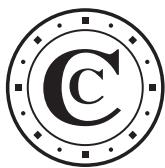


Cour des comptes



LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP

Un coût croissant,
une cohérence à renforcer

Communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale

Décembre 2025

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	13
CHAPITRE I UNE PRESTATION COMPLEXE PAR SA STRUCTURE ET DYNAMIQUE DANS SON ÉVOLUTION.....	15
I - UNE PRESTATION NÉE DE LA RECONNAISSANCE PAR LE LÉGISLATEUR DU DROIT À LA COMPENSATION DU HANDICAP	15
A - Un dispositif ambitieux et original.....	15
B - Des critères d'éligibilité comparativement complexes.....	18
C - Un encadrement des besoins couverts par la PCH	21
II - UNE ÉVOLUTION DYNAMIQUE DE LA PRESTATION	24
A - Une montée en charge encore inachevée	25
B - Un non recours difficile à quantifier	27
C - Un ressaut de la dépense moyenne par bénéficiaire lié aux récentes évolutions législatives.....	29
III - FACE À L'ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE DE PCH PAR LES DÉPARTEMENTS, UN CONCOURS CNSA EN QUESTION.....	35
A - Un taux de couverture des dépenses de PCH par le concours qui s'est rapidement dégradé.....	35
B - Une rationalisation des concours CNSA et la recherche d'un meilleur pilotage financier encore inabouties	36
CHAPITRE II UNE PRESTATION MISE EN ŒUVRE DE MANIÈRE HÉTÉROGÈNE SUR LE TERRITOIRE.....	39
I - UNE FORTE DISPARITÉ DANS LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION.....	39
A - Des indicateurs de traitement stables à l'échelle nationale, mais des écarts importants entre départements	40
B - Une forte variabilité dans les plans d'aide accordés, pouvant résulter de facteurs multiples.....	46
II - UNE APPROPRIATION ENCORE INÉGALE DU CADRE JURIDIQUE DE LA PRESTATION, RENFORCÉE PAR DES CHOIX ORGANISATIONNELS VARIÉS.....	50
A - Une offre d'appui technique de la CNSA progressivement étoffée, mais n'épuisant pas les questionnements des professionnels	50
B - Des modes d'organisation variés et des pratiques hétérogènes entre les départements pour le traitement des demandes	52
III - DES DÉCISIONS ÉGALEMENT DÉPENDANTES DE LA QUALITÉ DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE AU NIVEAU LOCAL	58
A - Une effectivité des plans notifiés souvent tributaire des capacités des services d'accompagnement et d'aide à domicile sur le territoire	58
B - Un manque de places en établissements médico-sociaux qui pèse sur les finances départementales	60

CHAPITRE III UNE ARTICULATION AVEC LES DISPOSITIFS CONNEXES ET UNE COEXISTENCE DES FINANCEMENTS À RATIONALISER	65
I - AUX DEUX EXTRÉMITÉS DE LA VIE, UNE ARTICULATION SOUS-OPTIMALE DE LA PCH AVEC LES AUTRES PRESTATIONS CONSACRÉES	
À LA PERTE D'AUTONOMIE	65
A - La PCH pour les enfants : une extension du dispositif initial présentant des limites.....	65
B - Une « barrière d'âge » entre la PCH et l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) aux fondements fragilisés, mais une convergence achoppant sur l'obstacle financier.....	69
II - LA MULTIPLICITÉ DES FINANCEMENTS PUBLICS DES AIDES TECHNIQUES : UNE SOURCE DE COMPLEXITÉ ET D'INEFFICIENCES	75
A - Une PCH subsidiaire, mais essentielle à la limitation du reste à charge relatif aux aides techniques..	75
B - Une juxtaposition des financeurs peu lisible pour l'usager et ralentissant la prise en charge	76
C - Une prise en charge dégradée par l'obsolescence des textes tarifaires de la PCH en vigueur	78
III - LES FONDS DÉPARTEMENTAUX DE COMPENSATION : UN DISPOSITIF À RÉINTERROGER.....	79
A - Une intervention s'inscrivant dans un cadre juridique imprécis et tardivement stabilisé	79
B - Des modes d'intervention disparates, renforçant les inégalités territoriales	80
CHAPITRE IV DES COMPOSANTES DE LA PRESTATION QUI RESTENT À RÉFORMER	85
I - UNE LOGIQUE DE PERSONNALISATION EN PARTIE REMISE EN QUESTION PAR L'EXTENSION DES COMPOSANTES FORFAITAIRE DE LA PRESTATION.....	85
A - Une dimension forfaitaire initialement réservée pour l'aide humaine aux personnes avec une déficience sensorielle, dont la pertinence est à réexaminer.....	86
B - La prise en compte forfaitaire des besoins de compensation de l'exercice de la parentalité.....	87
II - L'ABSENCE DE POLITIQUE NATIONALE EN MATIÈRE DE CONTRÔLE D'EFFECTIVITÉ ET DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE	92
A - Des modalités de contrôle d'effectivité à harmoniser	92
B - Une coordination à renforcer pour lutter contre la fraude	93
ANNEXES	99

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'**indépendance**, la **contradiction** et la **collégialité**.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'**indépendance statutaire** de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur le fondement du 2^e de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (Lolf) (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des finances de l'Assemblée nationale, par lettre du 10 octobre 2024, en application du 2^e de l'article 58 de la Lolf, d'une demande d'enquête relative à la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette demande a été acceptée par le Premier président qui, par une lettre datée du 7 février 2025, a précisé les modalités d'organisation des travaux demandés à la Cour (cf. annexe n° 1).

L'enquête a été conduite par la cinquième chambre de la Cour des comptes. Le lancement des travaux de la Cour a été notifié aux administrations et organismes publics concernés par lettres datant respectivement du 20 février 2025 pour la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction du budget, la direction générale des collectivités locales (DGCL), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'association « Départements de France », et en date du 5 mars 2025 pour les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), maisons départementales de l'autonomie (MDA) et conseils départementaux de Gironde, de Seine-et-Marne, de l'Oise et de la Sarthe.

La présente enquête s'est en effet fondée sur des échanges avec les administrations nationales, au premier rang desquelles la DGCS et la CNSA, la première étant chargée de la définition et du pilotage juridique de la politique du handicap, la seconde de l'animation et de l'appui technique du réseau des MDPH ainsi que du soutien financier aux départements pour son application sur le territoire. Ils ont été complétés par des entretiens avec l'association « Départements de France », incluant des cadres territoriaux issus de nombreux conseils départementaux, ainsi qu'avec des représentants du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPh), mais aussi par des visites de terrain dans quatre départements (Gironde, Oise, Sarthe et Seine-et-Marne), destinées à apprécier au plus près les modalités de traitement des demandes, d'attribution des droits à la PCH et de suivi de son exécution.

Lors des déplacements effectués dans les territoires, un échantillon standardisé de dossiers anonymisés relatifs à des demandes de PCH a été systématiquement sollicité, afin de pouvoir caractériser d'éventuelles différences dans leurs modalités de traitement par les MDPH. Enfin, une analyse des nombreuses sources documentaires disponibles – rapports de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), études et données de la Drees, publications et guides techniques de la CNSA, etc. – a permis d'éclairer et de mettre en perspective les constats effectués.

**

Le projet de communication a été préparé, puis délibéré le 17 octobre 2025, par la cinquième chambre, présidée par M. Oseredczuk, président de section et président par intérim, et composée de Mme Lacoue-Labarthe et M. Martin, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Brodu, conseiller référendaire en service extraordinaire et M. Pilcer, auditeur, et en tant que contre-rapporteur M. Berthomier, conseiller maître.

Il a été examiné le 4 novembre 2025 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Hayez, rapporteur général, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune, M. Cazé, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Savy, président de section représentant M. Bertucci, président de la chambre du contentieux, M. Oseredczuk, président de section, représentant Mme Thibault, président de la cinquième chambre, M. Albertini, M. Roux, Mme Mouyssset, Mme Daussin-Charpentier et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes et de Mme Hamayon, Procureure générale, entendue en ses avis.

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Synthèse

Une prestation complexe visant à compenser de manière individualisée les conséquences du handicap

Instituée par la loi « Handicap » du 11 février 2005 qui a posé également un principe général d’accessibilité de l’espace public, la prestation de compensation du handicap (PCH) a matérialisé pour la première fois un droit individuel à la compensation. Ce droit s’inscrit dans un cadre rénové qu’illustre la création concomitante des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Fondée sur une évaluation individualisée des besoins du bénéficiaire, la PCH finance cinq éléments distincts, mais cumulables : les aides humaines, les aides techniques, les surcoûts de transport ou d’aménagement du véhicule et du logement, les charges spécifiques ou exceptionnelles et l’aide animalière.

En sus de conditions administratives d’âge et de résidence, l’accès à la prestation repose sur des critères d’éligibilité liés à l’identification, par l’équipe pluridisciplinaire de la MDPH, d’au moins une difficulté « absolue » ou deux difficultés « graves » pour la réalisation d’activités quotidiennes énoncées dans un référentiel propre, auxquels s’ajoutent des critères d’éligibilité spécifiques à l’aide humaine. Elle n’est pas soumise à conditions de ressources, tandis que la modulation du taux de prise en charge (à 80 % au lieu de 100 %) en fonction des revenus ne concerne qu’une part infime des bénéficiaires. Les montants d’aide accordés peuvent s’avérer particulièrement importants dans certains cas individuels : de l’ordre de 200 000 € ou plus par an, lorsque la situation du bénéficiaire requiert une surveillance au domicile par des aidants salariés qui peut atteindre 24 heures par jour.

Une évolution dynamique, accélérée depuis 2021

L’augmentation de la charge financière de la PCH a été rapide depuis sa création, avec un coût multiplié par douze de 2006 à 2010, puis par trois depuis lors, pour atteindre 3 Md€ en 2023. Son taux moyen de croissance, d’environ 5 % entre 2015-2020, a connu un ressaut depuis 2021 du fait de mesures nouvelles. En 2023, on dénombrait plus de 400 000 bénéficiaires, sans méconnaître la possibilité d’un non-recours important à cette prestation, notamment dans certains départements où la proportion de bénéficiaires apparaît anormalement basse. L’élément relatif à l’aide humaine, qui est le plus fréquemment accordé et qui induit des paiements mensuels, concentre plus de 90 % de la dépense totale.

Relativement stabilisé depuis 2008, le cadre juridique de la PCH a connu, à partir de 2021, de nombreuses inflexions ayant élargi son champ et augmenté son coût, notamment son extension pour améliorer la prise en compte de la situation des personnes ayant une altération des fonctions psychiques, cognitives, mentales ou un trouble neurodéveloppemental. Dans le même temps, les tarifs des modes d’intervention de l’aide humaine, longtemps inchangés, ont été substantiellement revalorisés pour renforcer le « virage domiciliaire » et la qualité de service. Ces réformes, répondant généralement à des demandes anciennes des associations représentatives des personnes en situation de handicap et des professionnels, se sont accumulées rapidement, souvent sans chiffrage robuste préalable et avec un suivi financier limité.

Le concours financier versé, depuis 2006, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements, afin de compenser partiellement la montée en charge de cette prestation, n'a pas suivi le rythme de la dépense : son taux de couverture, qui dépassait 60 % en 2009, est aujourd'hui inférieur à un tiers. La dynamique des dépenses de PCH, dont la progression rapide pourrait porter le coût à plus de 4 Md€ d'ici 2030, soulève un enjeu de soutenabilité pour les finances départementales. Dans le même temps, l'architecture des concours de la CNSA aux départements est devenue illisible, chaque mesure nouvelle adoptée ces dernières années ayant donné lieu à la création d'un concours spécifique. Une réforme visant à les simplifier a été engagée début 2025.

De fortes disparités dans les conditions d'attribution qui mettent à mal l'égalité d'accès à la prestation sur le territoire

Le temps moyen de traitement d'un dossier de PCH s'élevait à plus de six mois (6,1) fin 2024, contre cinq pour l'ensemble des droits et prestations attribués par les MDPH, résultat lui-même supérieur au délai réglementaire de quatre mois. Cette moyenne masque de forts écarts entre les départements, le délai variant entre 2,5 mois et 16 mois. Une telle dispersion paraît tenir autant aux effectifs des MDPH et à la volumétrie des demandes traitées qu'à des facteurs organisationnels : caractère systématique ou non des visites à domicile, fractionnement des décisions, gestion différenciée des demandes « urgentes ».

Ces écarts se manifestent également dans le taux d'accord pour l'attribution de la PCH, qui oscille entre 20 % et 92 %, pour une moyenne nationale de 47 %. Ils tiennent, pour partie, à des différences dans le niveau d'information et d'accompagnement social des usagers, qui font parfois une demande sans connaître leurs conditions précises d'éligibilité, mais aussi à la diversité des pratiques départementales d'évaluation. En revanche, ils ne paraissent guère liés au fonctionnement, pourtant hétérogène, des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), car celles-ci décident pour l'essentiel « sur liste », entérinant de fait les propositions de l'équipe pluridisciplinaire, sans débat supplémentaire.

Les montants individuels versés au titre de la PCH présentent aussi une forte dispersion, notamment concernant l'aide humaine. Elle traduit le recours plus ou moins intensif aux différents modes d'intervention, mais aussi une hétérogénéité dans le volume horaire des plans d'aide accordés, révélant – au-delà des facteurs environnementaux et personnels propres à chaque évaluation individuelle – des différences d'approche entre les MDPH. La mobilisation des autres éléments de la PCH, si elle ne soulève pas les mêmes enjeux financiers, fait l'objet de disparités comparables qui trahissent dans certains cas des contraintes organisationnelles des MDPH – par exemple la rareté des ergothérapeutes pour évaluer les besoins en aides techniques – affectant leur capacité à aller au-devant des besoins exprimés par les usagers. Par ailleurs, si la Cour n'a pas été en mesure d'observer des disparités résultant directement de l'aisance financière du payeur départemental, les récentes tensions financières ont conduit plusieurs départements à étudier des pistes de réformes visant à mieux maîtriser les dépenses de PCH.

La qualité hétérogène de l'écosystème médico-social des départements contribue aux disparités territoriales. La PCH s'appuie en effet sur l'intervention de services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), dont les effectifs, le degré de structuration et la capacité à s'adapter à des profils spécifiques de bénéficiaires varient entre les départements. L'offre d'accueil en établissements médico-sociaux a également une incidence sur la PCH, dans la

mesure où le manque de places dans des structures adaptées aux profils les plus lourdement dépendants contribue à la multiplication de plans d'aide humaine déplafonnés accordés à des usagers qui auraient pu être pris en charge en établissement, et qui en avaient exprimé le souhait. Dans les départements interrogés, ces plans pouvaient représenter 15 % des dépenses concentrées autour d'un faible nombre de bénéficiaires, et les deux tiers des bénéficiaires concernés faisaient parallèlement l'objet d'une orientation en établissement.

Ces constats interrogent sur l'effectivité de l'égal accès à la prestation sur le territoire, objectif qui incombe à la CNSA. Malgré l'appui méthodologique développé par celle-ci, la complexité intrinsèque de la PCH explique son appropriation inégale par les équipes des MDPH, aussi bien en matière d'évolution réglementaire que de clarification de la réglementation.

