



**DOSSIER DE PRESSE**

## **CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015**

| 18 novembre 2015

**DOSSIER DE PRESSE**  
[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

## Sommaire

**Communiqué de presse :**

**Le Conseil de la CNSA réuni autour du vote du budget initial 2016 ..... 3**

Le budget initial 2016 section par section ..... 7

Schéma relatif au budget initial 2016 de la CNSA ..... 11

Tableau du budget initial 2016 de la CNSA ..... 12

Évolution de la convention pluriannuelle signée entre la CNSA et les départements ..... 13

Une enquête pour mieux cerner le poids des normes dans les Ehpad ..... 16

Ce qu'il faut retenir de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées  
en 2014 ..... 20

**DOSSIER DE PRESSE**  
[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

## Communiqué de presse

### Le Conseil de la CNSA réuni autour du vote du budget initial 2016

Le Conseil de la CNSA, réuni le 17 novembre sous la présidence de Paulette Guinchard, a tenu à rendre hommage aux victimes des attentats survenus le 13 novembre à Paris en observant une minute de silence.

Le Conseil a, lors de cette journée, examiné le troisième budget rectificatif pour l'année 2015 ainsi que le budget initial 2016 de la Caisse. Il a par ailleurs adopté le nouveau modèle de convention pluriannuelle 2016-2019 qui devra être signée entre la CNSA et les départements. Les résultats de l'étude « Normes et moyens en EHPAD » et le bilan d'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2014 ont également été présentés.

#### Le budget rectificatif 2015

Le troisième budget rectificatif 2015 de la CNSA, qui s'élève à 22,847 milliards d'euros, a été approuvé par le Conseil. Ce budget rectificatif intègre notamment une nouvelle actualisation des prévisions de recettes de la Direction de la sécurité sociale (DSS), une annulation de crédits de 85 millions d'euros et l'abondement d'un nouveau fonds de restructuration des services à domicile de 25 millions d'euros.

Le GR 31<sup>1</sup> s'est abstenu, contestant la sous-consommation des crédits de la CNSA, en particulier de la CASA en 2015, entraînant *de facto* un report en réserve alors même que les besoins sont importants. Les 25 millions d'euros consacrés au fonds de restructuration de l'aide à domicile ont été salués, mais jugés trop limités compte tenu des difficultés du secteur de l'aide à domicile.

#### Discussions autour du budget 2016

Le budget initial pour 2016 de la CNSA, qui s'élève à 23,110 milliards d'euros, a été approuvé par 54 voix pour, 2 voix contre, 22 abstentions et 5 voix « ne prend pas part au vote ».

Ce budget est en hausse de 1,1 % par rapport au troisième budget rectificatif 2015.

En termes de recettes, deux faits sont à noter. La CNSA bénéficiera du versement intégral de la CASA (estimée à 726,5 millions d'euros) ce qui permettra de financer l'entrée en vigueur de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement sous ses différents aspects (réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie – APA – et mesures de prévention). Par ailleurs, l'article 15 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 prévoit qu'une nouvelle recette – une fraction des contributions sociales sur les revenus du capital – soit allouée en lieu et place de la fraction de la contribution sociale

---

<sup>1</sup> Le GR 31 est composé des associations représentant les personnes âgées, les personnes handicapées et les professionnels qui sont à leur service (fédérations d'établissements et de services médico-sociaux).

## DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

généralisée (CSG) et de la contribution des régimes obligatoires d'assurance vieillesse, pour des raisons de conformité juridique aux règles de l'Union européenne. Cette évolution, annoncée lors du Conseil, interviendra après le vote du PLFSS 2016, à l'occasion d'un budget rectificatif.

Pour 2016, l'objectif global de dépenses (OGD), correspondant au financement des dépenses des établissements et services médico-sociaux, est fixé au total à 19 522,3 millions d'euros, en progression de 2,14 % par rapport à l'année 2015. L'OGD personnes âgées s'élève à 9 850,2 millions d'euros, l'OGD personnes handicapées à 9 672,1 millions d'euros. Au-delà des mesures d'actualisation, qui s'élèvent à 153 millions d'euros, les mesures nouvelles inscrites dans l'OGD personnes âgées et personnes handicapées sont respectivement financées à hauteur de 145,1 millions d'euros et 120,4 millions d'euros. Ces crédits financeront notamment la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à hauteur de 100 millions d'euros, la mise en place du plan maladies neurodégénératives 2014-2019 (8,11 millions d'euros) ainsi que la tranche 2015 du troisième plan Autisme (60,4 millions d'euros) et le financement des réponses sur mesure et de proximité pour l'arrêt des « départs forcés » en Belgique à hauteur de 15 millions d'euros (fond d'amorçage).

Le budget permettra également de contribuer aux dépenses des départements : première part du concours allocation personnalisée d'autonomie (1799,1 millions d'euros), prestation de compensation du handicap – PCH (568,6 millions d'euros) – et maisons départementales des personnes handicapées (68,2 millions d'euros). Ces concours ont globalement progressé de 38,6 millions d'euros entre 2015 et 2016. Par ailleurs, l'article 38 du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement crée une seconde part du concours APA pour couvrir l'estimation des charges nouvelles résultant de la loi ; une recette de 406,1 millions d'euros (55,9 % de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie – CASA) est inscrite au budget à ce titre.

Le GR 31 s'est abstenu de nouveau. Il s'est interrogé sur la part importante des réserves servant à financer les mesures nouvelles. Constatant que la CASA permettra en 2016 de mobiliser de nouvelles ressources pour les personnes âgées, le GR 31 tient à saluer « les 140 millions d'euros dédiés à la prévention ou encore l'augmentation des concours de l'APA ». Il déplore toutefois qu'un certain nombre de personnes en situation de handicap n'aient pas accès à la PCH.

### Évolution de la convention pluriannuelle signée entre la CNSA et les départements

Une version rénovée de la convention pluriannuelle conclue entre la CNSA et chaque département a été soumise au Conseil. Cette convention fixe leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit des évolutions de ce cadre conventionnel. Il élargira notamment le champ de coopération (conférence des financeurs, animation des établissements et services médico-sociaux, APA, nouveaux fonds de

## **DOSSIER DE PRESSE**

### **[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]**

concours). Un référentiel de missions et de qualité de service des MDPH sera également mis en annexe des nouvelles conventions.

