

N° RM 2013 003 P

N° 2012-162

**L'accompagnement des élèves
en situation de handicap**
Les prescriptions : état des lieux - propositions

Rapport à

Monsieur le ministre de l'éducation nationale

Madame la ministre des affaires sociales et de la santé

Madame la ministre déléguée chargée de la réussite éducative

Madame la ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de
la lutte contre l'exclusion

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ**

*Inspection générale
des affaires sociales*

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE**

*Inspection générale
de l'éducation nationale*

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE**

*Inspection générale de l'administration
de l'éducation nationale et de la recherche*

N° RM 2013 003 P

N° 2012-162

**L'accompagnement des élèves
en situation de handicap**
Les prescriptions : état des lieux - propositions

Décembre 2012

Fadela AMARA

Huguette VIGNERON-MELEDER

*Inspectrices générales des affaires
sociales*

Jean-Pierre DELAUBIER

*Inspecteur général de l'éducation
nationale*

Martine CARAGLIO

*Inspectrice générale de l'administration de
l'éducation nationale et de la recherche*

SYNTHÈSE

Au cours de ces dernières années, la scolarisation des jeunes en situation de handicap a progressé très rapidement, à tous les niveaux du système éducatif. Cette évolution a été favorisée par la mobilisation de moyens importants et, entre autres, par le développement de l'accompagnement humain. Si la présence d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS) constitue, dans de nombreux cas un facteur de réussite du parcours scolaire, plusieurs rapports récents mettent en évidence les difficultés soulevées par l'ampleur de la demande d'accompagnement individuel, qu'il s'agisse de l'évaluation des besoins, des critères et des modalités d'attribution ou de la mise en œuvre des prescriptions. Ils soulignent, par exemple, l'extrême diversité des pratiques et des décisions d'un département à l'autre.

Il a été demandé aux inspections générales de l'éducation nationale, de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, et des affaires sociales :

- de réaliser un état des lieux quantifié des prescriptions concernant l'accompagnement humain ;
- et de proposer des solutions et des outils de gestion pour mieux ajuster les prises de décisions aux besoins des élèves.

Les informations rassemblées, les visites accomplies dans huit départements choisis en fonction de leurs caractéristiques et les entretiens conduits au niveau national ont permis :

- de concevoir un état des lieux en décrivant d'abord le cadre normatif, puis le processus de prescription d'accompagnement humain à travers les situations observées ;
- de cerner les principaux facteurs susceptibles d'expliquer l'augmentation des prescriptions ;
- de dégager et de définir des pistes de travail.

Si la prescription de l'aide humaine se situe désormais dans le cadre **établi par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, elle trouve ses origines dans des textes antérieurs, en particulier dans la loi du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation. Les inspections générales constatent que la circulaire interministérielle n° 2003-093 du 11 juin 2003 installe le rôle de l'auxiliaire de vie scolaire dans un mode de fonctionnement qui n'est pas très éloigné de ce qui est observé aujourd'hui. Cette circulaire induit notamment un principe de « demande » dont l'école est à l'origine qui reste présent dans l'esprit des acteurs locaux.

L'évolution récente introduite par le **décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012**, qui prend en considération la diversité des situations de handicap et distingue aide individuelle et aide « mutualisée », n'est évidemment pas sans conséquences sur la prescription et sur sa mise en œuvre.

Les données recueillies permettent de dresser un état des lieux exhaustif et suivi sur plusieurs années scolaires (de 2006 à 2011). Les informations fournies par la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA) et issues des prescripteurs que sont les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), si elles ne présentent pas la même exhaustivité, confirment les conclusions des inspections générales :

- **la croissance rapide et continue de l'aide individuelle apportée aux élèves en situation de handicap** : les attributions d'accompagnement humain ont plus que doublé entre 2006 et 2011 alors que le nombre d'élèves handicapés non accompagnés a diminué pendant la même période (– 2 277). Ce sont désormais six élèves sur dix en primaire et un sur quatre dans le secondaire qui reçoivent le soutien d'une aide individuelle. Mais, si le nombre d'élèves bénéficiaires d'une aide individuelle a très fortement augmenté, les nouvelles prescriptions se sont majoritairement orientées vers des accompagnements à temps partiel.
- **l'hétérogénéité des prescriptions d'un département à l'autre** : la part des élèves handicapés et scolarisés en milieu ordinaire bénéficiant d'une aide individuelle **peut varier de 17 à 53 % d'un département à l'autre**. De même, la proportion d'élèves reconnus handicapés peut être de 1,64 % dans un département alors qu'elle sera de 3,50 % dans un autre, soit plus du double. Si les données recueillies témoignent d'une forte hétérogénéité des décisions d'un département à l'autre, les visites accomplies révèlent **une toute aussi grande diversité des fonctionnements et des organisations des MDPH**, qu'il s'agisse de l'organigramme, de l'examen des dossiers, de la relation aux parents, des modalités de la prise de décision, du rôle des enseignants référents ou des liens avec les services académiques.

Quatre types de facteurs peuvent expliquer la forte croissance du nombre des auxiliaires de vie scolaire et l'hétérogénéité des pratiques :

- **l'augmentation du nombre d'élèves handicapés scolarisés** qui résulte, à la fois, d'une scolarisation sans précédent à tous les niveaux du système éducatif et de l'extension du champ du handicap à des publics nouveaux ;
- **la croissance de la demande** à travers un processus où l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation est plus en position de traiter des demandes que d'élaborer un projet de scolarisation à partir d'une évaluation globale des besoins de l'élève ;
- **les modalités de la prescription et de l'évaluation**, depuis l'organisation interne des équipes et des commissions, jusqu'aux critères de décision ou à la politique de renouvellement des aides attribuées ;
- **l'insuffisance du pilotage** avec, entre autres, l'absence de système d'information commun à l'ensemble des MDPH, de tableau de bord partagé ou de conventions actualisées.

Les observations réalisées conduisent la mission à organiser ses propositions, au nombre de treize, autour de deux objectifs identifiés comme prioritaires :

- Installer un pilotage efficace et partagé au niveau national et au niveau départemental ;
- Passer d'une démarche fondée sur l'expression et le traitement d'une demande à une démarche d'évaluation des besoins de la personne et de réponse adaptée à ces besoins, en agissant pour cela conjointement sur trois facteurs : les outils mis en œuvre, le rôle des acteurs de l'éducation nationale et le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires des MDPH.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Le cadre normatif.....	2
2. État des lieux.....	8
2.1. Les données	8
2.1.1. <i>Une croissance rapide et continue.....</i>	8
2.1.2. <i>Des différences importantes d'un département à l'autre.....</i>	12
2.2. Les observations	16
2.2.1. <i>Les procédures.....</i>	16
2.2.2. <i>Le pilotage</i>	23
2.3. Des facteurs déterminants	25
2.3.1. <i>L'augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap.....</i>	25
2.3.2. <i>La croissance de la demande.....</i>	26
2.3.3. <i>Les modalités de la prescription et de l'évaluation</i>	26
2.3.4. <i>L'insuffisance du pilotage.....</i>	28
3. Propositions.....	28
3.1. Deux objectifs	28
3.2. Les outils proposés	32
Annexes	47

Introduction

Au cours de ces dernières années, en particulier depuis la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005, la scolarisation des jeunes en situation de handicap a progressé très rapidement, et cela à tous les niveaux du système éducatif. Cette évolution a été favorisée par la mobilisation de moyens importants et, entre autres, par le développement de l'accompagnement humain. On observe que le nombre de bénéficiaires d'une telle aide a doublé entre 2006 et 2010. Si la présence d'un *auxiliaire de vie scolaire* (AVS) constitue, dans de nombreux cas, un facteur de réussite du parcours scolaire, plusieurs rapports récents¹ mettent en évidence les difficultés soulevées par l'ampleur de la demande d'accompagnement individuel, qu'il s'agisse de l'évaluation des besoins, des critères et des modalités d'attribution ou de la mise en œuvre des prescriptions. Ils soulignent, par exemple, l'extrême diversité des pratiques et des décisions d'un département à l'autre.

C'est dans ce contexte qu'il a été demandé² aux inspections générales de l'éducation nationale, de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, et des affaires sociales de réaliser un état des lieux quantifié des prescriptions concernant l'accompagnement humain et de proposer des solutions et des outils de gestion pour mieux ajuster les prises de décisions aux besoins des élèves.

Afin de répondre à cette attente, les inspections générales ont rassemblé les données disponibles auprès des directions concernées des deux ministères et de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA) et ont pris connaissance des rapports antérieurs. Elles ont également rencontré les principaux acteurs concernés au niveau national et appuyé leurs observations sur des visites accomplies dans huit départements. Dans chacun de ces départements, des entretiens ont été conduits avec les responsables des services académiques et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Une fiche jointe en annexe précise les choix méthodologiques.

Sur la base de ces informations, les rédacteurs ont conçu un état des lieux en décrivant d'abord le cadre normatif, puis en exploitant les données recueillies et enfin en tentant de mieux cerner le processus de prescription d'accompagnement humain à travers les situations observées. En un second temps, ils ont tenté de cerner les principaux facteurs explicatifs. La dernière partie du rapport regroupe quelques propositions accompagnées de fiches présentant de manière plus précise les solutions préconisées.

Le choix a été fait de centrer ce rapport sur les seuls éléments pertinents pour répondre à la demande contenue dans la lettre de mission. De ce fait, de nombreuses questions en périphérie du sujet ont été écartées. Les inspections générales n'ont pas eu la prétention d'un traitement exhaustif du sujet.

¹ Rapport du sénateur Paul Blanc (mai 2011), rapport des sénatrices Claire-Lise Champion et Isabelle Debré (4 juillet 2012), rapport des inspections générales de l'éducation nationale (IGEN) et de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) de juillet 2012.

² Lettre du ministre de l'éducation nationale, de la ministre des affaires sociales et de la santé, de la ministre déléguée chargée de la réussite éducative et de la ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, en date du 19 juillet 2012. Ce document est joint en annexe.

1. Le cadre normatif³

- **Un dispositif antérieur à la loi du 11 février 2005**

Si la prescription de l'aide humaine apportée à l'élève en situation de handicap se situe désormais dans le **cadre établi par la loi n° 2005-102** du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées le principe de cette aide et ses modalités de mise en œuvre résultent principalement des dispositions de la loi n° 2003-400 du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation⁴. Celle-ci crée le statut d'assistant d'éducation et définit, parmi les missions qui peuvent être confiées à ces personnels, celle « **d'aide à l'accueil et à l'intégration scolaires des enfants handicapés** ». Il s'agissait de mettre un terme à la diversité des dispositifs antérieurs (aides éducateurs, personnels associatifs, etc.) et de préciser les conditions d'exercice de cette mission.

« [...] Lorsque la commission départementale de l'éducation spéciale constate qu'un enfant peut être scolarisé dans une classe de l'enseignement public ou d'un établissement visé au 3° de l'article L. 351-1 à condition de bénéficier d'une aide individuelle dont elle détermine la quotité horaire, cette aide peut être apportée par un assistant d'éducation recruté conformément au sixième alinéa de l'article L. 916-1.

[...] Les assistants d'éducation affectés aux missions d'aide à l'accueil et à l'intégration scolaires des enfants handicapés sont recrutés par l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale.

*Ces assistants d'éducation bénéficient d'une formation spécifique leur permettant de répondre aux besoins particuliers des élèves qui leur sont confiés. »
(Loi du 30 avril 2003 – article 2)*

Ces dispositions figurent à l'article L. 351-3 du code de l'éducation, avec les ajustements apportés par la loi de 2005⁵ et le décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012⁶.

La loi du 30 avril 2003 avait été mise en œuvre à travers la circulaire interministérielle n° 2003-093 du 11 juin 2003 qui définissait à la fois les modalités d'attribution et les missions des auxiliaires de vie scolaire (AVS). Ce texte installe le rôle de l'AVS dans un mode de fonctionnement qui n'est pas très éloigné de ce qui est observé aujourd'hui. En particulier, elle évoque le rôle du directeur d'école (ou du chef d'établissement) et de l'équipe éducative ; elle précise qu'il « appartient à la commission compétente de veiller à l'élaboration du projet individualisé de l'élève et d'en assurer le suivi et la régulation » et que c'est dans ce cadre que doit être examinée l'opportunité de l'affectation d'un AVS ; elle définit également les conditions d'attribution de l'aide humaine et en pose les limites.

³ Ce chapitre ne prétend pas à l'exhaustivité. En revanche, les rédacteurs ont souhaité porter ici les textes nécessaires à l'analyse du problème posé à travers ce rapport. Au delà des textes strictement normatifs, il a semblé intéressant de se référer également à quelques circulaires significatives.

⁴ Cette loi a une portée beaucoup plus large puisque elle vise avant tout à regrouper les anciens surveillants (maîtres d'internat et surveillant d'externats) et les aides-éducateurs dans un cadre contractuel unique.

⁵ L'aide individuelle n'est évoquée qu'à l'article 21, essentiellement pour adapter le texte au changement de l'instance de décision.

⁶ Ce décret introduit l'aide mutualisée qui sera examinée plus loin.

« L'attribution d'un AVS à un élève peut être envisagée – quelle que soit la nature de son handicap et quel que soit le niveau d'enseignement – dès lors qu'un examen approfondi de sa situation fait apparaître le besoin, pour une durée déterminée, d'une aide humaine apportée dans le cadre de la vie scolaire quotidienne, en vue d'optimiser son autonomie dans les apprentissages, de faciliter sa participation aux activités collectives et aux relations interindividuelles et d'assurer son installation dans les conditions optimales de sécurité et de confort.

Il faut rappeler cependant que si la présence de l'AVS est utile dans certains cas, elle ne saurait être considérée comme une condition de la scolarisation. De même, elle n'a besoin d'être permanente que dans de rares situations. Le plus souvent, l'intervention de l'AVS n'est nécessaire que sur une partie du temps scolaire. Dans tous les cas, la décision d'attribution d'un AVS, ainsi que la détermination de la quotité de temps nécessaire, relèvent de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES), au titre des mesures d'éducation spéciale qui sont à prévoir dans le cadre du projet individualisé. »

Elle induit cependant un principe de « demande » dont l'école est à l'origine⁷ :

« Lorsque le directeur d'école ou le chef d'établissement reçoit les parents en vue de l'admission de l'élève, il examine avec l'équipe éducative les conditions d'accueil et en informe la commission de circonscription préscolaire et élémentaire (CCPE) ou la commission de circonscription du second degré (CCSD), selon les cas.

C'est dans le cadre de l'élaboration du projet individualisé de l'élève, qu'il appartient à la CCPE ou à la CCSD, d'envisager le cas échéant la pertinence d'un accompagnement par un AVS et de procéder, si besoin, à une instruction de cette demande. »

Les circulaires successives préciseront et tenteront de réguler le dispositif. On peut citer :

- la circulaire n° 2004-117 dresse un premier bilan, constate l'augmentation rapide du nombre d'AVS (plus de 6 000) et préconise la mise en place d'un « coordonnateur » départemental pour gérer le recrutement et l'affectation de ces personnels ;
- la circulaire n° 2008-100 du 24 juillet 2008⁸ présente des mesures destinées à la formation des personnels concernés et propose en annexe 3 un référentiel de compétences de « l'accompagnement de la scolarisation des élèves handicapés » ;
- la circulaire n° 2010-139 du 31 août 2010 qui met en place la possibilité de recrutement par les associations d'AVS en fin de contrat⁹.

• **Des prescriptions formulées dans le cadre établi en application de la loi de 2005**

Si l'attribution d'une aide humaine à l'élève en situation de handicap ne fait pas l'objet d'un développement spécifique dans le texte de la loi du 11 février 2005¹⁰, elle s'inscrit dans ses principes généraux.

⁷ Les inspections générales constatent que les principes de fonctionnement induits par cette circulaire restent présents dans l'esprit des acteurs locaux (en particulier dans les écoles).

⁸ Cette circulaire prend acte de la présence de personnels en contrat aidé qui sont recrutés en complément des assistants d'éducation (« emplois vie scolaire » / EVS).

⁹ Ouverte par le décret n° 2009-993 du 20 août 2009.

¹⁰ Elle n'est évoquée qu'à travers les ajustements formulés dans l'article 21.

« 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 nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, [...] » (Article 11).

Le droit à la compensation est traduit à travers un **« plan de compensation »**. Celui-ci permet de proposer à la personne handicapée un ensemble de mesures coordonnées répondant à ses besoins et prenant en compte son **projet de vie**.

« Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. » (Article 11).

La mise en œuvre de ce droit a été confiée aux **maisons départementales des personnes handicapées** (MDPH). Dans ce cadre, les mesures proposées dans le plan de compensation font l'objet de décisions prises par une commission, **la commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée** (CDAPH).