Une cohérence insuffisante entre les différents dispositifs et financeurs au titre de la politique de l'autonomie

Étendue dès 2008 aux enfants et adolescents, la PCH continue cependant de coexister avec l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments financés par la sécurité sociale. Il en résulte un « droit d'option » excessivement complexe pour les familles, entre ces prestations différentes par leurs fondements et leurs critères. La convergence entre les deux dispositifs, envisagée de longue date par le gouvernement et déjà instruite techniquement, n'est jamais intervenue jusqu'à présent. Par ailleurs, les modalités de la « PCH enfant », qui résultent pour l'essentiel d'une transposition du référentiel initial de la prestation, peuvent s'avérer en partie inadaptées aux besoins spécifiques de cette population.

À l'autre extrémité de la vie, la « barrière d'âge » entre la PCH et l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) réservée aux personnes de plus de 60 ans a été maintenue jusqu'à présent, malgré des exceptions prévues dès l'origine. Critiquée par les associations en raison du caractère généralement plus avantageux de la PCH, elle est justifiée par le gouvernement du fait de la différence de nature entre la perte d'autonomie liée au handicap et celle résultant du grand âge. Cette distinction est cependant aujourd'hui fragilisée, le législateur ayant introduit des dérogations pour les personnes atteintes de maladies évolutives graves.

La fusion des deux prestations en une seule serait cohérente au regard des évolutions démographiques (28 % de bénéficiaires de la PCH sont âgés de plus de 60 ans) et institutionnelles (avec la constitution de la branche « autonomie »), mais difficilement soutenable sur le plan financier dans l'hypothèse d'un alignement « vers le haut » sur les conditions de la PCH. Même s'il repose sur des hypothèses incertaines, le surcoût annuel net qui serait engendré par un tel alignement est en effet estimé à 3,6 Md€ dans un scénario central. Une harmonisation de leurs caractéristiques apparaît néanmoins souhaitable : elle pourrait impliquer l'introduction d'un ticket modérateur lorsque la PCH est attribuée après 60 ans, ou lorsque les renouvellements effectués ultérieurement aboutissent à une hausse des aides rattachable aux conséquences directes du vieillissement.

Le partage du financement des aides techniques entre l'assurance maladie et la PCH mérite aussi d'être repensé. Cet élément, qui ne représente qu'un peu plus de 1 % du coût total de la prestation mais peut concerner des équipements de plusieurs dizaines de milliers d'euros, s'appuie sur un arrêté tarifaire qui n'a pas été actualisé depuis 2008 et est devenu par conséquent obsolète au regard des évolutions ultérieures de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) par la sécurité sociale. La souplesse de la prestation, qui repose sur une

liste non limitative d'aides techniques et peut permettre de financer des aides non référencées répondant aux besoins de l'usager, présente toutefois un intérêt, notamment comme cadre de financement temporaire pour les aides techniques innovantes non encore inscrites à la LPPR.

Enfin, le dispositif des fonds départementaux de compensation du handicap, institué par la loi de 2005 pour limiter le reste à charge des bénéficiaires, n'a pas fait la preuve de sa pertinence. Leurs modalités de fonctionnement et d'intervention sont demeurées hétérogènes, avec une participation inégale des partenaires publics, dont la contribution repose sur une base volontaire. Leur capacité à limiter le reste à charge oscille entre un soutien symbolique et une couverture quasi-complète dans certains cas. La prise en charge intégrale des fauteuils roulants par l'assurance maladie devrait supprimer leur premier poste d'intervention, ce qui rend indispensable une clarification de leur rôle et une réflexion sur l'opportunité de leur maintien.

Une réforme sur la parentalité à réinterroger et un pilotage des dispositifs de contrôle d'effectivité à consolider

Instaurée en 2021 dans des conditions précipitées pour répondre à des attentes anciennes, la composante « parentalité » de la PCH repose sur deux versements forfaits visant à financer les interventions d'aidants et les achats d'aides techniques, sans contrôle d'effectivité associé. Même si elle peut être vue comme un facteur de simplification au sein d'une prestation complexe, la logique forfaitaire est contestable car elle engendre des effets d'aubaine en faveur de ménages pour lesquels la parentalité occasionne peu de besoins et, inversement, une sous-compensation pour ceux qui doivent financer davantage d'aide humaine ou de matériel adapté, alimentant de fortes iniquités. Prévue à l'origine comme un dispositif provisoire, elle n'a toujours pas été révisée quatre ans plus tard.

Les politiques de contrôle d'effectivité de l'aide et de lutte contre sa fraude demeurent hétérogènes, malgré un encadrement législatif partiel intervenu en 2020. Du fait de son pilotage décentralisé, aucune doctrine nationale n'encadre aujourd'hui la vérification de l'usage de la prestation ; chaque département définit ses propres modalités de contrôle et ses pratiques de récupération d'indus. Si la fraude intentionnelle apparaît limitée, des situations individuelles observées par les équipes des MDPH n'en soulignent pas moins la vulnérabilité du dispositif, exacerbée par les contraintes liées au traitement de masse des dossiers de demandes. Les outils de prévention restent embryonnaires, malgré le déploiement progressif de systèmes d'information nationaux par la CNSA : l'identité des médecins certificateurs n'y est pas vérifiée ni retracée, ce qui nuit à la détection des pratiques abusives ; les bases de bénéficiaires de la PCH ne sont pas systématiquement croisées avec celles de l'Apas ou celles des autres départements. Le suivi de l'activité des prestataires par les départements qui ont mis en place un système de badgeage met en évidence de nombreux cas de sur-déclaration du nombre d'heures réalisées.

Dans le cadre de la mise en place de la branche autonomie de la sécurité sociale, la CNSA a élaboré un dispositif de contrôle interne et conformité pour sécuriser le fonctionnement de la branche, qui reste à ce stade peu développé. Son renforcement pourrait passer par une harmonisation des politiques de contrôle d'effectivité et de lutte contre la fraude des MDPH et départements.

Recommandations

1. Réaliser, d'ici fin 2026, l'évaluation chiffrée de l'impact d'une suppression du droit d'option entre la PCH enfants et le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et proposer, à coûts constants, une architecture cible (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
2. Proposer en 2026 une refonte des modalités de financement des aides techniques visant à faire de l'assurance maladie obligatoire leur financeur par défaut et à recentrer la PCH sur des cas ciblés (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
3. Au premier semestre 2026, proposer une suppression des fonds départementaux de compensation, sauf si un bilan actualisé permet de confirmer que ce dispositif est toujours pertinent ; dans cette hypothèse, proposer des modalités d'harmonisation de leurs pratiques (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, CNSA*).
4. D'ici fin 2026, supprimer la dimension forfaitaire du volet parentalité de la PCH et réexaminer l'opportunité du maintien des forfaits sensoriels existants, en vue d'une réponse individualisée aux besoins effectifs des bénéficiaires (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
5. Fixer, dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA débutant en 2027, des objectifs de développement de ses missions de coordination et de son offre d'accompagnement en matière de lutte contre la fraude et de contrôle d'effectivité, assortis d'indicateurs de résultat (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).

Introduction

Le présent rapport, réalisé à la demande de la commission des finances de l'Assemblée nationale, est le premier que la Cour des comptes consacre exclusivement à la prestation de compensation du handicap (PCH), la plus récente des trois allocations individuelles de solidarité versées par les départements, dont il vise à dresser un bilan après deux décennies de mise en œuvre.

Ce rapport est organisé en quatre chapitres.

Il présente dans un premier temps, après les avoir resituées dans le contexte institutionnel plus large issu de la loi « Handicap » du 11 février 2005, les principales caractéristiques de la PCH, l'évolution de son poids financier ainsi que de sa population de bénéficiaires, même si les données permettant d'appréhender celle-ci restent lacunaires et d'une fiabilité relative. Cette partie aborde aussi les enjeux relatifs à la couverture partielle des dépenses de PCH des conseils départementaux par le concours financier versé par la CNSA, qui est l'établissement public chargé de l'animation et du pilotage financier de la politique de soutien à l'autonomie, constituée depuis 2022 en une « cinquième branche » de la sécurité sociale.

Dans un deuxième temps, il met en exergue la forte hétérogénéité qui continue de caractériser les processus de traitement des demandes et d'attribution de cette prestation d'un département à l'autre (délais, taux d'accord, montant des aides accordées), en dépit de l'appui méthodologique et du rôle d'animation joué par la CNSA, censée garantir une forme d'équité sur le territoire. Les différences constatées peuvent être imputables à la variété des modèles organisationnels retenus par ces dernières, mais aussi à des facteurs exogènes comme le volume et la structuration de l'offre médico-sociale au niveau local.

Dans son troisième chapitre, il analyse la façon dont la PCH s'articule avec d'autres dispositifs voisins de prise en charge financière de la perte d'autonomie (notamment s'agissant des enfants et des personnes âgées), l'objectif d'harmonisation de ces réponses, énoncé par le législateur en 2005, n'ayant pas été atteint. Des marges de rationalisation existent également en matière de financement des aides techniques, dont le partage entre l'assurance maladie et les départements apparaît aujourd'hui peu adapté.

Enfin, le quatrième chapitre s'attache à approfondir certains enjeux liés aux réformes récentes ou en cours de la PCH : le premier relatif à la couverture des besoins relatifs à la parentalité des personnes en situation de handicap, évolution répondant à une demande réelle mais effectuée selon des modalités qui affaiblissent la logique initiale de la prestation ; le second sur le renforcement du contrôle d'effectivité et de la lutte contre la fraude, volets longtemps considérés comme accessoires mais qui revêtent aujourd'hui une importance accrue dans le contexte de tension financière pesant sur les finances départementales.

Chapitre I

Une prestation complexe par sa structure et dynamique dans son évolution

La prestation de compensation du handicap, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2006, a été instituée par l'article 12 de 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 – dite loi « Handicap » –, et codifiée aux articles L. 245-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF)¹.

Cette loi, fruit d'un travail parlementaire approfondi qui s'est étendu sur près d'une année et qui a substantiellement fait évoluer le projet de texte initial, qui avait été déposé par le gouvernement le 28 janvier 2004, a porté refonte du cadre général de la politique du handicap en France jusqu'à nos jours.

I - Une prestation née de la reconnaissance par le législateur du droit à la compensation du handicap

La PCH doit être appréhendée au regard des apports plus larges introduits concomitamment par la loi précitée, car elle en constitue d'une certaine manière la pierre angulaire : elle concrétise le droit à la compensation nouvellement reconnu aux personnes handicapées, qui justifie à son tour la nouvelle organisation administrative retenue pour en assurer la mise en œuvre.

A - Un dispositif ambitieux et original

1 - Une approche conceptuelle du handicap et un cadre de gouvernance rénovés

D'une part, la loi de 2005 a introduit pour la première fois une définition légale du handicap, entendu comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »².

¹ Son intitulé légal est « prestation de compensation », les dispositions qui la régissent figurant au Titre IV du Livre II du CASF, consacré aux différentes formes d'aide et d'action sociales destinées aux personnes handicapées. Sauf mentions contraires, toutes les références juridiques citées dans le rapport sont issues de ce code.

² Définition codifiée à l'art. L. 114 du CASF.

Cette définition s'inspire de celle issue des travaux menés par l'Organisation mondiale de la santé et consacrée par la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), adoptée en 2001. Elle se caractérise par un modèle d'approche du handicap fondé sur l'interaction entre un problème de santé (trouble ou maladie), les altérations anatomiques ou de fonction qu'il entraîne, ainsi que leurs conséquences en termes de limitation d'activités et/ou de restriction de participation ; cette approche prend par ailleurs en compte les facteurs contextuels personnels et environnementaux.

D'autre part, cette loi fondée « *sur les principes généraux de non-discrimination et de libre choix par chacun de son projet de vie* »³ consacre la notion de compensation, reconnue préalablement par le législateur⁴ mais désormais explicitée et érigée en principe central à l'article L. 114-1-1 du CASF : « *la personne en situation de handicap 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 (...)* ». Le droit à la compensation est conçu comme étant le complément, sur le versant individuel, de l'objectif collectif d'accessibilité, devant permettre l'accès au droit commun de la population en situation de perte d'autonomie : la compensation individuelle intervient donc seulement pour pallier, au regard du projet de vie et des besoins de la personne, les insuffisances de la mise en accessibilité.

Cette réponse aux besoins de la personne handicapée est formalisée au sein d'un plan personnalisé de compensation du handicap (PPC), élaboré à l'issue d'une évaluation de la situation individuelle de l'usager et devant recenser l'ensemble des réponses, de nature légale ou extra-légale, aux besoins identifiés dans les différents aspects de sa vie quotidienne, prenant donc en compte les facteurs environnementaux et personnels. Au sein de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), structure nouvellement créée par la loi de 2005, l'évaluation est réalisée par une équipe pluridisciplinaire (art. L. 146-8).

Sur la base des propositions effectuées par l'équipe pluridisciplinaire, les décisions en matière d'attribution des prestations ou d'orientation vers des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont prises au sein de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instance composée de représentants du département, des services de l'État, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales et des acteurs associatifs. La CDAPH succède aux anciennes commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) et commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES), dont elle reprend les attributions respectives.

³ Cf. communiqué de presse du Conseil des ministres du 28 janvier 2004.

⁴ La loi n° 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a introduit la reconnaissance de ce droit au sein du CASF, mais celui-ci conservait une portée essentiellement déclarative jusqu'aux précisions apportées par la loi du 11 février 2005. De manière quasi-concomitante, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite « loi Kouchner »), disposait en son article 1 : « *La compensation [du handicap] relève de la solidarité nationale.* ».

2 - Une prestation au périmètre élargi, individualisée selon les besoins de la personne

Dans ce cadre global rénové, la PCH est le dispositif qui assure à titre principal le droit à compensation. Prestation en nature ou en espèces (selon le choix du bénéficiaire et l'élément d'aide concerné), elle est affectée à la prise en charge des besoins liés au handicap, tels qu'identifiés dans le PPC et pouvant correspondre à l'un ou plusieurs des éléments suivants :

- l'intervention d'une aide humaine, pouvant être assurée – selon des modalités tarifaires différencierées – par un aidant familial (prestation la moins coûteuse), par l'emploi direct d'une tierce personne, par un service mandataire ou par un service prestataire agréé d'aide à domicile (1^{er} élément) ;
- l'acquisition – achat ou location – d'une aide technique, entendue à l'art. D. 245-10 du CASF comme « *tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel (...)* » (2^{ème} élément) ;
- un surcoût lié à des frais de transport, à des besoins d'aménagement de logement, de déménagement ou d'aménagement de véhicule (3^{ème} élément) ;
- des charges spécifiques (permanentes et prévisibles, comme les frais d'entretien d'un fauteuil roulant ou l'achat de protections contre l'incontinence) ou exceptionnelles (ponctuelles, comme les frais de réparation d'un lit médicalisé ou le surcoût d'un séjour en vacances adaptées) liées au handicap et non prises en compte par l'un des autres éléments de la PCH (4^{ème} élément) ;
- ou encore l'attribution et l'entretien d'une aide animalière (5^{ème} élément).

