	2015	2016	2017
Délai moyen tous types de demandes confondus – selon les tableaux déclaratifs à la CNSA (en mois)	2,7	2,5	3,6	3,5
Délai moyen tous types de demandes confondus – données retraitées (en mois)	4,32*	4,04*	nc	4
Part de demandes non traitées dans le délai de 4 mois	34 %	/	/	28 %

Sources: tableaux de données normalisées transmis à la CNSA et corrigés et/ou confirmés\*.

Si la part des dossiers dépassant quatre mois de délai de traitement reste importante (28 % des demandes en 2017), elle est néanmoins en baisse.

La perspective du regroupement des pôles adultes et PCH/OMS laisse présager une meilleure maîtrise des délais en renforçant la ressource interne.

Il est à noter que les délais moyens de traitement importants constatés pour les orientations médicosociales s'expliquent parfois par l'intervention d'évaluateurs externes.

À cet égard, l'intégration de trois médecins depuis avril 2018 dans l'équipe pluridisciplinaire du service adulte de la MDPH devrait améliorer la situation.

Enfin, comme dans toutes les MDPH, le délai moyen de traitement est rallongé par l'attente de pièces obligatoires ou de résultats médicaux, parfois longs à obtenir, et émanant de tiers. A titre d'exemple, l'obtention d'un rendez-vous avec un psychiatre nécessite un délai de sept à huit mois, qui vient se cumuler avec celui nécessaire à l'évaluation réalisée au sein de la MDPH.

Il demeure qu'aucune analyse formalisée approfondie des délais d'instruction ou d'évaluation, destinée à réinterroger les processus et l'organisation ainsi qu'à détecter les sources d'allongement des délais et d'amélioration, n'a été réalisée par la MDPH.

#### 2.2.6.6 La gestion du stock de demandes

En 2017, la CNSA indiquait qu'au niveau national, le volume des dossiers en stock<sup>9</sup> représentait en moyenne 21 % des demandes à traiter dans les MDPH, soit plus de deux mois d'activité.

Le volume du stock de la MDPH 56 en 2017 semble bien moindre, puisqu'il correspond à 1 % de la totalité des demandes déposées, si l'on se réfère aux données transmises à la CNSA, soit environ quatre jours d'activité.

**Tableau n° 7 : L'évolution des stocks de demandes au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année**

Les stocks au 1 <sup>er</sup> janvier	2014	2015	2016	2017
Nombre de demandes	1 126	1 301	1 284	567
Evolution du stock par rapport à l'année précédente	nc	15,54%	-1,31%	-55,84%

Sources: tableaux de données normalisées transmis à la CNSA – nc : non communiqué.

L'analyse de ce stock de la MDPH 56 est délicate puisque, comme l'a relevé précédemment la chambre (§ 2.2.4), les données permettant de l'évaluer (nombre de demandes reçues et de décisions) manquent de fiabilité.

<sup>9</sup> Stock de demandes au 31 décembre 2016/total des demandes déposées en 2016 (indicateurs d'activités transmis à la CNSA).

Au surplus, le directeur a précisé que le stock au 1<sup>er</sup> janvier 2017 communiqué à la CNSA correspond en réalité au nombre de demandes reçues en 2016, non encore « décisionnées » en mai 2018 au moment de la confection du document pour la CNSA, et pas à celui au 1<sup>er</sup> janvier 2017, ce qui explique la faiblesse des valeurs affichées par la MDPH 56.

Une requête sur l'outil métier réalisée le 3 octobre 2018 à la demande de la chambre permet de relever un stock de 10 018 demandes, représentant environ deux mois d'activité.

#### 2.2.6.7 L'information des citoyens sur le handicap

L'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles précise notamment que les MDPH sont chargées d'une « *mission d'information (...) et de sensibilisation de tous les citoyens au handicap* ».

La MDPH 56 organise peu de manifestations ou d'actions de communication. C'est ce que traduit la courte liste des actions mises en place chaque année, figurant dans son rapport d'activité (trois actions en 2016 par exemple). Son site internet n'y contribue pas non plus. Elle ne dispose pas d'une stratégie formalisée ou d'un plan de communication sur le sujet.

## 2.3 Un cadre de décision qui doit être sécurisé

### 2.3.1 La convention constitutive

L'article L. 146-4 du CASF précise que « *La maison départementale des personnes handicapées est un groupement d'intérêt public constitué pour une durée indéterminée, dont le département assure la tutelle administrative et financière* ».

Le texte fondateur du GIP MDPH est la convention constitutive, régie par les articles R. 146-16 et R. 146-17 du CASF ainsi que le décret n° 2006-130 du 8 février 2006, lesquels en précisent les modalités.

La convention constitutive de la MDPH 56 a été signée le 22 décembre 2005 pour une mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2006 et autorisée par un arrêté du président du conseil général du Morbihan du 26 décembre 2005.

Elle a été modifiée le 2 juillet 2012 pour prendre en compte, notamment, l'évolution du nombre de membres de la COMEX.

Les dispositions du CASF n'étant pas toujours détaillées sur les compétences des différentes instances de la MDPH, cette convention revêt une grande importance.

### 2.3.2 La commission exécutive et les délégations de compétence

- Le fonctionnement de la COMEX

Le président de la commission exécutive (COMEX) est le président et l'ordonnateur de la MDPH. Cette commission administre la MDPH, dont elle constitue l'organe délibérant. Le président du conseil départemental préside la COMEX de droit, conformément au CASF (article L. 146-4).

Sur la période de contrôle, ni les délibérations de la COMEX, ni les procès-verbaux ne font apparaître de décompte des voix ou la mention d'une unanimité dans la prise des décisions.

En outre, à plusieurs reprises, le président de la CDAPH, par ailleurs vice-président du conseil départemental, a présidé les réunions de la COMEX en remplacement du président en titre (9 juin et 6 septembre 2017 par exemple) et a signé les procès-verbaux, comme le permet la convention constitutive (article 10), sous réserve d'une délégation.

Or, aucune délégation lui permettant de présider les réunions et de signer les procès-verbaux n'a pu être produite.

Cet élu est également désigné comme vice-président de la COMEX alors que la convention constitutive ne prévoit pas cette fonction. La COMEX ne s'est pas non plus dotée d'un règlement intérieur, qui pourrait prévoir cette fonction.

- Le régime des délégations

Comme la convention originelle de 2006, celle de 2012 a prévu un champ de délégation extrêmement limité. Elle autorise seulement la COMEX à déléguer à son président « *tout ou partie du pouvoir d'agir en justice au nom de la maison départementale* » (point 7 de l'article 11). Elle ne prévoit aucune autre matière pouvant être déléguée au président ni aucune possibilité de délégation du président au directeur ou à un autre agent de la MDPH.

Le CASF est également muet à ce sujet. Selon la jurisprudence, au nombre des conditions de légalité d'une délégation, de signature ou de pouvoir, figure celle d'avoir été autorisée par un texte<sup>10</sup>.

Dans ces conditions, à la seule petite exception évoquée ci-dessus, l'ensemble des délégations accordées, d'une part, par la COMEX au président et, d'autre part, par le président aux cadres du département, au directeur de la MDPH et à plusieurs de ses collaborateurs, l'ont été de manière irrégulière, ce qui entache d'illégalité les décisions prises sur cette base.

**Recommandation n° 8 : modifier la convention constitutive pour y prévoir le régime de délégation applicable à la COMEX, à son président, au directeur de la MDPH et aux autres personnels.**

<sup>10</sup> Par exemple : pour une délégation de pouvoir : CE Section 5 octobre 1979 Chambre d'agriculture de la Charente, n° 5600 / pour une délégation de signature : CE 8 février 1999 SDIS du Var, n° 179862.

- L'information de la COMEX

Le rapport annuel de la MDPH est présenté à la COMEX chaque année. Il renseigne les élus et les citoyens sur l'activité de la maison départementale et permet à la CNSA d'établir une synthèse annuelle de l'activité de l'ensemble des MDPH depuis une dizaine d'années.

Le rapport annuel 2017 de la MDPH 56 adopte la nouvelle présentation recommandée par la CNSA.

Toutefois, plusieurs données ne sont pas renseignées (nombre de conciliations et de contentieux, stock de demandes en attente, durées moyennes de traitement). En outre, il n'y a plus aucune présentation des indicateurs sous une forme pluriannuelle, pourtant utile à la connaissance de l'évolution de l'activité de la MDPH. De plus, les paragraphes relatifs aux objectifs et indicateurs, ainsi qu'à la formalisation des processus et procédures restent à développer.

En outre, il faut rappeler que certaines données présentées dans les rapports annuels manquent de fiabilité, étant différentes de celles remontées à la CNSA (cf. § 2.2.4).

Enfin, les rapports annuels ne sont pas disponibles sur le site internet de la MDPH.

### 2.3.3 La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

#### 2.3.3.1 Un rôle essentiel dans l'attribution des droits

Le CASF (article L. 241-5) prévoit que la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) constitue la seule instance de décision sur l'ensemble des demandes présentées par ou pour les personnes handicapées.

La CDAPH prend des décisions relatives à l'orientation de la personne handicapée et à son insertion scolaire, professionnelle et sociale ; à la désignation des établissements et services d'accueil correspondant aux besoins de la personne handicapée ; à l'appréciation du taux d'incapacité et à l'attribution de certains droits ou prestations.

Cet article prévoit que la CDAPH<sup>11</sup> peut se réunir selon trois types de formations : en plénière, en section (locales ou spécialisées) ou en restreinte. La commission plénière est toujours décisionnaire. Les deux autres (section et restreinte) peuvent être instituées et être également décisionnaires. Le règlement intérieur de la CDAPH fixe alors leurs modalités de fonctionnement.

<sup>11</sup> La commission associe des représentants du département désignés par le Président du Conseil départemental, des représentants de l'Etat concernés (DDCS, DIRECCTE, EN et ARS), des organismes d'assurance maladie et de prestations familiales, des représentants des organisations syndicales des fonctionnaires, des associations des parents d'élèves, des associations représentant les personnes handicapées et leurs familles, d'un représentant du conseil départemental consultatif des personnes handicapées, des représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou de services pour personnes handicapées, dans le respect des répartitions prévues par les dispositions de l'article R. 241-24 du CASF.

Le règlement intérieur de la CDAPH du Morbihan n'a pas évolué depuis 2006. Il s'avère très incomplet et peu lisible, notamment sur le fonctionnement des différentes commissions.