À ce titre, le projet de convention pluriannuelle type 2016-2019 a fait l'objet d'une délibération du Conseil de la CNSA et a été adopté à l'unanimité moins deux voix. Un complément au préambule a par ailleurs été adopté pour mieux valoriser la place du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) dans le suivi des politiques départementales de l'autonomie.

*Plus d'informations en page 13.*

#### **Une enquête pour mieux cerner le poids des normes dans les EHPAD**

Les principales conclusions de l'enquête « Normes et moyens en EHPAD » ont été présentées au Conseil de la CNSA. 500 établissements ont répondu à un questionnaire en ligne, complété par des visites sur site, permettant ainsi d'étudier la perception des normes et de leur application dans les différents champs d'activité des EHPAD au regard des moyens qui leur sont alloués.

*Plus d'informations en page 16.*

#### **Ce qu'il faut retenir de l'activité des MDPH en 2014**

La direction de la compensation de la CNSA a présenté la synthèse des rapports d'activité des MDPH. Cette synthèse permet de prendre la mesure du chemin parcouru depuis leur création et de leur rôle central dans l'accès aux droits des personnes handicapées. Les MDPH font en effet face à une demande toujours croissante : en 2014, 1,6 million de personnes ont déposé au moins une demande, ce qui correspond à une hausse annuelle de 6,8 %. Près de 4 millions de demandes ont été adressées aux MDPH, ce qui représente une augmentation de 7,0 % entre 2013 et 2014. Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants a quant à lui augmenté dans 87 % des MDPH en 2014. Malgré la hausse de l'activité, les délais moyens de traitement restent contenus. Dans un tel contexte, les MDPH adaptent leurs processus et cherchent des marges de manœuvre. Elles investissent notamment leur mission d'accueil, reconnue comme une mission stratégique. Ces préoccupations font écho aux démarches engagées au niveau national avec le référentiel de mission et de qualité de service des MDPH et les travaux sur la simplification de leurs procédures.

*Plus d'informations en page 20.*

#### **Contact presse**

**Camille Diaz – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**

Tél. : 01 53 91 21 75 – 06 62 47 04 68

Mail : [camille.diaz@cnsa.fr](mailto:camille.diaz@cnsa.fr)

 [@CNSA\\_Actu](https://twitter.com/CNSA_Actu)

## DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

---

### À propos de la CNSA

Créée par la loi du 30 juin 2004, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) exerce ses missions dans un cadre partenarial et en lien étroit avec les acteurs locaux de l'aide à l'autonomie.

Son originalité principale réside dans sa gouvernance spécifique : la composition plurielle et le rôle de son Conseil, véritable « parlement » du secteur médico-social.

Opérateur central des politiques d'aide à l'autonomie, à la fois caisse et agence, la CNSA a vu ses missions s'élargir depuis sa création, notamment par les lois du 11 février 2005 et du 21 juillet 2009. Elle est chargée de :

- Participer au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au financement des maisons départementales des personnes handicapées, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux, soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aide à domicile.
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire quel que soit l'âge et le type de handicap, en veillant à une répartition équitable des ressources et en apportant un appui technique aux acteurs locaux pour favoriser l'harmonisation des pratiques.
- Assurer une mission d'information et d'animation de réseau.
- Enfin, la CNSA a un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

En 2015, la CNSA gère un budget de 22,8 milliards d'euros (12,5 milliards destinés aux personnes âgées et 10,3 milliards destinés aux personnes handicapées).

---

**DOSSIER DE PRESSE**  
[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

## **Le budget initial 2016 section par section**

### **Équilibre global du budget**

Le budget initial 2016 de la CNSA s'élève à 23,110 milliards d'euros. Il est en hausse de 1,1 % par rapport au budget 2015 (troisième budget rectificatif également voté hier).

Il est construit en déficit (-143,3 millions d'euros) principalement en raison du prélèvement de 160 millions d'euros sur les réserves, destiné à financer les établissements et services médico-sociaux (objectif global des dépenses - OGD). Ce déficit est imputé sur les 180,7 millions d'euros de réserves prévues fin 2015, les réduisant ainsi, fin 2016, à 37,4 millions d'euros.

### **Les produits de ce budget sont composés :**

- Pour 79,1 %, de l'**objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) médico-social**, soit **18,176 milliards d'euros**, dont 9,310 milliards d'euros pour l'ONDAM personnes handicapées et 8,866 milliards d'euros pour l'ONDAM personnes âgées ;
- Pour 11 %, du produit de la **contribution solidarité autonomie (CSA)**, (**2,294 milliards d'euros**) et d'une fraction des **droits de consommation sur les tabacs (226 millions d'euros)** ;
- Pour 5,7 %, d'une fraction de la **CSG**, soit **1,312 milliards d'euros** ;
- Pour 3,2 %, du produit de la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)**, soit **726,5 millions d'euros** ;
- Pour 1 %, de la contribution des régimes d'assurance vieillesse, des reprises sur provisions et de divers produits financiers ;

Les 22,967 milliards d'euros de produits sont répartis dans les différentes sections du budget de la Caisse.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 prévoit que la contribution sociale généralisée et la contribution des régimes d'assurance vieillesse soient remplacées, en conformité avec les règles de l'Union européenne, par une fraction des contributions sociales sur les revenus du capital. Cette évolution, présentée hier en conseil, sera appliquée après la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 lors d'un budget rectificatif début 2016.

### **Section I**

L'OGD progresse de 2,14 % (soit +419 millions d'euros), à hauteur de 19 522 millions d'euros. L'OGD personnes handicapées s'élève ainsi à 9,672 milliards d'euros et l'OGD

## DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

personnes âgées à 9,850 milliards d'euros. Ces montants permettront de financer le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux.

L'ONDAM progresse quant à lui de 1,92 % pour atteindre 18 176,5 millions d'euros.