Ce champ d'application élargi de la PCH la distingue de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), à laquelle elle s'est substituée. Cette prestation antérieure, instituée en 1975, ne finançait en effet que l'aide d'un tiers pour les actes essentiels, pour les personnes ne pouvant les réaliser elles-mêmes en raison d'un handicap. Elle diffère de la PCH par de nombreux autres aspects, puisqu'il s'agit d'une prestation dont le montant était forfaitaire, qui était versée uniquement en espèces, soumise à conditions de ressources et ne faisant pas l'objet d'un contrôle d'effectivité. L'ACTP a cessé d'être attribuée à partir du 1^{er} janvier 2006, mais ses bénéficiaires antérieurs peuvent continuer à la percevoir ou opter pour la PCH, ce second choix étant alors définitif. Son montant mensuel est compris entre 515 € et 1 030 €.

La finalité de la PCH la différencie aussi de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), créée en 1975 et régie par le code de la sécurité sociale, qui est destinée à assurer un revenu minimal d'existence aux personnes handicapées, indépendamment de toute logique de compensation. La création d'une nouvelle prestation devait, selon l'exposé des motifs de la loi de 2005, « [mettre] fin à l'ambiguïté » caractérisant l'AAH, « *perçue tantôt comme minimum social, tantôt comme prestation de compensation et, de ce fait, toujours insuffisante pour faire face à la fois aux besoins de la vie courante et aux besoins spécifiques liés à la situation de handicap.* » L'attribution des deux prestations, cumulables, se fonde sur le même circuit décisionnel (proposition de la MDPH et décision de la CDAPH), mais l'AAH est financée par l'État et versée par les caisses d'allocations familiales (Caf) ou la Mutualité sociale agricole (MSA) selon le régime d'affiliation du bénéficiaire, et repose sur des critères d'éligibilité distincts, conduisant en pratique à un écart important dans le volume de leurs populations respectives de bénéficiaires (cf. *infra*).

L'originalité de la PCH peut aussi être soulignée au regard de l'absence de dispositif strictement équivalent à l'étranger. En effet, un parangonnage des prestations sociales relatives à la perte d'autonomie dans les principaux États européens montre que celles-ci ont généralement une dimension forfaitaire sensiblement plus marquée (montant fixe ou modulé par tranches), et ne comportent pas une typologie aussi fine des catégories d'aides prises en charge. Seuls les dispositifs en vigueur dans les pays nordiques assurent une couverture des besoins d'aide humaine dans des proportions aussi élevées qu'en France (jusqu'à 24 heures sur 24), mais ils relèvent conjointement de l'aide communale et de la sécurité sociale : cf. annexe n° 2.

B - Des critères d'éligibilité comparativement complexes

L'ambition, assignée à cette prestation, d'apporter une réponse personnalisée aux besoins de la personne en situation de handicap explique le caractère élaboré de sa conception (les cinq éléments distincts venant d'être rappelés), mais aussi des conditions d'accès à celle-ci, par rapport aux dispositifs antérieurs ou voisins. La complexité de la PCH est ainsi, pour partie au moins, consubstantielle à sa finalité ; elle fait néanmoins peser une charge particulière sur les services chargés de sa mise en œuvre (cf. *infra*, chapitre II.II.). Elle contribue par ailleurs à l'existence de certains effets de bord entre cette prestation et d'autres dispositifs connexes qui peuvent, quant à eux, être préjudiciables du point de vue de l'usager (cf. *infra*, chapitre III).

1 - Des conditions liées au handicap fondées sur la notion de capacité fonctionnelle

Le projet de loi initial du gouvernement prévoyait une éligibilité fondée sur le seul critère d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, inchangé par rapport à ce que prévoyait l'ACTP et fondé sur un outil préexistant destiné à établir ce taux, le « guide-barème » figurant à l'annexe 2-4 du CASF⁵. L'architecture finalement retenue à l'issue de son examen au Parlement s'en est cependant sensiblement écartée, en retenant une approche distincte, fondée sur les travaux précités de l'OMS. La prestation est ainsi accordée aux personnes confrontées du fait de leur handicap, de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins un an (sans qu'il soit nécessaire que leur état soit stabilisé), à :

- une « difficulté absolue » pour la réalisation d'au moins une des vingt activités (dix-neuf initialement) du référentiel d'accès à la PCH, qui figure à l'annexe 2-5 du CASF. Ces activités sont regroupées en quatre domaines : la mobilité, l'entretien personnel, la communication, les tâches et exigences générales (s'orienter dans le temps, dans l'espace, gérer sa sécurité, maîtriser son comportement, entreprendre des tâches multiples)⁶ ;
- ou une « difficulté grave » pour la réalisation d'au moins deux activités de ce même référentiel.

La détermination du niveau de difficulté rencontrée par la personne pour chacune des activités du référentiel est effectuée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, qui se fonde sur le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (Geva). Ce support, développé antérieurement à la loi du 11 février 2005, a été amendé à l'issue d'une phase d'expérimentation dans les MDPH à la suite de l'entrée en vigueur de la prestation, avant d'être fixé par voie réglementaire⁷. Conçu pour offrir une trame d'analyse commune à l'ensemble des équipes

⁵ Introduit par décret en 1993, puis révisé en 2007.

⁶ Le tableau récapitulant l'ensemble des vingt activités figure à l'annexe n° 3.

⁷ Décret n° 2008-110 du 6 février 2008 et arrêté du 6 février 2008, pris en application de l'art. L. 146-8 du CASF.

d'évaluation sur le territoire, il est en revanche complexe à appréhender, puisque constitué de huit volets distincts couvrant l'ensemble des éléments nécessaires à l'appréciation des besoins de compensation de la personne handicapée et à identifier les critères d'accès aux différents droits et prestations auxquels elle peut prétendre. Pour cette raison, il est peu utilisé directement, y compris pour son volet portant sur la description des capacités fonctionnelles et des restrictions d'activité, les équipes pluridisciplinaires lui préférant généralement des grilles d'analyse simplifiées inspirées de ce document. Il n'a par ailleurs jamais été actualisé depuis 2008 et n'a donc pas intégré les évolutions réglementaires ultérieures, relatives notamment à la prise en compte du handicap lié aux altérations des fonctions psychiques, cognitives, mentales ou à des troubles neurodéveloppementaux (cf. *infra*).

Le niveau de difficulté rencontrée par la personne en situation de handicap pour chacune des activités s'apprécie en référence à leur réalisation par une personne du même âge qui n'a pas de problème de santé, et s'exprime en termes de « capacité fonctionnelle » : cette notion, issue de la CIF, correspond à l'aptitude de la personne à réaliser seule l'activité considérée, hors assistance et dans un environnement normalisé. Elle est évaluée selon une échelle de cotation comprise entre 0 et 4 : la difficulté est jugée « absolue » (niveau 4) lorsque l'activité ne peut pas du tout être réalisée par la personne elle-même, et « grave » (niveau 3) lorsqu'elle est réalisée difficilement et de façon altérée par rapport à l'activité habituellement réalisée.

Une fois l'éligibilité générale à la PCH vérifiée au regard de ces critères, la personne peut prétendre aux éléments 2 à 5 de la prestation. En revanche, des conditions d'éligibilité supplémentaires s'appliquent pour le seul volet aide humaine (élément 1). Elles déterminent si la personne rencontre une difficulté absolue ou deux difficultés graves pour la réalisation de certains « actes essentiels » de l'existence ou, à défaut, si leur réalisation engendre un besoin d'aide ou de surveillance par un aidant familial, pour une durée journalière d'au moins 45 minutes. Cette condition alternative, communément désignée comme un « filet de ratrappage », vise à rendre éligibles à l'élément 1 des personnes dont le besoin d'aide peut résulter d'un environnement immédiat inadapté ou d'un cumul de difficultés modérées⁸.

Les conditions réglementaires d'appréciation de l'éligibilité générale à la PCH se distinguent de celles retenues pour l'évaluation des besoins et l'élaboration des réponses contenues dans le plan personnalisé de compensation : celles-ci ne sont en effet plus fondées sur les capacités fonctionnelles, mais tiennent compte de l'environnement de la personne et des stratégies qu'elle a pu mettre en place pour la réalisation effective des activités du quotidien. Ainsi, une personne handicapée reconnue éligible à la prestation ne se verra pas nécessairement attribuer une aide humaine, s'il est établi par exemple que l'utilisation d'une aide technique ou l'adaptation de son environnement suffisent à pallier les difficultés identifiées.

2 - Des critères d'âge progressivement assouplis

L'attribution de la prestation obéit en outre à des conditions d'âge (appréciées à la date du dépôt de la demande), qui ont partiellement évolué à diverses reprises depuis son entrée en vigueur, rendant plus poreuses et moins lisibles les « barrières d'âge » initialement définies. La plus structurante est celle des 60 ans, au-delà de laquelle il n'est théoriquement plus possible de solliciter le bénéfice de la PCH, mais qui connaît depuis l'origine certaines dérogations comme celle liée au fait de continuer à exercer une activité professionnelle.

⁸ Cf. l'arbre décisionnel figurant en annexe n° 3.

Tableau n° 1 : évolution des critères d'âge applicables pour solliciter la PCH

	Au 1^{er} janvier 2006	Au 1^{er} avril 2008	Au 1^{er} janvier 2021	À partir de 2025 (à confirmer)
Âge minimal	20 ans , sauf pour l'élément 3 de la PCH, cumulable avec l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) de base et ses compléments	Absence d'âge minimal et possibilité de cumul de : - l'AEEH de base avec la PCH - l'AEEH, ses compléments et le seul élément 3 de la PCH		
Âge maximal	60 ans pour solliciter la prestation. La survenue d'un handicap après cet âge ouvre uniquement droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa)			Dérogation à la barrière des 60 ans si les besoins de compensation résultent d'une <u>maladie évolutive grave</u> (liste à préciser par arrêté, à la suite de la loi du 17 février 2025)
	Absence d'âge maximal pour : - les <u>bénéficiaires de l'ACTP</u> faisant le choix d'opter pour la PCH ; - les personnes dont le handicap répond aux critères d'éligibilité et <u>exerçant une activité professionnelle</u>			Absence de limite d'âge supérieure si la personne handicapée remplissait déjà les critères d'éligibilité avant 60 ans

Source : Cour des comptes, d'après le code de l'action sociale et des familles

L'articulation de la PCH avec les prestations connexes, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les moins de 20 ans et l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) pour les personnes âgées dépendantes, est ainsi une source de complexité et de débats récurrents : cf. *infra*, chapitre III.I.

Enfin, l'obtention de la prestation est également conditionnée à un critère de résidence stable et régulière sur le territoire français. Le département ayant la charge de financer la PCH – ainsi que l'ensemble des autres prestations d'aide sociale légale – est celui dans lequel le bénéficiaire a son « domicile de secours » (art. L. 122-1 du CASF), qui s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département, hors séjour dans un établissement ou service social ou médico-social. Des dispositions dérogatoires existent pour des cas spécifiques de séjour prolongé à l'étranger (études, apprentissage d'une langue, formation professionnelle).

3 - Une faible modulation de la prestation en fonction des ressources du bénéficiaire

La vocation universelle de la PCH, dans sa finalité de compensation des besoins induits par le handicap, s'exprime notamment par le fait que son attribution n'est pas soumise à un plafond de ressources annuelles, à la différence de l'ancienne ACTP ou de l'AAH (calculée, par construction s'agissant d'une allocation différentielle assurant un revenu minimal, en fonction du niveau de ressources du bénéficiaire). Ces ressources sont toutefois prises en compte lors de la liquidation par le département, pour calculer le montant versé de la prestation :

lorsqu'elles dépassent un certain plafond, fixé au 1^{er} avril 2025 à 30 398,54 €⁹, le taux de prise en charge passe de 100 % à 80 % des tarifs applicables. Ces modalités contrastent avec celles retenues pour les plans d'aide versés au titre de l'Apa, où le montant du reste à charge pesant sur le bénéficiaire est calculé en fonction de ses ressources, selon un barème fortement progressif allant de 0 à 90 %.

Pour l'application de ce plafond, le législateur a par ailleurs exclu un nombre important de ressources, dont les revenus d'activité professionnelle du demandeur ou de son conjoint, les rentes viagères et les revenus de remplacement ou les prestations sociales à objet spécialisé (prestations familiales, allocation de logement, RSA, etc.)¹⁰, ne conservant dans l'assiette que les revenus du patrimoine. De ce fait, seule une infime minorité des bénéficiaires de la prestation sont susceptibles d'être concernés par la prise en charge à taux partiel, même s'il n'existe pas de statistiques consolidées au niveau national sur ce sujet. L'objectif censément poursuivi par ces dispositions légales s'en trouve ainsi, en pratique, neutralisé.

Par ailleurs, la PCH se distingue des prestations sociales traditionnelles, notamment l'aide sociale à l'hébergement (ASH), en ce qu'elle n'est pas subordonnée à l'obligation alimentaire (devoir des membres du cercle familial d'entretenir leurs proches dans le besoin) et ne peut faire l'objet – en dehors des cas de sommes versées indument ou par erreur – d'un recours en récupération en cas de retour à meilleure fortune du bénéficiaire, ni à l'encontre de sa succession, de ses donataires ou légataires après décès (art. L. 245-7 du CASF).

C - Un encadrement des besoins couverts par la PCH

Si la PCH a été conçue pour répondre aux besoins de compensation des personnes en situation de handicap mis en évidence lors de l'évaluation pluridisciplinaire, elle n'a pas pour autant vocation à couvrir, à elle-seule, l'intégralité de ces besoins. Cet écart entre un droit à la compensation, énoncé de manière absolue dans la loi, et son application plus circonscrite au travers de la prestation censée le mettre en œuvre peut être source d'incompréhensions de la part des bénéficiaires, et constitue un grief fréquent formulé par les associations de défense des intérêts des personnes handicapées. Il tient à la fois à la coexistence de la PCH avec d'autres dispositifs de soutien financier remplissant la même fonction – de droit commun ou réservés spécifiquement aux personnes en situation de handicap – et aux caractéristiques intrinsèques de la prestation, qui ne permettent pas d'embrasser l'ensemble des situations individuelles.

1 - Une prestation s'inscrivant dans un ensemble d'aides légales et extralégales

Le législateur a prévu, dès l'origine, le caractère subsidiaire de la PCH par rapport aux versements effectués par l'assurance maladie obligatoire¹¹, qui peut se manifester dans l'octroi des aides humaines (avec la déduction du montant de la majoration pour tierce personne accordée à certains titulaires d'une pension d'invalidité) ou techniques : le « tarif PCH », fixé par voie réglementaire, est alors diminué du montant de l'aide déjà financé par la sécurité

⁹ Ce plafond, fixé par arrêté du 28 décembre 2005, correspond à deux fois le montant annuel de la majoration pour tierce personne (MTP), devenue prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) au 1^{er} mars 2013. Il est revalorisé chaque année.

¹⁰ Cf. art. L. 245-6 du CASF.

¹¹ Cf. 3^{ème} alinéa du I. de l'article L. 245-1 du CASF.

sociale : cf. *infra*. En revanche, compte tenu de l'absence de dispositions expresses relatives à l'articulation avec les autres aides existantes, la jurisprudence a considéré que, en cas de cumul, la PCH attribuée ne pouvait être diminuée de leur montant¹².

En d'autres termes, dans l'ordre des différents financements, la PCH prime sur l'ensemble des autres dispositifs de soutien existants, quelle que soit leur nature : complémentaires santé, financements accordés par l'Agefiph ou le FIPHFP¹³ pour les aides techniques pouvant être utilisées conjointement dans un contexte professionnel, financements extra-légaux, etc. En vertu du principe de non-surfinancement, la mobilisation de ces aides complémentaires ne peut excéder le reste à charge à couvrir.