Il prévoit que la CDAPH peut se réunir sous trois formes : en formation plénière, en deux sections spécialisées<sup>12</sup> ou en formation déléguée (correspondant à la formation restreinte du CASF), depuis mai 2010 pour cette dernière.

Dans la réalité, et depuis juillet 2015, la CDAPH dispose de trois et non deux sections spécialisées :

- une section enfance ;
- une section adulte (hors PCH) qui intègre les orientations professionnelles ;
- une section « prestation de compensation du handicap- orientations médico-sociales » (PCH-OMS).

Selon le règlement intérieur, la CDAPH plénière est la seule formation décisionnaire.

Ce règlement omet de traiter de sujets importants tels que les modalités de désignation des présidents et vice-présidents des différentes formations, de fonctionnement du secrétariat, d'information et de convocation des demandeurs, de rédaction des décisions, de tenue et de diffusion des procès-verbaux des réunions, ou encore l'existence d'un rapport annuel ou d'un cahier de jurisprudence.

Il pourrait également utilement rappeler l'obligation du secret professionnel pour l'ensemble des membres de la commission (article L. 241-10 du CASF).

Pour pallier ces lacunes, certains procès-verbaux<sup>13</sup> de la CDAPH ont d'ailleurs servi de support pour compléter le règlement intérieur en matière d'organisation de la commission.

**Recommandation n° 9 : doter la CDAPH d'un règlement intérieur opérationnel et complet.**

Le président de la COMEX indique dans sa réponse que le nouveau règlement intérieur de la CDAPH a été adopté par la CDAPH plénière en octobre 2018. Aucune pièce n'ayant toutefois été produite à la chambre, elle n'a pas été en mesure de porter une appréciation sur le document.

<sup>12</sup> Une section enfance (hors PCH) qui intègre les orientations médico-sociales ; une section adulte (hors PCH) qui intègre les orientations professionnelles et les orientations médico-sociales.

<sup>13</sup> Celui du 21 mai 2015 par exemple.

### 2.3.3.2 La présidence des différentes formations

La chambre relève que les mandats des présidents de la formation plénière et des sections spécialisées, ainsi que ceux des vice-présidents, sont échus depuis 15 mois (le 21 mai 2017), conformément à l'article R. 241-26 du CASF<sup>14</sup>. Pour le président de la formation plénière, ce mandat est d'ailleurs le troisième et ne peut plus être renouvelé.

**Recommandation n° 10 : respecter les dispositions de l'article R. 241-26 du code de l'action sociale et des familles (CASF) en matière de durée des mandats à la présidence et à la vice-présidence des formations de la CDAPH.**

Le président de la COMEX indique dans sa réponse que ces désignations viennent d'être régularisées, sans toutefois produire les documents correspondants, qui n'ont pu être examinés par la chambre.

### 2.3.3.3 La participation aux différentes formations

Deux modalités de fonctionnement de l'instance plénière doivent être revues.

En premier lieu, en cas d'absence, le président de la CDAPH plénière est parfois remplacé<sup>15</sup> par son suppléant au titre de la représentation du département au sein de la commission, et non par un vice-président élu à cette fonction par la commission, contrairement à ce que prévoit l'article R. 241-26 du CASF. Cette situation, qui confond suppléance de la représentation d'un organisme au sein de la commission et suppléance dans une fonction élective, telle que la présidence, n'est pas régulière<sup>16</sup>.

En second lieu, le directeur de la MDPH 56, également directeur de l'autonomie du département, est membre de la CDAPH avec voix délibérative, en suppléance de la directrice générale des interventions sociales du département, au titre des représentants du département.

Si cette position du directeur, qui a par ailleurs autorité sur les services de la MDPH préparant les dossiers présentés en commission, n'est pas formellement interdite<sup>17</sup>, elle présente néanmoins l'inconvénient de brouiller la séparation entre d'une part la gestion et l'instruction des demandes et, d'autre part, la décision sur ces mêmes demandes, qui paraît être un principe de bonne gouvernance. Il en est de même pour son supérieur hiérarchique.

<sup>14</sup> « Le président, dont le mandat de deux ans est renouvelable deux fois (...). Un vice-président est élu dans les mêmes conditions pour une durée identique. En cas d'organisation de la commission en sections, un deuxième vice-président peut être élu ».

<sup>15</sup> Cette situation s'est notamment produite à l'occasion de la CDAPH plénière du 24 mai 2018.

<sup>16</sup> Article R. 241-26 du CASF : « ... En cas d'empêchement ou d'absence du président, la présidence de la séance est assurée par le vice-président ... ».

<sup>17</sup> L'article R. 241-24 du CASF, qui présente la composition de la CDAPH précise seulement que « ... Un membre, titulaire ou suppléant, ne peut appartenir ni à l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8, ni être nommé à plusieurs titres dans la commission ».

**Recommandation n° 11 : ne pas désigner de personnels de la MDPH ou de leur chaîne hiérarchique comme membres délibérants de la CDAPH.**

Le président de la COMEX indique qu'un nouvel arrêté de désignation des membres de la CDAPH est en préparation et exclura les personnels de la MDPH afin d'éviter toute situation de jure et partie dans les décisions adoptées par cette instance.

2.3.3.4 Les modalités d'adoption des décisions d'attribution des droits par la CDAPH

- La commission restreinte (dite déléguée dans le Morbihan)

D'après le CASF, cette commission fonctionne selon une procédure simplifiée (composée de trois membres au minimum, elle est habilitée à décider dans les domaines énumérés par le code).

La chambre observe qu'au sein de la MDPH 56, cette commission a été « prévue » par le procès-verbal de la CDAPH du 21 mai 2015. Ses membres ont été désignés pour trois ans en décembre 2015 et la MDPH établit régulièrement des calendriers de réunions, comme si elle se réunissait réellement, ce qui n'est pas le cas.

Les listes de propositions des équipes pluridisciplinaires sont en fait transmises pour validation en instance plénière comme si elles avaient été préalablement examinées par la commission restreinte.

- Les commissions spécialisées

Ces commissions se réunissent plusieurs fois par mois et analysent à chaque fois une vingtaine de dossiers.

Même si dans les faits aucun pouvoir de décision ne leur est reconnu au sein de la MDPH 56, une contradiction les concernant, figurant au règlement intérieur, mérite d'être levée : en effet, il leur donne d'un côté (§ B-3) une capacité de décision et indique de l'autre (§ C-3) qu'elles n'en ont pas.

Dans sa réponse le président de la COMEX indique que ces commissions spécialisées ont désormais un pouvoir décisionnel.

- La commission plénière

La formation plénière se réunit une demi-journée par mois. Lors de ces réunions, elle examine en détail une vingtaine de dossiers et est censée valider plusieurs milliers de propositions des équipes pluridisciplinaires, présentées sous forme de listes.

Le déroulement de ses séances appelle plusieurs observations.

Les membres de la CDAPH ne disposent pas d'un ordre de jour complet et n'ont pas accès, avant ou pendant la réunion, aux milliers de dossiers normalement présentés sur listes.

Il n'y a pas, en séance, de validation formelle, même groupée, des listes de propositions des équipes pluridisciplinaires (censées être vues au préalable en commission restreinte) et des formations spécialisées, alors que l'article L. 241-5 du CASF prévoit que « *les décisions de la commission sont prises après vote des membres (...)* ».

Si les notifications des décisions sont envoyées à l'issue des réunions de la CDAPH plénière, les listes de décisions ne sont pas signées en séance. Il s'avère qu'elles sont en fait signées par le président de la CDAPH plusieurs mois après, à titre de régularisation<sup>18</sup>.

En conséquence, la chambre constate que l'ensemble des décisions de la CDAPH « prises » sous forme de listes sont entachées d'irrégularités, depuis plusieurs années.

En outre, l'intérêt de prévoir l'examen, en commission plénière, de milliers de propositions, finalement non examinées ni formellement validées, n'apparaît pas clairement.

Comme l'appliquent déjà de nombreuses MDPH, la mise en place effective d'une commission restreinte, avec une capacité de décision, permettrait de régulariser la situation et d'alléger le fonctionnement de l'instance plénière, qui rassemble 23 membres, en la focalisant sur les dossiers les plus complexes et les plus représentatifs, qui nécessitent parfois des arbitrages.

Sans pour autant réduire le rôle de la commission plénière, cette organisation aurait le mérite d'assurer une analyse minimale de ces milliers de décisions automatiques tout en permettant également un contrôle qualité complémentaire. En outre, les décisions des commissions restreintes pourraient être notifiées dès validation, sans attendre la réunion plénière mensuelle suivante, réduisant ainsi les délais de traitement.

**Recommandation n° 12 : mettre en œuvre, avec un pouvoir de décision, la formation restreinte prévue à l'article R. 241-28 du code de l'action sociale et des familles (CASF), autorisant l'application de la procédure simplifiée sur les propositions relatives aux dossiers les plus simples.**

#### 2.3.4 Le respect des usagers et des règles de confidentialité

Des dispositifs permettant de mieux assurer la qualité des relations avec les usagers et la confidentialité des échanges et travaux restent à mettre en place, comme l'illustrent les exemples qui suivent.

---

<sup>18</sup> Constat réalisé lors d'une visite sur place le 3 mai 2018 : les listings des décisions à présenter en commission plénière et proposées par la CDAPH spécialisée (pôle PCH-OMS) n'ont pas été présentés et signés depuis janvier 2018 ; les listings des décisions à présenter en commission plénière et proposées par la CDAPH spécialisée (pôle enfants/adultes) n'ont pas été présentés et signés depuis octobre 2017.

- Les équipes pluridisciplinaires

L'article R. 146-27 du CASF dispose que l'équipe pluridisciplinaire réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, ou encore dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap quels que soient la nature de la demande et le type du ou des handicaps. Ses propositions sont ensuite transmises à la CDAPH pour décision.

La chambre observe qu'une convention n'est pas systématiquement passée avec ces partenaires réguliers.

Le président de la COMEX indique qu'un travail de conventionnement avec l'ensemble des partenaires présents au sein des équipes pluridisciplinaires est en cours afin de formaliser les conditions et modalités de participation de ces tiers au travail d'évaluation des demandes.

En outre, l'article R. 126-27 du CASF prévoit notamment que « *Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont nommés par le directeur de la maison départementale, qui désigne en son sein un coordonnateur chargé d'assurer son organisation et son fonctionnement* ».

Les listes des membres nommés ne sont pas établies et mériteraient de l'être, avec une actualisation annuelle par exemple, ainsi qu'une présentation en CDAPH.