- Les crédits destinés à financer l'évolution des coûts de fonctionnement et salariaux des établissements et services déjà installés, ce qu'on appelle **les mesures d'actualisation, s'élèvent à 153 millions d'euros** (82 millions d'euros pour les établissements pour personnes âgées et 71 millions d'euros pour ceux accueillant les personnes handicapées). Ils progressent de 0,8 %, soit un taux équivalent à l'évolution 2014-2015.
- À l'instar des trois dernières années, **13 millions d'euros d'économies sont prévus dans les EHPAD** dans le cadre de la convergence tarifaire : il s'agit d'ajuster le budget alloué aux EHPAD dont les dépenses de soins dispensés aux résidents sont supérieures au tarif plafond de façon à le rapprocher de ce plafond.

**Les mesures nouvelles** financent d'une part la médicalisation des EHPAD, c'est-à-dire le recrutement de personnel pour répondre aux besoins de soins des résidents, et d'autre part le fonctionnement des places d'établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées nouvellement ouvertes dans l'année. Elles s'élèvent à **268,5 millions d'euros** et se répartissent ainsi :

- 100 millions d'euros sont consacrés à la poursuite de la médicalisation des EHPAD en 2016 ;
- 40 millions d'euros sont destinés à financer les créations de places d'établissements et services pour personnes âgées ;
- 8,11 millions d'euros permettront la mise en œuvre du plan Maladies neurodégénératives ;
- 45 millions d'euros sont destinés à financer les créations de places d'établissements et services pour enfants et adultes handicapés ;
- 60,4 millions d'euros financeront les actions de mise en œuvre du plan Autisme en 2016 ;
- 15 millions d'euros sont destinés à financer la mise en place d'alternatives aux prises en charge en Belgique.

**Le financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) est maintenu à 30 millions d'euros en 2016.** Ces crédits seront délégués aux agences régionales de santé chargées de leur financement.

**L'augmentation du volume de l'enveloppe qui finance les MAIA** (c'est-à-dire les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) **se poursuit afin de prendre en compte la création de 50 MAIA en 2016.**



## DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

85,1 millions d'euros permettront de financer les 288 MAIA déployées entre 2010 et 2015<sup>2</sup> pour un montant de 80,6 millions d'euros ainsi que les 50 MAIA créées en 2016 (financement en année partielle), pour un montant de 4,5 millions d'euros supplémentaires. Ces crédits seront délégués aux ARS chargées de leur financement.

**La poursuite de la réouverture partielle du tarif global pour les EHPAD nécessite un financement de 10 millions d'euros, qui sera supporté par les réserves de la CNSA.** Le Conseil a validé les critères de répartition de cette enveloppe entre les régions. Les modalités de mise en œuvre et de suivi seront précisées dans la circulaire de la campagne budgétaire 2016.

### Section II

Le concours APA « traditionnel » aux départements en 2016 (APA 1), financé par 95 % de CSG, devrait s'établir à **1 799,1 millions d'euros (+1,6 %)**.

L'article 38 du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement crée une seconde part de concours APA (APA 2) dédiée à la couverture des dépenses correspondant d'une part à l'estimation des charges nouvelles liées à la réforme de l'APA (relèvement des plafonds, réduction du ticket modérateur et droit au répit) et d'autre part à la compensation de l'accord salarial de la branche de l'aide à domicile et de soins à domicile (BAD), dans la limite de la recette de CASA allouée à cette section (55,9 % en 2016 soit 406 millions d'euros).

### Section III

Les prévisions de croissance des dépenses de la prestation de compensation du handicap (PCH) pour 2016 laissent envisager 1 740 millions d'euros de dépenses versées par les conseils départementaux. **En progression de 2,3 % par rapport à 2015, le concours de la CNSA, qui s'élève à 569 millions d'euros, devrait couvrir 40 % des dépenses des conseils départementaux** une fois la baisse de l'allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) prise en compte.

Cette section du budget permet de financer le **fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées**. **En 2016, la participation de la CNSA s'élèvera à 68,2 millions d'euros**, la revalorisation de 4,2 millions d'euros intervenue à l'été 2015 étant maintenue.

### Section IV

**82,6 millions d'euros financent la modernisation et la professionnalisation des services à domicile (SAAD et SPASAD), la formation des aidants et accueillants familiaux ainsi qu'un renforcement de l'aide aux aidants prévu par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (pour 6 millions d'euros)**. La CNSA délègue **1 millions d'euros** aux ARS chargées de financer la formation des aidants de malades Alzheimer.

---

<sup>2</sup> Le fonds d'intervention régional finance également douze MAIA « sanitaires ». Au total, 300 MAIA fonctionnent fin 2015.

## DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

### Section V

Cette section finance les autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie. Elles comprennent :

- le soutien à la recherche, aux études et aux actions innovantes ainsi qu'aux systèmes d'information construits par la CNSA à hauteur de 20 millions d'euros ;
- le fonctionnement des MDPH, à hauteur de 10 millions d'euros issus des réserves de la Caisse (attribution aux MDPH par l'intermédiaire d'un fonds de concours versé à l'État) ;
- les mesures de prévention issues de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (conférence des financeurs, forfait autonomie, fonds de compensation du handicap) pour un montant plafond de 185 millions d'euros ;
- **un nouveau plan d'aide à l'investissement de 100 millions d'euros (70 millions d'euros pour le secteur des personnes âgées et 30 millions d'euros pour le secteur des personnes handicapées), auquel s'ajoutera la tranche 2016 de l'aide à l'investissement dédiée aux logements foyers, appelées résidences autonomie dans le projet de loi ASV, pour un montant de 10 millions d'euros.**