Enfin, dans l'hypothèse où un reste à charge supérieur à 10 % des ressources personnelles nettes d'impôts du bénéficiaire subsiste après que l'ensemble des financements existants ont été actionnés, les fonds départementaux de compensation du handicap, créés en même temps que la PCH, peuvent intervenir en dernier ressort, selon des modalités qui sont toutefois disparates : cf. *infra*, chapitre III-III.

2 - Une réponse encadrée par l'application de multiples plafonds horaires et tarifaires

La compensation accordée au titre de la PCH s'effectue dans la limite des frais effectivement supportés par la personne handicapée, et est soumise à la production de justificatifs (factures, devis, formulaire d'identification de l'aidant, *etc.*), hormis pour ses composantes accordées sous forme forfaitaire. Le niveau de prise en charge est en outre soumis à certains plafonds, qui sont de différentes natures selon les aides accordées.

Pour les aides humaines, ce plafond s'exprime en volume horaire : 6h05 d'intervention maximum par jour au titre des actes essentiels et de la surveillance, total qui résulte de la juxtaposition de plusieurs sous-plafonds de temps d'aide attribuable par type d'acte, dont certains sont exprimés en volume mensuel (la participation à la vie sociale) ou annuel (les déplacements extérieurs exigés par des démarches administratives liées au handicap), mais rapportés à une durée moyenne quotidienne pour vérifier le respect du plafond global¹⁴. À celui-ci peuvent s'ajouter depuis 2023, pour les personnes présentant des altérations de leurs fonctions psychiques, cognitives ou mentales ou des troubles du neurodéveloppement (PCMT), jusqu'à trois heures journalières d'aide pour le soutien à l'autonomie, soit un plafond combiné de 9h05 par jour. Les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective peuvent être pris en charge, dans la limite d'un plafond annuel de 156 heures, tandis que les besoins liés à l'exercice de la parentalité sont compensés forfaitairement : cf. *infra*, chapitre IV-I. Un tableau récapitulatif figure en annexe n° 4.

Il peut être dérogé à ces temps plafonds dans le cas de personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne : de telles interventions itératives,

¹² Cf. Cour de cassation, Civ 2^{ème}, 13 février 2014.

¹³ Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées et Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

¹⁴ Pour les enfants et adolescents soumis à l'obligation scolaire (3 à 16 ans), un temps forfaitaire de 30h mensuelles peut être attribué en sus au titre des besoins éducatifs, portant le plafond journalier à 7h05.

nécessaires de jour comme de nuit, concernent notamment les soins liés à la prévention d'escarres ou la réalisation d'aspirations endotrachéales. Le temps d'intervention humaine pour les actes essentiels et la surveillance peut alors atteindre 24 heures journalières, voire davantage (lorsque plusieurs aidants sont mobilisés sur certaines plages horaires), cette dernière possibilité étant aussi soumise à une décision expresse de la CDAPH. Celle-ci peut aussi, dans des situations exceptionnelles, porter le temps d'aide attribué au titre des actes essentiels ou de surveillance au-delà des temps plafonds théoriques.

Pour les autres éléments, l'encadrement s'effectue sous la forme de plafonds tarifaires : fixés par voie d'arrêté, ceux-ci n'ont été révisés qu'une seule fois depuis l'entrée en vigueur de la PCH, en 2022, afin d'être mis en cohérence avec l'allongement à dix ans de la durée d'attribution maximale de la prestation (cf. tableau n° 2 *infra*)¹⁵. S'il est neutre lorsqu'on le rapporte en moyenne annualisée, ce changement est en revanche à l'avantage des bénéficiaires en ce qu'il permet de concentrer un volume d'aides techniques plus important dans les premières années suivant la survenue d'un handicap.

Chacun des cinq éléments de la PCH, pris individuellement, est donc soumis à une forme de plafonnement, comportant le cas échéant des possibilités de dérogations. Il n'existe en revanche aucune limitation globale au cumul de ces différentes composantes, possible dès lors que les besoins évalués de la personne le justifient.

3 - Des aides humaines définies limitativement, mais pouvant donner lieu à des réponses variées

La liste des besoins pour les actes essentiels couverts par la PCH étant réglementairement limitative, les heures d'aide humaine attribuées à ce titre ne peuvent porter normalement que sur la réalisation de ces actes, à l'exclusion de tout autre. L'impératif de respecter simultanément l'*« enveloppe »* globale précitée de 6h05/jour et les sous-plafonds par acte, sans possibilité de fongibilité, peut conduire à un différentiel plus ou moins important entre le temps d'aide nécessaire évalué par l'équipe pluridisciplinaire et la proposition d'attribution d'aide humaine formulée par celle-ci. D'autres raisons peuvent l'expliquer : le fait que la personne ne soit pas présente au domicile sur certaines plages horaires (cas d'une prise en charge en hôpital de jour) ou encore que la présence de l'aidant ne soit pas nécessaire lorsque certains actes réalisés sont pris en charge à d'autres titres (cas d'une intervention d'un service de soins infirmiers à domicile – Ssiad).

Ces modalités, qui conditionnent le calibrage des plans d'aide accordés, font l'objet de critiques récurrentes de la part des associations défendant les intérêts des personnes handicapées. Leurs griefs portent sur le caractère restrictif d'une telle approche, en ce qu'elle exclut certaines activités quotidiennes – telles que les courses ou le ménage¹⁶, même si l'aide

¹⁵ Arrêté du 28 mars 2022 modifiant l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de l'élément de la prestation de compensation mentionné au 1^o de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles et l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation.

¹⁶ Activités pouvant être couvertes par l'aide-ménagère des personnes handicapées au titre de l'aide sociale départementale, mais celle-ci est soumise à des conditions de ressources et peut être récupérable sur succession. En revanche, les bénéficiaires de l'ACTP peuvent financer des heures de ménage avec celle-ci.

humaine à la préparation des repas et à la vaisselle a été récemment ajoutée¹⁷ – et parce que le minutage détaillé par acte se prête mal, dans certains cas, à la réalité vécue par chaque individu : par exemple, le plafonnement à 50 minutes par jour de l'aide pour les activités « assurer la continence » et « aller aux toilettes », qui peut s'avérer insuffisant au regard du temps induit par les multiples transferts journaliers entre le fauteuil et les toilettes. Dans le même temps, certaines composantes des besoins à prendre en compte par les évaluateurs sont énoncées de manière particulièrement large, ce qui leur laisse une certaine latitude d'interprétation pouvant favoriser l'hétérogénéité des réponses apportées. Il en va ainsi de la « participation à la vie sociale », dont le référentiel de la PCH indique seulement que cette notion « *repose, fondamentalement, sur les besoins d'aide humaine pour se déplacer à l'extérieur et pour communiquer afin d'accéder notamment aux loisirs, à la culture, à la vie associative, etc.* » et n'en délimite le périmètre que de manière négative, en excluant les besoins pris en charge à un autre titre. Hormis cette restriction, le guide de la CNSA précise que « *tout projet (...), s'il est spécifiquement motivé, peut être valorisé* » : ainsi, par exemple, d'un accompagnement de la personne pour faire du shopping ou pour rendre visite à des membres de sa famille.

L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2023 du nouveau domaine « soutien à l'autonomie », qui permet d'apporter un accompagnement dans la vie quotidienne des personnes présentant des altérations des fonctions PCMT (dans une logique de « faire avec » et non de « faire à la place de ») a contribué à renforcer la complexité du raisonnement évaluatif. En effet, le temps d'aide accordé à ce titre est complémentaire de celui relatif à l'accomplissement des « actes essentiels » classiques ou à la surveillance, sans que la ligne de partage entre ces notions soit toujours nette, en particulier concernant la participation à la vie sociale. Le plafond de trois heures journalières lié à ce nouveau domaine, qui s'ajoute au plafond de droit commun pour les autres activités, est susceptible d'accroître sensiblement le volume global des plans d'aide proposés, mais n'est quant à lui pas décomposé en sous-plafonds qui contribuerait à limiter les écarts possibles dans les pratiques des évaluateurs. Certaines structures ont toutefois souhaité pallier cette absence de spécifications via la mise en place de barèmes, selon des activités évaluées comme nécessaires à la vie quotidienne des personnes dans le cadre du besoin de soutien à l'autonomie et évaluées par l'équipe pluridisciplinaire ; la CNSA souligne néanmoins l'absence de fondement réglementaire pour de tels outils.

II - Une évolution dynamique de la prestation

L'évolution de la dépense de PCH et de ses sous-jacents (population de bénéficiaires et montants moyens d'aides accordés par les conseils départementaux) est retracée par les enquêtes statistiques annuelles de la Drees consacrées à l'aide sociale des départements, permettant de disposer d'une vision sur le temps long.

¹⁷ Cf. décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap. L'ajout de ces activités s'est toutefois effectué à plafond constant pour l'acte « alimentation (1h45) ».

A - Une montée en charge encore inachevée

1 - Une dépense multipliée par trois depuis 2010

Au cours des premières années ayant suivi l'entrée en vigueur de la prestation au 1^{er} janvier 2006, la dépense correspondante des départements a logiquement connu une croissance exponentielle. Ainsi la dépense brute totale de PCH des départements, qui n'atteignait encore que 85 M€ en 2006, a triplé en 2007 (270 M€) avant de doubler encore l'année suivante (555 M€) pour dépasser 1 Md€ à partir de 2010. Ce dynamisme s'est maintenu au cours de la décennie suivante, avec un taux moyen d'évolution annuelle de 9 % entre 2010 et 2015, puis de 5 % entre 2015 et 2020. À compter de 2021, cette progression s'est à nouveau accélérée, sous l'effet conjoint des mesures de revalorisation et d'extension de la prestation intervenues par voie législative et réglementaire (cf. *infra*).

Dans le même temps, la dépense supportée par les départements au titre de l'ACTP a naturellement décrue avec la fin de toute nouvelle décision d'attribution, mais à un rythme sensiblement plus lent. Le montant total de la dépense d'ACTP représentait encore, en 2023, un peu plus d'un dixième de celui de la dépense de PCH : cf. graphique n° 1 *infra*.

Le coût de gestion administrative de la PCH

La PCH représente 5 % des décisions rendues par les MDPH mais mobilise fortement les équipes d'évaluation, dans la mesure où la construction d'un plan de compensation nécessite une visite à domicile et un échange approfondi avec l'usager. La Cour a constaté que l'élaboration d'un plan de compensation pour un bénéficiaire réalisant sa première demande pouvait prendre deux à quatre heures pour l'évaluateur, impliquant un échange avec l'usager et des échanges approfondis avec son éventuel aidant familial. Cette charge explique en partie le délai moyen de traitement des demandes structurellement plus élevé pour la PCH que pour les autres prestations (cf. *infra*).

Le coût de gestion administrative associé à l'instruction et à l'évaluation de la prestation de compensation du handicap est estimé par la Cour entre 20 et 80 M€, ce qui représente 0,5 à 2,5 % des dépenses annuelles associées à la prestation (cf. annexe n° 5). Ces ordres de grandeur sont comparables à ceux associés à d'autres prestations, comme le RSA pour lequel les dépenses de gestion administrative en 2019 par les départements et organismes débiteurs étaient estimés, dans l'évaluation de politique publique publiée par la Cour en 2022 sur cette prestation, à 1,8 % de son coût global.

2 - Une population de bénéficiaires dynamique, mais restant difficile à appréhender

En 2023, le nombre de bénéficiaires de la PCH – entendu comme celui des personnes ayant un droit ouvert à la prestation au cours de l'année, qu'elles aient ou non reçu un paiement sur la même période¹⁸ – s'élevait, selon les données de la Drees, à environ 407 000 personnes.

¹⁸ La différence entre ces deux notions peut tenir au fait que certains éléments de la PCH – par exemple, l'aménagement du logement – font l'objet de versements ponctuels sur une période pluriannuelle ; elle peut également s'expliquer par l'absence constatée d'un reste à charge effectif pour une personne ayant un droit à la PCH, du fait des remboursements obtenus auprès de l'assurance maladie. Un tel cas de figure de « montant PCH égal à zéro » est distinct d'un refus de PCH.

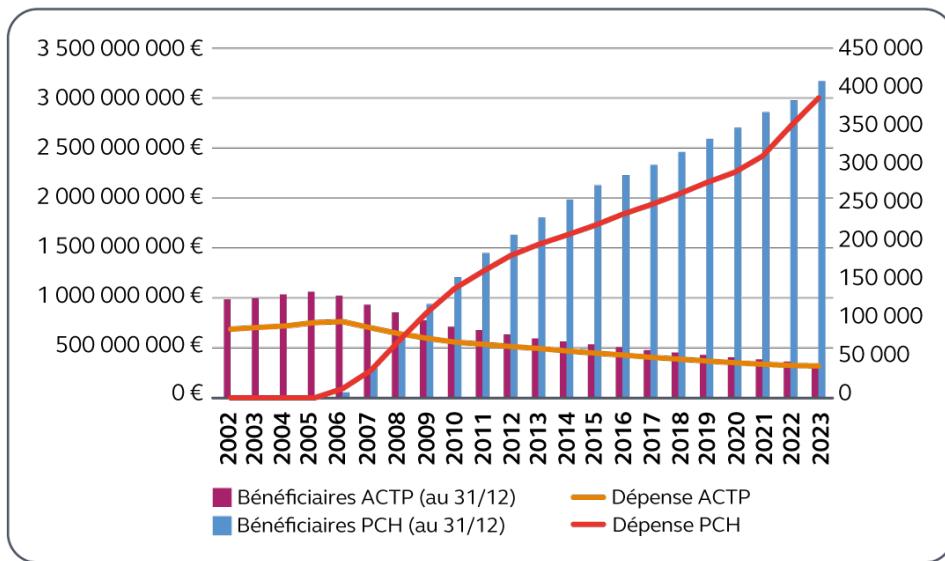
Cette estimation diverge sensiblement de celle des publications statistiques de la CNSA, fondée sur les données collectées auprès des MDPH : le nombre de droits ouverts à la prestation, pour le même exercice 2023, y est évalué à 500 000 personnes. Cet écart, attribué à des droits non clôturés dans les outils de gestion des MDPH en cas de décès de l'usager ainsi qu'à d'autres facteurs¹⁹, illustre le manque de fiabilité et d'homogénéité des données statistiques relatives à la population des bénéficiaires de la prestation, rendant particulièrement difficile la conduite d'enquêtes plus approfondies sur les caractéristiques de celle-ci, comme le confirment la Drees et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

Après une hausse rapide au cours des premières années, témoignant de l'entrée dans le dispositif de nouveaux bénéficiaires qui n'étaient auparavant pas éligibles à l'ACTP (du fait de la suppression des conditions de ressources, ou parce que leur besoin correspond à une aide autre qu'humaine), ou encore de ceux pour lesquels le gain associé à la nouvelle prestation par rapport à l'ancienne était le plus manifeste, cette population continue de croître d'environ 8 % par an depuis 2010, et encore de 5 % depuis 2015. Parallèlement, la population des bénéficiaires de l'ACTP a diminué de moitié entre 2010 et 2023, soit environ -5 % par an, ce qui suggère des sorties naturelles du dispositif plutôt qu'un transfert lié à l'exercice du droit d'option.