« Une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prend, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8, des souhaits exprimés par la personne handicapée ou son représentant légal dans son projet de vie et du plan de compensation proposé dans les conditions prévues aux articles L. 114-1 et L. 146-8, les décisions relatives à l'ensemble des droits de cette personne, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation, [...] » (Article 64).

Ces décisions s'appuient sur l'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée réalisée par **une équipe pluridisciplinaire** qui propose le plan personnalisé de compensation.

« Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. Elle entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents lorsqu'elle est mineure, ou son représentant légal. Dès lors qu'il est capable de discernement, l'enfant handicapé lui-même est entendu par l'équipe pluridisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire se rend sur le lieu de vie de la personne soit sur sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée. Lors de l'évaluation, la personne handicapée, ses parents ou son représentant légal peuvent être assistés par une personne de leur choix. La composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente. » (Article 64)

- **Dans le domaine scolaire, une démarche induite par la loi**

L'article 19 de la loi du 11 février 2005 définit un droit de l'enfant et de l'adolescent handicapés à bénéficier d'une scolarité en milieu ordinaire et **un devoir pour l'État de mettre en place les moyens financiers nécessaires.**

« Dans ses domaines de compétence, l'État met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés. »

Pour que ce droit à un « parcours de formation » puisse être mis en œuvre, la loi prévoit une démarche reposant sur **l'évaluation des besoins** de l'élève concerné :

« Afin que lui soit assuré un parcours de formation adapté, chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé a droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en œuvre.

Dans le cadre de ce parcours, selon une périodicité adaptée à sa situation. Cette évaluation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Les parents ou le représentant légal de l'enfant sont obligatoirement invités à s'exprimer à cette occasion ». (Article 19).

Sur la base de cette évaluation, un **projet personnalisé de scolarisation (PPS)** doit être élaboré qui permet de préciser les objectifs et les modalités de la formation, mais aussi les aménagements et les moyens à mettre en œuvre.

« En fonction des résultats de l'évaluation, il est proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire. » (Article 19).

Le projet personnalisé de scolarisation est un élément de compensation et il doit s'articuler avec les autres composantes de ce plan.

Le projet personnalisé de scolarisation constitue un élément du plan de compensation visé à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Il propose des modalités de déroulement de la scolarité coordonnées avec les mesures permettant l'accompagnement de celle-ci figurant dans le plan de compensation. » (Article 19)

Enfin, **une équipe de suivi de la scolarisation** a pour tâche de dresser régulièrement un bilan du projet personnalisé de scolarisation et des mesures prises pour sa réalisation. Elle regroupe l'ensemble des personnes concernées par la scolarisation de l'élève en situation de handicap.

« Des équipes de suivi de la scolarisation sont créées dans chaque département. Elles assurent le suivi des décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, prises au titre du 2° de l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles.

Ces équipes comprennent l'ensemble des personnes qui concourent à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation et en particulier le ou les enseignants qui ont en charge l'enfant ou l'adolescent.

Elles peuvent, avec l'accord de ses parents ou de son représentant légal, proposer à la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles toute révision de l'orientation d'un enfant ou d'un adolescent qu'elles jugeraient utile. » (Article 19).

La mise en œuvre de cette démarche a été organisée par le décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 *relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap*, en particulier, en confiant un rôle central à un enseignant « référent » qui a la responsabilité d'assurer le lien entre les divers acteurs du projet de scolarisation.

« Article 9. – Un enseignant titulaire du certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap ou du certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap exerce les fonctions de référent auprès de chacun des élèves handicapés du département afin d'assurer, sur l'ensemble du parcours de formation, la permanence des relations avec l'élève, ses parents ou son représentant légal, s'il est mineur. Cet enseignant est chargé de réunir l'équipe de suivi de la scolarisation pour chacun des élèves handicapés dont il est le référent. Il favorise la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation. »

« Article 11 – Les modalités de concours aux missions de la maison départementale des personnes handicapées des enseignants exerçant les fonctions de référents pour la scolarisation des élèves handicapés sont fixées par la convention constitutive du groupement d'intérêt public « maison départementale des personnes handicapées », mentionné à l'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des famille ; ces enseignants contribuent, sur leur secteur d'intervention, à l'accueil et à l'information de l'élève, ou de ses parents ou de son représentant légal, lors de son inscription dans une école ou un établissement scolaire. Ils organisent les réunions des équipes de suivi de la scolarisation et transmettent les bilans réalisés à l'élève majeur, ou à ses parents ou son représentant légal ainsi qu'à l'équipe pluridisciplinaire. Ils contribuent à l'évaluation conduite par cette même équipe pluridisciplinaire, ainsi qu'à l'élaboration du projet personnalisé de scolarisation. »

- **Une cohérence nécessaire au niveau national**

S'il appartient à chaque MDPH de s'organiser pour répondre aux besoins de la population handicapée du département concerné, la loi de 2005 impose une équité et une cohérence au niveau national. Ce rôle est avant tout celui de l'État qui *« est **garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire** et définit des objectifs pluriannuels d'actions. »*

Toutefois cette mission est, en partie, déléguée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

« La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour missions : [...]

2° d'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ;

3° d'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;

[...] 6° d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ;

7° de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées ; » (loi du 11 février 2005 - article 56).

À cette fin, l'État conclut avec la CNSA « une convention d'objectifs et de gestion ».

Dans le même esprit, un système de traitement de l'information est mis en place de manière à permettre la remontée et l'exploitation statistique des données.

« Dans le cadre d'un système d'information organisé par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les maisons départementales des personnes handicapées transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, outre les données mentionnées à l'article L. 146-3, des données :

– relatives à leur activité, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises ;

– relatives à l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie – relatives aux caractéristiques des personnes concernées ;

(Loi du 11 février 2005 - Article 88).

Le décret n° 2008-110 du 6 février 2008 et l'arrêté établit le principe d'un guide d'évaluation des besoins de compensation. Cet outil est publié en annexe de l'arrêté du 6 février 2008¹¹. Enfin, l'arrêté du 13 septembre 2010 complète ce dispositif en prescrivant une remontée mensuelle d'information (le 10 de chaque mois) des MDPH vers la CNSA à partir d'une nomenclature commune¹².

– Une évolution récente : la distinction entre l'aide individuelle et l'aide mutualisée

Le décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012 prend en considération la diversité des situations de handicap et distingue les élèves qui « requièrent une attention soutenue et continue » et ceux qui n'ont pas besoin d'une telle présence. Pour les premiers, le texte prévoit une aide individuelle, pour les autres une aide « mutualisée ». L'aide mutualisée est attribuée sans quotité horaire prédéfinie et l'assistant d'éducation qui en est chargé a la responsabilité de l'accompagnement de plusieurs élèves.

¹¹ Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles.

¹² La nomenclature de l'arrêté de 2010 reprend celle qui accompagnait le guide d'évaluation de 2008, mais l'étend à d'autres données.

Cette possibilité ouverte par le décret n'est évidemment pas sans conséquences sur la prescription et sur sa mise en œuvre.

2. État des lieux

2.1. Les données

Les observations rapportées dans ce chapitre reposent sur **les données recueillies auprès de deux directions du ministère de l'éducation nationale**, la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) et la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP)¹³. Elles permettent de dresser un état des lieux exhaustif (la totalité des départements) et suivi sur plusieurs années scolaires (de 2006-2007 à 2011-2012). Les informations fournies par la CNSA¹⁴ (et issues des prescripteurs que sont les MDPH), si elles ne présentent pas la même exhaustivité, confirment les conclusions des inspections générales.

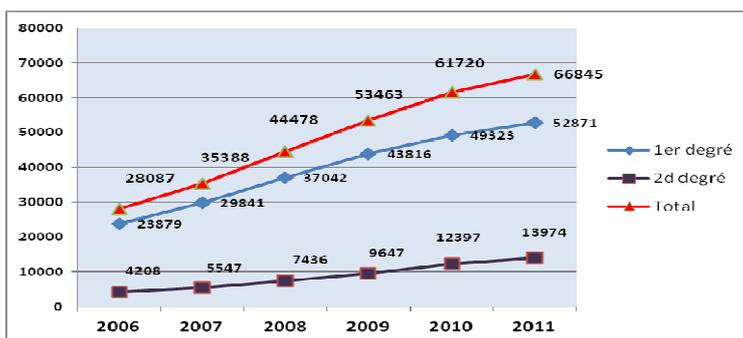
L'analyse de ces données conduit à mieux cerner les deux faits déjà mis en évidence dans les rapports publiés ces dernières années¹⁵ :

- **la croissance rapide et continue de l'aide individuelle apportée aux élèves en situation de handicap ;**
- **l'hétérogénéité des prescriptions d'un département à l'autre.**

2.1.1. Une croissance rapide et continue

Le nombre d'élèves bénéficiant d'une aide humaine a plus que doublé entre 2006 et 2011 (+ 138 %). Cette progression concerne tous les niveaux d'enseignement. Si cet accompagnement a été étendu à 29 000 élèves supplémentaires en primaire depuis 2006, l'effectif bénéficiaire a triplé dans le second degré au cours de la même période (+ 221 %).

Évolution du nombre d'élèves accompagnés dans le premier et le second degré¹⁶



¹³ La totalité des chiffres utilisés reposent sur les enquêtes réalisées par la DGESCO dont la source est la remontée des informations rassemblées par les enseignants référents et regroupées au niveau départemental). La DEPP assume le traitement et la validation des données qui font l'objet de publication.

¹⁴ La caisse nationale et de l'autonomie (CNSA), malgré la qualité des informations qu'elle fournit, ne dispose pas encore d'une remontée exhaustive et homogène des données nécessaires, faute de l'installation complète du système prévu à l'article 88 de la loi du 11 février 2005.

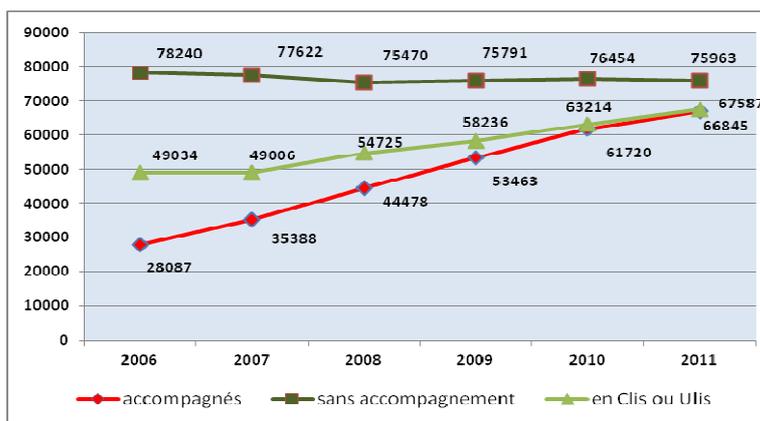
¹⁵ On peut, par exemple se reporter au chapitre 3.2 du rapport des inspections générales de l'éducation nationale (IGEN) et de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) de juillet 2012.

¹⁶ Données issues de *Repères et références statistiques 2007 à 2012* (ministère de l'éducation nationale – DEPP).

Si on observe une croissance quasi linéaire depuis 2006 (avec un léger fléchissement toutefois à la rentrée 2011), il faut rappeler que **cette évolution était engagée antérieurement à la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005** et qu'elle était déjà constatée dans la circulaire de 2004¹⁷.

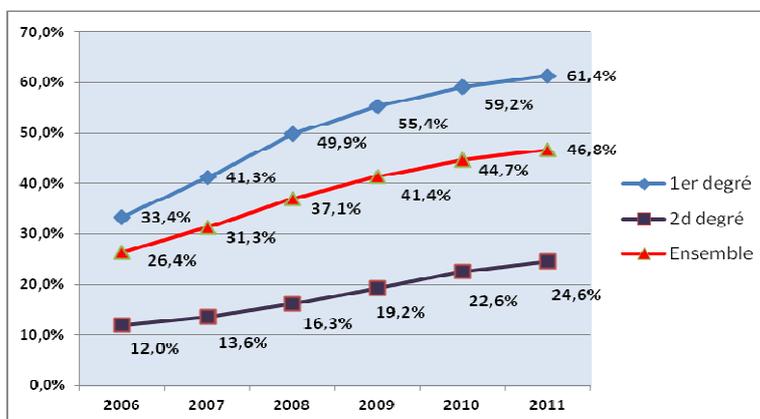
L'appui d'une aide individuelle est **la modalité de scolarisation qui a le plus progressé** au cours de ces dernières années (+ 38 758, soit + 138 %) alors que l'augmentation du nombre de bénéficiaires d'un dispositif collectif (CLIS ou ULIS), bien que significative, n'est « que » de 38 % (+ 18 553 élèves) et que **l'effectif scolarisé sans dispositif ni accompagnement est aujourd'hui moins nombreux qu'en 2006** (– 2 277).

Évolution du mode de scolarisation des élèves en situation de handicap¹⁸



Ainsi, le graphique ci-dessous met en évidence que la part des élèves « accompagnés » a très fortement augmenté parmi les élèves en situation de handicap scolarisés hors dispositif, dans le premier comme dans le second degré : **ce sont désormais six élèves sur dix en primaire et un sur quatre dans le secondaire qui reçoivent le soutien d'une aide individuelle**. Cette baisse du nombre d'élèves reconnus en situation de handicap et scolarisés sans aucune aide supplémentaire, donc avec une autonomie complète justifierait une étude spécifique qui sort du cadre de ce rapport.

Part des élèves accompagnés parmi ceux qui sont scolarisés hors CLIS ou ULIS¹⁹



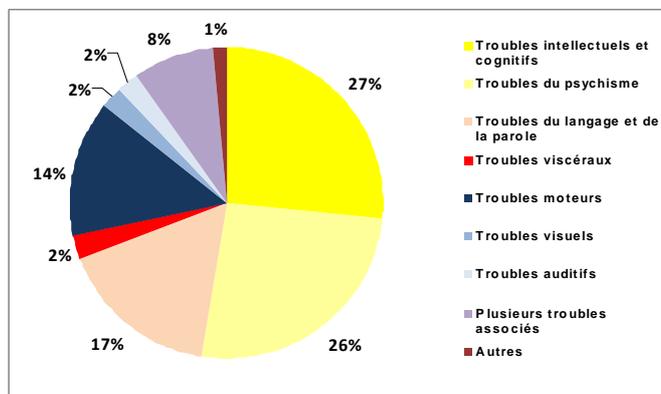
¹⁷ Circulaire n° 2004-117, déjà citée.

¹⁸ Données issues de *Repères et références statistiques 2007 à 2012* (RERS).

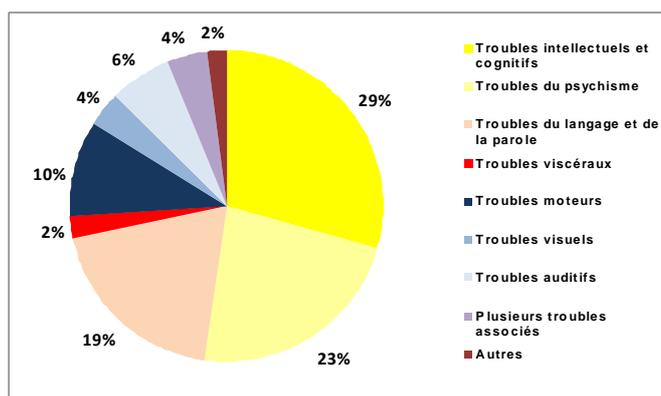
¹⁹ Taux obtenu à partir des données recueillies dans RERS 2007 à 2012.

Quand on prend en compte l'origine du handicap, on relève que les élèves bénéficiant d'une aide humaine ne sont pas, sur ce point, très différents de ceux qui sont scolarisés en classe ordinaire sans accompagnement individuel. On observe seulement que les élèves porteurs de handicap moteur ou de handicap psychique sont un peu plus nombreux.