### Section VI

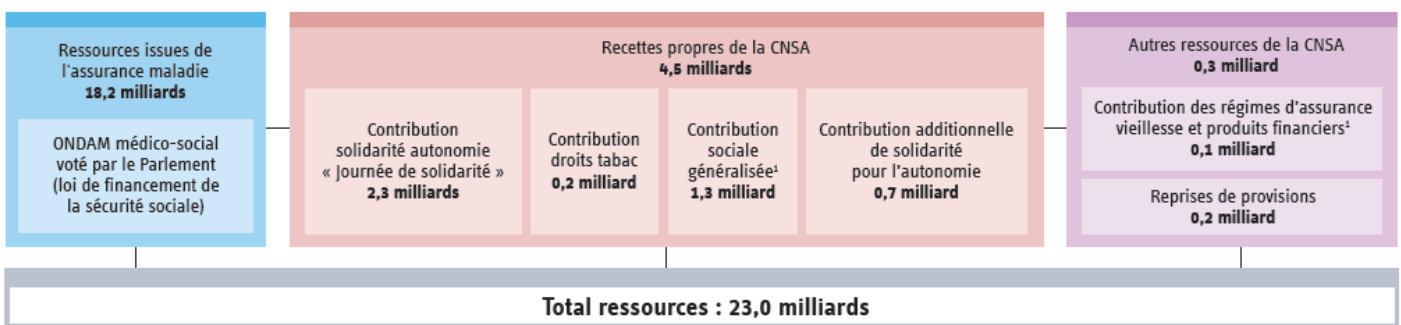
Le budget de fonctionnement 2016 de la CNSA s'élève à 20,275 millions d'euros. Il augmente de 4,7 % pour tenir compte, d'une part de la montée en charge d'un certain nombre de projets informatiques, tant en études qu'en investissement, et d'autre part de l'effet « année pleine » de la location d'un demi-étage supplémentaire loué suite à l'accueil des 13 ETP supplémentaires votés par le Conseil d'avril 2014. Ce budget intègre néanmoins des efforts d'économie sur le fonctionnement courant à hauteur de 5 %, soit un effort identique à celui qui est demandé aux opérateurs de l'État pour 2016.

**DOSSIER DE PRESSE**  
[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

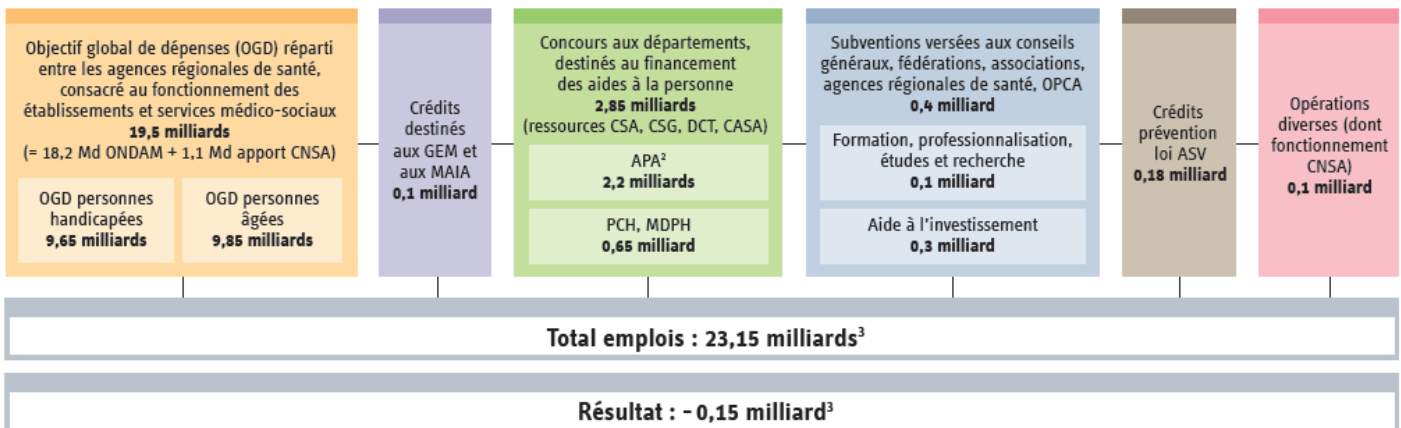
## Budget initial 2016

Schéma des principaux crédits gérés par la CNSA (en euros)

### RESSOURCES



### EMPLOIS



APA : allocation personnalisée d'autonomie

GEM : groupe d'entraide mutuelle

MAIA : dispositif d'intégration pour les personnes âgées en perte d'autonomie

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie

OPCA : organisme paritaire collecteur agréé

PCH : prestation de compensation du handicap

(1) Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit que ces ressources (contribution sociale généralisée et contribution des régimes d'assurance vieillesse) soient remplacées, en conformité avec les règles de l'Union européenne, par une fraction des contributions sociales sur les revenus du capital.

(2) En application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, le concours APA comporte désormais deux parts : le concours « historique » et le concours correspondant à l'estimation des charges nouvelles.

(3) Chiffres arrondis à la décimale supérieure.