<p><b>Recommandation n° 13 : établir les listes des personnes autorisées à participer aux équipes pluridisciplinaires conformément à l'article R. 126-27 du code de l'action sociale et des familles (CASF).</b></p>
--

- Les auditions

Les personnes ayant saisi la MDPH pour une demande de compensation peuvent demander à être reçues en audition par l'équipe pluridisciplinaire ou la CDAPH (plénière ou spécialisée).

Les modalités de ces auditions ne sont pas précisées au règlement intérieur. Il n'est pas prévu, comme cela est souvent le cas dans les MDPH, que les auditions puissent être réalisées avec un nombre restreint de membres, sous réserve de l'accord des demandeurs, pour éviter de mobiliser à chaque demande l'ensemble de la commission.

En 2017, il y a eu 33 auditions en CDAPH, dont 14 en séance plénière.

Ce volume d'auditions est faible. Il peut s'expliquer par le fait que la MDPH ne transmet pas systématiquement de courrier d'information à chaque demandeur, relatif à la date de réunion de la commission qui examinera son dossier, alors que l'article R. 241-30 du CASF l'impose.

- Les courriers de notifications

Un usager qui a adressé plusieurs demandes à la MDPH 56 reçoit une notification unique, qui comporte plusieurs réponses, d'acceptation ou de refus d'octroi des différents droits concernés.

L'utilisateur étant parfois tenu de produire une copie de ces décisions (RQTH par exemple) à divers organismes, la notification des acceptations et refus devrait être réalisée au travers de plusieurs documents différents, rassemblés dans un même envoi le cas échéant, comme le pratiquent généralement les MDPH, ceci afin de garantir la protection de sa vie privée.

- L'accès aux locaux

En l'absence de dispositif de contrôle d'accès, la localisation du guichet d'accueil au sein des locaux de la MDPH n'est pas satisfaisante. Elle ne permet pas de filtrer les visiteurs, l'accès à différents bureaux étant ainsi possible, sans un passage devant l'accueil.

Le procès-verbal de la réunion de la COMEX du 3 juin 2016 évoquait d'ailleurs une réorganisation de l'accueil, considéré comme inadapté.

- L'accès aux dossiers

La MDPH ne dispose pas d'une gestion électronique des documents (GED). Les dossiers y sont gérés sous forme papier.

La chambre a pu constater sur place que l'accès aux dossiers en cours d'instruction stockés dans la classothèque<sup>19</sup> se faisait sans contrôle, y compris en venant de l'extérieur des locaux. En effet, une porte donnant directement accès à une cage d'escalier et à l'ensemble des bureaux reste ouverte durant les horaires de travail.

En outre, la circulation permanente de centaines de dossiers papier entre les services présente un risque important de non-respect de la confidentialité et de perte ou d'altération de leur contenu.

Dans sa réponse le président de la COMEX précise que l'ensemble des accès aux bâtiment a été sécurisé, par badges individuels, fin 2018.

- La gestion des données nominatives

Si les déclarations à la CNIL ne sont plus obligatoires pour les MDPH, elles doivent en revanche se doter d'un délégué à la protection des données, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) qui l'impose pour tout organisme « *dont les activités régulières l'amènent à réaliser un suivi régulier et systématique des personnes à grande échelle* ».

En outre, les MDPH doivent consigner les traitements qu'elles opèrent dans un registre, sur la base duquel la CNIL peut réaliser des contrôles.

---

<sup>19</sup> Espace dédié rassemblant des milliers de dossiers personnels en cours d'instruction.

La direction informatique du département, maître d'œuvre des mesures ad-hoc pour l'ensemble des services départementaux et de la MDPH, n'avait pas encore, lors du contrôle, déployé ces dispositifs entrés en vigueur fin mai 2018.

**Recommandation n° 14 : mettre en place, en lien avec le département, une organisation permettant d'assurer un traitement des données conforme au règlement général sur la protection des données (RGPD).**

En réponse le président de la COMEX précise qu'un correspondant informatique et liberté a été désigné en lien avec le référent départemental.

## 2.4 Des bonnes pratiques à développer

Certaines bonnes pratiques sont mises en œuvre par la MDPH 56, comme la mise en place de circuits courts d'évaluation des demandes et de cellules de pré-évaluation. Il est également relevé une bonne lisibilité des notifications adressées aux demandeurs, sous quelques réserves de formes (cf. annexe 4), dont certaines font d'ailleurs partie des préconisations de la CNSA, diffusées en juin 2017.

La chambre observe en revanche que la MDPH 56 ne met pas encore en œuvre une grande partie des bonnes pratiques, notamment celles recensées par l'avis formulé par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) le 11 mai 2015, relatif à l'évaluation des besoins des personnes handicapées et à l'élaboration des réponses au sein des MDPH.

Ainsi, les pratiques suivantes ne sont pas mises en œuvre, ou le sont seulement partiellement :

- si les procédures d'instruction et d'évaluation sont bien formalisées pour le pôle adulte, ce n'est pas le cas du pôle PCH-OMS ; une uniformisation des principales procédures s'avère nécessaire ;
- les instructeurs des pôles enfance et adulte ont la charge d'un dossier depuis l'enregistrement jusqu'à la notification de la demande, ce qui n'est pas le cas des instructeurs du pôle PCH-OMS ;
- l'action des différents pôles n'est pas harmonisée : par rapport aux autres pôles, le pôle enfance dispose de prérogatives supplémentaires (faculté de demander des pièces complémentaires et non obligatoires, d'effectuer un pré-tri dans la perspective d'une première orientation) ;
- la polyvalence des instructeurs et des évaluateurs entre les pôles « enfant » et « adulte » devrait être recherchée pour réguler l'activité du pôle « enfant », soumise à une forte saisonnalité, et devant faire face à l'arrivée massive des demandes d'AVS pour les enfants, chaque année, dès le mois de mars ;
- la structuration des équipes pluridisciplinaires est organisée par type de demande et non par dominante du projet de vie (scolarité, emploi, domicile ou orientation en établissement) ;

- la fiche de synthèse, qui permet de retracer la réflexion et les propositions de l'équipe pluridisciplinaire sur un dossier et de favoriser l'étude future de nouvelles demandes n'est pas mise en œuvre au sein de l'un des trois pôles (PCH-OMS) ;
- le nouveau formulaire normalisé de demande n'est pas pris en compte : lorsque la MDPH 56 reçoit une demande rédigée selon le nouveau formulaire, en cours de déploiement depuis septembre 2017 et qui devrait être obligatoire à compter de mai 2019, elle demande à l'utilisateur de la reformuler sur l'ancien formulaire, sous forme papier.

Sur ces sujets, la direction de la MDPH 56 précise que la montée en puissance du dispositif « réponse accompagnée pour tous » (RAPT), la fusion de deux pôles et la prise en charge du nouveau formulaire de demande vont amener une évolution des organisations et des pratiques.

**Recommandation n° 15 : harmoniser les procédures d'instruction et d'évaluation entre les pôles de l'établissement et de les formaliser.**

- La simplification en cours de la gestion des cartes

Les personnes handicapées<sup>20</sup> et les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent obtenir une carte mobilité inclusion (CMI) destinée à faciliter leur vie quotidienne. En fonction de la situation et des besoins de la personne, cette carte peut porter une ou plusieurs des mentions suivantes : « invalidité », « priorité pour personnes handicapées » et « stationnement pour personnes handicapées ».

Cette nouvelle carte a été mise en place à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Elle permet une sécurisation accrue et sa fabrication est confiée à l'imprimerie nationale qui la livre directement au domicile de son titulaire.

Après instruction de la demande, l'appréciation portée par la CDAPH est transmise au président du conseil départemental. La carte est délivrée par ce dernier au vu de cette appréciation.

Les cartes mobilité inclusion (CMI) représentent le quart (11 426/ 45 649 – soit 25 %) des demandes reçues à la MDPH en 2017. Selon les données produites, les demandes de cartes ont progressé plus rapidement (33 %) entre 2014 et 2017 que l'ensemble des demandes (7 %).

Les demandes d'attribution ou de renouvellement de cartes, généralement simples à instruire, sont essentiellement traitées en équipe pluridisciplinaire allégée, apte à les analyser rapidement. Toutefois, les délais sont parfois plus longs quand ces demandes font partie, pour un même usager, d'un ensemble de demandes dont certaines sont plus complexes à instruire et évaluer. Sur ce sujet, les rejets concernent à peu près un quart des décisions (23 % en 2017).

<sup>20</sup> Elles s'adressent également aux organismes (personnes morales) qui utilisent un véhicule destiné au transport collectif de personnes handicapées, s'agissant de la mention « stationnement pour personnes handicapées ».

La MDPH 56 ne dispose pas d'élément permettant de tirer d'ores et déjà des conclusions sur l'éventuelle réduction de sa charge de travail liée à cette réforme récente.

## 2.5 Des améliorations plus difficiles à mettre en œuvre

La chambre observe en parallèle que l'organisation des MDPH, la charge de travail existante et les ressources disponibles, rendent difficiles à mettre en œuvre certaines dispositions du CASF.

- Le plan personnalisé de compensation (PPC)

L'article L. 146-8 du CASF dispose que l'équipe pluridisciplinaire évalue l'incapacité permanente et les besoins de compensation, notamment en fonction du projet de vie, et propose un plan personnalisé de compensation du handicap.

L'article R. 146-29 du CASF prévoit que le PPC est transmis à la personne handicapée ou, le cas échéant, à son représentant légal, qui dispose de quinze jours pour faire connaître ses observations. La lecture du CASF laisse supposer que l'élaboration d'un tel plan devrait être systématique pour toute demande de compensation.

Compte tenu du volume des demandes, de la lourdeur de ce dispositif pour une majorité des demandes et pour réduire les délais d'instruction, la MDPH ne rédige toutefois un plan de compensation que si le demandeur a sollicité certaines prestations. C'est le cas par exemple pour les premières demandes dans le domaine de l'aide humaine de la PCH, pour le choix entre ACT et PCH et les demandes de PCH logement.

Ainsi la MDPH 56 ne réalise de PPC que pour un faible pourcentage des dossiers.

- L'information du demandeur de la présentation de son dossier en CDAPH

L'article R. 241-30 du CASF prévoit que la personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée au moins deux semaines à l'avance de la date et du lieu de la séance au cours de laquelle la CDAPH se prononcera sur sa demande, ainsi que de la possibilité de se faire assister ou de se faire représenter par la personne de son choix.