Même si la loi de 2005 ne comportait pas d'étude d'impact proprement dite, il ressort de la lecture de son dossier législatif que le gouvernement avait, à l'époque, estimé à 120 000 le nombre de personnes susceptibles de solliciter la PCH au terme de sa montée en charge. Cette estimation, dont il n'a pas été possible de retrouver les sous-jacents, s'est avérée bien inférieure à la réalité, avec une population actuelle de bénéficiaires d'ores et déjà plus de quatre fois supérieure. La montée en charge reste inachevée, d'autant plus que les modifications législatives et réglementaires intervenues après 2020, en particulier la meilleure prise en compte des handicaps PCMT (cf. *infra*), ont élargi le champ des bénéficiaires.

¹⁹ Par exemple le fait que les outils de gestion de certains départements cessent de comptabiliser des bénéficiaires à qui la PCH a déjà été versée mais qui ne sont plus susceptibles de faire l'objet d'un paiement ultérieur car le plafond de prise en charge au titre d'un élément a été atteint, même si leur droit à la prestation reste ouvert.

Graphique n° 1 : évolution du nombre de bénéficiaires et de la dépense totale de la PCH et de l'ACTP



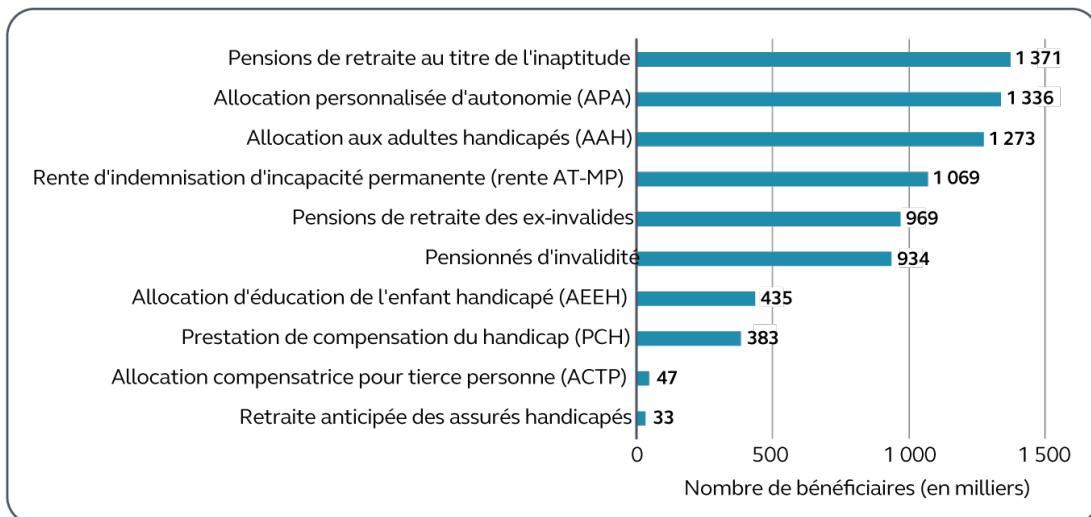
Source : Cour des comptes, d'après les données des enquêtes « Aide sociale » de la Drees

B - Un non recours difficile à quantifier

Outre les facteurs liés à l'extension récente de son périmètre, la nature intrinsèque de cette prestation, dont le bénéfice est conditionné à la fois à l'évaluation générale des limitations fonctionnelles de la personne, puis à la prise en compte de son environnement et de son projet de vie, rend plus difficile l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels n'y ayant pas eu recours que pour des aides sociales revêtant un caractère forfaitaire.

La comparaison avec le nombre de bénéficiaires de l'AAH, qui atteignait 1,35 million de personnes fin 2023, n'est pas nécessairement plus instructive puisque l'octroi de cette prestation est conditionné à des critères de ressources et à la reconnaissance d'un taux d'incapacité supérieur à 50 % (assorti d'une restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi, lorsque ce taux reste inférieur à 80 %). Bien que l'AAH soit une prestation largement plus ancienne que la PCH, sa propre évolution demeure du reste dynamique, sans qu'il soit aisément de faire la part entre des facteurs institutionnels (revalorisations exceptionnelles, entrée en vigueur de la déconjugualisation en 2023) et les autres sous-jacents.

Graphique n° 2 : bénéficiaires des aides et dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2022



Source : Cour des comptes, d'après les données du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « Autonomie » (édition 2024), annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023

Certains travaux ont toutefois visé à délimiter une population potentiellement concernée par la PCH, dont la comparaison avec le nombre de demandeurs et de bénéficiaires effectifs permet d'estimer un taux de couverture, et en creux un phénomène potentiel de non-recours. La Drees collecte au niveau départemental des indicateurs relatifs au handicap dans le cadre de son enquête Vie quotidienne et santé (VQS), en particulier le nombre de personnes déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité. L'Irdes propose un autre indicateur appelé « FISH » (« Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap ») relatif au nombre de personnes en situation de handicap, à partir des données de consommation de soins du Système national des données de santé (SNDS).

Si ces indicateurs permettent de mettre en évidence une hétérogénéité départementale dans la part des personnes en situation de handicap couvertes par la prestation, ils ne permettent pas d'identifier le nombre de bénéficiaires potentiels de la PCH, qui repose sur des critères plus restrictifs. La dernière enquête VQS, menée en 2021, faisait état d'environ huit millions de personnes déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité (dont 3,6 millions âgées de moins de 60 ans). Si toutes ne sont pas susceptibles de percevoir la prestation, la part des personnes de moins de 60 ans déclarant une incapacité fonctionnelle qui bénéficient de la PCH varie fortement selon les territoires, de 2,6 % à 13,5 % selon les départements, ce qui met en évidence des situations locales caractérisées par un non-recours plus ou moins important. Une estimation simple, fondée sur la moyenne nationale, permet de mesurer l'ampleur potentielle de ce non-recours. Si les 49 départements où le taux de recours à la PCH est aujourd'hui inférieur à 7,5 % rattrapaient la moyenne nationale, cela se traduirait par environ 67 000 bénéficiaires supplémentaires, soit une hausse de 18 % du nombre de bénéficiaires. Cette projection confirme l'impact potentiellement massif sur le nombre de bénéficiaires que pourrait avoir une amélioration de l'accès aux droits dans les territoires les moins bien dotés.

Le nombre de bénéficiaires de la PCH d'un territoire est par ailleurs fortement corrélé avec le nombre d'usagers bénéficiant de l'AAH. Une part importante des variations du nombre de bénéficiaires de la PCH peut ainsi s'expliquer par les variations du nombre de bénéficiaires de l'AAH entre les territoires. Ces deux variables dépendent en effet du nombre de personnes indiquant faire l'objet d'une limitation fonctionnelle sévère ou d'une forte restriction d'activité du territoire, et de la part de celles-ci qui bénéficient de prestations instruites par la MDPH.

Ce phénomène tient à une pluralité de facteurs : complexité des critères d'éligibilité et des modalités de compensation, reste-à-chARGE, non-acceptation du handicap, isolement ou déficit d'information (malgré l'introduction du principe de la « demande générique » : cf. *infra*, encadré du chapitre II-I-A-2-b)). Des freins territoriaux concrets contribuent également au non-recours : la désertification médicale de certains territoires complexifie l'obtention des certificats médicaux indispensables pour formaliser une demande en MDPH, et la longueur des procédures peut dissuader des usagers de solliciter la prestation. Pour les aides techniques, l'enquête PHEDRE (« Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge ») de l'Irdes relevait que le taux d'exécution des aides relatives à un handicap lié à une altération de fonction ou déficience auditive diminuait fortement pour les aides dont le délai de notification est de plus de six mois, certaines aides techniques moins coûteuses pouvant être achetées sans attendre le retour de la MDPH. Ce dernier constat, fondé sur des données de la période 2012 à 2015, est toutefois à nuancer en raison des évolutions réglementaires intervenues ultérieurement, notamment le fait que des aides techniques achetées jusqu'à six mois avant la date de dépôt du dossier de demande peuvent désormais être prises en charge au titre de la PCH.

Des développements plus approfondis sur ce volet figurent en annexe n° 6.

C - Un ressaut de la dépense moyenne par bénéficiaire lié aux récentes évolutions législatives

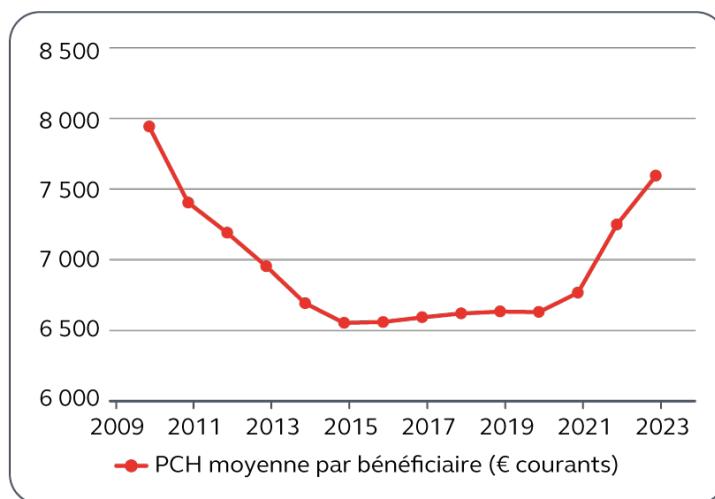
1 - Une hausse sensible depuis 2021, portée par l'augmentation des aides humaines

La combinaison du total de bénéficiaires de la prestation et du volume global de la dépense acquittée par les départements permet d'isoler un montant annuel moyen de PCH par bénéficiaire, qui atteignait 7 600 € en 2023. Bien que cette moyenne masque une forte amplitude des montants individuels accordés, les données des enquêtes « Aide sociale » de la Drees ne permettent pas à ce jour de disposer d'une image plus fine de cette distribution, par exemple par déciles. À défaut, les données communiquées à la Cour par l'un des départements visités, qui portent sur la ventilation des montants versés relatifs au seul volet des aides humaines en décembre 2024, confirment cette forte dispersion : si, pour les deux tiers des bénéficiaires (67 %), l'aide mensuelle versée était inférieure à 1 000 € (et inférieure à 500 € pour 35 %), les 10 % des plans les plus importants se répartissaient en revanche à des niveaux mensuels compris entre 3 000 et 30 000 € (entre 13 000 et 30 000 € pour le dernier centile).

Ce niveau de dépense effective par bénéficiaire est par ailleurs inférieur à celui qui serait attendu au regard des montants moyens d'aides notifiées par les MDPH, le différentiel traduisant à la fois une non-exécution (ou une exécution partielle) d'une part importante des plans d'aide, ou/et une configuration des modes d'intervention pour les aides humaines différente de celle préconisée par l'équipe pluridisciplinaire.

Ce sont en tout cas les variations propres à ce premier élément de la PCH (l'aide humaine) qui expliquent, presque à elles-seules, l'évolution de cette moyenne générale, qui a suivi une courbe « en U » depuis une quinzaine d'années, avec un rebond survenu depuis 2021 résultant des modifications intervenues sur ce volet (cf. ci-après).

Graphique n° 3 : évolution du montant moyen de PCH payé par bénéficiaire



Source : Cour des comptes, d'après les données des enquêtes « Aide sociale » de la Drees

En effet, malgré la logique modulaire de cette prestation, dont les cinq éléments sont attribuables séparément et cumulables, ses enjeux financiers se concentrent sur les aides humaines, à l'origine de plus de 90 % de la dépense totale. D'une part, celles-ci représentent chaque année près de la moitié des attributions de PCH ; d'autre part, leur fréquence d'attribution se combine avec le caractère récurrent des versements correspondants – à l'opposé des montants attribués au titre des aides techniques, de l'aménagement du logement ou du véhicule, plus fréquemment versés de manière ponctuelle – et avec un montant moyen sensiblement plus élevé que pour les autres aides mensuelles.

Tableau n° 2 : répartition et montant moyen des éléments de la PCH attribués en 2022

Éléments de la PCH	Répartition des éléments de la PCH attribués	Montant moyen attribué (en <i>italique</i> : montant mensuel)	Plafonds réglementaires (depuis le 1^{er} janv. 2022)
Aides humaines	46,7 %	936 €	<i>Sans objet (plafonds horaires)</i>
Aides techniques	18,2 %	963 €	13 200 €/10 ans
Aménagement du logement, du véhicule et surcoûts de frais de transport	13,6 %	- logement : 3 429 € - véhicule : 2 855 € - surcoût frais de transport ponctuel/ <i>mensuel</i> : 669 €/173 €	10 000 €/10 ans (logement ; véhicule et surcoûts transport*) 0,50 € par km et 24 000 €/10 ans (uniquement surcoûts transport**)
Charges spécifiques et exceptionnelles	21,4 %	-charges spécifiques : 60 € -charges exc. : 526 €	100 €/mois (ch. spécifiques) 6 000 €/10 ans (ch. except.)
Aides animalières	0,2 %	45 €	6 000 €/10 ans

Source : Cour des comptes, d'après les données CNSA issues de l'enquête des échanges annuels

*Le plafond s'applique de manière distincte pour l'aménagement du logement et celui du véhicule (+ surcoûts de transport), ces deux volets pouvant se cumuler le cas échéant.

**Ce plafond réhaussé ne s'applique qu'aux surcoûts de transport concernant les trajets domicile-travail ou domicile-établissement, si le trajet est assuré par un tiers ou si l'aller-retour est supérieur à 50 km.

2 - Des réformes multiples notamment à partir de 2020, assises sur des hypothèses de chiffrage lacunaires

a) Des modifications paramétriques conduisant à l'extension de la prestation

Les paramètres législatifs et réglementaires de la PCH, qui étaient demeurés relativement constants depuis les années de mise en place de la prestation, ont en revanche connu des modifications nombreuses à partir du début des années 2020, pour répondre favorablement aux demandes formulées par les acteurs du secteur. Ces évolutions, qui matérialisent le plus souvent des engagements gouvernementaux formulés lors des conférences nationales du handicap (CNH) ou des comités interministériels du handicap (CIH)²⁰, sont retracées de manière exhaustive à l'annexe n° 7. Elles ont eu pour effets : 1° d'étendre la population éligible à la prestation (par l'élargissement des critères d'éligibilité générale, avec l'introduction d'une nouvelle activité à coter, et par la meilleure prise en compte des besoins des personnes ayant une altération de leurs fonctions PCMT : cf. encadré ci-après) ; 2° de rendre plus favorables ses conditions d'attribution (par la suppression de la barrière d'âge de 75 ans, par l'allongement voire la suppression de la durée maximale d'attribution) ; 3° de couvrir de nouveaux besoins (parentalité, aide à la préparation des repas et à la vaisselle, soutien à l'autonomie, forfaits « surdicécité »).

²⁰ La CNH a été créée par l'article 3 de la loi du 11 février 2005 et codifiée à l'article L. 114-2-1 du CASF. Elle est censée être organisée tous les trois ans « *afin de débattre des orientations et des moyens de la politique concernant les personnes handicapées* » et débouche sur un rapport à destination du Parlement. Le CIH, créé par décret du 6 novembre 2009, « *est chargé de définir, coordonner et évaluer les politiques conduites par l'État en direction des personnes handicapées* » ; il se tient chaque année. Un secrétaire général en prépare les travaux et en assure le secrétariat permanent.