**DOSSIER DE PRESSE**  
[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

## Tableau du budget initial 2016 de la CNSA

Budget initial 2016 (Conseil du 17 novembre 2015)			
CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
<b>Section I</b>		<b>Section I</b>	
<b>Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>19 697,2</b>	<b>Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>19 697,2</b>
Sous-Section 1		Sous-Section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	9 728,2	Établissements et services accueillant des personnes handicapées	9 728,2
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 672,10	Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	321,2
Groupement d'entraide mutuelle (GEM)	30,0	Contribution droits tabacs (14 %)	31,6
Agence nationale d'évaluation des ets et serv. médico-sociaux (ANESM)	0,6	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 310,40
Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
Opérations diverses	25,0		
Excédent	0,0	Déficit	65,0
Sous-Section 2		Sous-Section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	9 969,0	Établissements et services accueillant des personnes âgées	9 969,0
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 850,16	Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	917,6
Financement de 338 MAIA (dont 50 nouvelles en 2016)	85,1	Contribution droits tabacs (40 %)	90,3
Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,0	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 866,06
Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATH)	1,1		
Opérations diverses	31,1		
Excédent	0,0	Déficit	95,0
<b>Section II</b>	<b>2 229,1</b>	<b>Section II</b>	<b>2 229,1</b>
<b>Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>		<b>Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>	
Concours aux départements (APA 1)	1 799,1	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	458,8
Congé de proche aidant	0,1	Contribution droits tabacs (20 %)	45,2
Opérations diverses	25,9	Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 246,5
Plafond concours aux départements (APA 2)	404,1	Contribution additionnelle solidarité autonomie (65,9 % CASA)	406,1
		Contribution des régimes d'assurance vieillesse	72,5
		Produits financiers	0,1
<b>Section III</b>	<b>655,2</b>	<b>Section III</b>	<b>655,2</b>
<b>Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées</b>		<b>Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées</b>	
Concours aux départements (PCH)	568,6	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	596,4
Concours aux départements (MDPH)	68,2	Contribution droits tabacs (26 %)	58,7
Congé de proche aidant	0,1	Produits financiers	0,1
Opérations diverses	18,4		
<b>Section IV</b>	<b>83,5</b>	<b>Section IV</b>	<b>83,5</b>
<b>Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées</b>		<b>Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées</b>	
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	76,6	Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	65,6
Aide aux aidants loi + bénévoles et accueillants familiaux - loi ASV	6,0	Contribution additionnelle solidarité autonomie	6,0
Opérations diverses	0,9	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Excédent	0,0	Déficit	0,0
<b>Section V</b>	<b>613,6</b>	<b>Section V</b>	<b>613,6</b>
<b>Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie</b>		<b>Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie</b>	
Sous-section 1		Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	509,9	Actions en faveur des personnes âgées	509,9
Dépenses d'animation, prévention et études	8,0	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
Plafond dépenses prévention loi ASV (PA)	180,0	Contribution additionnelle solidarité autonomie	309,3
Charges prévisionnelles "PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015"	110,6	Reprise de provisions "Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement"	110,6
PAI 2016	70,0		
PAI logements foyers	10,0		
Opérations diverses	1,5		
Excédent	129,8	Déficit	80,0
Sous-section 2		Sous-section 2	
Actions en faveur des personnes handicapées	103,6	Actions en faveur des personnes handicapées	103,6
Dépenses d'animation, prévention et études	5,7	Prélèvement sur la section III	10,0
Dépenses prévention loi ASV (PH)	5,0	Contribution additionnelle solidarité autonomie	5,0
Charges prévisionnelles "PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015"	47,4	Reprise de provisions "Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement"	47,4
Conventions emplois STAPS	1,2	Reprise de provisions "convention emplois STAPS"	1,2
Concours complémentaire versés aux départements (MDPH)	10,0		
PAI 2016	30,0		
Opérations diverses	0,0		
Excédent	4,3	Déficit	40,0
<b>Section VI</b>	<b>20,3</b>	<b>Section VI</b>	<b>20,3</b>
<b>Frais de gestion de la caisse</b>		<b>Frais de gestion de la caisse</b>	
Dépenses de fonctionnement / CNSA	6,6	Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	20,3
Dépenses de personnel / CNSA	11,0		
Excédent	2,6		
<b>Total des charges du compte prévisionnel</b>	<b>23 110,0</b>	<b>Total des produits du compte prévisionnel</b>	<b>22 966,7</b>
<b>Résultat prévisionnel (excédent)</b>	<b>0,0</b>	<b>Résultat prévisionnel (déficit)</b>	<b>143,3</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>23 110,0</b>	<b>Total équilibre du compte</b>	<b>23 110,0</b>
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	20,4		
Total atténuation de recettes	30,3		

**DOSSIER DE PRESSE**  
[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

## **Évolution de la convention pluriannuelle signée entre la CNSA et les départements**

Depuis 2006, les relations entre les départements et la CNSA pour le fonctionnement des MDPH donnent lieu à la signature d'une convention dénommée « convention d'appui à la qualité de service » avec chaque conseil départemental, conformément à l'article L. 14-10-7 du Code de l'action sociale et des familles. Cette convention définit le cadre formel des relations entre la CNSA et le département.

Les conventions d'appui à la qualité de service étaient jusqu'à présent centrées sur les MDPH (échanges de données, appui aux professionnels et aux missions des MDPH, équité de traitement, observation de la qualité de service). Elles prévoyaient également des dispositions concernant les concours financiers de la CNSA (APA, PCH et contribution au financement des MDPH), le cadre d'appui de la CNSA à la modernisation de l'aide à domicile et au soutien à la recherche et à l'innovation et les modalités d'échanges d'information concernant l'offre de service médico-sociale.

### **Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement : quelles évolutions ?**

Aujourd'hui, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit des évolutions du cadre conventionnel. La convention pluriannuelle signée entre la CNSA et le département fixe leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, en particulier sur :

- le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales, qui tient compte d'objectifs de qualité de service et du bilan de la réalisation des objectifs antérieurs ;
- des objectifs de qualité ;
- les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention (dans le cadre de la conférence des financeurs) ;
- les modalités de versement des concours aux départements au titre de l'APA, de la PCH et du financement de la conférence des financeurs.

### **Élaboration d'une nouvelle convention type**

Pour prendre en compte les évolutions prévues par la loi, une nouvelle convention type, qui a fait l'objet d'une délibération lors du Conseil, a été élaborée. Elle est composée de cinq chapitres qui couvrent l'ensemble du domaine commun au département et à la CNSA dans les politiques de l'autonomie. Un sixième chapitre y est ajouté, qui concerne le suivi et la mise en œuvre de la convention.

### **Chapitre 1 : Promotion de la qualité, de l'efficacité et de l'équité de traitement dans le service rendu aux personnes handicapées et aux personnes âgées**

En direction des personnes handicapées et des MDPH :

- déclinaison départementale du référentiel de missions et de qualité de service réalisé avec les MDPH et les associations ;

## **DOSSIER DE PRESSE** **[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]**

- mesure de satisfaction des usagers ;
- mise en œuvre d'une réponse accompagnée pour tous ;
- convergence des systèmes d'information et de traitement des dossiers des MDPH ;
- mise en place d'un suivi des orientations en établissements et services médico-sociaux ;
- mise en place d'un pilotage renforcé de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

En direction des personnes âgées et des demandeurs de l'APA :

- mise à disposition d'une information de qualité à destination des personnes âgées ;
- élaboration et déploiement d'un référentiel d'évaluation multidimensionnel pour l'APA ;
- travaux sur la qualité de service en matière d'attribution et de gestion de l'APA.

Un appui de la CNSA aux professionnels des MDPH et une nouvelle offre de services en direction des services départementaux chargés des personnes âgées sont également prévus, ainsi que la mention de la nouvelle mission de labellisation des maisons départementales de l'autonomie (MDA).