La MDPH 56 indique qu'aucun courrier n'est envoyé spécifiquement sur ces points. Des courriers d'information sont seulement adressés pour les dossiers les plus complexes ou lorsque le demandeur a fait savoir, lors de l'instruction de sa demande, qu'il souhaitait une audition devant la CDAPH.

Ainsi, les usagers ne sont pas, d'une manière générale, avisés de leur droit à être reçus en audition.

La chambre observe que certaines MDPH rendent accessible pour les demandeurs, via leur site internet, une information sur l'avancement de leur dossier. Un tel dispositif n'est pas encore mis en œuvre par la MDPH 56.

- Le dépassement du délai de quatre mois de traitement

L'article R. 241-33 du CASF précise les conditions dans lesquelles une absence de réponse de la CDAPH dans le délai de quatre mois vaut décision de rejet. La MDPH 56 n'informe généralement pas les usagers dont le traitement de la demande dépasse cette durée.

- Les modalités de notification des décisions et avis

La MDPH 56 a choisi de notifier ses décisions et avis par courrier simple, non recommandé. Le plus souvent, les courriers de notification des décisions portent la date de la réunion de la commission plénière qui les a validées, au cours de laquelle sont virtuellement validées des milliers de décisions. Leur envoi s'échelonne en réalité sur plusieurs jours.

Sans la date réelle de l'envoi, le suivi précis du délai total de traitement du dossier comme celui du délai de recours, de deux ou quatre mois selon les cas, ne peuvent être assurés.

## 2.6 D'un traitement de masse à un traitement personnalisé

### 2.6.1 Des résultats différents concernant les enfants

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

- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

**Tableau n° 8 : Dépenses AEEH par enfant de – de 20 ans.**

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

*Source : CAF, MSA et INSEE*

Le volume de dépenses par habitant de moins de 20 ans en matière d'AEEH est comparable en 2016 pour deux départements, les Côtes-d'Armor et l'Ille-et-Vilaine (46 €), tandis que le Finistère (75 €) et le Morbihan (31 €) affichent des écarts inexplicables.

- Prestation de compensation du handicap

**Tableau n° 9 : Dépenses PCH par enfant**

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

Source : CAF, MSA et INSEE

Le volume de dépenses par habitant de moins de 20 ans concernant la prestation de compensation du handicap pour les enfants est stable. L'Ille-et-Vilaine et le Morbihan ont les niveaux les moins élevés.

- Assistants de vie scolaire (AVS)

**Tableau n° 10 : AVS pour 1 000 enfants**

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

Source : Rectorat.

De grandes disparités sont relevées à l'intérieur de la région, l'Ille-et-Vilaine comptant deux fois moins d'AVS (pour 1 000 enfants) que le Finistère.

Ces différents constats rejoignent les conclusions du rapport de juillet 2016 de l'inspection générale des affaires sociales<sup>21</sup> portant sur l'évaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

L'inspection relevait qu'il existait « *des risques d'inégalités accrues liés à la diversité des modes de traitement de demandes d'AEEH (gestion, interprétation de la réglementation, contrôles, etc...)* » ... « *L'hétérogénéité des évaluations des besoins des familles se traduit par des modalités d'attribution de l'AEEH génératrices d'inégalités territoriales. ... Il n'existe pas de cadrage national (matrice, table de correspondance) permettant aux équipes pluridisciplinaires d'harmoniser le niveau de dépenses à couvrir en fonction des besoins exprimés...* ».

<sup>21</sup> [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-164R\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-164R_.pdf)

## 2.6.2 Une nouvelle donne : la réponse accompagnée pour tous (RAPT)

Le rapport Piveteau précité avait pour objectif d'identifier les transformations à opérer pour le secteur du handicap afin de remettre l'utilisateur au cœur du système. Il faisait suite à un dossier très médiatisé, celui d'Amélie Loquet<sup>22</sup>.

En 2016, le législateur a fait évoluer le dispositif de prise en charge des situations les plus critiques, avec la « réponse accompagnée pour tous ».

La « réponse accompagnée pour tous » (RAPT), dont le cadre juridique a été posé par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé<sup>23</sup>, est un dispositif destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé, pour éviter toute rupture dans son parcours ou toute absence de réponse adaptée.

En Bretagne, deux départements ont fait partie du premier déploiement (2015/2016), à savoir l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan. Les deux autres, le Finistère et les Côtes-d'Armor, se sont engagés dans la seconde vague de déploiement en 2017.

- Une démarche engagée dès 2016

La réunion de la COMEX du 3 juin 2016 a défini des publics cibles sur la base de la notion de « cas critique », définie dans la circulaire du 22 novembre 2013 : situations complexes, rupture de parcours, mise en cause de l'intégrité ou de la sécurité des personnes.

La RAPT impose la mise en œuvre d'un dispositif d'orientation permanent qui s'appuie sur deux outils : le plan d'accompagnement global (PAG) et le groupe opérationnel de synthèse (GOS).

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

Le groupe opérationnel de synthèse, qui rassemble les équipes pluridisciplinaires, les partenaires médico-sociaux et les associations, est chargé de mettre en œuvre le PAG.

---

<sup>22</sup> En octobre 2013, le tribunal administratif de Cergy-Pontoise enjoint à l'ARS de proposer une solution pour une jeune femme de dix-neuf ans en situation de handicap et sans solution d'accompagnement sous un délai de quinze jours.

<sup>23</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

**Tableau n° 11 : Activité liée à la démarche RAPT**

	2015	2016	2017
Situations concernées	24	47	26
Situations vues en GOS	5	20	nc
PAG signés	nc	nc	19

*Source : rapports d'activités de la MDPH – nc : non communiqué.*

Une cellule « fluidité du parcours », composée d'un agent dont le poste est financé à hauteur de 110 000 € sur deux ans par l'ARS, a été mise en place. Ce financement fait l'objet d'une convention<sup>24</sup> conclue pour 24 mois qui arrive à son terme à l'automne 2019. Après cette date, le financement reste incertain, l'ARS ayant toutefois confirmé verbalement aux MDPH la pérennité de cette enveloppe.

Cette nouvelle mission, encore en phase expérimentale, aura des impacts sur l'organisation des MDPH et imposera une formation des agents ainsi qu'un important travail de concertation pour mobiliser les acteurs du réseau, afin de développer des réponses modulaires personnalisées.

A effectif constant, le développement des procédures RAPT aura un impact sur la qualité de la réponse globale des MDPH, notamment sur le délai moyen de traitement des demandes.

- Un impact potentiel qui reste à mesurer

Dans l'attente des indicateurs annoncés par le programme régional de santé, la MDPH n'est pas en mesure d'évaluer le nombre de personnes en situation de handicap potentiellement concernées par la RAPT.

Le département a retenu des actions en direction de jeunes adultes en situation « amendements Creton<sup>25</sup> » dans le cadre de son schéma départemental et évaluait, début 2018, leur nombre à 168. Ils seraient tous potentiellement concernés par un PAG.

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

Sollicitée pour avoir une estimation du nombre de personnes « sans solution », l'ARS n'a pas avancé de chiffres ni émis d'hypothèses, mais a cependant indiqué ne pas valider l'estimation finistérienne qui lui semblait disproportionnée. Se basant sur une étude de 2015 de l'UNAPEI qui estimait les « sans solution » à 46 000 en France, l'ARS précise que « si la Bretagne représente 5 % de la population, on arriverait à un chiffre de 2 300 ».

<sup>24</sup> Convention signée le 1<sup>er</sup> septembre 2017, financements versés en deux fois les 1<sup>er</sup> octobre 2017 et 2018.

<sup>25</sup> Dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale (moins de 20 ans) dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes.

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

Par ailleurs, selon les données de l'éducation nationale, 300 000 enfants handicapés sont accueillis en établissements scolaires, tous niveaux confondus. En reprenant le ratio précité de 5 %, cela concernerait environ 15 000 enfants en Bretagne, dont un certain nombre aurait vocation à intégrer le dispositif RAPT.

Enfin, en Bretagne, 500 personnes étaient maintenues en établissement pour enfants faute de place en établissement pour adulte en 2016, selon le dispositif de « l'amendement Creton ».

Ces données, bien qu'encore incertaines, indiquent que le nombre de personnes susceptibles de bénéficier du dispositif RAPT se comptera en centaines dans chaque département breton, alors qu'aujourd'hui ce ne sont que quelques dizaines qui sont prises en charge par la MDPH du Morbihan.

### **3 LES MOYENS ET LES OUTILS DE LA MDPH**

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

#### **3.1 Une autonomie limitée**

##### **3.1.1 Un GIP atypique**

La loi n° 2011-525 du 17 mai 2011, portant sur la simplification et l'amélioration de la qualité du droit, précise les dispositions relatives à la création et au statut des groupements d'intérêt public (GIP). Selon son article 98, « *Le groupement d'intérêt public est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière* ».

La MDPH est un GIP atypique à plus d'un titre.

D'une part, l'article L. 146-4 du CASF précise que « *La maison départementale des personnes handicapées est un groupement d'intérêt public constitué pour une durée indéterminée, dont le département assure la tutelle administrative et financière* ».

En conséquence, en application de l'article L. 143-21 du CASF, en cas de désaccord avec une délibération votée en COMEX portant sur le budget ou l'organisation de la maison départementale, le département peut dans un délai de quinze jours imposer de procéder à une nouvelle délibération. Sur la période observée, ce dispositif n'a pas été mis en œuvre.

D'autre part, les pouvoirs des membres de la commission qui attribue les droits varient en fonction des sujets traités.

Ainsi, l'article R. 241-27 du CASF prévoit que lorsque la décision porte sur l'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH), les voix des représentants du département sont majorées par un coefficient pour leur donner la majorité. Avec cette disposition, les quatre représentants du département sont systématiquement majoritaires au sein de la commission plénière de la CDAPH, qui est composée de 23 membres.

Il s'avère néanmoins que ces règles de vote ne sont pas appliquées au sein de la MDPH 56.

Enfin, la gouvernance de la MDPH est également singulière.

Ainsi, l'ordonnateur d'un GIP est traditionnellement son directeur général. Pour les MDPH, cette fonction est obligatoirement assurée par le président de la COMEX, d'après l'article L. 146-4 du CASF. Cette dernière fonction revient obligatoirement au président du conseil départemental, qui ne peut pas être représenté à ce poste.