Répartition des élèves accompagnés, en fonction du type de trouble²⁰



Répartition des élèves scolarisés en classe ordinaire et non accompagnés²¹



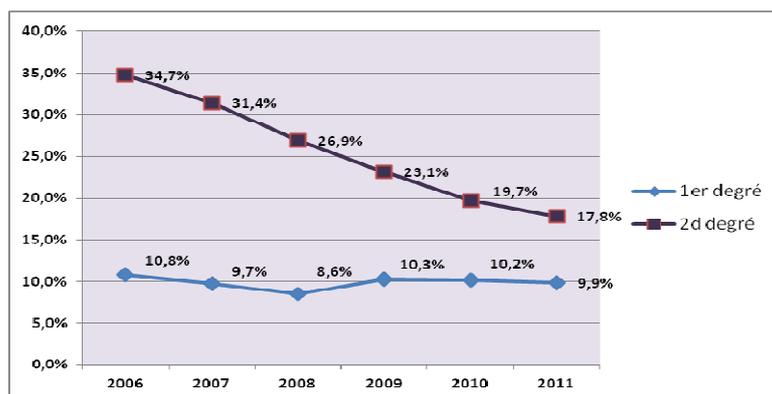
Si le nombre d'élèves bénéficiaires d'une aide individuelle a très fortement augmenté, **les nouvelles prescriptions se sont majoritairement orientées vers des accompagnements à temps partiel**. Si en valeur absolue le nombre d'élèves aidés à temps plein est passé de 4 050 à 7 702 entre 2006 et 2011, son poids parmi les élèves accompagnés a nettement fléchi (11,5 % en 2011 contre 14,4 % en 2006). Sur ce point, on observe une différence importante entre le premier et le second degré. En primaire, la part des aides individuelles à plein temps est restée à peu près stable autour d'un pourcentage de 10 % d'élèves nécessitant une présence continue.

À l'inverse, ce taux a baissé régulièrement dans le second degré (de 34,7 % à 17,8 %) même si, en valeur absolue, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 1 031 élèves.

²⁰ Données issues de RERS 2012 (DEPP).

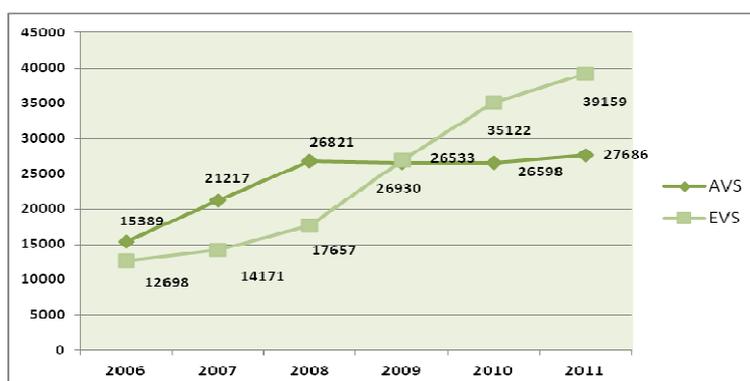
²¹ Données issues de RERS 2012 (DEPP).

Part des élèves accompagnés à temps plein (parmi l'ensemble des élèves aidés)²²



Si les questions statutaires ne font pas l'objet du présent rapport, il est néanmoins important de souligner qu'une grande partie de l'augmentation des aides humaines apportées aux élèves en situation de handicap a reposé sur le recrutement massif de personnels en « contrats aidés »²³. Depuis 2009, ils ont en charge la majorité des accompagnements.

Évolution comparée du nombre d'élèves aidés par des assistants d'éducation « AVS » et des emplois vie scolaire « EVS »²⁴



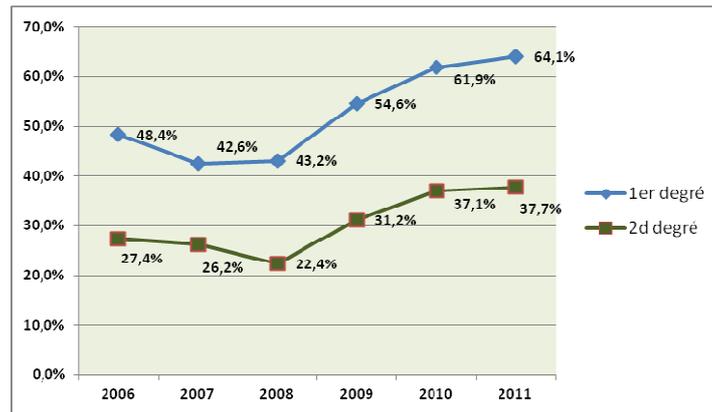
Le recours à ces personnels est beaucoup plus fréquent dans le premier degré que dans les lycées et collèges où se concentrent une majorité d'aides confiées à des assistants d'éducation.

²² Taux calculés à partir des données recueillies dans RERS 2007 à 2012.

²³ Contrat unique d'insertion depuis la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 le décret n° 2009-1442 du 25 novembre 2009.

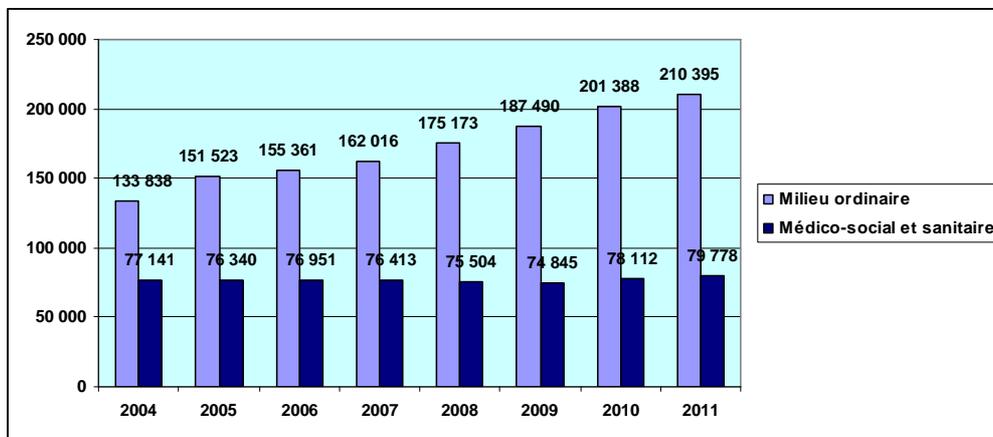
²⁴ Graphique construit à partir des données recueillies dans RERS 2007 à 2012.

Évolution de la part des EVS dans le premier et le second degré²⁵



Une dernière observation doit être mise en regard des évolutions observées ces dernières années : **l'augmentation globale de la population scolaire en situation de handicap**. Si elle résulte, en partie, de l'effort consenti pour scolariser en milieu ordinaire des élèves qui ne l'étaient pas auparavant, elle est aussi le résultat d'une extension de la reconnaissance de handicap pour des élèves dont les difficultés n'étaient pas antérieurement considérées comme telles. Ainsi, le diagramme ci-dessous permet de constater que la progression du nombre d'élèves en situation de handicap n'a pas conduit à une baisse des effectifs accueillis dans les IME et les ITEP, bien au contraire²⁶.

Évolution depuis 2004 du nombre d'élèves en situation de handicap en milieu ordinaire et en établissement médico-social ou sanitaire²⁷



2.1.2. Des différences importantes d'un département à l'autre

Cette hétérogénéité, mise en évidence par tous les acteurs²⁸, apparaît à travers l'ensemble des données exploitées.

²⁵ Données fournies par la DGESCO

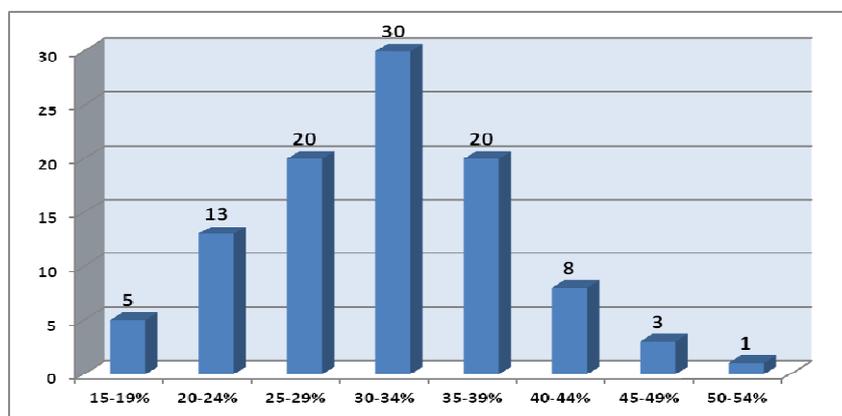
²⁶ En supprimant les doubles comptes dus à certaines scolarités partagées, l'augmentation globale est de 72 062 élèves en situation de handicap depuis 2004.

²⁷ RERS 2007 à 2012, déjà cité.

²⁸ Cela est apparu très fortement au cours de la récente concertation nationale pour la refondation de l'école. Un consensus a pu être relevé sur ce point avec une forte demande de normes nationales.

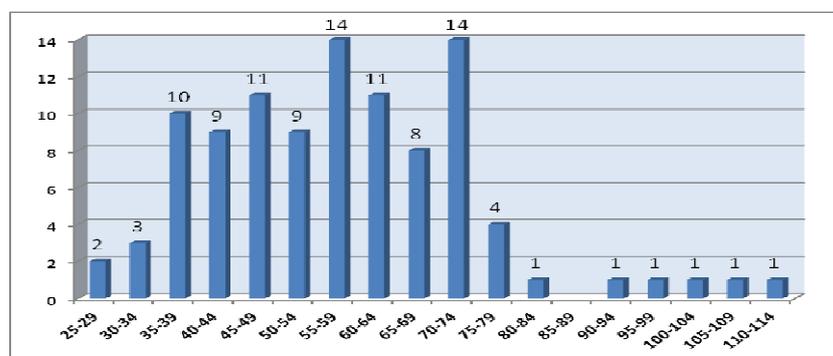
La part des élèves handicapés et scolarisés en milieu ordinaire bénéficiant d'une aide individuelle **peut varier de 17 à 53 %²⁹ d'un département à l'autre**. Le nombre d'heures d'accompagnement hebdomadaire rapporté à la même population varie de 2,6 à 7,6.

Distribution des départements en fonction du pourcentage des élèves handicapés bénéficiant d'un accompagnement humain (premier et second degrés) – 2011-2012³⁰



On retrouve des écarts aussi importants lorsqu'on se réfère à l'ensemble de la population scolaire : sur une population de 10 000 élèves, de 26 à 111 élèves bénéficient d'une aide individuelle en fonction du département.

Distribution des départements en fonction du pourcentage de la population scolaire totale bénéficiant d'un accompagnement humain (premier et second degrés) – 2011-2012³¹



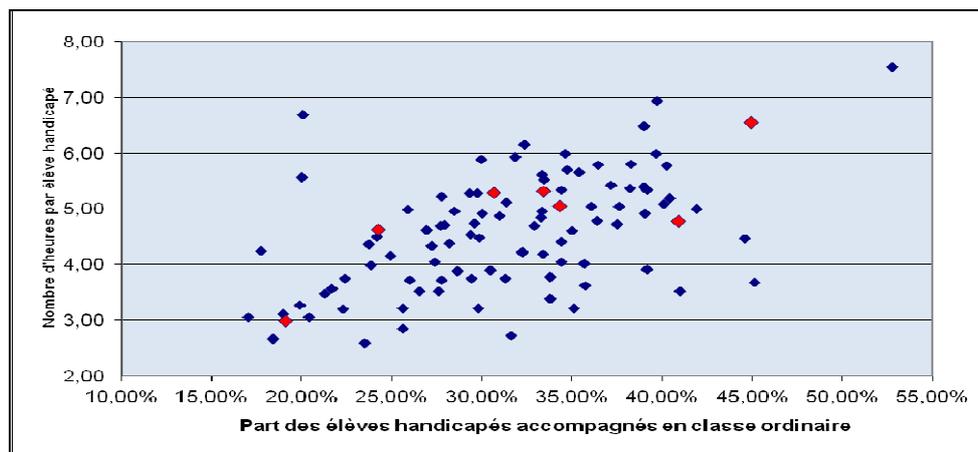
Un examen plus fin de la situation des départements en combinant plusieurs indicateurs amène à percevoir des choix correspondant à des stratégies différentes : par exemple, en rapprochant le nombre d'élèves accompagnés du volume distribué, on relève que certains départements engagent un fort volume horaire sur beaucoup d'élèves, que d'autres concentrent leurs moyens sur peu de bénéficiaires ou que d'autres encore prescrivent beaucoup moins en volume comme en nombre.

²⁹ Données 2011-2012 non publiées recueillies auprès de la DEPP.

³⁰ Données 2011-2012 non publiées recueillies auprès de la DEPP.

³¹ Données 2011-2012 non publiées recueillies auprès de la DEPP.

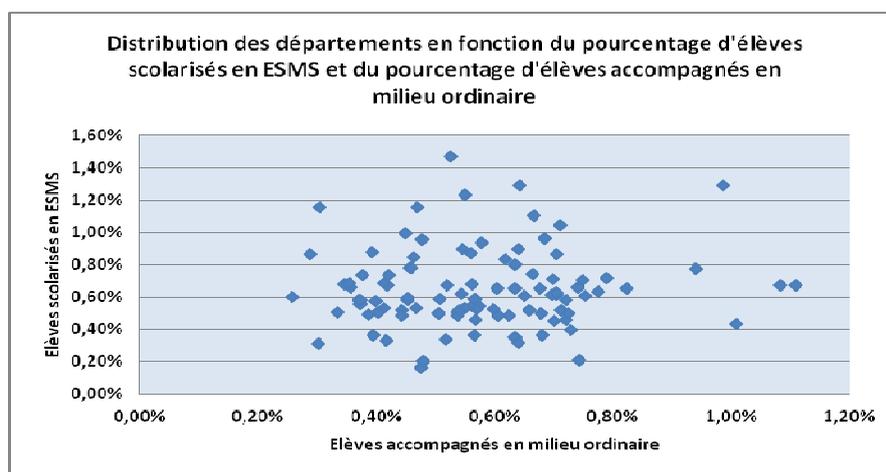
Distribution des départements en fonction du nombre d'heures attribuées et du pourcentage d'élèves accompagnés rapportés aux élèves scolarisés en situation de handicap - 2011-2012³²



Les repères rouges indiquent des départements visités au cours de la mission

De même, la proportion d'élèves reconnus handicapés peut être de 1,64 % dans un département alors qu'elle sera de 3,50 % dans un autre, soit plus du double³³ sans qu'aucun élément de contexte social ou sanitaire ne puisse justifier de telles disparités. Certains interlocuteurs soulignent que l'on peut « être considéré comme handicapé dans un département, alors qu'on ne le sera plus en déménageant dans le département voisin ».

Une enquête récente menée par la CNSA (annexe 3) à partir d'un échantillon de MDPH confirme ces disparités d'un département à l'autre. Cette enquête n'a pu montrer de liens entre taux de handicaps, taux d'équipement en ESMS, en CLIS ou en ULIS. La prescription d'aide individualisée « par défaut » souvent évoquée mériterait cependant une étude particulière.



³² Données 2011-2012 non publiées recueillies auprès de la DEPP.

³³ En prenant en compte tous les modes de scolarisation (y compris en établissement médico-social ou sanitaire).

De manière plus précise, les deux tableaux ci-dessous présentent la diversité des profils départementaux que l'on peut relever à travers l'exemple des départements visités.

Dép	Pourcentage d'élèves en situation de handicap ³⁴				
	par rapport aux élèves scolarisés en milieu ordinaire			par rapport à l'ensemble des élèves (y compris ESMS)	
	1 ^{er} degré	2 nd degré	Ensemble	ESMS ³⁵	Total
A	2,11%	1,48%	1,82%	0,52%	2,33%
B	2,03%	1,34%	1,72%	0,64%	2,35%
C	2,26%	1,45%	1,92%	1,29%	3,19%
D	1,59%	1,04%	1,35%	0,60%	1,94%
E	2,23%	1,81%	2,08%	0,52%	2,59%
F	3,48%	2,38%	3,01%	0,44%	3,44%
G	2,96%	2,27%	2,65%	0,67%	3,30%
H	1,40%	1,07%	1,26%	0,49%	1,75%

Dép	Pourcentage d'élèves accompagnés				Heures d'accompagnement (/élève handicapé)
	par rapport aux élèves en situation de handicap			% Ensemble des élèves	
	1 ^{er} degré	2 nd degré	Ensemble		
A	32,97%	9,73%	24,28%	0,44%	4,63
B	52,80%	30,34%	44,95%	0,78%	6,55
C	39,07%	23,08%	33,44%	0,64%	5,32
D	24,97%	8,67%	19,10%	0,26%	2,98
E	46,89%	15,52%	34,32%	0,71%	5,04
F	38,17%	25,41%	33,49%	1,01%	5,32
G	40,43%	41,64%	40,89%	1,08%	4,77
H	38,55%	15,62%	30,64%	0,39%	5,29

Les écarts sont importants et, à partir de l'ensemble des critères, on perçoit **des profils très différents** : par exemple, le département « D » prescrit moins que les autres, quel que soit le critère. À l'inverse, les départements « B », « F » et « G » peuvent apparaître beaucoup plus « prescripteurs », mais ils le sont pour des raisons différentes : « F » est celui qui reconnaît le plus de situations de handicap (3,44 %) mais n'est pas celui qui accompagne la plus forte proportion de ces élèves, contrairement à « B » qui concentre beaucoup d'aides sur une part importante de la population en situation de handicap (plus de 50 % en primaire) mais celle-ci ne représente qu'une part moyenne de l'ensemble du public scolaire, alors que « G » est celui qui accompagne le plus grand nombre d'élèves... « G » est par ailleurs le seul à avoir un plus fort taux d'accompagnement dans le secondaire que dans le primaire.