### **Chapitre 2 : Prévention, aide aux aidants et qualité des services de soutien à domicile**

- mise en place de la conférence des financeurs ;
- mise en place d'une politique d'aide aux aidants ;
- poursuite du déploiement d'une politique de modernisation des services à domicile (SAAD et SPASAD) ;
- appui à la formation des accueillants familiaux.

### **Chapitre 3 : Concours financiers**

- rappel des différentes modalités de versement des concours ;
- nouveau concours au titre de la conférence des financeurs.

### **Chapitre 4 : Cadre d'échange de données entre la CNSA, les MDPH et les départements**

La CNSA communiquera chaque année un tableau de bord d'indicateurs aux départements.

### **Chapitre 5 : Promotion de l'innovation et de l'expérimentation**

Ce chapitre rappellera les modalités de soutien de la CNSA à des projets départementaux innovants.

### **Chapitre 6 : Modalités de suivi et de mise en œuvre de la convention**

## **DOSSIER DE PRESSE**

### **[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]**

#### **Un référentiel de missions et de qualité de service des MDPH rénové**

Un nouveau référentiel de missions et de qualité de service des MDPH, réalisé avec les associations représentant les usagers en situation de handicap et les MDPH, est annexé à la convention pluriannuelle. Ce référentiel présente sept missions et définit pour chacune d'elle le niveau de qualité de service minimal attendu de chaque MDPH :

- information, communication et sensibilisation au handicap ;
- accueil, orientation et aide à la formulation du projet de vie, des attentes et des besoins des usagers ;
- évaluation, élaboration des réponses et des plans personnalisés de compensation (PPC) ;
- gestion du fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et des décisions ;
- gestion des litiges ;
- accompagnement à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH et leur suivi ;
- management, pilotage et animation territoriale.

Chaque MDPH devra également déterminer, à partir d'un autodiagnostic, une trajectoire d'amélioration.

#### **Calendrier de signature des conventions pluriannuelles**

Les conventions actuelles seront prorogées jusqu'à fin 2016, compte tenu du calendrier d'adoption de la loi. Les conventions pluriannuelles entre la CNSA et les départements devront être signées avant le 31 décembre 2016. Des rencontres entre la CNSA et chaque conseil départemental seront programmées de février à juillet 2016. Elles seront suivies par des échanges afin d'ajuster la rédaction de chaque convention, qui sera ensuite présentée en assemblée délibérante dans tous les départements.

## Une enquête pour mieux cerner le poids des normes dans les EHPAD

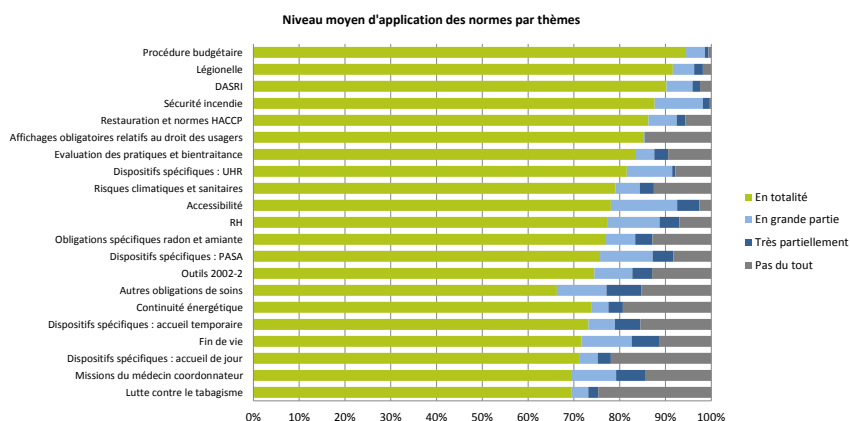
L'enquête « Normes et moyens en EHPAD », dont les principales conclusions ont été présentées au Conseil de la CNSA, s'inscrit dans la continuité des travaux menés par la commission Normes et moyens du Conseil et dans la démarche d'identification de mesures de simplification voulues par le Gouvernement pour l'ensemble des politiques publiques. L'objectif de cette commission, constituée en 2008 et présidée depuis l'origine par le président de l'AD-PA Pascal Champvert, est d'étudier l'impact des normes sur le fonctionnement des EHPAD.

L'étude, menée par le cabinet EQR conseil, a consisté en un examen des normes s'appliquant aux EHPAD, à la fois au regard de leur coût (financier et en effectifs) et de leur intérêt pour la qualité du service rendu aux personnes âgées accueillies. Un questionnaire en ligne, adressé aux professionnels de ces établissements et complété par des visites sur site (dont des entretiens avec des résidents), a permis d'étudier la perception des normes et de leur application dans les différents champs d'activité des EHPAD (technique, logistique, soins, droits du travail, obligations réglementaires), au regard des moyens qui leur sont alloués.

### Résultats de l'étude

#### Perception générale des normes par les professionnels des EHPAD

L'étude met en lumière un consensus autour du saut qualitatif opéré au sein des établissements à la faveur des évolutions du secteur ainsi que des règles instaurées depuis le début des années 2000. La plupart des normes sont en outre bien appliquées, comme le mettent en évidence les données déclaratives synthétisées par l'étude, certaines normes se distinguant par un niveau particulièrement élevé d'application (les normes d'hygiène et de sécurité par exemple, ou encore les normes entourant la procédure budgétaire).





## DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

Même si le rapport que l'établissement entretient à la norme est singulier, les visites sur site ont conduit à repérer que la « pression normative » était globalement davantage ressentie par les directeurs, l'encadrement et dans une certaine mesure les agents administratifs, mais de façon moins prégnante pour les professionnels soignants. Selon les directeurs de ces structures, la difficulté réside davantage dans le cumul des normes plutôt que dans une ou des normes en particulier. L'évolution rapide de ces dernières, leur application « uniforme » jugée inadaptée dans certaines situations, leur trop grande précision ou technicité, notamment, sont considérées comme des difficultés par les directeurs.

Le questionnaire comme les visites sur site ont mis en avant le caractère contraignant du « formalisme » relevant des obligations de traçabilité, d'information, de production de données et/ou de *reporting*.