En outre, c'est en qualité de président du département, et non de la COMEX, qu'il nomme le directeur (article L. 146-4). Par ailleurs, si les membres de la CDAPH sont nommés pour quatre ans, les présidents et vice-présidents qu'ils élisent ne le sont que pour deux ans (article L. 241-5).

### **3.1.2 Une dépendance marquée vis-à-vis du département**

- Au niveau des financements

En complément de sa participation financière (49,7 % des recettes), le département fournit de manière gracieuse de nombreux soutiens, qui n'apparaissent pas dans les comptes financiers.

La MDPH 56 occupe des locaux du département depuis plusieurs années. Ils sont mis à disposition gracieusement depuis 2018.

Les charges afférentes à différentes prestations du département (prestations de la DSI, téléphonie, achat d'équipements et assistance informatique, affranchissement et collecte du courrier) ont été précisées par des avenants à la convention constitutive puis dans la nouvelle convention signée avec le département le 19 mars 2018.

Enfin, le procès-verbal de la COMEX du 6 décembre 2017 relatif à l'adoption du budget 2018 indique que les investissements de la MDPH 56 seront désormais du ressort du département, comme le prévoit une convention récente signée entre les deux organismes.

- Au niveau des ressources humaines

Moins de 10 % des agents de la MDPH 56 sont mis à plein temps à disposition par le département, dans le cadre de conventions. C'est notamment le cas de la directrice adjointe et du directeur (§ 3.4.1). Le nombre d'agents mis à disposition par le département est resté relativement stable depuis 2006.

La nouvelle convention financière signée en 2018 prévoit que le département assure désormais la formation des personnels de la MDPH aux nouvelles applications informatiques.

- Au niveau du système d'information

Le système d'information déployé à la MDPH est intégré à celui du département depuis 2017. Les infrastructures, matériels et logiciels sont ainsi placés sous la responsabilité de la direction des systèmes d'information (DSI) de la collectivité.

Cette organisation permet à la MDPH de bénéficier de l'expertise de la DSI et d'être positionnée dans un rôle de maîtrise d'ouvrage, la DSI assurant la maîtrise d'œuvre. La DSI joue également un rôle de service support et de fournisseur d'infrastructure. Grâce à ses outils matériels et logiciels, elle prend en charge la sécurité du système d'information.

Ces relations mériteraient d'être traduites dans un document formalisé pour fixer le cadre des responsabilités et tâches respectives des deux entités.

**Recommandation n° 16 : formaliser le cadre du partage de responsabilités entre la direction des systèmes d'information (DSI) du département et la MDPH pour l'usage de ses outils informatiques.**

Les projets dédiés à la MDPH 56 ne sont pas encore incorporés au schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) départemental, datant de 2015. Celui-ci va notamment devoir prendre en compte l'investissement lié au déploiement du SI harmonisé. De même, la charte informatique du département devrait être appliquée à la MDPH.

### 3.2 Le système d'information (SI)

- Une absence de gestion électronique des documents

La MDPH 56 ne dispose pas d'outil de gestion électronique des documents (GED), ce qui constitue un inconvénient dans un contexte de forte croissance de l'activité. Les dossiers de demandes sont donc gérés sous forme papier.

La mise en place d'une GED constitue pourtant un projet ancien, évoqué dans différents documents depuis 2012, sans que les raisons du retard dans sa mise en œuvre puissent être clairement expliquées.

La MDPH a prévu, dans les documents communiqués à la CNSA (planning SI MDPH) et dans une étude<sup>26</sup> récente sur son organisation, de déployer la GED sur 2018 et 2019.

**Recommandation n° 17 : mettre en place une gestion électronique de documents dans les délais (2018-2019) communiqués à la caisse nationale de solidarité et de l'autonomie.**

Le président de la COMEX indique dans sa réponse que le marché de numérisation du stock de dossiers a été attribué début 2019 et que les premiers travaux sont en cours. Il ajoute que la mise en production de la gestion électronique de documents est intervenue en mars 2019.

- La gestion d'un grand volume de dossiers personnels

La MDPH 56 gère les données confidentielles de plus de 50 000 morbihannais.

La DSI ne possède pas de cartographie des risques, dispositif utile pour la mise en œuvre pertinente des actions correctives, et indique qu'aucun audit technique ou organisationnel de la MDPH n'a eu lieu pendant la période sous revue.

S'il existe un plan de secours informatique, qui traite du rétablissement technique des infrastructures, il n'existe pas de plan de reprise ou de continuité d'activité, formalisant les procédures et les délais de remise en service de l'application métier (SOLIS). La gestion des systèmes d'information en la matière s'écarte des bonnes pratiques communément admises, notamment par le référentiel ITIL<sup>27</sup>.

Par ailleurs, la mise à jour régulière des bases doit constituer un objectif pour les MDPH car le maintien dans les bases de dossiers inactifs conduit à un gonflement des stocks et des délais moyens de traitement.

Depuis 2018, la MDPH 56 procède à la mise à jour de ses bases. Néanmoins, si le retrait des personnes décédées est possible via une requête dans l'outil métier, ce n'est pas encore le cas pour les dossiers inactifs (cinq ans après l'échéance des derniers droits). Une demande a été adressée par la MDPH à l'éditeur à ce sujet.

Enfin, lors du contrôle, aucun versement électronique aux archives n'avait été réalisé depuis près de trois ans, l'opération étant considérée comme fastidieuse avec les outils existants.

---

<sup>26</sup> Menée en 2017 et intitulée étude PIM.

<sup>27</sup> Information Technology Infrastructure Library - recueil des meilleures pratiques de management des services informatiques pour en améliorer l'efficacité et la qualité.

- Le site internet – un outil indispensable aux MDPH

Le site internet de la MDPH 56, qui reste intégré à celui du département, est pauvre en matière d'information sur les handicaps, comme le relèvent régulièrement les associations lors des réunions de la COMEX et de la CDAPH.

Il y manque de nombreux documents : informations sur le handicap, présentation des différentes aides existantes, nouveau formulaire de demande, foire aux questions, exemples de compensations pour aider les demandeurs, rapports d'activité de la MDPH.

Le site ne dispose pas encore d'un portail usager renseignant les demandeurs sur l'état d'avancement de leur dossier.

Le procès-verbal de la réunion de la COMEX du 23 mai 2018 rappelle que la mise à jour du site est reportée d'année en année, depuis 2010.

**Recommandation n° 18 : enrichir le site internet pour mieux renseigner les citoyens sur le handicap et accompagner les demandeurs de compensation.**

- Les outils de la MDPH doivent évoluer à court terme

L'absence de GED limite la portée de l'outil métier de la MDPH (SOLIS, édité par Up), qui n'est pas utilisé en phase d'évaluation, ni en CDAPH.

En outre, plusieurs milliers<sup>28</sup> de dossiers contenus dans les anciens logiciels (ITAC et PERCEAVAL) n'ont pas été repris dans SOLIS, si bien que sa base de données est incomplète. De ce fait, les agents d'instruction et d'évaluation continuent d'utiliser les deux outils.

Pour fiabiliser la remontée d'information, les pouvoirs publics ont prévu d'ici fin 2019 d'harmoniser la saisie des demandes au sein des logiciels métiers existants, en normalisant la plupart des données au sein d'un système d'information dit « harmonisé ».

Les ressources des éditeurs de logiciels et des MDPH sont actuellement mobilisées sur ce projet piloté par la CNSA. Ils doivent adapter leurs logiciels aux standards retenus par le projet. Selon la CNSA, le système d'information des MDPH devra permettre de gagner en efficacité et en qualité de service rendu, de favoriser les interactions avec l'ensemble des partenaires des MDPH, d'améliorer la connaissance du public et de ses besoins et de faciliter la mise en place de collectes de données anonymisées locales et nationales.

Le projet apparaît très ambitieux et, comme le relève la Cour des comptes dans son rapport public annuel 2018, la mise en place du SI harmonisé présente un caractère structurant.

---

<sup>28</sup> Dans son rapport annuel 2015, publié en mai 2016, la MDPH 56 indiquait que « 12 178 dossiers ITAC (ancien logiciel de la COTOREP) n'ont pas fait l'objet d'une reprise dans SOLIS qui compte plus de 60 000 dossiers et références. Tous ces dossiers (y compris les 12 178) sont des « dossiers actifs » avec des droits en cours ».

Engagée dans différentes mutations, la MDPH 56 a décidé de se positionner non pas dans la première vague de déploiement du SI harmonisé, prévue dès fin 2018, mais dans une seconde, qui aboutira fin 2019.

### 3.3 Le budget de la MDPH

#### 3.3.1 Un budget généralement équilibré

Selon l'article R. 146-23 du CASF, le GIP est soumis aux règles budgétaires, financières et comptables applicables aux départements et notamment l'instruction budgétaire et comptable M52.

La participation annuelle du département dans les comptes de la MDPH est mal imputée. Celle-ci est inscrite depuis plusieurs années en totalité dans le compte n°7478213, réservé au fonds départemental de compensation du handicap (FDC), alors que ce fonds n'est pas financièrement mis en œuvre par la MDPH. La subvention du département aurait dû être imputée au compte n°7473, dédié à la participation du département (1,5 M€) dans l'instruction M52.

- L'équilibre financier

Une des particularités de la MDPH 56 est que son budget est établi sans tenir compte du fonds départemental de compensation du handicap (FDC). Par le biais d'une convention, signée en 2007 entre la MDPH et les financeurs, le département a été chargé de gérer les comptes du FDC au sein de son propre budget, ce qui est irrégulier (cf. § 3.3.3).

L'annexe 5 détaille l'évolution, similaire (+ 8 %), des charges et produits de fonctionnement sur la période.

Les recettes de fonctionnement correspondent aux dotations et participations de l'Etat, du département du Morbihan et d'autres organismes, dont la CNSA.

Le département est le principal financeur de la MDPH 56 (49,7 % des recettes en 2017). Sa participation se réduit de 100 000 € en 2017. Comme indiqué lors de la COMEX du 16 décembre 2016, « *La baisse de cette dotation s'explique par un excédent déjà conséquent du fait du report de certains projets structurants (GED notamment)* ».

Hors FDC et en valorisant les aides en nature (cf. § 3.3.2), la part du financement du département se réduit et celle de l'Etat augmente sur la période examinée (cf. annexe 5).

Les charges de fonctionnement correspondent essentiellement aux frais de personnel, qui représentent 82 % des charges totales en 2017, et aux charges à caractère général.