³⁴ Les données qui ont été utilisées (non publiées) ont été fournies par la DEPP et la DGESCO. Les valeurs les plus significatives ont été surlignées.

³⁵ Établissements sanitaires et médico-sociaux.

2.2. Les observations

2.2.1. *Les procédures*

Si les données recueillies témoignent d'une forte hétérogénéité des décisions d'un département à l'autre, les visites effectuées révèlent **une toute aussi grande diversité des fonctionnements et des organisations des MDPH**, qu'il s'agisse de l'organigramme, de l'examen des dossiers, de la relation aux parents ou des modalités de la prise de décision. Dans tel département, la CDAPH se réunit sans aucun document et sans ordre du jour connu des membres et les quelques cas examinés sont présentés de manière anonyme ; dans tel autre, tous les dossiers sont étudiés en séance et chaque membre dispose d'un listing nominatif. Ici, on réunit des commissions restreintes ou spéciales, ailleurs on multiplie les séances plénières.

Toutefois, à travers cette diversité, apparaissent **des traits communs** (ou très majoritaires) que l'on retrouve d'un département à l'autre, des difficultés et des interrogations partagées, mais aussi, une démarche générale, **un processus** que l'on retrouve avec des variantes, sur l'ensemble du territoire. On relève partout une trame et des étapes dans le processus de prescription qui relèvent de l'application des textes en vigueur, mais aussi d'usages qui se sont imposés dans l'ensemble des départements.



On peut distinguer quatre phases :

- la demande
- l'évaluation
- la décision
- la mise en œuvre

A - La demande

- **Le point de départ de la démarche est, en général, la réunion d'une « équipe éducative ».**

Pour les premières saisines de la MDPH, c'est souvent à l'initiative des enseignants qu'une équipe éducative est réunie par le directeur de l'école, conformément à l'article 5 du décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap pour faire avec la famille un bilan de la situation de leur enfant lorsque celle-ci

semble justifier une évaluation en vue de la réalisation d'un projet personnalisé de scolarisation. À ce stade est souvent exprimée l'attente d'une aide humaine par les enseignants.

- **Conformément aux dispositions de la loi de 2005, c'est la famille qui saisit la MDPH, lorsqu'elle veut faire reconnaître les droits de l'enfant handicapé.**

Dans tous les départements, les parents remplissent un dossier qui comporte un formulaire national (CERFA n°13788*01)³⁶ : y apparaissent, entre autres, une page pour l'expression des « *attentes et besoins de la personne concernée (projet de vie)* » et deux pages permettant de préciser la demande avec diverses rubriques dont l'une porte sur la scolarisation : « *D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social* ». L'aide humaine n'est pas indiquée dans cette rubrique, mais seulement dans la notice explicative (où elle est évoquée comme une possibilité)³⁷. Les parents doivent remplir intégralement le formulaire avec diverses pièces dont un certificat médical. En général, ils ont à joindre un bilan scolaire qui se traduit souvent par un feuillet de renseignements scolaires conçu par l'éducation nationale.

Les familles doivent en principe retirer le dossier directement auprès de la MDPH³⁸.

La démarche de dématérialisation des dossiers de demande des usagers est envisagée dans plusieurs MDPH visitées.

- **Un rôle est essentiel dans cette phase : celui des enseignants référents.**

Ils informent les parents de leurs droits, leur indiquent les démarches à accomplir et les accompagnent, si besoin est, dans l'élaboration du dossier. De même, ils sont souvent présents aux équipes éducatives qui ont conduit à engager la démarche et ils peuvent aussi aider à formaliser le bilan scolaire. Selon certains interlocuteurs, les référents soutiennent parfois, dans ce cadre, la demande d'auxiliaire de vie scolaire exprimée par les parents et les enseignants.

- **Des formulaires de demandes d'AVS sont parfois joints au dossier.**

Si l'aide individuelle ne figure pas explicitement sur le formulaire CERFA (elle est seulement évoquée sur la notice explicative), les services de l'éducation nationale de certains départements ont conçu un formulaire de demande d'AVS³⁹. Dans un cas (isolé), la MDPH considère que la demande d'AVS doit être explicite : « *on ne peut accorder une prestation que si elle est demandée.* » Dans un autre cas *a contrario*, la MDPH estime qu'il n'y a que les demandes de parcours de scolarisation qui sont recevables et pas les demandes d'aide humaine ; elle ne les comptabilise pas.

³⁶ L'usage de ce formulaire unique (pour les enfants et les adultes handicapés) est établi par l'arrêté du 14 janvier 2009.

³⁷ Notice CERFA n°51299*01. Par ailleurs, figure dans un autre cadre l'aide humaine apportée dans le cadre de la demande de prestation de compensation (PCH).

³⁸ Des variantes existent : les dossiers sont retirés soit auprès d'antennes du conseil général, véritables guichets multiservices où l'utilisateur peut s'adresser pour l'ensemble des prestations départementales, soit auprès d'antennes locales de la MDPH.

³⁹ Toutefois, dans un cas au moins, celui-ci est assorti d'un document destiné à privilégier le traitement interne des difficultés en amont de la demande.

- **Le caractère variable des éléments scolaires fournis rend nécessaire la mise en place d'un outil de référence.**

Des documents de type et de qualité très divers (« grille d'autonomie », fiche succincte d'indication de niveau, fiche de renseignements scolaires en référence au *socle commun de connaissances et de compétences* et aux programmes, etc.)⁴⁰ constituent la partie scolaire du dossier demandé par la MDPH. Ces éléments se concluent souvent par une demande d'AVS, allant jusqu'à une indication de quotité dont on ne perçoit que très rarement la corrélation avec la description des faits. Pour beaucoup d'interlocuteurs, le recours à un outil commun de référence est souhaitable. Le dispositif GEVASCO⁴¹ devrait permettre de répondre à ce besoin.

- **L'avis médical fait partie des documents requis.**

Le bilan médical est réalisé par le médecin traitant qui suit l'enfant. Plusieurs médecins coordonnateurs, dans les MDPH, soulignent l'insuffisance de certains bilans médicaux réalisés, à la demande des parents, par des généralistes privés qui n'ont pas de connaissance spécifique de la pathologie concernée et qui ont parfois du mal à procéder au codage correspondant. **Il serait nécessaire qu'un certificat médical étayé accompagne le dispositif GEVASCO.**

- **Des tentatives de maîtrise de la demande en amont.**

Dans deux départements visités, par exemple, pour faire en sorte que la demande ne s'exprime qu'après réflexion, il a été établi que le dossier de première demande n'était constitué qu'après deux équipes éducatives : la première vise à mettre en place des solutions internes à l'école ; la seconde, au moins six semaines après, permet le cas échéant de préparer la saisine de la MDPH.

B - L'évaluation

Celle-ci est de la responsabilité de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE). Leur fonctionnement varie de manière sensible d'un département à l'autre, au moins par trois aspects :

- **L'organisation générale des équipes pluridisciplinaires d'évaluation :** spécialisées selon la distinction adulte/enfant, selon le trouble, selon le secteur géographique, etc. ;
- **Leur composition et leur fonctionnement :** les types d'intervenants et notamment le rôle des enseignants référents (du rôle porte-parole de l'école et des parents à celui d'expert) ;
- **Les critères d'évaluation :** de l'absence de critères à des outils proches de *GEVASCO*.

⁴⁰ Au cours de la mission accomplie en 2011-2012 sur *La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale*, les inspecteurs généraux avaient déjà constaté l'extrême diversité des outils utilisés pour dresser un bilan « pédagogique » de la situation des élèves en situation de handicap.

⁴¹ Outil d'aide à l'évaluation et à la décision élaboré par la CNSA et la DGESCO (travail conduit à partir de 2010 et achevé en 2012). Son usage reste limité à quelques départements dans l'attente de sa généralisation.

- **L'organisation des équipes pluridisciplinaires est un des points sur lesquels la diversité est la plus marquée.**

Dans un département, ont été constituées huit équipes « enfants » : six « géographiques », une pour les handicapés moteurs et les polyhandicapés, une dernière pour les troubles sensoriels et les TSL. Dans un autre, les équipes pluridisciplinaires d'évaluation sont organisées par secteur d'habitation : Les deux référents de scolarisation ont chacun quatre équipes qui correspondent à des secteurs d'habitation. Il n'y a pas d'équipe pluridisciplinaire d'évaluation selon les types de troubles, mais il existe des équipes pluridisciplinaires d'évaluation spécifiques en avril pour l'orientation en LP. Dans un autre encore, ont été constituées six équipes pour les enfants et les jeunes d'âge scolaire : une pour les « handicaps physiques de 0 à 15 ans », une pour les « handicaps psychiques et mentaux de 0 à 15 ans », une « EPE scolaire », une pour les « handicaps de 16 à 25 ans », une « EPE familles » une « EPE prestations ».

- **La composition des équipes pluridisciplinaires d'évaluation relève des décisions locales, souvent sans fondements précis.**

Chaque équipe peut comprendre avec de nombreuses variantes : un animateur ou un secrétaire administratif, un médecin de la MDPH et/ou un médecin scolaire, un représentant d'un établissement médico-social, un enseignant référent, un psychologue scolaire, une assistante sociale, un pédopsychiatre (pour certaines réunions), le responsable du pôle enfant s'il existe, parfois un enseignant (directeur de SEGPA ou autre ...).

Parfois, les membres sont déterminés de manière à ce qu'ils ne soient pas impliqués dans le secteur des cas examinés et qu'ils puissent garder une certaine distance. Parfois c'est l'inverse, sous prétexte qu'ils connaissent les dossiers. Et parfois c'est aléatoire. Selon les MDPH, les personnels tournent ou l'équipe reste stable. Dans tel département, tous les médecins scolaires et les psychologues scolaires participent à tour de rôle. Dans tel autre, les médecins scolaires ne participent pas ou peu.

La désignation des membres des équipes pluridisciplinaires d'évaluation répond souvent à des priorités floues : dans certains cas, les membres ont été désignés « *il y a longtemps, peut-être du temps des CDES* ». Aucun document n'attesterait de leur désignation. « *De gré à gré* » disent les IEN-ASH. Dans d'autres cas, l'expertise est recherchée en premier lieu : ainsi peut s'ajouter un spécialiste du trouble considéré (par exemple un phoniatre).

- **La présence et l'utilisation des enseignants référents sont également variables.**

Ici, les enseignants référents sont convoqués en fonction des dossiers qui les concernent parce qu'ils sont susceptibles d'apporter des informations complémentaires sur l'élève et son environnement. Là, ils sont convoqués pour des cas qui ne les concernent pas. « *Les enseignants référents sont porteurs de la demande de l'école* ». Dans certains départements, ils ne sont jamais convoqués. Ailleurs, c'est à eux de décider : « *On ne leur fermerait pas la porte s'ils venaient* » dit un cadre d'une MDPH.

- **Le traitement des dossiers par l'équipe pluridisciplinaire est accompli avec la volonté de tendre vers une plus grande fluidité.**

Après la transmission des dossiers vers les services de la MDPH, les délais de traitement peuvent être relativement longs, allant de trois semaines à quatre mois.

Il existe dans certains départements une cellule de « pré-examen » des dossiers, permettant une première analyse des demandes. Ce premier traitement à l'arrivée peut aller de la simple vérification des documents par un gestionnaire à une première lecture par un « *instructeur* » (enseignant spécialisé en détachement par exemple). Les « *instructeurs* » des dossiers⁴² ont pour objectif de repérer à la fois les urgences et les cas les plus simples de manière à favoriser la rapidité du traitement. Ils orientent les dossiers et sont en quelque sorte la « *porte d'entrée* » jusqu'à l'équipe pluridisciplinaire. Ils présentent parfois les dossiers en séance.

Après ce premier traitement par un gestionnaire ou un instructeur, les dossiers sont examinés par l'équipe pluridisciplinaire concernée. Les calendriers de réunions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation dépendent de la taille des départements et du nombre de dossiers traités.

Souvent, la même équipe examine le champ complet des prestations offertes par la MDPH, à savoir les prestations financières, les attributions de cartes, les orientations (milieu scolaires et spécialisés), les avis divers (AVS, matériels adaptés, transports...). Ailleurs, parallèlement à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation « scolaire », une seconde équipe pluridisciplinaire plus technique, également animée par le responsable du pôle « enfants », traite des prestations financières. Sa composition est différente et l'éducation nationale n'y est pas présente.

Pendant la réunion de l'équipe pluridisciplinaire, les pratiques sont assez semblables : chaque membre traite son domaine en lisant les éléments qui le concerne (le médecin, la partie médicale, l'enseignant, la partie pédagogique, etc.). C'est au terme de cette présentation collective que sont formulées les propositions, assorties ou non de commentaires ou d'objectifs, avec ou sans document considéré comme un projet personnalisé de scolarisation (PPS).

- **Les critères d'attribution sont en construction mais les décisions restent liées à la demande.**

Des équipes pluridisciplinaires utilisent des « *grilles d'évaluation* », d'autres « *des grilles de prescription* », d'autres encore disent ne pas avoir de « *critérisation partagée* » ou « *avoir une approche empirique* ». Une MDPH a conduit une réflexion constructive avec les associations. Des règles ont été définies « *sans aller jusqu'à un barème* ». Mais, d'une manière générale, on en reste à l'analyse du dossier par domaine de compétence (psychologue scolaire, médecin, assistant social, etc.) et à un échange entre participants avant de formuler la proposition.

Une évolution est cependant perceptible : les MDPH ont le souci de rendre plus objectif le processus de préparation des décisions.

⁴² À l'exception du certificat médical.

Beaucoup évoquent la difficulté d'« oser le refus ». Une MDPH dit « ne plus avoir peur de faire des rejets ». Elle a le sentiment d'être le seul filtre (un peu plus de 60 % de satisfaction des demandes) : « on a le sentiment d'être les méchants ».

GEVASCO est attendu par l'ensemble des partenaires « pour que chacun regarde les enfants avec la même grille ». On compte sur cette mise en œuvre pour faire de « vrais PPS ». Son expérimentation est cependant encore trop brève pour en tirer un bilan mais des questions se posent déjà sur le moment de sa réalisation et sur qui en a la charge.

- **Les propositions formulées sont en général transmises aux familles pour recueillir leur avis avant la commission.**

Cet envoi préalable, conforme aux textes, permet de prévenir les recours, de prendre en compte les observations de la famille et parfois de réajuster les propositions.

C - La décision

- **Le déroulement des CDAPH varie mais suit les propositions de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.**

Dans tel département, la CDAPH se réunit sans aucun document et sans ordre du jour connu des membres et les quelques cas examinés sont présentés de manière anonyme ; dans tel autre, tous les dossiers sont étudiés en séance et chaque membre dispose d'un listing nominatif. Ici, on réunit des commissions restreintes ou spéciales, ailleurs on multiplie les séances plénières.

Dans un département, la CDAPH se réunit en plénière une fois par mois. Elle n'examine que les recours (recours gracieux après notification). Seuls sont étudiés en séance les cas où il est envisagé de revenir sur la décision en raison d'éléments nouveaux portés à la connaissance de la commission. Les autres recours sont portés sur listings. La CDAPH ne reçoit pas de familles en plénière. Par ailleurs, deux sections ont été constituées : une « enfants » et une « adultes » qui se réunissent au moins une fois par mois en composition restreinte (une dizaine de personnes). Elles traitent de l'ensemble des situations, portées sur un listing. Seuls sont examinés les désaccords. Les familles sont reçues si elles souhaitent.

Dans un autre département, la CDAPH se réunit toute les semaines. Elle n'examine qu'une douzaine de cas par séance, les cas jugés difficiles et/ou complexes. Tout est traité de manière anonyme. Les éléments de dossier sont projetés par vidéoprojecteur. Les autres dossiers ne sont pas examinés. Les participants ne disposent d'aucun document, ni à l'avance, ni en séance. Même l'ordre du jour ne leur est pas communiqué : seule la présidente en dispose. Tout le monde donne son accord « en confiance ». Une seule CDAPH examine aussi bien les cas « adultes » que les cas « enfants ».