### Perception du rapport coût-bénéfice appliqué aux normes

Les visites sur site ont permis de questionner les normes jugées les plus bénéfiques pour les usagers. Sont citées notamment la norme relative à l'accessibilité (dont les normes architecturales) et les normes relatives à la sécurité-gestion des risques. Les outils de la loi 2002 font quant à eux partie des normes dont le rapport coût-bénéfice est jugé le plus favorable.

*A contrario*, les normes de sécurité, notamment incendie, d'hygiène et de gestion des risques, de ressources humaines sont largement citées comme souffrant d'un rapport coût-bénéfice défavorable. Pour autant, les visites sur site n'ont pas mis en évidence de possibilité d'allègement « ferme » sur certains de ces sujets. Le point de vue des personnels comme des usagers est peu équivoque : la sécurité et l'accessibilité sont jugées « incontournables, primordiales ».

La norme HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) fait débat, avec une tension entre le temps passé à la mise en œuvre des obligations, les restrictions (allant parfois au-delà des strictes obligations réglementaires) que les établissements et/ou les prestataires imposent et le statut de « lieu de vie » des EHPAD.

Les démarches évaluatives ont représenté une avancée reconnue par les professionnels. Pour autant, en l'absence de référentiel commun à tous les établissements, la démarche mobilise beaucoup les équipes qui appellent à une simplification.

Les normes entourant les dispositifs spécifiques (PASA, UHR), en particulier les normes architecturales, sont jugées strictes.

### Pistes de travail

#### Procédures budgétaires et de la tarification

La réforme de la tarification des EHPAD doit apporter des éléments de simplification grâce au passage à l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) et à la substitution des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) aux conventions tripartites. Les

## **DOSSIER DE PRESSE** **[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]**

remontées d'informations sollicitées par les administrations devront être dématérialisées de façon à éviter les redondances, chronophages et sources d'erreur. La CNSA et l'ANAP coordonnent leurs efforts en ce qui concerne notamment le tableau de bord de la performance et l'aide à la contractualisation.

### **Organisation des soins et de la coordination gériatrique**

Si la nécessité de garantir la qualité des soins et de prévenir davantage encore la diffusion d'infections associées aux soins est partagée par les établissements, des avancées sont attendues dans la mise en œuvre proportionnée des exigences pesant sur les EHPAD et dans l'allègement de procédures. À ce titre, l'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement est l'opportunité de réviser certaines dispositions réglementaires jugées trop lourdes.

### **Accessibilité et « pédagogie » des normes**

L'étude montre à la fois que les établissements appliquent dans leur globalité la plupart des normes qui s'imposent à eux, mais aussi que les gestionnaires peinent parfois à accéder à la formulation actualisée de la norme ou manquent d'un accompagnement pour son déploiement. Des initiatives ont été évoquées dans les directions suivantes :

- Constitution de recueil des normes à caractère réglementaire ;
- Diffusion de recommandations de bonnes pratiques reprenant à la fois le sens, la portée et la limite d'une norme technique ;
- Échange de bonnes pratiques entre adhérents de réseaux professionnels.

### **Assouplissement des conditions de fonctionnement de certains dispositifs**

À plusieurs reprises, les gestionnaires font état de rigidités dans la rédaction ou le contrôle des cahiers des charges définis ces dernières années pour accompagner le déploiement de l'accompagnement des résidents, en particulier à la faveur du plan Alzheimer. La nécessité de réexaminer ces cahiers des charges à l'issue de plusieurs années de fonctionnement et au vu des résultats des évaluations externes est partagée par l'administration. Il est ainsi prévu d'ajuster le cahier des charges des PASA, par exemple. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a par ailleurs été sollicitée pour définir les recommandations de bonne pratique à appliquer.

### **Formalisation des droits des usagers et dispositions relatives à la qualité**

La perception des bénéfices retirés par les résidents et les professionnels des exigences introduites par la loi du 2 janvier 2002 est unanime. Cependant, des avancées sont attendues pour réexaminer la formalisation des documents relatifs au projet de vie, la fréquence des réévaluations, la disponibilité des référentiels d'évaluation interne. Ces pistes sont à travailler entre les fédérations et l'ANESM dans ses instances pour convenir de modalités conjuguant l'esprit de la loi et la capacité d'équipes limitées, mais engagées en proximité avec les résidents.

### **Mutualisation entre établissements au service d'une meilleure application des normes**

**DOSSIER DE PRESSE**  
[CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

Le cumul des normes et l'isolement des gestionnaires sont parmi les principaux obstacles, avec le niveau des moyens alloués aux établissements, pour atteindre une application plus homogène et pertinente des normes. Aussi l'étude comme les parties prenantes au comité de pilotage conviennent de l'intérêt que représentent certaines pratiques de mutualisation de moyens, humains, techniques ou financiers, entre établissements. Sans traiter ici des regroupements d'entités juridiques, un appui pour ces façons de travailler est à déployer, tant au niveau régional — à l'initiative concertée des agences régionales de santé et des conseils départementaux — qu'au niveau national avec l'élaboration de guides d'aide à la décision et à la coopération, comme l'ANAP a pu s'y employer.

Au-delà, la commission a souligné l'intérêt pour les EHPAD de prendre toute leur place dans les organisations territoriales pour intégrer les initiatives de coordination gériatrique.

## **Ce qu'il faut retenir de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées en 2014**

Pour la neuvième année consécutive, la synthèse des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) permet de prendre la mesure du chemin parcouru depuis leur création et de leur rôle central dans l'accès aux droits des personnes handicapées.

97 rapports d'activité 2014, autant qu'en 2013, et 102 maquettes financières et d'effectifs ont été exploités.

Comme chaque année, cette synthèse s'enrichit des différentes enquêtes statistiques conduites par la CNSA : enquête dite des « échanges annuels » relative à l'activité et au fonctionnement des MDPH, suivi de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

### **Les MDPH font face à une activité toujours croissante.**

En 2014, **1,6 million de personnes** ont déposé au moins une demande ce qui correspond à une hausse annuelle de 6,8 % (+7,3 % en 2013).