Ces réformes, pour la plupart, se sont appuyées sur des hypothèses de chiffrage élaborées par la DGCS qui étaient relativement fragiles voire inexistantes, la Drees n'étant pas en mesure de les étayer par des données fiables ou récentes (par exemple concernant la population atteinte d'un handicap lié à une altération de fonction psychique ou la proportion de bénéficiaires éligibles à l'aide à la parentalité). L'évaluation *ex post* de leur impact financier s'avère tout aussi malaisée, car elles ont pu à la fois jouer en faveur de nombreux bénéficiaires préexistants de la PCH et en faire entrer de nouveaux dans le dispositif, sans qu'il soit forcément possible d'en différencier les effets ni d'isoler ceux-ci de la dynamique endogène de montée en charge de la prestation. Enfin, les remontées statistiques effectuées par la CNSA auprès des MDPH sont également lacunaires, leurs systèmes d'information étant insuffisamment outillés, y compris s'agissant des éléments qui sont *a priori* plus simples à circonscrire, comme le nombre et le coût des « forfaits parentalité » nouvellement attribués : cf. *infra*.

L'amélioration de la prise en charge des handicaps liés à une altération des fonctions psychiques, cognitives, mentales ou à des troubles neurodéveloppementaux (PCMT)

L'inadéquation du cadre réglementaire initial de la PCH vis-à-vis de telles formes de handicaps a été soulignée par de nombreux acteurs au cours des premières années d'existence de la prestation, et relevée dans le rapport que lui a consacré l'Igas en 2016. Cette lacune tenait à l'absence de prise en compte, dans les critères d'éligibilité générale et à l'aide humaine énoncés à l'annexe 2-5, du fait que les personnes atteintes de ces troubles peuvent ne pas rencontrer de difficulté « grave » ou « absolue » pour effectuer des actes essentiels, mais requérir néanmoins un besoin d'accompagnement ou de stimulation dans leur réalisation.

Une première réforme réglementaire (décret n° 2017-708 du 2 mai 2017) a précisé le référentiel pour mieux intégrer ce besoin, mais sa portée a pu être jugée insuffisante en ce qu'elle n'étendait qu'imparfaitement les conditions d'éligibilité et n'adaptait pas en conséquence les modalités d'aides humaines proposées. Sur la base de ce constat, la Conférence nationale du handicap de février 2020 a missionné M. Denis Leguay, psychiatre et président de Santé Mentale France, pour proposer des adaptations de la PCH. Celui-ci a remis son rapport en juillet 2021, auquel s'est ajoutée une contribution conjointe des principales associations représentant les intérêts de cette population (Unafam, Autisme France, HyperSupers TDAH, Unapei).

L'essentiel des recommandations issues de ces travaux, après avoir fait l'objet d'une expérimentation dans trois départements courant 2021, ont été reprises dans le décret n° 2022-570 du 19 avril 2022, et sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2023. Leur principal apport a consisté en la création d'un nouveau domaine dans lequel les besoins d'aide humaine peuvent être reconnus, le soutien à l'autonomie, qui ouvre droit à un temps d'aide spécifique pouvant atteindre trois heures journalières (attribuables sous forme de « crédit temps » annuel, permettant une utilisation modulée dans le temps), qui s'ajoute au plafond journalier préexistant de 6h05.

L'entrée en vigueur récente de cette réforme (dont le surcoût n'a pas été compensé pour les départements : cf. *infra*) ne permet pas encore d'en tirer un bilan approfondi, d'autant plus que ses premiers mois de mise en œuvre ont pu coïncider avec des difficultés d'appropriation de celle-ci par les équipes des MDPH. Celles-ci n'ont disposé du guide technique particulier de la CNSA qu'en décembre 2022, tandis que le paramétrage de leur système d'information (SI) au nouveau cadre réglementaire n'est intervenu que vers la mi-2023. Les remontées statistiques effectuées auprès de la CNSA ne permettent pas non plus, pour le moment, d'isoler la part des décisions d'attribution de PCH contenant une aide humaine au titre du soutien à l'autonomie ainsi que le volume d'heures correspondant. On peut néanmoins présumer que l'incidence de cette réforme est significative : en Gironde (l'un des trois départements préfigurateurs de la mesure), dans les plans contenant du soutien à l'autonomie, la part des heures d'aide humaine accordées sur ce fondement représente 27 % de leur volume horaire total en 2023 et 2024. Sur cette dernière année, 44 % des décisions relatives à des plans d'aide humaine dans ce département impliquaient du soutien à l'autonomie, ce qui peut illustrer la montée en charge rapide du dispositif.

b) D'importantes revalorisations tarifaires en faveur des aides humaines

L'autre évolution notable survenue depuis le tournant des années 2020 concerne les mesures de revalorisation des tarifs applicables pour le premier élément de la prestation, relatif aux aides humaines. Ces tarifs sont fortement différenciés en fonction des quatre modes d'intervention existants : emploi direct, service mandataire, service prestataire et aidant familial. Ils prévoient en outre des majorations, lorsque l'aide implique la réalisation de gestes liés à des soins (en cas de recours à un emploi direct ou à un service mandataire) ou lorsque l'aidant familial dédommagé a dû cesser ou renoncer pour tout ou partie à une activité professionnelle.

Fondés sur des formules de calcul quasi inchangées depuis l'entrée en vigueur de la PCH, ils n'avaient connu qu'une progression limitée au cours de la décennie antérieure. Le tarif de référence pour le recours à un service prestataire n'avait ainsi progressé que marginalement depuis fin 2009, avec un montant horaire passé de 17,59 € à 17,77 € en 2015. Le tarif effectivement pratiqué pouvait d'ailleurs être inférieur, selon le niveau fixé par le président du département dans le cas où une convention était conclue avec le service²¹.

En réponse aux attentes formulées par les usagers et les fédérations du secteur, le gouvernement a instauré à compter du 1^{er} janvier 2022 un tarif national « plancher » pour les services intervenant en mode prestataire, identique pour l'Apa et la PCH, auquel les départements ne peuvent déroger. Fixé à 22 € de l'heure, ce tarif a ensuite connu plusieurs hausses ultérieures par voie réglementaire, et est indexé depuis le 1^{er} janvier 2025 sur l'évolution de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP, anciennement majoration pour tierce personne – MTP), elle-même revalorisée périodiquement en fonction de l'inflation. Il est de 24,58 € depuis cette date (le tarif des prestations fournies par les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, arrêté chaque année par le président du conseil départemental, pouvant quant à lui être supérieur à ce plancher). Les tarifs relatifs à l'emploi direct ont également fait l'objet de mesures de soutien à partir de 2022.

²¹ Une étude publiée début 2016 par l'« Observatoire national des aides humaines » recensait des tarifs PCH de services prestataires conventionnés compris entre 15,24 € et 32,73 € de l'heure d'un département à l'autre en 2015, avec six départements tarifant au moins un service en dessous du niveau de référence national.

Sous l'effet de ces mesures, les tarifs horaires de trois des quatre modes d'intervention existants ont connu une progression de l'ordre de +38 % entre 2020 et 2025, tandis que la progression du dédommagement horaire pour les aidants familiaux est demeurée plus limitée sur la même période (+21 %). La différence de coût entre une heure d'intervention d'un service prestataire (24,58 €) et d'un aidant familial dédommagé (4,78 €) obéit ainsi désormais à un ratio allant d'un à cinq environ.

Tableau n° 3 : évolution des tarifs horaires applicables au 1^{er} élément de la PCH (en €)

Mode d'emploi	2020	Avr. 2025	Évol.	Mode de calcul
Emploi direct (base)	14,04	19,34	+37,8%	Jusqu'en mai 2022 : 130 % du salaire horaire brut d'une assistante de vie C, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur De mai 2022 à juin 2024 : 140 % de la même base Depuis juin 2024 : 150 % de la même base
Service mandataire (base)	15,44	21,27	+37,8%	Majoration 10 % du tarif emploi direct
Service prestataire (base)	17,77	24,58	+38,3%	Jusqu'en 2021 : tarif du service (si habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale) ou prix prévu dans la convention avec le président du département ou 170 % du salaire horaire brut d'une auxiliaire de vie avec < 1 an ancienneté. De 2022 à 2024 : montant minimal fixé par arrêté Depuis 2025 : 0,01941 fois la PCRTT (ex-MTP)
Aidant familial dédommagé	3,94	4,78	+21,3%	50 % du Smic horaire net applicable aux emplois familiaux (taux porté à 75 % si l'aidant cesse ou renonce totalement ou partiellement à une activité pro.)

Source : Cour des comptes, d'après les tableaux publiés par la DGCS

L'impact budgétaire exact de ces mesures tarifaires sur la dépense globale de PCH est difficile à caractériser, les volumes d'heures d'aide humaine et leur répartition entre les différents modes d'intervention variant fortement entre ce que prévoient les plans de compensation et leur exécution effective. Le tarif plancher des services prestataires fait l'objet d'une compensation intégrale, par le versement aux départements d'un concours spécifique en provenance de la CNSA. Son montant, qui atteignait 190 M€ en 2022 et près de 350 M€ en 2024, couvre la PCH et l'Apa. Selon l'étude d'impact de cette disposition dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, la PCH représentait en 2022 environ 36 % du montant global de la contribution de la CNSA, soit un montant de 87 M€.

Il résulte des différents constats venant d'être énoncés que l'ensemble des mesures nouvelles instituées depuis 2020 environ ont contribué au dynamisme financier de la prestation, aussi bien en volume agrégé que rapporté à chaque bénéficiaire individuel. Cette évolution ne s'est pas accompagnée, jusqu'à présent, de la recherche de pistes de modération de cette dépense. Un levier de modération possible pourrait résider dans la recherche d'une modulation effective de la prestation – tout en maintenant le principe de son universalité – en fonction des ressources individuelles des bénéficiaires, dont il a été vu qu'elle reste pour l'heure quasi-inexistante. En revanche, cette évolution pourrait aussi contribuer à la mise en cohérence des critères respectifs de la PCH et de l'Apa : cf. *infra*, chapitre III-I-B.

III - Face à l'évolution de la dépense de PCH par les départements, un concours CNSA en question

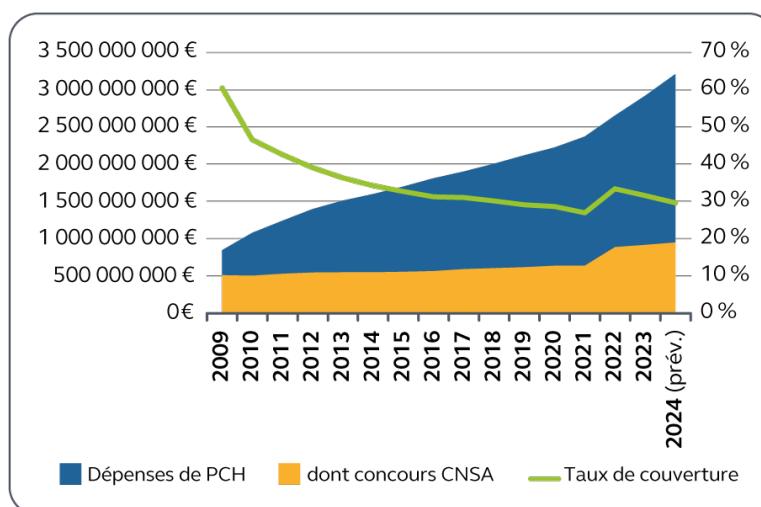
L'allocation de concours financiers par la CNSA en direction des départements, afin notamment de contribuer au financement de l'Apa et de la PCH par ces derniers et d'assurer une forme de péréquation entre eux, a été décidée par le législateur dès la loi de 2005.

A - Un taux de couverture des dépenses de PCH par le concours qui s'est rapidement dégradé

Le budget de la Caisse ayant été historiquement organisé en sections distinctes, définies au niveau législatif et dotées chacune d'un emploi et d'un financement spécifiques, les ressources affectées au « concours PCH » ont été elles-mêmes strictement encadrées : elles ont correspondu à une fraction de ses ressources propres, les contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa)²², à laquelle s'est ajoutée en 2019 une fraction du produit de la contribution sociale généralisée (CSG). Si l'architecture du budget de la CNSA a été refondue lors de la création de la 5^{ème} branche, le principe de l'affectation d'une quotité de ces ressources au concours PCH est demeuré inchangé.

La décorrélation entre la hausse rapide de la dépense de PCH et le faible dynamisme des recettes sur lesquelles est assis ce concours explique la diminution de son taux de couverture, passé de 60,4 % à 31,5 % entre 2009 et 2023, soit un niveau plus faible que pour l'Apa dont les concours CNSA représentaient 41,5 % de la dépense en 2022.

Graphique n° 4 : évolution du taux de couverture des dépenses de PCH par le concours de la CNSA



Source : Cour des comptes d'après CNSA

²² La CSA est une cotisation uniquement à la charge de l'employeur, due dans le cadre de la « journée de solidarité » ; la Casa est prélevée sur le montant de certains avantages de vieillesse et d'invalidité.

Ce concours est alloué aux départements sur la base d'une clé de répartition prenant en compte la démographie, le nombre de bénéficiaires des prestations relatives au handicap et de la PCH, ainsi que le potentiel fiscal, avec un mécanisme correctif prévoyant que les charges nettes de PCH ne peuvent excéder 30 % de ce dernier. Sa fonction de péréquation n'a cependant pas empêché de fortes disparités: les montants notifiés au titre de 2023 couvraient ainsi 63 % des dépenses de PCH de la Haute-Saône, contre 23 % pour la Seine-Saint-Denis.

Les modalités de ce concours ont été tôt dénoncées par les départements, mais leur conformité au principe de libre administration des collectivités territoriales a été confirmée en 2011 par le Conseil constitutionnel²³. Celui-ci, après avoir qualifié la création de la PCH d'extension de la compétence des départements en matière d'aide sociale, a estimé que cette extension s'était accompagnée de ressources financières adéquates et d'un mécanisme de répartition suffisamment précis, sans qu'une stricte corrélation soit nécessaire entre ces ressources et l'évolution ultérieure des dépenses. Cette conformité a cependant été accompagnée de réserves, tenant à la nécessité de maintenir, dans le temps, l'effectivité du mécanisme correctif précité au regard du potentiel fiscal des départements. Un raisonnement similaire a été suivi s'agissant de l'Apa.

La trajectoire des dépenses de PCH questionne leur soutenabilité financière à moyen terme pour les départements. Si la prestation représente une part encore modérée de leurs dépenses totales au titre des allocations individuelles de solidarité (3 Md€ sur 18,4 Md€ en 2023, avant déduction des concours CNSA), elle est en revanche caractérisée par son évolution rapide, de l'ordre de +5 % par an avant la succession de réformes engagées depuis 2021. En cas de poursuite à ce rythme, elle représenterait à horizon 2030 un engagement de près de 4,2 Md€. Cette progression des charges associées à la PCH pourrait ainsi représenter plus de 15 % de l'épargne brute des départements au titre de 2023. Elle les a conduits à réclamer, via l'association Départements de France, la garantie d'un taux de couverture d'au moins 50 % des dépenses d'Apa et de PCH.