Au-delà de ces différences de fonctionnement, tous les interlocuteurs conviennent que « la CDAPH suit l'équipe pluridisciplinaire pour les propositions d'AVS ».

Après les réunions de la CDAPH, les décisions sont notifiées aux familles. Elles ne le sont pas toujours au directeur académique (DASEN), aux référents et aux autres services concernés.

Parfois, il y a une notification par décision prise : une famille peut donc recevoir plusieurs notifications pour un même enfant.

D - La mise en œuvre

- **La fluidité de l'information entre la MDPH et la DASEN est la première condition de la rapidité de la mise en œuvre.**

L'un des départements visités fournit un bon exemple de transmission efficace de l'information : la MDPH adresse un tableau EXCEL aux services académiques. Ce tableau comporte plusieurs onglets : un pour les orientations vers les dispositifs (CLIS, ULIS, ...), un pour les attributions de matériels, un pour les prescriptions d'AVS, etc. Chaque feuille est communiquée à chaque service concerné. Pour ce qui est des AVS, il constitue un outil reconnu très utile par le chargé de mission « AVS » qui le reçoit en deux temps : au moment de la proposition, puis lorsque la décision est prise. Cela permet une action plus rapide et mieux ajustée, les éléments d'informations étant suffisants pour engager la réponse appropriée.

- **La constitution préalable d'un vivier contribue aussi à la qualité de la mise en œuvre des décisions.**

Dans plusieurs départements, les recrutements sont engagés dès le mois de mars de manière à constituer un vivier dans lequel on recrutera progressivement en fonction des besoins

- **D'une manière générale, un « chargé de mission » coordonne les recrutements, la gestion et la formation des AVS.**

Il est presque toujours placé sous l'autorité de l'IEN-ASH. Parfois, c'est une équipe de plusieurs personnes qui est mobilisée (cellule de six personnes dans un département). Dans plusieurs départements, un personnel administratif a la charge de la gestion, en général en collaboration avec le coordonnateur.

- **Les prescriptions d'accompagnement « mutualisé » n'ont été engagées que dans quelques départements.**

Les DASEN évoquent les difficultés rencontrées dans la mise en place du dispositif. Comment passer de l'aide individuelle à l'aide mutualisée ? Parmi les problèmes posés, on relève ceux de la répartition géographique des emplois et de l'entrée progressive dans le dispositif (coexistence de l'aide individuelle et de l'aide mutualisée).

2.2.2. Le pilotage

- **Si de bonnes relations et des habitudes de travail ont été établies entre les MDPH et les services académiques, une réflexion de fond est aujourd'hui nécessaire pour repenser les modalités de cette collaboration.**

La participation de la direction académique de l'éducation nationale aux instances régulatrices et décisionnelles telles que la COMEX et la CDAPH est relativement stable : présence personnelle du directeur académique ou délégation à un adjoint ou à l'IEN ASH.

En revanche, la participation des personnels de l'éducation nationale aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) est totalement variable et d'une certaine manière aléatoire. De la même manière, les relations des enseignants référents avec les EPE et, plus largement, avec les MDPH n'est que rarement organisée. Quel est le rôle des enseignants référents ? Quel temps de présence, quels objectifs, quel coût, quelle évaluation ?

En outre, les mises à disposition de personnel, inscrites en règle générale dans la convention constitutive du GIP-MDPH ne font l'objet d'aucune réflexion en relation avec des objectifs conjoints. Ces mises à disposition vont jusqu'à 7,75 ETP dans un département (trois professeurs des écoles, deux psychologues scolaires, deux assistants sociaux, un gestionnaire).

Depuis les conventions initiales, la coopération des services de l'éducation nationale et des MDPH n'a pas été reconsidérée.

- **Dans les MDPH, une volonté de réorganiser les services pour répondre à un flux toujours croissant a pu être constatée.**

À l'organisation « traditionnelle », calquée sur les anciennes commissions avec des pôles « enfants » et « adultes » ou un pôle spécialisé pour instruire les demandes de prestation de compensation du handicap – se substituent des configurations variées qui tentent de répondre à l'enjeu principal : absorber les flux importants de demandes d'orientation et d'accompagnement scolaire, et réduire les délais d'instruction des demandes.

À travers des organisations par pôles transversaux ou par « unités », on perçoit la volonté de responsabiliser les agents et d'étendre leur polyvalence.

De même, une réflexion est parfois engagée la périodicité des équipes pluridisciplinaires ou sur le rythme des décisions, en prononçant des orientations (en CLIS ou en ULIS) correspondant à la durée du cycle considéré ou des attributions d'AVS pour deux ou trois ans.

- **L'absence de système d'information commun à l'ensemble des MDPH constitue un obstacle à une véritable régulation du dispositif d'attribution des aides aux personnes handicapées.**

Un cadre a pourtant été clairement défini par la loi du 11 février 2005 et précisé par les textes réglementaires (en particulier par le décret n° 2008-833 du 22 août 2008) et la CNSA a la responsabilité de la gestion d'un système d'information statistique. Mais, du fait de l'autonomie des départements, qui exercent la tutelle juridique et financière sur les MDPH, ce sont des systèmes d'information différents qui ont remplacé les deux systèmes nationaux antérieurs, utilisés jusqu'à 2009 : *OPALE* pour les enfants et *ITAC* pour les adultes. S'ajoutent aux trois logiciels les plus répandus (*PERCEVAL*, *IODAS* et *SIRUS*) diverses applications telles que *GENESIS*. La CNSA est consciente de l'enjeu et s'efforce de faire converger les systèmes d'information départementaux, aujourd'hui autonomes, vers un système partagé (SIPAPH) en demandant aux éditeurs de faire évoluer ces dispositifs.

L'arrêté du 13 octobre 2010 précise que les MDPH doivent transmettre à la CNSA des données non nominatives afin d'alimenter *le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées* (SIPAPH). À compter de 2011, il était prévu que les données

fournies par la CNSA seraient directement générées par le SIPAPH. Toutefois, un délai supplémentaire s'est avéré nécessaire, et la mise en œuvre effective du SIPAPH est finalement programmée pour juin 2013. La convention de gestion signée le 24 avril 2012 entre l'État et la CNSA prévoit que les deux tiers des MDPH soient en capacité de fournir les données prévues réglementairement, ce qui est encore loin d'être le cas aujourd'hui. On peut penser que les nouvelles générations de conventions de qualité de service en cours de signature avec les conseils généraux permettront à la CNSA de répondre à ses obligations d'information nationale.

- **Aujourd'hui, la disponibilité des données est variable d'un département à l'autre.**

Certaines MDPH ne disposent d'aucun véritable tableau de bord, d'autres en revanche fournissent des bilans très précis sur la demande, le type de troubles, les mesures prescrites, etc. Il faut noter que la question des places en IME et du nombre d'« *AVS par défaut* » ne font pas toujours l'objet de données fiables.

2.3. Des facteurs déterminants

Les constats réalisés conduisent à mettre en évidence quatre facteurs qui semblent déterminants pour expliquer le volume, la progression et l'hétérogénéité des prescriptions d'aides humaines au bénéfice des élèves en situation de handicap.

2.3.1. *L'augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap*

Il faut d'abord rappeler, une nouvelle fois, que si le volume de l'accompagnement humain a augmenté dans une telle proportion, c'est d'abord parce que l'école s'est ouverte à des élèves qui, jusqu'ici, n'y accédaient pas et surtout parce que ces jeunes, souvent porteurs de handicaps lourds et complexes, y accomplissent un parcours de formation plus long et plus ambitieux. Pour la progression de ces élèves, la présence d'un accompagnant, parfois à plein temps, peut être une condition de la réussite.

Cependant, la croissance de la population scolaire reconnue en situation de handicap n'est pas due qu'à ce progrès incontestable de l'inclusion de jeunes auparavant maintenus hors de l'école. S'est ajouté un nombre important⁴³ d'élèves que l'on ne considérait pas antérieurement comme « handicapés ». S'il s'agit d'élèves qui rencontrent d'importantes difficultés, dues par exemple à des troubles spécifiques des apprentissages ou du comportement, le problème n'est pas pour eux d'accéder à l'école (ils étaient et restent « élèves »), mais d'aménager pour eux un parcours scolaire qui leur permette d'y réussir. Si une aide humaine leur est accordée, elle ne vise pas à rendre la scolarisation possible, mais bien à apporter un soutien pédagogique individualisé.

⁴³ Il serait nécessaire d'identifier plus précisément ces profils d'élèves qui, jusqu'à ces dernières années, n'étaient pas considérés comme « handicapés » et qui désormais bénéficient d'une prestation de la MDPH. Il est impératif de ne pas en rester à des approximations et, au moins, de quantifier la part de ce public mal déterminé. La population des établissements médico-sociaux étant restée stable depuis 2004 (voire en augmentation), on peut considérer que ces nouvelles « reconnaissances de handicap » concernent plusieurs dizaines de milliers de jeunes déjà scolarisés. Globalement, la population d'âge scolaire reconnue handicapés a augmenté de 70 000 enfants et adolescents (comme le montre les données présentées dans la partie 2.1 du présent rapport).

L'extension de l'accompagnement humain en milieu scolaire est donc liée à la fois à la dynamique inclusive qui s'est développée ces dernières années et à la prise en compte de situations nouvelles pour lesquelles un parcours adapté de scolarisation est apparu nécessaire à certaines CDAPH. C'est sans doute cette deuxième catégorie qui constitue l'une des variables les plus déterminantes de l'hétérogénéité des décisions. Il est apparu au cours de certaines visites que le fait de répondre plus ou moins systématiquement aux troubles du langage par un projet personnalisé de scolarisation (PPS) pouvait modifier très sensiblement le taux d'élèves considérés comme « handicapés » dans le premier comme dans le second degré et avait un impact sur les aides attribuées⁴⁴.

2.3.2. La croissance de la demande

L'augmentation des prescriptions d'aide humaine est bien sûr liée à la progression du nombre des bénéficiaires potentiels, mais elle est aussi la conséquence d'une expression de la demande et de son volume croissant. Sur ce point, les inspections générales ont relevé un consensus parmi les interlocuteurs rencontrés (CNSA, MDPH, services de l'éducation nationale). Si on accorde plus d'aide humaine, c'est d'abord parce que celle-ci est plus sollicitée, y compris pour des types de situation qui jusqu'ici n'en faisaient pas l'objet.

Ce sont bien sûr les familles qui portent la demande, mais souvent celle-ci résulte d'une attente, voire d'une exigence, des équipes pédagogiques et des autres professionnels⁴⁵. Les comptes-rendus des équipes de suivi de la scolarisation recueillis au cours d'une précédente mission font état de demandes pour des élèves qui n'en bénéficiaient pas ou de souhait d'augmentation du volume d'aide. Bien que le formulaire CERFA n° 13788*01 ne comporte pas de rubrique, la demande est très majoritairement exprimée par écrit. De même, elle est souvent relayée par les enseignants référents qui en facilitent l'expression. Pour beaucoup d'acteurs « de terrain » qui ont en mémoire les procédures en vigueur avant la loi de 2005, l'accompagnement humain doit être demandé et il constitue l'objet essentiel du dossier présenté à la MDPH. On saisit la MDPH pour obtenir un AVS. Ce n'est pas un besoin qui est formulé mais une demande explicite d'accompagnement, fréquemment sans analyse du service attendu. Les inspecteurs généraux ont le sentiment que la démarche induite par la loi de 2005 est méconnue et n'est pas suffisamment portée au plus près des enseignants et des familles. **On ne fait pas valoir le droit à l'évaluation et au parcours, on en reste au droit à la prestation.**

2.3.3. Les modalités de la prescription et de l'évaluation

Si la pression de la demande est à l'origine de la croissance de l'aide humaine, les modalités de réponse à cette demande ne sont pas sans effets sur cette progression.

Il faut d'abord souligner que **la position prise par les MDPH face au principe de la demande** peut varier sensiblement de l'une à l'autre. Si certaines s'engagent résolument dans

⁴⁴ Cf. l'étude citée supra d'une MDPH qui conclut que le type de handicap (troubles spécifiques des apprentissages) ayant le plus faible pourcentage de taux d'incapacité est celui ayant le plus d'accords d'aide AVS.

⁴⁵ On cite encore quelques écoles ou établissements où on n'accepte pas d'accueillir un enfant « tant qu'un AVS n'est pas nommé ».

une démarche évaluative prenant en compte la globalité de la personne pour construire son projet de scolarisation, d'autres se placent plutôt dans une logique de réponse binaire (accord/désaccord) : lorsqu'elles traitent les demandes enregistrées en répondant mesure par mesure sans faire référence à une cohérence de projet, lorsque l'organisation même du travail découpe le dossier de l'élève en le distribuant en fonction des prestations sollicitées, il est inévitable que l'utilisateur lui-même se place dans une position de « demandeur » de prestation face à un prestataire.

De même, **la capacité des CDAPH et, en amont, des équipes pluridisciplinaires à refuser l'attribution d'une aide humaine** varie également de manière sensible. Telle CDAPH accorde 98 % des accompagnements sollicités alors que telle autre « résiste » et n'en accepte que 77 %⁴⁶. Ce positionnement est directement lié aux objectifs qualitatifs affichés ou non par les MDPH. Pour la CNSA, le nombre de demandes enregistrées et le nombre de décisions d'attribution constituent les indicateurs-clefs pour le pilotage des MDPH.

L'organisation des commissions elles-mêmes a visiblement un impact direct sur les prescriptions. Lorsque des critères, même rudimentaires, ont été élaborés, la prise de décision est facilitée et il devient possible de motiver les refus. De même, la réflexion accomplie par quelques CDAPH⁴⁷ pour définir une « politique » susceptible d'orienter le travail des équipes sur des questions telles que le renouvellement de l'aide accordée (reconduction systématique ou non, instauration d'une période d'essai pour la première attribution, objectif de diminution progressive ou non, etc.), la quotité et de la durée de l'accompagnement prescrit ou l'attribution d'AVS « dans l'attente d'une place en établissement », contribue à la pertinence et à la maîtrise des décisions.

Bien évidemment, **le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires** et les procédures mises en œuvre par celles-ci jouent un rôle central⁴⁸. Quatre éléments justifient une attention particulière :

- leur composition et, en particulier, le mode de participation des professionnels de l'éducation nationale (proportion, désignation et positionnement) ;
- l'objet même de leurs travaux (réalisation d'un bilan global et construction d'un projet cohérent ou traitement par prestation) ;
- le rythme et le temps consacré à chaque situation (apparemment très variable) ;
- les outils utilisés (présence d'un outil de référence améliore considérablement le travail des équipes pluridisciplinaires. GEVASCO est attendu avec intérêt par beaucoup de MDPH (toutefois certaines semblent encore réticentes).

⁴⁶ Cette dernière fait partie de celles qui ont été visitées. Confrontée à un volume important de demandes, elle s'est imposée une très grande rigueur dans l'analyse et, d'après les données fournies, semble avoir progressé vers une maîtrise du processus.

⁴⁷ Certaines CDAPH ménagent des temps réservés aux questions de fond ou distinguent deux fonctionnements, l'un plus réflexif (plénière) et l'autre plus technique (formation restreinte ou spéciale...). D'autres MDPH prennent l'initiative de réunions permettant de conduire cette réflexion hors fonctionnement des commissions.

⁴⁸ Ce rôle est d'autant plus déterminant si la CDAPH ne définit pas un cadre de décision et fonctionne plutôt comme une instance d'enregistrement des propositions des équipes.

2.3.4. *L'insuffisance du pilotage*

L'absence de système d'information permettant la remontée des données de toutes les MDPH vers la CNSA et l'impossibilité qui en résulte de produire des indicateurs fiables font obstacle à la mise en place d'un pilotage national efficace. Si tout laisse penser que cette situation devrait s'améliorer dans les prochaines années (convergence des systèmes installés par les départements vers un système partagé, le SIPAPH, convention de gestion du 24 avril 2012 entre l'État et la CNSA), force est de constater qu'à peine le quart des MDPH sont, à ce jour, en capacité de répondre à leurs obligations réglementaires quant à la remontée des données.

Chaque administration tente d'obtenir les remontées nécessaires à sa propre gestion et élabore ses propres statistiques : la DGESCO réalise des enquêtes auprès des académies, traitées par la DEPP ; la CNSA obtient d'une partie des MDPH des informations qu'elle s'efforce d'exploiter et de mettre à la disposition des directions centrales. Mais, malgré la volonté d'une coopération entre les services, il n'y a pas de vision commune reposant sur **des données complètes et un tableau de bord partagé**.