L'évolution de l'ensemble des charges sur la période en contrôle est entraînée par celle des dépenses de personnel (+ 9 % - cf. annexe 5).

- Le résultat

Sauf en 2016, les résultats de fonctionnement et d'investissement ont toujours été affichés comme excédentaires sur la période examinée.

En 2016, le résultat annuel de fonctionnement est négatif de 13 578 € et le résultat d'investissement est négatif de 44 800 € en raison, pour ce dernier, du remplacement de trois véhicules (35 000 €) et du renouvellement du parc informatique (40 000 €), financés sur les réserves des années précédentes.

Le résultat 2017, affiché comme excédentaire dans les comptes, doit être corrigé puisqu'il est en réalité déficitaire. En effet, la MDPH a conservé en 2017 une subvention reçue de la CNSA, qu'elle devait reverser la même année à la Mutualité française « Finistère-Morbihan », ce qu'elle n'a finalement fait qu'à la mi-2018. La MDPH explique ce retard par la signature tardive de la convention entre les deux organismes, en 2018.

Ce retard a faussement amélioré le résultat 2017 du montant correspondant à cette subvention, soit 152 449 € (cf. PV de la COMEX du 23 mai 2018). En conséquence, le résultat net 2017 est en réalité de - 77 817 € et non de + 74 632 €.

**Tableau n° 12 : Résultats de fonctionnement et de clôture retraités**

MDPH 56	2014	2015	2016	2017*
<b>résultat net de l'année (invest + fonct)</b>	<b>89 106</b>	<b>38 435</b>	<b>-58 355</b>	<b>-77 817</b>
<b>résultat de clôture cumulé</b>	<b>483 445</b>	<b>521 881</b>	<b>463 526</b>	<b>385 709</b>

Source : CRC et comptes de gestion de la MDPH 56 - \* : retraitements 2017 suite retard de l'enregistrement du remboursement de la subvention destinée à la Mutualité Française « Finistère – Morbihan ».

Le résultat de clôture cumulé reste positif sur toute la période mais se réduit, passant de 483 445 € en 2014 à 385 709 € en 2017, soit une baisse de 20 %.

La gestion des investissements et de la trésorerie n'appelle pas de remarque particulière.

### 3.3.2 Un budget qui ne prend pas en compte toutes les dépenses de la MDPH

En complément de sa participation financière, et comme évoqué précédemment, le département fournit de manière gracieuse de nombreux soutiens, qui s'ajoutent à d'autres aides, comme celles de l'Etat, qui met des personnels à disposition, sans remboursement.

Pourtant, l'article L. 146-4-1 du CASF, spécifique aux MDPH, dispose que « *Le personnel de la maison départementale des personnes handicapées comprend : /1° Des personnels mis à disposition par les parties à la convention constitutive. Pour les fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, la mise à disposition est prononcée pour une durée maximale de cinq ans, renouvelable par périodes ne pouvant excéder cette durée. Elle donne lieu à remboursement, selon les modalités prévues à l'article L. 146-4-2 et dans des conditions précisées par décret (...).* ».

Selon les données fournies par la MDPH, les charges supportées chaque année par les tiers, et qui n'apparaissent pas dans les comptes, sont importantes.

En 2017, ce soutien en nature a représenté environ 800 000 €, soit 26 % de dépenses supplémentaires par rapport au budget officiellement réalisé (cf. annexe 6).

Il sera plus important encore en 2018 du fait de la gratuité du loyer et des charges (138 000 €), et de la hausse des dépenses en matière de systèmes d'information (236 000 €).

En conséquence, le budget consolidé 2017 de la MDPH 56 est de 3,85 M€ et non pas, comme l'indiquent les documents financiers, de 3,05 M€.

**Recommandation n° 19 : annexer aux documents budgétaires, à des fins d'affichage plus sincère et de comparaison entre les MDPH (pour le bilan annuel comparatif de la CNSA par exemple), les informations sur les financements et charges supportés par les tiers et les mentionner dans le rapport d'activité.**

Le soutien gracieux des services du département n'est d'ailleurs pas une spécificité de la MDPH du Morbihan. En effet, la synthèse 2016 des rapports d'activité des MDPH établie par la CNSA fin 2017 et portant sur l'ensemble des budgets des MDPH fait état de deux données : 25,7 % des mises à disposition de personnels ne sont pas refacturées et 11,8 % des services externalisés sont gratuits.

### 3.3.3 Le fonds départemental de compensation du handicap

- Un fonds qui fait office de second guichet

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

Lorsqu'un usager a obtenu une décision favorable de la CDAPH pour une demande de compensation (PCH et AEEH notamment), il a la possibilité, pour faire face à des frais de compensation restant à sa charge, de solliciter une aide complémentaire auprès du fonds départemental de compensation du handicap (FDC), sous conditions de ressources.

- Un fonds qui doit être financièrement géré par la MDPH, et non par un tiers

Comme l'impose le CASF dans son article L. 146-5, ce fonds doit être géré par la MDPH pour le compte des financeurs qui lui délèguent leurs crédits. Les demandes adressées au fonds sont examinées par un comité de gestion auquel la MDPH participe, mais sans droit de vote. Les montants financiers correspondants doivent être traduits en dépenses et recettes au sein des comptes de la MDPH comme l'impose l'instruction comptable M52.

Tel n'est pas le cas du fonds départemental de compensation du handicap dans le Morbihan. En effet, lors de la mise en place de ce fonds, une convention signée le 4 mai 2007 entre les financeurs, à savoir le département, l'Etat, la CPAM et la MSA, en fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement, et prévoit que sa gestion financière est exercée par le département, via notamment la mise en place d'une caisse pivot. L'article 6 de la convention renvoie, pour les modalités d'organisation de cette caisse pivot, à une annexe, qui n'a pu être produite au cours du contrôle.

C'est donc le département qui reçoit les dotations des financeurs et liquide les dépenses validées par le comité de gestion, dans la limite des budgets annuels prévus avec les partenaires du FDC.

Cette gestion du fonds par le département en lieu et place de la MDPH n'est pas régulière.

**Recommandation n° 20 : intégrer sans délai la gestion du fonds départemental de compensation du handicap au budget de la MDPH du Morbihan, conformément à l'article L. 146-5 du CASF.**

Le président de la COMEX indique que cette recommandation sera mise en œuvre au projet de budget 2020, après une adoption à la commission exécutive de décembre 2019.

- L'utilisation du fonds

La MDPH 56 établit un bilan annuel des dépenses par financeur. Le solde cumulé disponible correspond uniquement au financement de l'Etat alors que les financements des autres organismes (CPAM, MSA) sont réalisés en fonction des dépenses réelles.

Les éléments statistiques fournis par la MDPH montrent que si les demandes reçues pour le FDC ont diminué de 23 % entre 2014 et 2016, elles progressent en 2017 (201 dossiers) et retrouvent le même niveau qu'en 2014 (cf. annexe 7).

### 3.3.4 Des ressources comparables aux autres départements

Malgré les difficultés pour disposer de données fiables, deux indicateurs ont été retenus à partir des données des trois derniers exercices connus.

**Tableau n° 13 : Indicateurs moyens/activité**

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

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

Il en ressort deux constats. D'une part le nombre de dossiers par agent est relativement homogène entre les quatre MDPH, allant de 672 dossiers par agent en Ille-et-Vilaine à 717 dans les Côtes-d'Armor.

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

### 3.4 La gestion des ressources humaines

#### 3.4.1 L'évolution des effectifs et des charges de personnel

En 2018, l'organigramme de la MDPH comprend cinq grands services : service administratif, accueil et information, pôles enfance, adulte et PCH-OMS.

L'effectif total de la MDPH 56 est de 71 ETP fin 2017 (81 agents). Il a plus que doublé entre 2006, année de sa création, et 2017.

**Tableau n° 14 : Origine administrative et évolution des effectifs de la MDPH 56**

<b>Nombre ETP</b>	<b>2006</b>	<b>2012</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2017/2006</b>
Département	7	8	7,5	7,89	6,66	6	-14 %
Education nationale (EN)	2,5	2	2,1	2,50	2,5	2,5	0 %
DDCSPP		2	3,9	3,89	3,9	3	
DIRECCTE		1	2,7	2,69	1,86	1	
MDPH	16,65	45,7	40,4	46,40	48,42	56,68	+ 240 %
Autres *	2,45	2,5	2,0	1,99	2	2	+ 73 %
<b>Total</b>	<b>28,6</b>	<b>61,2</b>	<b>58,5</b>	<b>65,36</b>	<b>65,34</b>	<b>71,18</b>	<b>+ 257 %</b>

Source : Données issues des tableaux des effectifs fournis par la MDPH 56 - \* : Mutualité Française.

C'est par un fort recrutement direct de contractuels que la MDPH 56 a fait face à la progression de l'activité depuis sa création. Son effectif propre représente aujourd'hui près de 80 % des personnels.

Les effectifs mis à disposition par le département, l'éducation nationale, les autres services de l'Etat et la Mutualité Française sont pour leur part restés relativement stables sur la période.

La chambre observe que pour les quatre agents de l'Etat, hors éducation nationale (DIRECCTE et DDCS), aucune convention de mise à disposition, ni d'arrêté individuel n'a pu être produit au cours du contrôle.

**Recommandation n° 21 : régulariser les modalités de mises à disposition des agents de l'Etat (rédaction de conventions et d'arrêtés individuels de mise à disposition).**

Le président de la COMEX indique dans sa réponse que ce sujet sera mis à l'ordre du jour de la réunion de la COMEX de juin 2019.

S'agissant des enseignants référents auprès des établissements d'enseignement, la convention signée avec l'Etat (éducation nationale) prévoit que leurs frais sont financés par la MDPH 56 pour les déplacements effectués dans le cadre de l'élaboration, de la mise en œuvre ou du suivi des projets personnalisés de scolarisation et pris en charge sur la base de la distance la plus courte de la résidence administrative à la commune d'exercice de la mission. Parallèlement, des conventions nominatives de prise en charge des frais de déplacement ont été signées entre l'enseignant référent et la MDPH, pour les secteurs d'intervention, ou par le directeur de la MDPH, quand un plafond de frais a été fixé.

La MDPH 56 devrait actualiser ces conventions en élargissant le secteur d'intervention géographique au département et examiner l'intérêt d'un plafond financier pour certains agents.