Près de **4 millions de demandes** ont été adressées aux MDPH ce qui représente une augmentation de 7,0 % entre 2013 et 2014 (+8,3 % entre 2012 et 2013 et +6,0 % entre 2011 et 2012).

Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants a augmenté dans 87 % des MDPH en 2014. Il avait déjà connu une hausse dans 92 % de MDPH en 2013. Cela témoigne du maintien d'une pression soutenue dans le temps. En revanche, la diminution de la part des premières demandes se confirme en 2014.

La part des dossiers concernant des personnes âgées de soixante ans et plus dans l'activité globale des MDPH est significative : en 2014, 14 % des demandes déposées auprès des MDPH concernent un public âgé de soixante ans et plus. Les demandes de cartes des personnes âgées d'au moins soixante ans (cartes d'invalidité ou de priorité, carte européenne de stationnement) représentent à elles seules 11 % du total des demandes. Les demandes des personnes d'au moins soixante ans représentent près du tiers des demandes de cartes d'invalidité ou de priorité (32,0 %) déposées dans les MDPH, plus de 40 % des demandes relatives à la carte de stationnement (41,5 %), près de 10 % du total des demandes d'AAH (8,6 %) et un cinquième des demandes de PCH (19,4 %). Au total, plus du tiers des demandes de cartes (36 %) concerne un public âgé de soixante ans ou plus.

La hausse du nombre de décisions prises par les MDPH entre 2013 et 2014 témoigne de leur mobilisation pour faire face à la croissance des demandes. En effet, 4 millions de déci-

## DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

sions et avis ont été rendus par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en 2014, soit une hausse de 9,3 % par rapport à 2013. Cette augmentation est plus importante que celle observée entre 2012 et 2013 : +6,2 %. La part du stock de demandes à traiter (dossiers déposés les années précédentes sur l'ensemble des demandes traitées dans l'année écoulée) reste constante (21 % en 2014 pour 22 % en 2013), ce qui confirme la mobilisation des MDPH pour répondre au mieux aux sollicitations.

Les taux d'accord sont très variables selon les types de demandes. Si les taux d'accord restent stables pour l'AAH (71 % en 2013 contre 72 % en 2014), ils tendent diminuer pour les cartes de priorité ou d'invalidité des dossiers adultes (67,5 % en 2013 et 66,4 % en 2014) ainsi que pour la PCH adulte (49,2 % en 2013 contre 47,0 % en 2014).

La PCH enfant enregistre une baisse d'un peu plus de 4 points : 49,9 % en 2013 contre 45,4 % en 2014. Les taux d'accord diminuent pour toutes les demandes de prestations et droits concernant les enfants à l'exception des avis de transport scolaire enregistrés (+4,2 points) et du maintien au titre de l'amendement Creton (+2 points)

Les **délais moyens de traitement restent contenus malgré la hausse de l'activité**. En effet, le délai moyen de traitement des demandes relevant des prestations, droits, orientations et avis pour les adultes est de quatre mois et demi. Ce délai est stable par rapport à ce qu'il était en 2013 et en 2012. Cette donnée moyenne plutôt rassurante quant à la capacité des MDPH à faire face masque cependant des réalités très différentes d'un territoire à l'autre puisque :

- 46 % des MDPH ont vu leur délai moyen de traitement des dossiers adultes augmenter entre 2013 et 2014 ;
- 39 % ont vu ce délai diminuer ;
- 15 % ont un délai stable sur les deux années.

Dans le même registre, le délai moyen national de traitement des demandes concernant des enfants, de trois mois et une semaine, est stable par rapport à 2013. Pour autant, il convient de souligner que :

- 41 % des MDPH ont vu leurs délais augmenter entre 2013 et 2014 ;
- 37 % des MDPH ont vu leurs délais s'améliorer ;
- et 22 % enregistrent des délais stables.

Les délais moyens de traitement masquent également des différences notables entre les prestations. Les MDPH traitent dans des délais proches du délai réglementaire les demandes de cartes européennes de stationnement, d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de cartes d'invalidité et de priorité ainsi que d'AAH (en moyenne, entre 3,4 mois et 4,6 mois). Les délais de traitement de la PCH dans sa globalité (donc pour tous les volets de la PCH) sont plus longs (5,7 mois) même si l'attribution du volet aide humaine semble plus rapide (5,4 mois).

## DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 17 NOVEMBRE 2015]

En moyenne, en 2014, **2,4 % des décisions font l'objet d'un recours** (2,6 % en 2013) et près d'un **recours déposé sur cinq est un recours contentieux**.

### **Dans un tel contexte, les MDPH adaptent leurs processus et cherchent des marges de manœuvre**

Elles investissent notamment leur mission d'accueil, reconnue comme une mission stratégique, pour faire face à cette activité croissante. Le processus d'évaluation, cœur de métier des MDPH, se structure afin de concilier efficacité et qualité de service.

De nombreux chantiers organisationnels et projets innovants visent à apporter des progrès en matière d'efficacité et de qualité de service.

Les MDPH doivent également pouvoir compter sur leurs systèmes d'information largement perfectibles pour gagner en efficacité et en efficacité. La dématérialisation des dossiers et leur gestion électronique sont largement évoquées dans les rapports comme des leviers d'amélioration de leur fonctionnement.

L'analyse des maquettes financières et d'effectifs permet de repérer que, pour les 102 MDPH (y compris Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon), le niveau global des dépenses de fonctionnement atteint 342,4 millions d'euros, y compris la valorisation des mises à disposition et des services externalisés ne donnant pas lieu à remboursement, qui contribuent au fonctionnement de la MDPH. Pour 85 MDPH, les dépenses de fonctionnement sont inférieures à 5 millions d'euros.

Les dépenses de personnel (y compris mises à dispositions refacturées et valorisation de mises à disposition non facturées) représentent 73 % des dépenses de fonctionnement. Plus des deux tiers des effectifs internes aux MDPH sont affectés aux missions d'instruction, d'évaluation et d'élaboration des réponses.

Les recettes (en intégrant la valorisation des apports en nature) avoisinent 320,5 millions d'euros avec trois principaux financeurs : les départements (43 %), l'État (34 %) et la CNSA (20 %).

En 2014, on compte 5 084 ETP employés au sein de 101 MDPH.