La difficulté, voire l'impossibilité, d'une régulation nationale prive les interlocuteurs départementaux des repères indispensables pour **situer les décisions dans un cadre commun**. Là est sans doute la première raison de l'hétérogénéité constatée. Si tous les acteurs sont prêts à avancer dans la qualité de l'évaluation et des prescriptions, les options prises, les modalités de décision et les outils utilisés divergent faute de ce cadre. Le besoin de références communes, d'indicateurs stables et, sans doute, d'analyses et de normes nationales est aujourd'hui évident.

Enfin, au niveau départemental, **la complémentarité des actions des services de l'éducation nationale et des MDPH** en amont et en aval des prescriptions ne fait que rarement l'objet d'une réflexion commune. La saisine initiale, l'accompagnement des familles, le processus d'évaluation, la mise en œuvre immédiate des décisions, le suivi et le processus de renouvellement engagent de manière indissociable la responsabilité des deux institutions. Le moment est sans doute venu de redéfinir les principes et les modalités de cette coopération. Les conventions initiales et les bonnes relations établies localement ne peuvent suffire à assurer la qualité et l'efficacité des processus.

3. Propositions

3.1. Deux objectifs

Les propositions développées ci-dessous s'inscrivent dans le cadre normatif actuel, tel qu'il est décrit schématiquement dans la première partie de ce rapport. Cependant, il faut rappeler que le contexte peut, dans les prochains mois, être profondément modifié. Deux réflexions sont en effet engagées :

- d'une part, dans **le cadre du « troisième acte de la décentralisation »**, il n'est pas exclu que les compétences exercées aujourd'hui par les MDPH soient transférées aux départements. Une telle évolution ne serait pas sans conséquence sur les prises

de décision et les modalités. Elle conduirait inévitablement à redéfinir les dispositifs conventionnels actuellement établis entre les services de l'État et les MDPH. Enfin, elle pourrait amener à envisager la création de services départementaux de l'accompagnement humain⁴⁹ ;

- d'autre part, une commission nationale installée par les ministres délégués à la réussite éducative et au handicap aurait pour tâche de formuler **des propositions sur les métiers de l'accompagnement**. Comme on l'a vu avec la loi n° 2003-400 du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation, les dispositions prises sur les statuts et la gestion des personnels ont des effets déterminants sur la nature du service rendu et donc sur l'objet même de la prescription.

Il est évident que les résultats des réflexions en cours imposeront, le cas échéant, un réajustement des conclusions du présent rapport.

Les observations réalisées amènent à organiser les propositions autour de deux axes correspondant à deux objectifs identifiés comme prioritaires par les inspections générales :

- **Installer un pilotage efficace et partagé au niveau national et au niveau départemental ;**
- **Passer d'une démarche fondée sur l'expression et le traitement d'une demande à une démarche d'évaluation des besoins de la personne et de réponse adaptée à ces besoins.**

Enfin, il faut rappeler que **des initiatives récentes vont dans le sens de ces préconisations** : la conception de l'outil GEVASCO, la distinction instaurée par le décret du 23 juillet 2012 ou les démarches engagées par CNSA et la DGESCO pour normaliser les remontées d'information et produire des indicateurs fiables sont prises en compte et confortées dans les propositions formulées.

A - Installer un pilotage efficace et partagé au niveau national et au niveau départemental.

Le constat de l'hétérogénéité des décisions et des pratiques met en évidence les difficultés du pilotage au niveau national et l'inégalité de celui-ci d'un département à l'autre. La CNSA et la DGESCO en sont conscientes et ont œuvré conjointement ces dernières années pour construire des solutions partagées. La place de la CNSA, définie par les articles 56 et 88 de la loi du 11 février 2005, est essentielle sur ce point : cette instance a **une mission de pilotage**.

Les inspecteurs généraux ont perçu plusieurs problèmes distincts : l'absence d'un système d'information national effectivement opérationnel, l'insuffisance des données issues des MDPH et, au niveau départemental, la difficulté du partage de l'information.

⁴⁹ Celui-ci s'inscrirait de manière cohérente avec les compétences actuelles des conseils généraux et les dispositions contenues dans les articles 11 et 12 de la loi du 11 février 2005 (plan de compensation, prestation de compensation).

A1. Au niveau national

Proposition n° 1 : Mener à terme l'installation d'un système d'information commun à l'ensemble des MDPH, permettant, entre autres, une remontée mensuelle des données nécessaires au pilotage.

Proposition n° 2 : Construire un tableau de bord national commun CNSA/Éducation nationale destiné à suivre les décisions concernant les élèves en situation de handicap et comportant un module particulier sur l'accompagnement humain. Prévoir la restitution des indicateurs produits aux départements (voir fiche « a »).

Proposition n° 3 : Établir un calendrier de travail annuel entre l'éducation nationale et la CNSA (dans le cadre d'un protocole spécifique ?) pour organiser, sur le plan technique, le partage des informations et la maintenance du tableau de bord, sur le plan stratégique, pour analyser les évolutions, engager des évaluations et définir les régulations nécessaires.

A2. Au niveau départemental

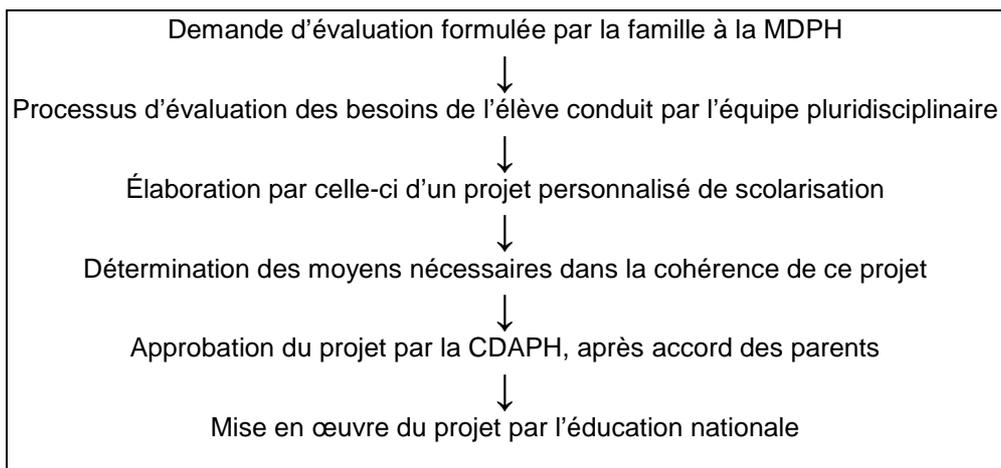
Proposition n° 4 : Sur la base des indicateurs produits au niveau national élaborer un tableau de bord départemental partagé entre les services académiques et la MDPH permettant un suivi mensuel des décisions et de leur mise en œuvre (voir fiche « a »).

Proposition n° 5 : Installer une cellule de pilotage réunissant le directeur académique, le directeur de la MDPH et leurs collaborateurs concernés pour exploiter les informations recueillies, réguler les procédures et prévoir des actions communes (voir fiche « b »).

Proposition n° 6 : Réviser la convention initiale définissant la participation de l'éducation nationale au GIP MDPH. Y inclure la contribution des services académiques aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation, le positionnement des référents, le partage des données, les outils communs et les principes de la cellule de pilotage (voir fiche « b »).

B - Passer d'une démarche fondée sur l'expression et le traitement d'une demande à une démarche d'évaluation des besoins de la personne et de réponse adaptée à ces besoins.

Il est apparu à la mission que la cause principale de l'hétérogénéité des décisions et des difficultés recensées est, d'une part, l'expression d'une demande croissante d'accompagnement, d'autre part, un fonctionnement qui s'est construit autour de cette demande et qui conduit à limiter l'évaluation et la décision à une réponse binaire à la demande de prestation : « accord » ou « refus ». La mission est d'avis de mettre un terme à ce type de fonctionnement, dont il faut rappeler qu'il est antérieur à la loi de 2005, et d'installer une démarche conforme à l'esprit comme à la lettre de cette dernière et respectueuse du droit de chaque enfant à une évaluation globale de ses besoins :



Pour cela, il est proposé d'agir conjointement sur trois facteurs :

B1. Les outils mis en œuvre : mettre en place des références communes.

B2. Le rôle des acteurs de l'éducation nationale : les impliquer dans la démarche évaluative.

B3. Le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires des MDPH : passer du traitement de la demande de prestation à la formulation d'un projet de scolarisation prenant en compte la globalité des besoins de l'enfant.

B1. Les outils

Proposition n° 7 : Finaliser l'élaboration, la diffusion et l'application de GEVASCO. En imposer l'utilisation (voir fiche « c » et « e »).

Proposition n° 8 : Assurer la mise en œuvre technique du décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012. Fournir aux MDPH des éléments de référence en relation avec GEVASCO pour préparer les décisions. Aider les DASEN à mettre en place l'aide mutualisée (voir fiche « d »).

Proposition n° 9 : Élaborer et diffuser après des personnels concernés de l'éducation et des MDPH un guide de l'attribution de l'aide humaine en milieu scolaire (voir fiche « c »).

B2. Les personnels de l'éducation nationale

Proposition n° 10 : Élaborer et diffuser rapidement un texte-cadre (circulaire) rappelant le processus prévu par la loi, présentant les outils mis en place et précisant le rôle de chacun (voir fiche « e »).

Proposition n° 11 : Conforter le rôle central de l'enseignant « référent handicap » à travers une formation spécifique et une définition plus précise de leurs missions et de leurs statuts. Mobiliser, à cette fin les IEN-ASH (voir fiche « e »).

Proposition n° 12 : Mettre un terme aux procédures et à l'utilisation de certains formulaires, observées dans certains départements, visant à l'expression de demandes d'accompagnement (voir fiche « e »).

B3. Les équipes pluridisciplinaires des MDPH

Proposition n° 13 : Redéfinir, dans chaque département, les modalités de coopération des services de l'éducation nationale (recteur et directeur académique) et des MDPH dans le cadre des équipes pluridisciplinaires et des informations fournies en amont. Réviser les conventions existantes en fonction de cet objectif (voir fiche « b »).

3.2. Les outils proposés

Les outils proposés sont détaillés dans les cinq fiches suivantes :

- un tableau de bord commun (fiche A) ;
- des conventions révisées entre les MDPH et les services académiques (fiche B) ;
- la mise en place de GEVASCO (fiche C) ;
- le développement de l'aide mutualisée (fiche D) ;
- un cadre national (fiche E).

FICHE A

Un tableau de bord commun

Un tableau de bord pour quoi faire ?

Il s'agit de contribuer à l'installation d'un pilotage effectif et conjoint aux deux niveaux de responsabilité.

1° Au niveau national, permettre aux administrations responsables

- de suivre et d'analyser les prescriptions d'aide humaine,
- d'accomplir rapidement les régulations nécessaires,
- d'anticiper les conséquences budgétaires des évolutions constatées,
- de rendre compte de la politique d'accompagnement des élèves en situation de handicap.

2° Au niveau départemental, faciliter une action convergente des MDPH/CDAPH et des services académiques (recteurs et DASEN) pour assurer la qualité

- des demandes de projets personnalisés de scolarisation,
- des évaluations,
- des prescriptions,
- de la mise en œuvre des décisions.

Quel tableau de bord ?

Le tableau de bord ne se confond évidemment pas avec les systèmes d'information qui lui fournissent les données nécessaires. Il ne doit pas reprendre l'intégralité de ces données. Par ailleurs, il ne saurait être question d'attendre qu'un système unique soit implanté dans les MDPH pour installer un tableau de bord. Celui-ci doit être défini sur la base des enquêtes disponibles ou susceptibles d'être facilement mises en place, puis amélioré progressivement en fonction de l'évolution des systèmes.

Il doit regrouper un ensemble limité d'indicateurs, nécessaire et suffisant, pour répondre rapidement et clairement aux besoins des décideurs du niveau départemental et du niveau national. Il doit être fondé sur une articulation simple entre ces deux niveaux.

Enfin, il n'y aurait que des avantages à appuyer sa construction sur les initiatives récentes de la DGESCO et de la CNSA qui sont conscientes de la nécessité de cet outil.

Quelles exigences ?

Il convient de poser d'emblée des exigences sans lesquelles cette initiative ne pourrait être qu'un gaspillage de temps et de moyens.

- **Installer une petite équipe** (DGESCO/CNSA/DEPP/DGCS) responsable de son élaboration, de son suivi et de sa maintenance.

- **Limiter les ambitions à un outil simple** regroupant peu d'indicateurs, mais fiables et utilisables.
- **Se placer dans une perspective évolutive** : un outil enrichi progressivement.
- **Intégrer cet outil dans un tableau plus large** (suivi des décisions des MDPH concernant la scolarité des élèves en situation de handicap), mais limité à ce champ commun (celui des PPS).
- **Exiger une remontée exhaustive et fiable** des enquêtes nécessaires : des données peu nombreuses et simples, mais obligatoires.
- **Assurer une correspondance étroite entre le tableau de bord départemental et le tableau de bord national** : chaque MDPH et service académique doit avoir la possibilité de se situer par rapport à l'ensemble des départements ; le principe d'une cellule départementale se réunissant régulièrement au niveau départemental ne peut que fiabiliser le dispositif.

Quel contenu ?

Au niveau du présent rapport, il n'est pas possible de proposer un outil complet qui implique, par définition, des choix accomplis par les administrations concernées.

Sa construction pourrait s'engager à partir des éléments suivants à adapter et à inclure progressivement dans un outil plus ambitieux.

Des données de base, chaque groupe de données pouvant être distribué en fonction de l'année de naissance et du niveau de scolarisation : premier degré – second degré.

A - la population scolarisée totale quel que soit le mode de scolarisation (y compris en établissement médico-social ou de santé) ; **Ao** : population scolarisée en milieu ordinaire ;

B - la population scolarisée reconnue handicapée (bénéficiant d'une décision d'une CDAPH) quel que soit le mode de scolarisation (y compris en établissement médico-social ou de santé) ;

C - la distribution de cette population (**B**) en fonction du mode de scolarisation : **Ca** : classe ordinaire ; **Cb** : dispositif en milieu ordinaire (CLIS ou ULIS) ; **Cc** : unité d'enseignement en ESMS ;

D - le nombre d'élèves bénéficiant d'un accompagnement : **Dm** : mutualisé ; **Di** : individuel ;

E - le temps total d'accompagnement effectivement mis en place (en heures hebdomadaires) aux élèves reconnus « handicapés », y compris aide mutualisée ;

F - le flux annuel de prescriptions d'accompagnement : **Fm** : mutualisé ; **Fi** : individuel ;

G - le flux annuel des demandes de première évaluation adressées aux MDPH (scolarisation en classe ordinaire) ;

H - le flux annuel des renouvellements sollicités ;

I - le flux annuel des renouvellements accordés.

L'ensemble des données **A, B, C, D, et E** sont facilement disponibles par les services de l'éducation nationale (enquête DGESCO et DEPP). Les données **F, G, H et I** nécessitent une remontée complémentaire de la totalité des MDPH vers la CNSA. En cas d'impossibilité, l'éducation nationale pourrait sans doute obtenir **F, H et I** à partir des informations dont les référents sont destinataires.

Des indicateurs clefs :

1 : le pourcentage d'élèves reconnus en situation de handicap quel que soit le mode de scolarisation (y compris en ESMS) ; [B/A]

2 : la part de chaque mode de scolarisation: **2a** : classe ordinaire [Ca/B] ; **2b** : dispositif en milieu ordinaire (CLIS ou ULIS) [Cb/B] ; **2c** : unité d'enseignement en établissement médicosocial ou de santé [Cc/B] ;

3 : le taux d'accompagnement des élèves reconnus handicapés en classe ordinaire [D/Ca].
Variante 3' : le pourcentage d'élèves accompagnés par rapport à la population scolarisée en milieu ordinaire ; [D/Ao]

4 : la part de l'aide mutualisée ; [Dm/D]

5 : le temps d'accompagnement effectivement mis en place, par élève accompagné, y compris en aide mutualisée ; [E/D]

6 : le taux de demande de première évaluation parmi la population scolarisée en classe ordinaire ; [G/Ao]

7 : le taux de réponse par l'accompagnement aux demandes d'évaluation (scolarisation en classe ordinaire) ; [F/G]

8 : le taux de prescription d'aide mutualisée ; [Fm/F]

9 : le taux de renouvellement ; [I/H]

Ce noyau de neuf indicateurs installés et partagés au niveau départemental et au niveau national pourrait constituer un point de départ intéressant et une base d'analyse des évolutions. Pour une partie (indicateurs 1 à 5), il peut même être reconstitué depuis 2007 (données conservées par la DEPP).

Des évolutions ultérieures possibles

Plusieurs pistes pourraient être explorées :

- **Une remontée mensuelle des indicateurs de flux** pour permettre un pilotage réactif et une véritable anticipation, mais cela suppose l'installation effective d'un système unique d'information dans les MDPH.