Enfin, alors que la mise à disposition du personnel départemental s'accompagnait auparavant d'un remboursement des salaires des agents concernés, la nouvelle convention appliquée depuis 2018, pour trois ans, ne prévoit plus de remboursement. Elle organise également, pour plusieurs cadres du département, y compris celui occupant la fonction de directeur de la MDPH, une mise à disposition pour 1 % de leur temps de travail, sans contrepartie financière.

S'agissant du directeur de la MDPH, ce quantum de mise à disposition (1 %) apparaît très en-deçà de sa réelle implication dans la MDPH, qu'il a évaluée au cours du contrôle à 40 % de son temps de travail. Son prédécesseur (2015/2018) était pour sa part mis à disposition à hauteur de 25 % de son temps.

### 3.4.2 La gestion du personnel

- Information du personnel

La MDPH 56 dispose d'un règlement intérieur depuis 2008. Elle établit un bilan social, non obligatoire dans son cas, qui renseigne sur les effectifs, le temps de travail, l'absentéisme et le niveau des rémunérations.

Un livret d'accueil et d'information existe également à destination du personnel. Son contenu est très détaillé, permettant une bonne information des agents sur leurs droits.

- Le temps de travail

La chambre observe que la durée du temps de travail des agents de la MDPH 56, à l'exception des personnels mis à disposition de l'éducation nationale, est alignée sur celle du département du Morbihan, à savoir 1 607 heures, conformément au régime légal.

Le taux d'absentéisme 2017 (2,3 % - en jours d'arrêt de maladie ordinaire) de la MDPH 56 est comparable à celui des autres MDPH bretonnes.

- L'évaluation des agents

La MDPH 56 ne respecte pas les dispositions du décret n° 88-145 du 15 février 1988, selon lesquelles les agents recrutés sur un emploi permanent (CDI ou CDD d'une durée supérieure à un an) bénéficient chaque année d'un entretien professionnel, faisant l'objet d'un compte-rendu. Ainsi, pour une cinquantaine d'agents, aucune évaluation n'a été effectuée.

Le directeur précise que l'organisation de l'entretien annuel des agents contractuels comme la constitution d'un plan de formation constituent des priorités pour la directrice-adjointe.

- La formation et le recrutement

La MDPH n'établit pas encore de plan de formation. Elle ne dispose pas non plus de bilan des formations suivies, ce qui rend difficile l'évaluation de leur adéquation. De même, le nombre moyen de jours de formation par an et par agent n'est pas connu.

Les fiches de poste examinées lors du contrôle ne présentent pas toutes le même niveau d'informations. Alors que certaines définissent de manière détaillée les missions et activités et les compétences requises pour le poste, celles concernant le poste d'instructeur du pôle enfance ou le référent surdité, par exemple, se distinguent par leur contenu très succinct.

Enfin, il n'existe aucune gestion prévisionnelle des ressources les plus rares au sein de la MDPH 56 (agents évaluateurs, psychologues, enseignants). La direction des ressources humaines du département l'a inscrite dans les travaux à venir en chargeant la direction de l'emploi et des compétences de ce dossier. Cette dernière doit au préalable acquérir une connaissance fine des effectifs existants au sein de la MDPH, dont la gestion lui a récemment été transférée.

- Le recours aux contrats à durée déterminée (CDD)

La MDPH a recours aux CDD de droit public pour compenser des temps partiels, pour remplacer des congés parentaux ou faire face à un accroissement temporaire d'activité. Les notifications de renouvellement étant faites par oral, il n'a pas été possible de vérifier si les dispositions du décret n° 88-145 du 15 février 1988 prévoyant un délai d'au moins un mois sont respectées.

## 4 ANNEXES

### Annexe 1 – Données relatives à l'activité d'accueil des publics – MDPH 56

	2015	2016	2017	Evolution 2015-2017
Accueil physique 1 <sup>er</sup> niveau	7 689	7 500	7 373	-4 %
Accueil téléphonique reçus	15 735	13 866	14 221	-10 %
Courriers électroniques reçus	3 243	4 689	5 688	7 5%

Sources: tableaux de données normalisées transmis à la CNSA corrigés et/ou confirmés\*<sup>29</sup>

### Annexe 2 – Evolution des demandes déposées à la MDPH 56 entre 2014 et 2017<sup>30</sup>

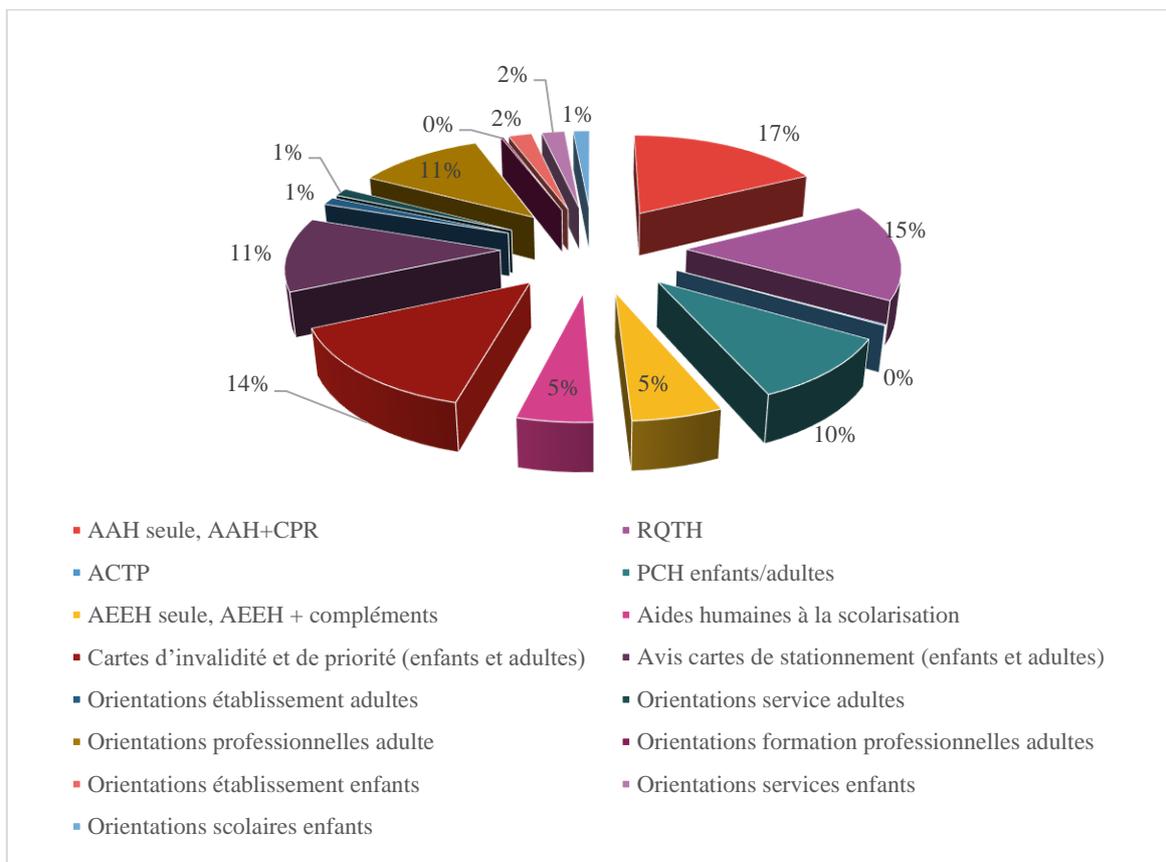
Type de demandes déposées – MDPH 56	2014	2015	2016	2017	Evolution entre 2014 et 2017
Nombre total de demandes déposées dont :	42 716	45 915	47 271	45 649	7%
AAH seule, AAH+CPR	8069	8 573	9 277	7 679	-5%
RQTH	5893	6 283	6 504	6 793	15%
ACTP	168	130	96	71	-58%
PCH enfants/adultes	3507	3 712	3 861	4 435	26%
AEEH seule, AEEH + compléments	2139	2 242	2 185	2 501	17%
Aides humaines à la scolarisation	1294	1 608	1 604	2 100	62%
Cartes d'invalidité et de priorité (enfants et adultes)	6374	7 023	7 142	6 252	-2%
Avis cartes de stationnement (enfants et adultes)	4791	5 324	5 483	5 174	8%
Orientations établissement adultes	575	589	501	542	-6%
Orientations service adultes	473	458	524	573	21%
Orientations professionnelles adulte	5897	6 318	6 558	4 947	-16%
Orientations formation professionnelles adultes	44	24	24	94	+ 120 %
Orientations établissement enfants	708	1 007	933	918	30%
Orientations services enfants	1190	886	832	909	-24%
Orientations scolaires enfants	757	765	739	642	-15%

Sources: tableaux de données normalisées transmis à la CNSA – onglet données détaillées.

<sup>29</sup> Par le référent informatique au cours du contrôle.

<sup>30</sup> Les données utilisées dans le tableau ci-après sont les données déclaratives de la MDPH 22 à la CNSA. Ces données sont présentées de manière détaillée ou globale. Les données détaillées présentées ici donnent des totaux qui peuvent être différents, certaines années, des données globales (cf. § supra sur les données). Ce sont les totaux des données détaillées qui sont présentés.

Suite annexe 2 – Répartition de l'activité en 2017<sup>31</sup>



Sources: tableaux de données normalisées transmis à la CNSA.

Annexe 3 – Recours et conciliations – MDPH 56

Médiation /conciliation/recours	2014	2015	2016	2017
Conciliation	nc	Nc	12	10
Médiation	nc	Nc	nc	nc
Recours gracieux déposés	605	649	783	994
Recours contentieux notifiés à la MDPH	64	65	56	<b>60</b>
Nombre de décisions, avis suite au dépôt d'un recours contentieux	nc	74	75	nc
Nombre de recours contentieux pour 1 000 demandes déposées.	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>

Sources: tableaux de données normalisées transmis à la CNSA - **en gras** la donnée a été transmise par la MDPH à la demande de la chambre - nc : non communiqué.

<sup>31</sup> Les données utilisées dans le tableau ci-après sont les données déclaratives de la MDPH 22 à la CNSA. Ces données sont présentées de manière détaillée ou globale. Les données détaillées présentées ici donnent des totaux qui peuvent être différents, certaines années, des données globales (cf. § supra sur les données). Ce sont les totaux des données détaillées qui sont présentés.