B - Une rationalisation des concours CNSA et la recherche d'un meilleur pilotage financier encore inabouties

Le fonctionnement des concours CNSA est marqué par leur démultiplication progressive. En effet, la quasi-totalité des réformes récentes se sont traduites par la création de nouveaux concours spécifiques, destinés à en compenser le surcoût prévisionnel. Au total, pas moins de douze concours coexistaient en 2023, dont près de la moitié créés entre 2021 et 2023. Les surcoûts pour les départements associés au tarif plancher pour les services prestataires, introduit en LFSS pour 2022, ont notamment été intégralement compensés par la CNSA. Un concours spécifique a ainsi été mis en place pour financer les coûts résultant de l'application de ce tarif minimal aux heures d'Apa et de PCH, à hauteur de 347 M€ en 2024. La mise en place d'une dotation complémentaire pour financer l'amélioration de la qualité du service rendu à l'usager par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) a également fait l'objet d'une compensation intégrale, qui est montée en charge avec 34 M€ en 2022, 241 M€ en 2023 et un montant prévisionnel de 433 M€ pour 2024. L'introduction des forfaits parentalité en 2021 a,

²³ Cf. décision n° 2011-144 QPC du 30 juin 2011 et son commentaire associé.

de même, fait l'objet d'un abondement du concours PCH versé par la CNSA, à hauteur de 200 M€, montant qui s'est avéré sensiblement surévalué (cf. *infra*, chapitre IV-I). À l'inverse, la réforme relative à la meilleure prise en compte des besoins liés à une altération des fonctions PCMT, dont l'impact financier potentiel à moyen-terme est sensiblement plus élevé, n'a été compensée, cette réforme étant survenue par décret le 19 avril 2022, entre les deux tours de l'élection présidentielle.

L'architecture de ces concours, déjà complexe à l'origine puis rendue plus illisible encore par les évolutions ultérieures, fait actuellement l'objet d'une refonte. La LFSS pour 2025 a prévu en effet leur regroupement partiel en deux concours distincts, l'un relatif aux personnes âgées et l'autre aux personnes handicapées, ce dernier combinant le concours PCH historique et les mesures de revalorisation précitées, tandis que la dotation complémentaire subsiste de manière distincte. Au titre de la seule année 2025, son montant pour chaque département est fixé en prenant en compte la dépense totale de PCH constatée sur cet exercice, à laquelle est appliquée à l'identique le taux de couverture observé pour 2024. Cette disposition, transitoire, est censée précéder une redéfinition plus large des règles de calcul et de répartition des concours Apa et PCH qui doit survenir d'ici à la LFSS pour 2026. La concertation entre le gouvernement et les conseils départementaux n'a, pour l'heure, pas encore abouti.

Le passage d'un concours piloté par les seules recettes à un dispositif basé sur la dépense effective de PCH pourrait contribuer à en accroître la lisibilité et à améliorer la gouvernance de la prestation. En effet, par contraste avec la situation existante où chaque mesure nouvelle a donné lieu à la négociation d'une compensation *ad hoc*, plus ou moins bien calibrée du fait des difficultés à en évaluer l'impact *a priori*, cette configuration pourrait inciter les différentes parties prenantes (historiquement l'État et les départements, mais aussi désormais la sécurité sociale avec la transformation de la CNSA en gestionnaire du risque autonomie) à la recherche partagée d'une meilleure maîtrise financière de cette prestation.

Dans son esprit, cette évolution serait aussi cohérente avec l'objectif de clarification du financement des allocations individuelles de solidarité que la Cour a récemment appelé de ses vœux²⁴. Elle assurerait en effet une forme de dotation-socle en faveur des départements, dont la progression serait corrélée à celle des dépenses effectivement supportées. Une telle modalité manifesterait le fait que la PCH résulte en premier lieu d'une expression de la solidarité nationale envers un public vulnérable, sur laquelle les départements conservent néanmoins une latitude dans les conditions de sa mise en œuvre effective.

La question du niveau adéquat du taux de couverture « garanti », au-delà de 2025, peut toutefois difficilement être tranchée dans l'absolu, sans prendre en considération les enjeux plus larges de la relation financière entre l'État, les collectivités et la sécurité sociale. En outre, il reste aussi à déterminer si ce taux de couverture serait apprécié de manière agrégée à l'échelle de l'échelon départemental, ou appliqué individuellement à chaque département. La première option, *a priori* plus conforme à l'application classique du principe d'autonomie financière, permettrait également de mieux responsabiliser les conseils départementaux dans la gestion de la prestation, même si certains facteurs exogènes pourraient continuer d'être pris en compte.

²⁴ Cf. Cour des comptes, *Les politiques sociales décentralisées : une coordination à conforter, des financements à réformer*, in rapport public annuel, mars 2023.

CONCLUSION

Deux décennies après sa création, la PCH n'est pas encore un dispositif d'aide totalement stabilisé, comme en témoignent le dynamisme de sa population de bénéficiaires et de son coût, ainsi que les nombreuses réformes récentes de son cadre juridique. Malgré sa dimension universelle affirmée, sa structure élaborée et le haut niveau de prise en charge financière qu'elle assure, elle est encadrée par une liste limitative des besoins couverts au titre de l'aide humaine (en particulier pour le domaine des actes essentiels) et par l'application de plafonds horaires et tarifaires.

Ces caractéristiques générales n'épuisent pas les questionnements afférents à la PCH : dans la mesure où celle-ci n'est pas assimilable à une prestation forfaitaire, mais est conçue au contraire pour s'ajuster au plus près de la situation individuelle de ses bénéficiaires et de la réalité de leurs conditions de vie, ses modalités d'application sont fortement tributaires des pratiques effectives d'instruction, d'évaluation et de décision retenues au sein de chaque MDPH. Ce sont ces aspects qu'il convient d'approfondir désormais.

Chapitre II

Une prestation mise en œuvre de manière hétérogène sur le territoire

Le fonctionnement de la PCH, comme celui de l’Apa créée trois ans plus tôt, a pour particularité de faire coexister un cadre législatif et réglementaire national extrêmement détaillé et prescriptif – s’efforçant de délimiter le plus étroitement possible les conditions d’éligibilité à la prestation et ses modalités d’attribution, même s’il peut donner lieu à des difficultés d’interprétation et couvre inégalement ses cinq éléments constitutifs (cf. *infra*, chapitre II-II-A) – avec un pilotage décentralisé au niveau des départements. Justifié par la compétence historique de cet échelon territorial en matière d’aide sociale, ce pilotage conduit nécessairement à des choix d’exécution différenciés, en vertu du principe constitutionnel de libre administration des collectivités.

Le caractère de « *prestation nationale d'aide sociale à financement départemental* »²⁵ de la PCH l’expose ainsi à une tension forte entre le respect d’un objectif d’égalité de traitement des demandes sur tout le territoire – au respect duquel la CNSA est chargée de veiller – et la grande variété des situations constatées dans la pratique.

I - Une forte disparité dans les conditions d’attribution

Cette disparité est objectivable en premier lieu par certaines données statistiques, agrégées au niveau national par la CNSA ou par la Drees, qui portent par exemple sur le délai d’instruction, le taux d’accord et le montant moyen des aides accordées.

Dans un précédent rapport consacré à l’AAH²⁶, la Cour relevait déjà des taux d’attribution disparates entre les départements, résultant des caractéristiques sociodémographiques des territoires ainsi que des différences de pratiques entre les MDPH. Ces facteurs contribuent également aux écarts constatés pour la PCH, tendant même à être accrus par la complexité de cette prestation et son caractère individualisé.

²⁵ Cf. Denis Piveteau, *APA et PCH : le rapprochement est-il possible*, in Les Tribunes de la santé n° 74, automne 2022.

²⁶ Cour des comptes, *L’allocation aux adultes handicapés*, rapport public thématique, novembre 2019.

A - Des indicateurs de traitement stables à l'échelle nationale, mais des écarts importants entre départements

Les données d'activité consolidées par la CNSA en provenance des MDPH font ressortir certaines caractéristiques propres à la PCH par rapport aux autres prestations, mais témoignent également d'une réalité contrastée d'un territoire à l'autre, obligeant à considérer avec prudence tout constat fondé sur les seules valeurs moyennes ou médianes.

1 - Un délai de traitement comparativement plus élevé et inégalement maîtrisé, malgré un appui récemment renforcé de la CNSA

a) Des délais de traitement plus élevés que pour les autres droits attribués par les MDPH

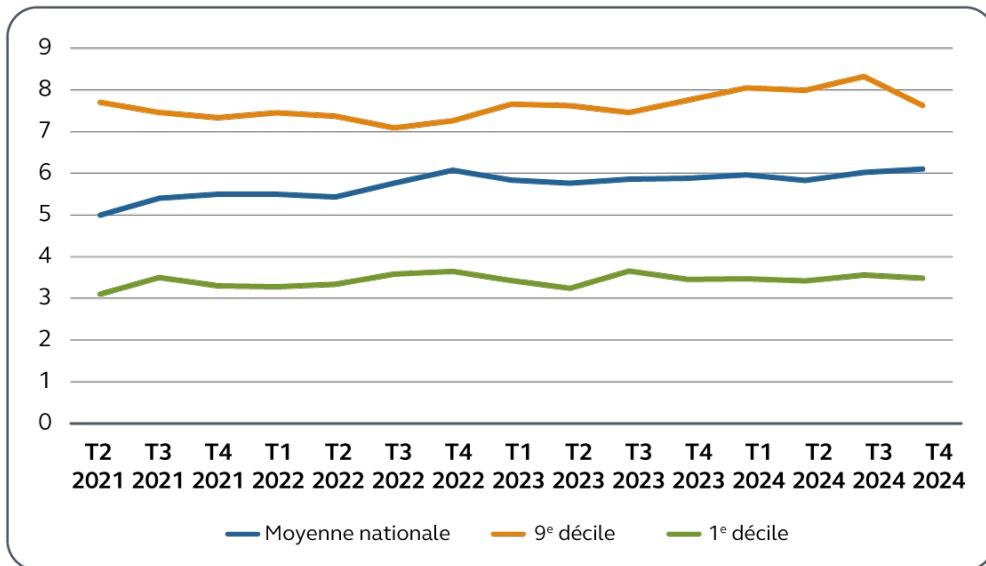
De tous les droits instruits par les MDPH, la PCH est celui pour lequel le délai moyen de traitement²⁷ est le plus long : 6,1 mois en moyenne au dernier trimestre 2024, en légère hausse depuis 2021. C'est un mois de plus que le délai de 5,0 mois constaté pour l'ensemble de leur activité, lui-même supérieur au délai réglementaire de quatre mois fixé par l'art. R. 241-33 du CASF – au-delà duquel, en l'absence de réponse de la CDAPH, la demande est réputée rejetée – qui n'a jamais pu être respecté sur la décennie écoulée. La différence défavorable à la PCH tient au caractère plus lourd et chronophage de la procédure d'évaluation propre à cette prestation, laquelle requiert souvent l'organisation d'une visite à domicile, des itérations multiples entre les équipes pluridisciplinaires ou avec l'usager pour appréhender les situations complexes, et une procédure contradictoire plus systématique avec la communication préalable du plan personnalisé de compensation (cf. *infra*).

Du fait de ces spécificités, il est fréquent – pour ne pas pénaliser l'usager à l'excès et mieux maîtriser les délais globaux – que le traitement du dossier d'un même demandeur soit fractionné et aboutisse à des décisions de la CDAPH en plusieurs temps : sur les droits les plus simples lors d'une première réunion, puis sur la PCH dans un second temps, voire en scindant les décisions relatives à ses différents éléments (avec par exemple l'attribution d'une aide humaine dans un premier temps, puis une décision ultérieure d'aménagement du logement).

Le délai de traitement national moyen d'un dossier PCH masque cependant une forte hétérogénéité entre les MDPH : il s'échelonnait entre 2,5 mois et 16 mois au dernier trimestre 2024. Selon la CNSA, les cas de délais les plus élevés concernent des MDPH connaissant des difficultés particulières de fonctionnement (piratage informatique, impact du changement de solution informatique, vacances d'emplois, etc.) et font l'objet d'un accompagnement spécifique : cf. ci-après. Pour autant, sur la période récente, ces disparités en matière de délai persistent : l'écart entre le premier et le dernier décile des délais moyens de traitement des départements n'a pas significativement diminué entre début 2021 et fin 2024.

²⁷ Nombre de jours écoulés entre la date de recevabilité de la demande et la date de décision d'attribution.

Graphique n° 5 : évolution des délais de traitement moyens de la PCH (en mois)



Source : Cour des comptes, d'après le baromètre des MDPH de la CNSA

Ces disparités concernent également les autres prestations. Le délai moyen de traitement de la PCH est fortement corrélé avec celui de l'AAH, qui varie au quatrième trimestre 2024 entre moins de deux mois pour certains départements et plus d'un an pour d'autres. Certains aspects du processus d'évaluation spécifiques à la PCH, plus complexe que celui de l'AAH, peuvent toutefois impliquer des délais importants pour la PCH pour des départements dont le circuit d'attribution de l'AAH est caractérisé par une relative rapidité. Des départements comme l'Hérault, l'Eure-et-Loir ou la Drôme présentaient des délais moyens de traitement de l'AAH de l'ordre de trois mois, contre six mois ou plus pour la PCH. Ces écarts peuvent s'expliquer par des goulots d'étranglement spécifiques à la PCH et n'affectant pas les délais relatifs à l'AAH (visite à domicile, disponibilité des ergothérapeutes pour l'évaluation des éléments 2 et 3, etc.). L'analyse des délais moyens de traitement au titre de l'AAH des dix départements dont le délai de traitement au titre de la PCH était le plus élevé et le plus faible, présentée en annexe n° 8, confirme cette forte corrélation.

b) Des différences importantes qui résultent de l'effectif et des choix d'organisation des MDPH

Le sous-effectif de certaines MDPH contribue au niveau élevé des délais de traitement des demandes de PCH. En 2022, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) travaillés au sein de la MDPH, rapporté par habitant, présentait une corrélation négative avec le délai de traitement moyen, et le nombre de décisions par ETP était positivement corrélé avec celui-ci. Les dix MDPH les mieux dotées avaient ainsi un délai de traitement 16 % plus court que les dix MDPH les moins bien dotées. Le nombre de décisions et avis rendus par la MDPH par ETP travaillé, qui offre un indicateur pertinent concernant l'adéquation entre l'effectif de la MDPH et son niveau d'activité, était également négativement corrélé au délai de traitement des départements. Les dix MDPH les moins bien pourvues sur la base de cet indicateur avaient un délai de traitement des demandes de PCH 37 % plus élevé que les dix mieux dotées, avec plus

d'un mois et demi d'écart en moyenne. Une forte variabilité persiste toutefois entre les MDPH, indiquant que l'effectif n'est pas l'unique paramètre qui détermine le délai de traitement ; le département de la Manche affichait par exemple un délai de 11,5 mois en 2022 alors que sa MDPH disposait de dix ETP travaillés pour 100 000 habitants, alors que le délai dans les Côtes-d'Armor atteignait 3,2 mois malgré un sous-effectif relatif, de 8,5 ETP pour 100 000 habitants.