- **Des indicateurs complémentaires** pour analyser qualitativement les prescriptions : types de troubles à l'origine du handicap, éléments scolaires issus de GEVASCO, indicateur plus fin pour suivre les renouvellements.
- **Un outil de présentation des données en perspective** : graphiques pour les évolutions de chaque indicateur projetable par département avec comparaison au national, cartographie, tableaux permettant un positionnement précis de chaque MDPH.

FICHE B

Des conventions révisées entre les MDPH et les services académiques

Pourquoi une révision des conventions ?

Sept ans après la mise en place des MDPH, il apparaît nécessaire de mieux définir, dans le respect des compétences des uns et des autres, **les modalités de coopération entre les services de l'éducation nationale et les MDPH**, au moins autour de deux pôles :

- en amont des décisions des CDAPH, l'accompagnement des familles et le processus d'évaluation ;
- en aval des décisions, la mise en œuvre et le suivi de celles-ci, mais aussi le processus de renouvellement.

La qualité des décisions dépend étroitement des ces deux « interfaces » qui supposent des procédures et des outils communs, des personnels qui associent leurs compétences et un pilotage partagé.

Ces questions ne concernent pas que le seul champ de l'accompagnement humain, mais aussi ceux des dispositifs spécifiques, des projets de scolarisation en unités d'enseignement, des matériels adaptés, des aménagements des épreuves d'examens, de la construction des parcours de formation, etc. L'absence des projets personnalisés de scolarisation démontre à quel point il est urgent que cette coopération soit redéfinie.

Quels objets ?

Le rôle d'une convention n'est sans doute pas d'énumérer les détails techniques ni de présenter l'ensemble des procédures, mais plutôt d'installer **un cadre de travail commun** et de préciser les moyens engagés à cette fin.

En ne prenant en compte que la seule problématique de l'accompagnement humain (mais ce cadre peut être facilement étendu à d'autres champs), six objets justifient un accord conventionnel :

1- Les modalités de participation des professionnels de l'éducation nationale aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation : si les situations varient considérablement d'un département à l'autre, on voit bien que cette collaboration est indispensable et qu'elle engage les moyens humains des services académiques (référents, médecins, psychologues, assistants sociaux et enseignants spécialisés) et parfois de manière importante. Par delà l'aspect quantitatif de cet engagement, la révision des dispositions conventionnelles doit permettre une réflexion de fond sur le sens et la forme de cette participation : quels experts ? Avec quel statut ? Pour quel résultat ?

2- Le réajustement des moyens mis à la disposition des MDPH par l'éducation nationale. Dans la plupart des départements, il est nécessaire de remettre à plat les mises à disposition initiales (en 2006), non pour les réduire ou les augmenter significativement, mais plutôt pour les recentrer sur les besoins des MDPH et les objectifs communs (qualité des évaluations, de

l'accompagnement des familles, de la mise en œuvre des décisions, etc.): quelles compétences ? Pour quoi faire ?

3- Le positionnement des enseignants référents par rapport aux MDPH. Ils sont en contact quotidien avec celle-ci sans en être les « agents ». Leur participation à des équipes et à des réunions diverses, leur information, leur rôle dans l'accompagnement des familles, la constitution et la transmission des dossiers, le processus d'évaluation ou la coordination du suivi des décisions doit certainement être précisé en commun. Comment les référents travaillent-ils avec la MDPH ?

4- Le principe de l'échange d'informations et de données entre les services académiques et les MDPH. La mise en place du tableau de bord national doit faciliter le partage de données quantitatives et être le point de départ de la constitution d'un outil départemental de pilotage, à terme avec une projection mensuelle. De même, la transmission des décisions, des PPS et des éléments d'information permettant la mise en œuvre des parcours de formation peut être largement améliorée et justifie un engagement réciproque.

5- L'installation d'une cellule de pilotage départemental. Celle-ci, réunie deux ou trois fois par an, regrouperait le responsable des services académiques (DASEN), un représentant du conseil général, le directeur de la MDPH et leurs collaborateurs concernés avec plusieurs objets :

- l'analyse des indicateurs départementaux et l'engagement des régulations nécessaires,
- la définition de protocoles communs pour ajuster les processus impliquant les deux institutions,
- le suivi des dispositions conventionnelles.

6- Le principe de l'élaboration de protocoles particuliers sur quelques processus communs. Si la convention doit rester centrée sur de points essentiels, elle pourrait poser le principe de la formulation de documents de référence sur des points estimés fondamentaux, par exemple :

- le processus d'évaluation construit autour de GEVASCO,
- la forme et les modalités d'élaboration du PPS,
- la mise en œuvre, le suivi, et le renouvellement des prescriptions d'accompagnement...

On peut aussi concevoir un protocole plus large regroupant l'ensemble des processus, des règles et des outils conçus en commun par les deux institutions.

Quelle convention ?

Dans tous les départements, la contribution des services académiques au fonctionnement des MDPH a été portée en annexe des conventions de base constitutives des groupements

d'intérêt public selon les dispositions du décret du 8 février 2006⁵⁰. Dans quelques cas, des conventions particulières auraient été élaborées par la suite pour définir ou redéfinir l'engagement des services de l'éducation nationale dans les MDPH.

Deux possibilités s'offrent pour réactualiser sur une nouvelle base les accords initiaux :

- **modifier par avenant la convention initiale** (ou toute autre convention qui l'aurait remplacée) en proposant une nouvelle annexe : cette solution n'est justifiée que si l'on modifie les engagements initiaux (par exemple en réduisant le volume des emplois mis à disposition) ;
- **élaborer une convention spécifique** se référant à la convention originelle et présentée comme une convention d'objectifs et de fonctionnement signée entre le recteur et le président du conseil général, révisée tous les trois ans sur la base d'une évaluation.

Dans ce second cas, on peut concevoir un texte qui énonce, autour des cinq points évoqués plus haut :

- la référence aux conventions antérieures ;
- des objectifs communs d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers ;
- des thèmes devant faire l'objet de protocoles communs, dont le processus commun d'évaluation autour de GEVASCO ;
- les modalités de coopération dans le cadre des équipes pluridisciplinaires ;
- les modalités de relation avec les services de l'éducation nationale : rôle des référents, des IEN-ASH, des services administratifs ;
- les modalités de transmission mutuelle d'informations dans le respect des règles de protection des données individuelles ;
- le principe de partage des données quantitatives et de la mise en œuvre du tableau de bord national ;
- l'installation d'une cellule de pilotage se réunissant au moins deux fois par an ;
- les moyens humains engagés : rappels des moyens mis à disposition antérieurement, modification du profilage des postes, valorisation des participations fonctionnement des équipes pluridisciplinaires, etc.
- le principe de l'évaluation et de la réactualisation triennale.

Un cadre national est sans doute souhaitable (ou au moins une proposition de trame et de démarche).

⁵⁰ Décret n° 2006-130 du 8 février 2006 *relatif à la convention de base constitutive de la maison départementale des personnes handicapées.*

FICHE C

La mise en place de *GEVASCO*

Qu'est-ce que *GEVASCO* ?

« Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap.⁵¹ »

Le *GEVASCO* s'inscrit dans la continuité du *GEVA* (*Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*) qui constitue l'outil de référence national pour l'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées depuis 2008. Le *GEVA* est défini par le décret n° 2008-110 du 6 février 2008 et l'arrêté du 6 février 2008 paru au *Journal officiel* du 6 mai 2008.

Mis au point, de manière concertée par la CNSA et la DGESCO, *GEVASCO* est un outil qui permet de décrire les besoins de l'élève et donc de **fonder les décisions sur la base d'un référentiel national**. Plusieurs départements visités ont décidé de l'adopter et de l'utiliser à compter du mois de janvier 2013.

Il répond à deux objectifs :

- **harmoniser les pratiques d'évaluation** des besoins sur l'ensemble du territoire national ;
- recueillir des informations permettant **une meilleure connaissance des besoins de l'élève**. Formaliser ces informations dans un cadre adapté.

Il comporte trois volets :

1. le bloc d'identification ;

- modalités de scolarisation actuelle de l'élève,
- éventuelles conditions particulières de scolarisation,
- nature des troubles ou atteintes,

2. l'évaluation de l'autonomie de l'élève ;

- niveau d'autonomie selon les tâches et activités identifiées,
- aides mises en place et obstacles éventuels,
- activités pouvant être attendues de l'AVS,

3. la qualification du besoin et commentaires des acteurs ;

- rôle ou évolution attendus de l'accompagnement,
- remarques et attentes de l'élève, des parents et des professionnels concernés.

Des supports distincts ont été élaborés pour la première demande et pour le renouvellement. Dans le support « renouvellement », une rubrique permet de présenter les

⁵¹ Article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles (loi n° 2005-102 du 11 février 2005 article 64).

effets observés de la mise en œuvre de l'aide humaine sur la durée de scolarisation, les acquisitions scolaires, l'autonomie de l'élève, les différents axes travaillés avec l'élève. Cette rubrique permet également de présenter l'évolution du rôle attendu de l'aide humaine, ainsi que les effets des autres aménagements mis en place.

Afin de permettre aux équipes pluridisciplinaires des MDPH d'utiliser au mieux cet outil, **un manuel** a été conçu⁵².

Des évolutions nécessaires

- **Imposer l'outil *GEVASCO* par un cadrage réglementaire :**

- de la même manière que *GEVA* s'impose aux MDPH par décret et arrêté, définir par un texte réglementaire *GEVASCO* comme **l'outil de référence national pour l'évaluation des besoins élèves en situation de handicap** ;
- accompagner ce cadrage réglementaire par **une circulaire du ministère de l'éducation nationale** (fiche « e ») qui précise
 - le processus d'évaluation des besoins et d'attribution des aides humaines, en distinguant clairement les trois moments : description, évaluation et proposition
 - la place et le rôle des équipes éducatives dans ce processus ;
 - la définition de ce qu'est un recueil d'information et ce qu'il n'est pas ;
 - la place de l'enseignant référent et son rôle dans la constitution du document *GEVASCO* : il s'agit de dire qui remplit le document et à quel moment ;
 - la nécessité de fournir des informations complémentaires et de considérer que *GEVASCO* doit rester un outil de présentation et de synthèse de ces éléments ;
 - les modalités de l'évaluation des effets observés de la mise en œuvre de l'aide humaine (cf. support « renouvellement »).

- **Améliorer l'outil *GEVASCO***

- faire **un bilan de cette première année d'utilisation** ; recueillir le point de vue des utilisateurs (enseignants référents, équipes pluridisciplinaires d'évaluation, équipes de suivi de la scolarisation) mais également celui des associations de manière à vérifier que l'outil soit bien adapté à chaque type de handicap ;
- rechercher **la compatibilité** avec les outils d'évaluation et de validation des compétences du socle commun ;
- préciser davantage la rubrique « **effets observés** par la mise en œuvre de l'aide humaine sur la durée de scolarisation » ;
- exiger **un certificat médical** étayé pour accompagner *GEVASCO* ;
- utiliser *GEVASCO* pour analyser la relation entre le taux d'incapacité et l'attribution d'un AVS-i ;

⁵² *Manuel GEVA-Sco*, août 2012 ; Education nationale/CNSA.

- compléter *GEVASCO* par **un guide de l’attribution d’AVS**, destiné à ajuster la prescription d’accompagnement en fonction de l’évaluation réalisée. Il s’agit en particulier d’aider les équipes pluridisciplinaires à distinguer les situations dans lesquelles l’accompagnement individuel est nécessaire de celles dans lesquelles l’aide mutualisée est la réponse la mieux adaptée. Cet outil permettrait de formuler les principes et les références applicables à l’ensemble du processus⁵³.

⁵³ Il faut citer ici le « *Guide de bonnes pratiques* » en cours de finalisation. Ce guide réalisé par les ministères de l’éducation nationale (DGESCO, DAF, DGRH), du travail, de l’emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, des affaires sociales et de la santé et Pôle emploi a pour objectif « *d’améliorer le recrutement et la gestion des AVS individuels et mutualisés* ». Soutenir sa diffusion est une priorité car il devrait permettre, à terme, d’améliorer la continuité de l’accompagnement des élèves handicapés.

FICHE D

Le développement de l'aide mutualisée

Pourquoi cette distinction entre l'aide individuelle et l'aide mutualisée ?

L'**accompagnement humain recouvre des réalités très différentes**. Parfois il est la condition même de la scolarisation de l'élève et répond à des besoins physiques ou comportementaux lourds et permanents ; parfois, il constitue une aide purement scolaire à des élèves, certes en difficulté, mais dont la situation ne justifie pas la présence permanente d'un accompagnant ; dans d'autres cas encore, la demande ne porte que sur certains gestes requis cinq ou six fois par jour, par exemple pour des déplacements ou pour l'hygiène. La confusion entre des besoins de natures très diverses est une source majeure de dysfonctionnement et d'inadaptation des réponses apportées : des élèves pour lesquels l'accompagnement est une condition de l'accueil en milieu scolaire peuvent attendre pendant plusieurs semaines l'affectation d'un AVS alors que d'autres bénéficient de la présence continue d'un accompagnant dont l'intervention n'est justifiée que ponctuellement, voire n'est pas indispensable. Le décret du 23 juillet 2012⁵⁴ ouvre des perspectives nouvelles en permettant de **mieux ajuster la réponse apportée à chaque situation**, mais sa mise en œuvre n'est pas encore réellement engagée

Le principe de l'aide mutualisée

Il s'agit d'établir clairement la distinction entre ce qui est de l'ordre de l'accompagnement continu de la personne et ce qui est de l'ordre de l'aide ponctuelle, en particulier pédagogique. Le décret du 23 juillet propose donc deux types de réponse :

- la réponse apportée aux élèves handicapés « *qui requièrent une attention soutenue et continue* » et dont la situation nécessite la présence continue d'un **accompagnant individuel**, qui constitue la condition de l'accès à l'école et aux apprentissages,
- l'attribution d'une **aide mutualisée** pour ceux qui n'ont besoin que d'une assistance ponctuelle ou d'un soutien à caractère purement pédagogique.

L'aide mutualisée repose sur la responsabilité de l'accompagnement de plusieurs élèves, confiée à un même assistant d'éducation. Celui-ci adapte son intervention et l'organisation de son temps en fonction des besoins de chaque élève et des gestes professionnels requis pour y répondre. Ce dispositif permet donc d'ajuster beaucoup plus finement l'aide apportée que l'aide individuelle à temps partiel reposant sur l'attribution d'une quotité fixe. Il impose l'affectation de l'AVS sur un territoire limité : établissement ou groupe scolaire primaire ou réseau de petites écoles ou éventuellement plusieurs établissements proches.

Des actions nécessaires

Si la distinction établie entre l'aide mutualisée et l'accompagnement individuel constitue un moyen de mieux adapter la réponse aux besoins, sa mise en œuvre suppose une action à deux niveaux :

⁵⁴ Décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012.

1. Faire en sorte que l'évaluation et la prescription distinguent nettement les deux situations et permettent de répondre successivement aux deux questions : l'élève a-t-il besoin d'un accompagnant individuel et permanent ? Si celui-ci n'est pas indispensable, l'élève a-t-il besoin d'une aide ponctuelle et « mutualisée » pendant le temps scolaire ? Ces deux questions doivent aboutir à des décisions différentes des CDAPH : attribution d'un accompagnement permanent ; prescription d'une aide mutualisée.

Pour que les équipes d'évaluation et les CDAPH prennent en compte pleinement cette alternative, une double démarche doit être poursuivie :

- une démarche de formation et d'information : plusieurs actions ont été déjà engagées comme en témoigne le document d'accompagnement réalisé par la CNSA et le ministère de l'éducation nationale en août 2012 ;
- un travail concerté au niveau départemental entre le DASEN et la MDPH pour intégrer cette exigence dans le processus d'installation de GEVASCO.

2. Assurer la mise en œuvre réelle de l'aide mutualisée. Pour cela les services académiques doivent pouvoir s'appuyer sur des instructions précises (note de service indispensable). Plusieurs problèmes doivent en effet être résolus :

- celui de l'implantation des postes et de la définition de l'aire d'intervention : construire progressivement un maillage territorial satisfaisant répondre sagement aux besoins ;
- celui de l'engagement du dispositif : comment passer de l'aide individuelle à temps partiel à l'aide mutualisée ? En un premier temps les mêmes assistants d'éducation devront couvrir les deux types de prescription avec des exigences différentes ;
- celui du pilotage de proximité : le chef d'établissement ou le directeur d'école du site d'affectation a un rôle important à jouer pour que le dispositif permette une réelle mutualisation avec un emploi du temps modulable et évolutif, mais aussi pour établir des règles de fonctionnement.