Annexe 4 – Courriers de notification des décisions

Les courriers de notifications de la MDPH 56 restent perfectibles sur différents points :

- le courrier ne précise pas les horaires habituels d'ouverture ni le courriel de l'agent en charge de son dossier, pratique pourtant largement répandue et simplifiant la mise en contact ;
- la référence aux recours possibles n'est pas très lisible et mal placée dans le document (verso du document) ;
- le courrier ne fait pas référence à deux notions relatives aux droits des demandeurs :
  - o l'article L. 114-1-1 du CASF, qui donne la possibilité de solliciter un plan d'accompagnement global auprès de la MDPH ;
  - o la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, qui donne le droit d'accès et de rectification aux informations personnelles ;
- les courriers reprennent systématiquement les références personnelles suivantes, qui ne paraissent pas nécessaires : n° de sécurité sociale et n° d'assuré de la CAF ou de la MSA, alors que l'identité et le n° de dossier de la MDPH sont déjà précisés ;
- la référence au délai nécessaire pour, le cas échéant, renouveler la demande est fixée par la MDPH 56 à 4 mois avant son échéance, alors qu'un délai de 6 mois est traditionnellement utilisé dans les MDPH. Ce délai 6 mois est ainsi celui prévu par l'article D. 245-35 du CASF pour le renouvellement de certaines aides de la PCH.

## Annexe 5 : Recettes et dépenses de fonctionnement – MDPH 56

<b>Recettes de fonctionnement - MDPH 56</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Evolution</b>
<b>dotations et participations</b>	<b>2 840 857</b>	<b>2 927 717</b>	<b>2 998 942</b>	<b>3 057 198</b>	<b>8 %</b>
<i>dont Etat</i>	50 300	31 421	37 098	94 638	88 %
<i>dont Département</i>	1 580 000	1 630 000	1 636 000	1 535 000	-3 %
<i>dont autres organismes</i>	1 210 557	1 266 296	1 325 843	1 427 559	18 %
<b>6419 - Remboursements sur rémunération de personnel</b>	27 166	16 629	9 404	30 917	
Produits exceptionnels		1 136		98	
<b>TOTAL recettes</b>	<b>2 868 023</b>	<b>2 945 482</b>	<b>3 008 346</b>	<b>3 088 213</b>	<b>8 %</b>

Source : comptes de gestion de la MDPH 56.

<b>Dépenses de fonctionnement – MDPH 56</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Evolution</b>
Charges à caractère général	457 514	508 949	569 496	479 030	5 %
Charges de personnel	2 285 130	2 341 902	2 381 139	2 486 308	9 %
- Dont rémunération du personnel c/641	1 174 788	1 219 524	1 325 995	1 436 814	22 %
Autres charges de gestion courante	17 629	19 999	30 000	32 000	82 %
<b>Charges courantes</b>	<b>2 760 273</b>	<b>2 870 850</b>	<b>2 980 635</b>	<b>2 997 338</b>	<b>9 %</b>
charges exceptionnelles	0	0	0	0	
dotations aux amortissements	33 271	37 404	41 289	48 418	46 %
<b>TOTAL Dépenses</b>	<b>2 793 544</b>	<b>2 908 254</b>	<b>3 021 924</b>	<b>3 045 756</b>	<b>8 %</b>

Source : comptes de gestion de la MDPH 56.

<b>Résultats MDPH 56</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017*</b>
recettes fonctionnement	2 868 022	2 945 482	3 008 346	3 088 213
dépenses fonctionnement	2 793 544	2 908 255	3 021 924	3 045 756
<b>résultat de l'année</b>	<b>74 478</b>	<b>37 227</b>	<b>-13 578</b>	<b>42 457</b>
résultat N-1 cumulé (invest + fonct)	394 339	483 446	521 881	463 526
résultat d'investissement de l'année	14 628	1 208	-44 777	32 175
<b>résultat net de l'année (invest + fonct)</b>	<b>89 106</b>	<b>38 435</b>	<b>-58 355</b>	<b>74 632</b>
<i>résultat net de l'année - corrigé</i>	<i>89 106</i>	<i>38 435</i>	<i>-58 355</i>	<i>-77 817</i>
<b>résultat de clôture cumulé</b>	<b>483 445</b>	<b>521 881</b>	<b>463 526</b>	<b>538 158</b>
<i>résultat de clôture cumulé - corrigé</i>	<i>483 445</i>	<i>521 881</i>	<i>463 526</i>	<i>385 709</i>

Source : comptes de gestion de la MDPH 56 - \* : retraitements 2017 suite retard de l'enregistrement du remboursement de la subvention destinée à la Mutualité Française « Finistère – Morbihan ».

Suite annexe 5 - Recettes de fonctionnement

Nature	organismes	MDPH 56 – en M€	
		2014	2017
Participations (hors FDC)	Département	1,6	1,5
	Etat (ARS, DDCS) :	0,7	0,8
	<i>dont CNSA</i>	0,6	0,7
	<i>Autres</i>	0,6	0,7
<b>sous total 1 (hors FDC)</b>		<b>2,9</b>	<b>3,05</b>
Autres prises en charge par les tiers	Département	0,15	0,15
	Etat	0,5	0,65
<b>sous total 2</b>		<b>0,65</b>	<b>0,8</b>
<b>TOTAL (hors FDC)</b>		<b>3,55</b>	<b>3,85</b>
	<i>Part Département</i>	49 %	43 %
	<i>Part Etat</i>	34 %	38 %

Sources : comptes de gestion et maquette CNSA.

Annexe 6 : Bilan des charges de la MDPH 56 supportées par des tiers

Intitulé	Tiers financeurs	2017 (en milliers d'euros)
Mise à disposition de personnels	DDCS, DIRECCTE et éducation nationale	502 *
Achats et maintenance informatiques du département	Conseil départemental	50
Soutien informatique du départements (représentant 92 journées de travail)	Conseil départemental	20
Mise à disposition de cadres du département (Directeur de la MDPH notamment)	Conseil départemental	76
Subvention à la Mutualité Française, non remboursée en 2017	Etat	152
<b>TOTAL</b>		<b>800</b>

Source : CRC, MDPH et déclarations à la CNSA - \* : donnée 2016, celle de 2017 n'étant pas connue de la MDPH.

## Annexe 7 - Le fonds départemental de compensation du handicap (FDC)

<b>Fonds de compensation – MDPH 56</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Recettes Etat, Départ., autres organismes</b>	<b>193 947</b>	<b>167 755</b>	<b>203 032</b>	<b>153 885</b>
<b>Dont détail des recettes du Fonds départemental des personnes handicapées (source : MDPH) :</b>				
747821 - Participations des personnes publiques	<i>119 047</i>	<i>109 750</i>	<i>128 495</i>	<i>91 961</i>
7478211 - État	27 450	30 278	32 212	24 376
7478213 - Départements	91 597	79 472	96 283	67 585
747822 - Participations des personnes privées	<i>74 900</i>	<i>58 005</i>	<i>74 537</i>	<i>61 924</i>
7478221 - Organismes d'assurance maladie	69 187	51 425	69 307	51 605
7478223 – organismes régis par la code de la MSA	5 713	6 580	5 230	10 319
<b>Dépenses - aide à la personne</b>	<b>194 458</b>	<b>169 742</b>	<b>197 452</b>	<b>150 503</b>
<b>SOLDE au 31/12 de l'exercice</b>	<b>-512</b>	<b>-1 986</b>	<b>5 580</b>	<b>3 381</b>
<b>SOLDE cumulé disponible du FDC ou produits constatés d'avance (source : MDPH)</b>	<b>62 327</b>	<b>78 645</b>	<b>92 126</b>	<b>112 728</b>
<b>Montant engagé non payé au 31/12</b>	<b>76 089</b>	<b>103 072</b>	<b>63 398</b>	<b>98 912</b>

Source : MDPH 56 - comptes du FDC.

<b>Détail du FDC - MDPH 56</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Nombre de demandes reçues	201	182	155	201
<i>dont enfants</i>	18	18	17	15
<i>dont adultes</i>	183	164	138	186
Demandes non abouties devant le comité	4	2	1	2
<b>Demandes examinées par le comité de gestion</b>	<b>155</b>	<b>151</b>	<b>144</b>	<b>177</b>
<i>dont enfants</i>	17	12	16	11
<i>dont adultes</i>	138	139	128	166
<b>Dossiers accordés</b>	<b>133</b>	<b>125</b>	<b>117</b>	<b>136</b>
Dossiers rejetés	17	21	13	15
<b>Montants accordés du FDC (budgété*)</b>	<b>203 852</b>	<b>207 097</b>	<b>177 903</b>	<b>186 817</b>
<i>dont aménagement logement</i>				
<i>dont aménagement véhicule</i>	21 966	33 229	19 906	11 074
<i>dont aides techniques</i>	181 883	172 074	157 520	175 174
<i>dont charges exceptionnelles</i>	4 111	1 794	477	569
<b>Montant moyen par dossier accordé</b>	<b>1 533</b>	<b>1 657</b>	<b>1 520</b>	<b>1 374</b>

Source : MDPH 56 - \* : les montants réels sont mentionnés dans le tableau précédent.

## 5 GLOSSAIRE

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

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

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

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

**ASE** : service d'aide sociale à l'enfance

**AVS** : Auxiliaire de vie scolaire

**CAF** : caisse d'allocations familiales

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

**CDAS** : Centre départemental d'action sociale

**CDES** : Commission départementale de l'éducation spéciale

**CNIL** : Commission Nationale de l'informatique et des libertés

**CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**COMEX** : Commission exécutive

**COTOREP** : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

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

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

**DOP** : Dispositif d'orientation permanent

**DSI** : Direction des systèmes d'information

**EP** : Equipe pluridisciplinaire

**EPO** : Equipe de pilotage et d'orientation

**ESAT** : Etablissement et service d'aide par le travail

**ETP** : Equivalent temps plein

**FDC** : Fonds départemental de compensation

**GDD** : Gestion des droits

**GED** : Gestion électronique des documents

**GOS** : Groupe opérationnel de synthèse

**MAS** : Maison d'accueil spécialisée

**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées

**MSA** : Mutualité sociale agricole

**OEMS** : Orientation en établissement médico-sociaux

**PAG** : Plan d'accompagnement global

**PPC** : Plan personnalisé de compensation

**PSI** : Plan de secours informatique

**PRA** : Plan de reprise d'activité

**PCA** : Plan de continuité d'activité

**RAPT** : Réponse accompagnée pour tous

**RMQS** : référentiel de missions et de qualité de service

**RQTH** : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

**RGPD** : Règlement général sur la protection des données



Chambre régionale des comptes Bretagne  
3, rue Robert d'Arbrissel

CS 64231  
35042 RENNES CEDEX

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