FICHE E

Un cadre national

Pourquoi un cadre national ?

Les constats réalisés mettent en évidence la nécessité, à la fois, **de fonder les prescriptions d'accompagnement humain sur des références communes** pour limiter leur hétérogénéité et de **rappeler la démarche instaurée par la loi du 11 février 2005** reposant sur l'évaluation des besoins de l'élève et la définition d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS), démarche qui à ce jour n'a pas été mise en place⁵⁵.

Dans cette perspective, au moment où le décret du 23 juillet 2012 établit une distinction nouvelle dans la définition des aides susceptibles d'être apportées aux élèves en situation de handicap et où la CNSA et le ministère de l'éducation nationale souhaitent la généralisation du dispositif GEVASCO, un double cadrage apparaît indispensable :

- comme cela avait été le cas pour GEVA en 2008, la mise en place de GEVASCO et de la démarche évaluative qu'il suppose nécessite **un texte réglementaire** en imposant l'usage sur l'ensemble du territoire [fiche C].
- de même, l'implication des personnels de l'éducation nationale dans la mise en place de l'aide humaine, depuis les premiers contacts avec les familles et la contribution à l'évaluation jusqu'au suivi et à la demande de renouvellement, justifie **une circulaire spécifique** resituant le rôle de chacun et précisant les règles et les procédures qui s'imposent.

Quels textes ?

1 - Un arrêté

- se référant au décret du 23 juillet 2012 et précisant les conditions de mise en place de l'aide mutualisée,
- instaurant la référence à GEVASCO en portant en annexe les documents de base,
- re précisant la place du projet personnalisé de scolarisation dans le processus de prescription,
- éventuellement, complété par une incitation à (ou une obligation de) mettre en place de nouvelles conventions d'objectifs et de fonctionnement entre les MDPH et les recteurs [voir fiche « B »].

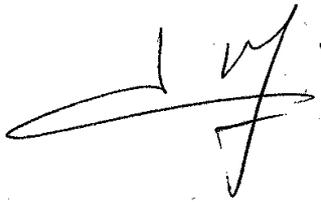
2 - Une circulaire du ministre de l'éducation nationale

- se référant à l'arrêté ci-dessus,
- rappelant l'ensemble du processus induit par la loi de 2005,
- soulignant en particulier le rôle de l'équipe éducative, de l'évaluation initiale et du projet personnalisé de scolarisation,
- présentant GEVASCO et les conditions de son utilisation par les professionnels de l'éducation nationale,

⁵⁵ Rapport de l'IGEN et de l'IGAENR de juillet 2012.

- mettant en évidence la nécessité de faire évoluer l'ensemble des outils utilisés (renoncer aux anciens formulaires de demandes d'AVS),
- redéfinissant les missions de l'enseignant référent,
- précisant les modalités de mise en œuvre de l'aide mutualisée et de l'aide individualisée et les conditions de leur renouvellement,

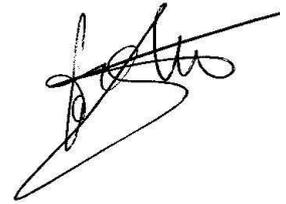
Pourrait être également prévue en complément une note de service sur les missions, le recrutement et la formation des enseignants référents.



Fadela AMARA



Jean-Pierre DELAUBIER



Martine CARAGLIO



Huguette VIGNERON-MELEDER

Annexes

Annexe 1 : Lettres de saisine et de désignation.....	49
Annexe 2 : Méthodologie	52
Annexe 3 : Entretiens	55
Annexe 4 : Liste des sigles	56

Lettre de saisine



*Ministère de l'Éducation nationale
Ministère des Affaires sociales et de la Santé*

Paris le **19 JUL. 2012**

*Le Ministre de l'Éducation nationale
La Ministre des Affaires sociales et de la santé
La Ministre déléguée chargée de la réussite éducative
La Ministre déléguée chargée des personnes handicapées
et de la lutte contre l'exclusion*

à

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Monsieur Erick ROSER
Doyen de l'inspection générale de l'éducation nationale

Monsieur Thierry BOSSARD
*Chef de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale
et de la recherche*

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a favorisé un développement rapide de la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents en situation de handicap. Ce progrès a été facilité par l'effort consenti pour accompagner et aider ces jeunes handicapés dans leur parcours scolaire. Ainsi, le nombre d'élèves bénéficiant d'un accompagnement humain a doublé entre 2006 et 2010.

Si l'éducation nationale a su mener à bien le recrutement d'un nombre croissant d'auxiliaires de vie scolaire (AVS), il lui est parfois difficile de suivre le rythme des prescriptions des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et d'apporter des réponses ajustées aux besoins des élèves. Les services académiques sont confrontés à l'obligation de trouver, dans des délais contraints, les ressources humaines nécessaires, d'assurer la gestion de contrats de natures différentes, parfois précaires (emplois « vie scolaire »), de procéder aux remplacements et de prévoir une formation minimale pour des personnels souvent peu préparés à l'exercice des missions qui leur sont assignées. Enfin, il faut souligner la diversité des situations observées. Ce point a été mis en évidence par le rapport réalisé par le sénateur Paul Blanc en mai 2011. D'un département à l'autre, la forme et le contenu des prescriptions, la proportion d'élèves concernés ou les critères utilisés peuvent varier sensiblement.

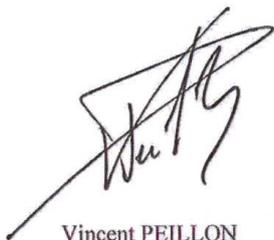
.../...

6 PL

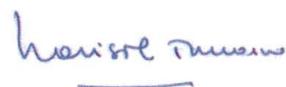
Face à l'augmentation rapide et continue des demandes des familles et des attributions d'AVS-i par les maisons départementales des personnes handicapées, face aussi aux fortes disparités dans les pratiques de prescription, il apparaît nécessaire, pour une plus grande équité de traitement, de disposer d'outils de gestion et de suivi permettant de mieux cerner, quantitativement et qualitativement, les besoins auxquels répond l'accompagnement humain et d'ajuster de manière plus précise les réponses apportées à la situation de chaque élève.

A cette fin, vous voudrez bien organiser une mission d'inspection générale conjointe dont la tâche sera de procéder à un état des lieux quantifié de la situation actuelle et des disparités territoriales constatées dans la prescription. Vous repérerez les bonnes pratiques dans ce domaine et proposerez des critères et des modalités d'ajustement de l'accompagnement aux différents types de besoins. Il vous appartiendra aussi de concevoir un tableau de bord et de proposer un cadre méthodologique pour rapprocher, à travers un dispositif conventionnel, les prescripteurs que sont les MDPH et l'éducation nationale, responsable de la mise en œuvre des décisions prises.

Le rapport établi au terme de cette mission devra être remis le 15 décembre 2012 avec une note d'étape portant état des lieux remise fin septembre 2012.



Vincent PEILLON



Marisol TOURAINE



George PAU LANGEVIN



Marie-Arlette CARLOTTI



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Paris le 24 AOUT 2012

Inspection générale
de l'administration
de l'éducation
nationale
et de la recherche

Note à l'attention de

Le chef du service

Monsieur le directeur du cabinet
du Ministre de l'éducation nationale

n° 12 - 160

Inspection générale
de l'éducation
nationale

Objet : Les pratiques de prescription d'auxiliaires de vie scolaire (AVS).
Références : Lettre interministérielle en date du 19 juillet 2012.

Le doyen

Par lettre citée en référence, le ministre de l'éducation nationale, la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre déléguée chargée de la réussite éducative et la ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion ont souhaité que l'inspection générale de l'éducation nationale, l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche et l'inspection générale des affaires sociales conduisent conjointement une mission en vue de procéder à un état des lieux des pratiques de prescription d'AVS et concevoir des outils de gestion et de suivi.

n° 098

Nous avons l'honneur de vous faire connaître que nous avons désigné Mme Martine Caraglio, inspectrice générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche et M. Jean-Pierre Delaubier, inspecteur général de l'éducation nationale, pour participer à cette mission.

Affaire suivie par
Manuèle Richard
Téléphone
01 55 55 12 49
Fax
01 55 55 10 01
Mél.
manuele.richard
@education.gouv.fr
110 rue Grenelle
75357 Paris SP 07

Erick ROSER

Thierry BOSSARD

CPI : M. le chef de l'IGAS
M. Cuisinier, chef du groupe Sud-est
Mme Caraglio, groupe Sud-est
M. Claus, doyen du groupe Enseignement primaire
M. Delaubier, groupe Enseignement primaire

MÉTHODOLOGIE

Un premier temps a été consacré à l'analyse des différents rapports relatifs à la mise en œuvre de la loi sur du 11 février 2005 dont notamment :

- BRANCHU Christine, THIERRY Michel, BESSON Aurélien, *Bilan du fonctionnement et du rôle des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)*, Inspection générale des affaires sociales 2010.
- BLANC Paul, BONDONNEAU Nicolas, CHOISNARD Marie-Françoise *La scolarisation des enfants handicapés*, rapport au Président de la République. La Documentation française, mai 2011.
- CAMPION Claire-Lise et DEBRÉ Isabelle Rapport d'information fait au nom de la commission pour le contrôle de l'application des lois n° 635 (2011-2012) - 4 juillet 2012.
- CARAGLIO Martine (IGAENR) et DELAUBIER Jean-Pierre (IGEN) *La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale*, rapport n° 2012-100 - juillet 2012. Les deux rapporteurs sont membres de la présente mission conjointe.

Dans un second temps, la mission s'est attachée à recueillir et analyser les indicateurs et statistiques disponibles auprès de la CNSA, de la DEPP et de la DGESCO. Elle a organisé les données recueillies de manière à établir une première comparaison départementale des éléments suivants :

- la part de la population scolaire considérée comme « en situation de handicap » (bénéficiant d'un PPS ou d'un document assimilé) à chaque étape de la scolarité ;
- le nombre de demandes présentées par les familles ;
- le taux d'accord de celles-ci ;
- le nombre d'élèves bénéficiant effectivement d'un « accompagnement humain » individuel (AVS ou EVS) en le rapportant au nombre d'élèves considérés comme « en situation de handicap » (et à l'ensemble de l'effectif scolarisé) ;
- le volume horaire total d'accompagnement et la moyenne par élève accompagné ;
- le nombre d'élèves accueillis en établissement médico-social ou scolarisé dans un dispositif d'inclusion collective.

Dans un troisième temps, la mission a rencontré les directions suivantes : CNSA, DGCS, DGESCO, DEPP. Ces rencontres ont permis d'abord de valider les premières analyses, à savoir **le repérage des départements montrant des écarts importants à la moyenne, dans un sens positif aussi bien que négatif**. Ces écarts ont constitué la base des critères retenus pour la sélection des départements à visiter. En outre, la mission a pu constater, comme le soulignait déjà l'IGAS sur le fonctionnement des MDPH, qu'il n'existait aucun système d'information agrégé au niveau national permettant une analyse précise du handicap en France et de son évolution.

Dans un quatrième temps, la mission a défini les départements à visiter selon les critères suivants :

- taux global d’élèves handicapés,
- taux d’élèves accompagnés,
- nombre de place en ESMS,
- mixage rural/urbain et taille du département,
- expérimentation de GEVASCO.

La mission a décidé de limiter à huit le nombre de départements visités, ce nombre paraissant raisonnable quant à la faisabilité dans le temps imparti et quant au volume de données à traiter. Il s’agissait – « sur le terrain » – non pas de recueillir des données nouvelles mais de valider celles connues et de les expliciter et les analyser avec les acteurs.

Il s’agissait également d’observer les pratiques différentes en termes :

- d’organisation et de fonctionnement des différentes instances au sein des MDPH ;
- d’articulations au niveau local entre les différents partenaires (éducation nationale, conseils généraux, agences régionales de santé, directions départementales de la cohésion sociale,...) ;
- d’articulations entre le niveau local et le niveau national.

Enfin, la mission a procédé à l’observation des départements suivants :

- Seine-Saint-Denis
- Finistère
- Somme
- Rhône
- Bas Rhin
- Alpes Maritimes
- Saône et Loire
- Orne

Cette liste est présentée ici dans l’ordre chronologique des visites.

Lors de chaque visite ont été rencontrés à la fois le DASEN et ses collaborateurs et dans un second temps le directeur de la MDPH également accompagné de ses collaborateurs.

Au préalable à ces rencontres était adressé **un questionnaire** permettant de faire le point sur :

- Le fonctionnement : composition, principes de fonctionnement des équipes pluridisciplinaires d’évaluation, composition et modalités de fonctionnement des CDAPH, ...
- Le pilotage/organisation : Quelle stratégie « d’ouverture des dossiers » (renouvellements ou premières demandes,...) ? Quelle articulation entre les équipes de suivi de la scolarisation (ESS) et les équipes pluridisciplinaires

d'évaluation (EPE) ? Quelle articulation entre EPE et CDA ? Quel est le poids de chacun des trois niveaux dans la décision ?

- Les critères d'attribution : Quels modes de définition des critères d'attribution des AVS-i ? Quelle évaluation des besoins de l'enfant ? Quel recueil d'informations sur le degré d'autonomie de l'enfant ? Comment passe-t-on de l'analyse des besoins à la prescription ? Quelle utilisation de GEVASCO ? Quel référentiel d'activités des AVS pour analyser les demandes d'AVS ?

De surcroît, un focus particulier a été réalisé sur le fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire dans une MDPH, celle de Seine-Saint-Denis.

Entretiens

- Au niveau national

Cabinet du ministre de l'éducation nationale

Alexandre SINE, directeur adjoint du cabinet.

Cabinet de la ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion

Catherine VASSILIEV conseillère technique.

CNSA

Luc ALLAIRE, directeur ; Bernadette MOREAU, directrice de la compensation de la perte d'autonomie.

DEPP

Michel QUÉRÉ, directeur

DGESCO

Jean-Michel BLANQUER, directeur général ; Sandrine LAIR chef du bureau A1-3.

DGCS

Yvan DENION, adjoint à la sous-directrice.

APAJH

Jean-Louis GARCIA, président.

APF

Jean-Marie BARBIER, président ; Bénédicte KAIL, conseillère nationale éducation famille.

UNAPEI

Christel PRADO, présidente.

Association des directeurs des MDPH

Igor DUPIN, président, Nadine NONAIN, vice-présidente, Benoît AUBERT, vice-président.

- Au niveau départemental, des entretiens ont été conduits dans les départements suivants

Académie de CRÉTEIL : Seine-Saint-Denis

Académie de RENNES : Finistère

Académie d'AMIENS : Somme

Académie de LYON : Rhône

Académie de STRASBOURG : Bas Rhin

Académie de NICE Alpes Maritimes

Académie de DIJON : Saône et Loire

Académie de CAEN : Orne

Les maisons départementales des personnes handicapées de ces départements ont été visitées : entretiens avec la direction et des collaborateurs.

Ont été systématiquement rencontrés, les DASEN et les IEN-ASH (ainsi que leurs collaborateurs en charge de la gestion des AVS).

LISTE DES SIGLES

ARS : agence régionale de santé
AVS : auxiliaire de vie scolaire
AVS-I : auxiliaire de vie individualisé
AVS-M : auxiliaire de vie mutualisé
CCPE : commission de circonscription préélémentaire
CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDES : commission départementale de l'éducation spéciale
CLIS : classe pour l'inclusion scolaire
CCSD : commission de circonscription du second degré
CNSA : caisse nationale pour l'autonomie
COMEX : commission exécutive (GIP MDPH)
DASEN : directeur académique des services de l'éducation nationale
DEPP : direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DGCS : direction générale de la cohésion sociale
DGSCO : direction générale de l'enseignement scolaire
EREA : établissement régional d'enseignement adapté
ESMS : établissement sociaux et médicosociaux
ESS : équipe de suivi de scolarisation
ETP : équivalent temps plein
EVS : emploi vie scolaire
GEVA : guide d'évaluation des besoins des personnes handicapées
GEVA-sco : guide d'évaluation en milieu scolaire.
IEN-ASH : IGEN chargé des enseignements adaptés et de la scolarisation des élèves en situation de handicap
IGAS : inspection des affaires sociales
IGAENR : inspection de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGEN : inspection générale de l'éducation nationale
IME : institut médico-éducatif
INSHEA : institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés
ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
GIP : groupement d'intérêt public
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
PCH : prestation de compensation
PPS : projet personnalisé de scolarisation
RERS : Repères et références statistiques
SEGPA : section d'enseignement général et professionnel adapté
TED : troubles envahissants du développement
TFC : troubles des fonctions cognitives
TSA : trouble spécifique de l'apprentissage
ULIS : unité localisée pour l'inclusion scolaire