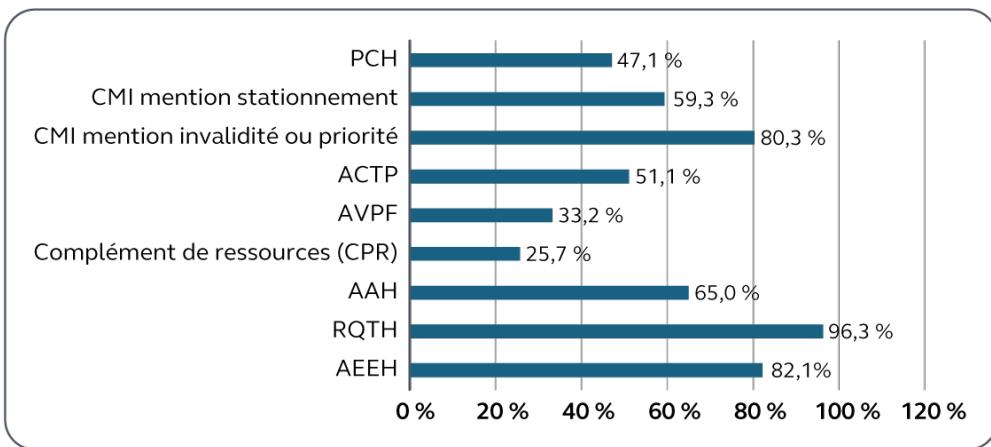
Ces disparités dans les délais d'attribution de la PCH résultent également des différences d'organisation des MDPH et de circuit de traitement des demandes (cf. *infra*). La persistance de délais non maîtrisés et, en corollaire, l'accumulation d'un volume important de dossiers en souffrance ont été les principaux critères de sélection des MDPH accompagnées depuis 2020 par la nouvelle Mission d'appui opérationnel (Maop) de la CNSA. Une vingtaine de MDPH ont bénéficié de cet accompagnement individualisé, leur ayant permis d'identifier leurs points de faiblesse et de définir en conséquence un plan d'action pour formaliser leurs procédures et améliorer leurs résultats, tout en disposant également temporairement d'effectifs complémentaires financés par la CNSA. L'impact d'une telle intervention sur les délais moyens s'est généralement avéré significatif : dans le cas de la Gironde, département visité par la Cour et appuyé par la Maop, le délai de traitement moyen d'un dossier de PCH est passé de 8,5 mois à 6,5 mois au cours de l'année 2024, et tangentait vers la norme de quatre mois pour le flux des nouveaux dossiers en 2025.

D'après la CNSA, la contrepartie de l'amélioration des délais permise par ces plans d'accompagnement avait pu être parfois un traitement plus standardisé des dossiers reçus, notamment dans l'analyse de la phase de recevabilité ou dans la prise en compte des demandes génériques.

2 - Une hétérogénéité dans le taux d'accord aux origines encore mal documentées

a) *Un taux d'accord faible, des disparités territoriales importantes*

La PCH est aussi l'une des prestations présentant simultanément les taux d'accord médian (52 %) et moyen (47 %) les plus faibles. Ce dernier est demeuré relativement constant depuis 2020, après avoir connu un léger ressaut par rapport à l'étiage constaté entre 2015 et 2019 (44,5 % en moyenne). Il est à comparer au taux moyen d'accord dans les MDPH – tous droits confondus – qui dépassait 76 % en 2023, ainsi qu'aux résultats pour les prestations monétaires individuelles qui s'en rapprochent le plus par leur nature : l'AEEH et l'AAH, dont les taux d'accord sont respectivement de 82 % et 65 %.

Graphique n° 6 : taux d'accord par prestation en 2023

Source : Cour des comptes, d'après l'enquête des échanges annuels sur l'activité des MDPH de la CNSA

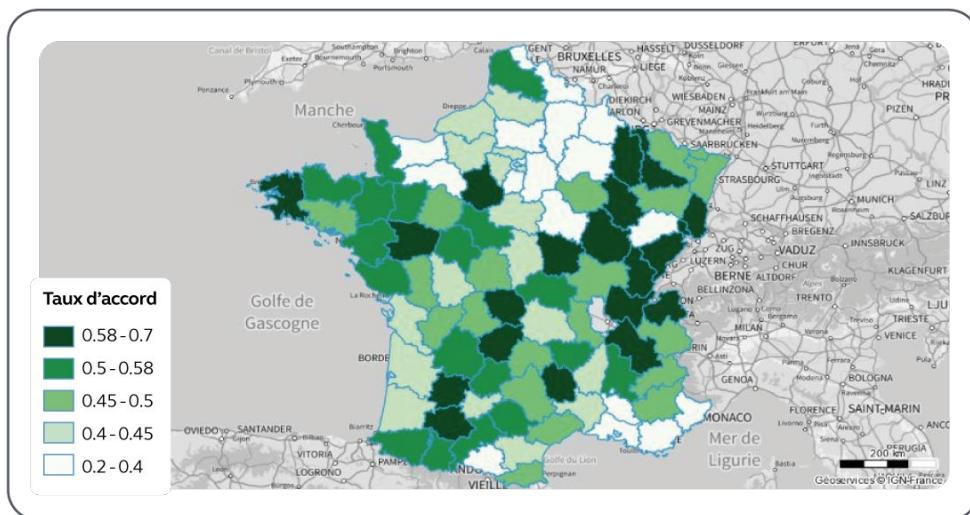
Note : le complément de ressources (CPR) de l'AAH a été supprimé en décembre 2019, mais peut continuer à être accordé aux personnes qui le percevaient précédemment et remplissent toujours les critères d'attribution. Idem pour l'ACTP.

AVPF : affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer ; CMI : carte mobilité inclusion ; RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

La PCH est par ailleurs la prestation dont le taux d'accord présente la plus forte dispersion entre les départements, ces écarts se vérifiant chaque année²⁸. Sur la période 2019-2023, le taux d'accord moyen des départements variait entre 20 % et 92 %. Si les valeurs les plus élevées et les plus faibles sont atteintes par des départements d'outre-mer présentant un faible nombre de bénéficiaires, le taux d'accord des départements métropolitains varie sur cette période entre 28 % pour la Seine-Saint-Denis, et 70 % pour le Territoire de Belfort. L'essentiel des départements présentent un taux d'accord compris entre 40 et 60 %, vingt d'entre eux ont un taux d'accord de moins de 40 % et seize de plus de 60 %. La population des départements ou le nombre de décisions rendues par les MDPH n'explique qu'une part limitée des variations constatées : le taux d'accord moyen des départements de plus d'un million d'habitants était de 43 %, contre 51 % pour ceux de moins de 300 000 habitants. Des situations contrastées sont observées parmi les départements les plus peuplés, le taux d'accord atteignant 28 % en Seine-Saint-Denis et 38 % dans le Nord contre 52 % en Haute-Garonne et 63 % dans l'Isère.

²⁸ Certaines valeurs extrêmes, relevées ponctuellement dans tel ou tel département, paraissent toutefois résulter d'une anomalie de saisie dans les remontées statistiques, et invitent ainsi à considérer avec prudence la fiabilité de ces données.

Carte n° 1 : disparités territoriales en matière de taux d'accord de la PCH en 2023



Source : Cour des comptes d'après CNSA

b) Des disparités multifactorielles, insuffisamment documentées par la CNSA

Le rapport remis par l'Igas en 2024 sur les MDPH²⁹ confirmait que la PCH se singularisait par une dispersion nettement plus marquée que pour les autres prestations, comme l'AAH, en matière de taux d'accord. En 2022, la moitié des départements avaient un taux d'accord au titre de l'AAH compris entre un premier et un troisième quartile de 65 et 73 %, contre 40 à 54 % pour la PCH. La complexité et le caractère individualisé de la prestation se traduisent ainsi par une plus grande diversité des pratiques départementales, que reflètent les indicateurs de traitement.

La CNSA n'a pas mené d'étude, au cours de la décennie écoulée, permettant d'objectiver ces facteurs, contrairement à ce qui a été réalisé sur d'autres prestations. La seule étude d'ampleur jamais réalisée sur les conditions d'attribution de la PCH remonte à la publication fin 2014 d'un rapport commandé auprès d'un cabinet de conseil. Pour expliquer les écarts entre les taux d'accord des MDPH, l'étude croise modélisation économétrique, questionnaires et visites de terrain et met en évidence six variables déterminantes relatives aux pratiques des MDPH et aux caractéristiques socio-économiques du territoire. Une nouvelle étude approfondie des déterminants des disparités territoriales en matière de taux d'accord apparaît indispensable pour garantir l'égalité de traitement des demandes.

Certaines spécificités de la MDPH d'un territoire sont ainsi susceptibles d'avoir une influence sur le taux d'accord relatif à la prestation de compensation du handicap. Les délais de traitement font l'objet d'une corrélation négative avec le taux d'accord ; en 2023, les dix MDPH qui présentent le meilleur délai de traitement ont ainsi un taux d'accord 44 % plus élevé que les dix MDPH dont le délai de traitement est le plus dégradé. Certaines MDPH dont les délais de traitement sont élevés peuvent en effet avoir une propension à notifier des refus pour des

²⁹ Inspection générale des affaires sociales, *Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ?*, juin 2024.

usagers dont l'éligibilité est jugée peu probable sur la base du dossier, alors que d'autres accepteraient de réaliser une visite à domicile qui permet de mieux comprendre les incapacités rencontrées par le potentiel bénéficiaire. L'étude économétrique menée en 2014 a notamment permis de confirmer que la réalisation systématique de visites à domicile impactait à la hausse le taux d'accord dans la mesure où le contact direct avec l'usager introduit une dimension humaine qui complexifie la formulation d'une décision de refus, et où la rencontre avec l'usager permet d'élaborer un plan personnalisé de compensation correspondant mieux à son besoin.

Les représentants associatifs rencontrés ont indiqué à la Cour – sans que ce point ait pu être vérifié – que certaines MDPH iraient jusqu'à refuser systématiquement certaines demandes de PCH afin de réduire leurs délais de traitement, souvent sur la base de justificatifs manquants ou d'erreurs dans le remplissage du formulaire de demande d'aide, et ne les instruisaient que lorsque les usagers réalisaient un recours administratif préalable obligatoire (Rapo). Ces pratiques peuvent résulter de délais de traitement élevés et d'une situation tendue nécessitant des mesures exceptionnelles pour les résorber. La Seine-et-Marne a par exemple mis en place début 2024 un plan d'action visant à traiter le « surstock » de dossiers non traités par la MDPH à la suite d'une cyberattaque datant de 2022. Des mesures de simplification ont été proposées pour réduire ses délais de traitement ; en particulier, la PCH n'est évaluée que lorsqu'une demande a été explicitement formulée par l'usager. Le taux d'accord associé aux décisions au titre de la PCH est ainsi passé de 32 % en 2020 à 21 % en 2024. Le taux de Rapo sur les décisions au titre de la PCH a augmenté de 15 % entre 2023 et 2024, tout en restant relativement limité (4,8 %).

Si la maîtrise des délais a pu justifier des politiques se traduisant par un moindre taux d'accord, la Cour n'a pas constaté de lien entre l'état financier du département et le caractère plus ou moins favorable de ses décisions au titre de la PCH (cf. annexe n° 9). Toutefois, les fortes tensions financières récentes ont conduit à une plus forte prise en compte de la dimension budgétaire associée à la gestion de la prestation de compensation du handicap. Plusieurs MDPH rencontrées ont signalé à la Cour avoir initié des réflexions en ce sens. L'Oise, en particulier, a engagé des travaux pour questionner ses pratiques existantes en matière de PCH et les harmoniser avec celles des départements voisins : ces travaux, qui intègrent un objectif de meilleure maîtrise des dépenses sans pour autant se réduire à celui-ci, ont permis d'identifier 14 résolutions d'évolution de pratiques, dont cinq sont déjà mises en œuvre et neuf sont encore à l'étude.

D'autres facteurs relatifs aux caractéristiques du département ont une influence sur le taux d'accord des MDPH. Les écarts constatés peuvent également résulter d'une certaine hétérogénéité dans la façon de renseigner le formulaire de demande à la MDPH : un demandeur peut transmettre un dossier visant à obtenir une prestation ciblée, quand un autre peut opter pour une demande dite « générique » (cf. encadré), ou à l'inverse cocher l'ensemble des cases du formulaire. La fréquence de ces types de demandes peut varier d'un territoire à l'autre, notamment selon les conseils prodigués aux demandeurs par les associations et structures d'accompagnement social. Alors que ces différences sont théoriquement sans incidence sur les décisions d'attribution rendues, elles peuvent en revanche expliquer les variations constatées dans le taux d'accord. L'étude de 2014 confirme que le nombre de demandes a un impact à la baisse sur le taux d'accord, dans la mesure où celui-ci peut être associé à un nombre important de demandes injustifiées. Un taux de chômage élevé est également associé à un moindre taux d'accord : en effet, la progression du taux de chômage est associée à une augmentation du nombre de demandes, de qualité hétérogène, ce qui peut entraîner une augmentation de la proportion de refus relative à la PCH.

La forte hétérogénéité des taux d'accord des MDPH sur la PCH représente ainsi un enjeu spécifique par rapport à d'autres prestations décentralisées, et s'explique par la combinaison de facteurs endogènes relatifs à la diversité de leurs modalités d'organisation vis-à-vis de cette prestation, et de facteurs exogènes liés aux caractéristiques socioéconomiques du territoire ainsi qu'à l'écosystème d'accompagnement des usagers en vue du dépôt de leur dossier de demande. L'effet des politiques engagées par les départements à des fins de modération de la dépense apparaît en revanche comme secondaire, bien que les récentes tensions financières aient conduit certains d'entre eux à étudier des pistes d'économies relatives aux dépenses de PCH.

La réforme du formulaire de demande MDPH et le principe de la demande générique

Depuis la réforme du formulaire de demande à la MDPH (Cerfa n°15692*01), déployé à partir de 2017 et s'étant complètement substitué au précédent à partir du 1^{er} mai 2019, il est possible à l'usager de seulement décrire sa situation, ses besoins et son projet de vie, sans avoir à indiquer expressément les prestations auxquelles il prétend (listées dans un volet spécifique). Sa demande est alors qualifiée de « générique », et sera encodée comme telle dans le système d'information de la MDPH lors de la phase d'examen de la recevabilité du dossier. Selon les données de la CNSA, 437 000 demandes génériques avaient été enregistrées en 2023, sur un total d'environ 5 M de demandes, soit près de 9 %.

Il appartient ensuite à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de mener une évaluation globale de la situation du demandeur, et de proposer sur ce fondement l'ensemble des droits et orientations qu'elle juge adaptés, indépendamment du fait qu'ils aient été directement sollicités ou non. De même, sera considéré comme une demande générique un dossier dans lequel le demandeur n'aura coché qu'un droit particulier, mais se sera ensuite vu proposer par les services de la MDPH un autre droit que celui initialement sollicité.

La Cour a cependant pu constater, au cours de son instruction, que ce dernier principe n'était pas uniformément respecté, en particulier s'agissant de la PCH, du fait de la procédure d'évaluation plus lourde et complexe qu'elle nécessite et des contraintes pesant sur les services de certaines MDPH en termes de charges de travail et de délais de traitement. Il peut en résulter la situation paradoxale – et non conforme aux textes, puisque cette circonstance est normalement neutre sur les propositions de droits effectuées par la MDPH – dans laquelle il sera plus avantageux pour l'usager d'être le moins spécifique possible (en cochant toutes les cases ou en n'en cochant aucune), plutôt que de formuler une demande ciblée.

B - Une forte variabilité dans les plans d'aide accordés, pouvant résulter de facteurs multiples

1 - Des disparités dans le volume des plans d'aide humaine

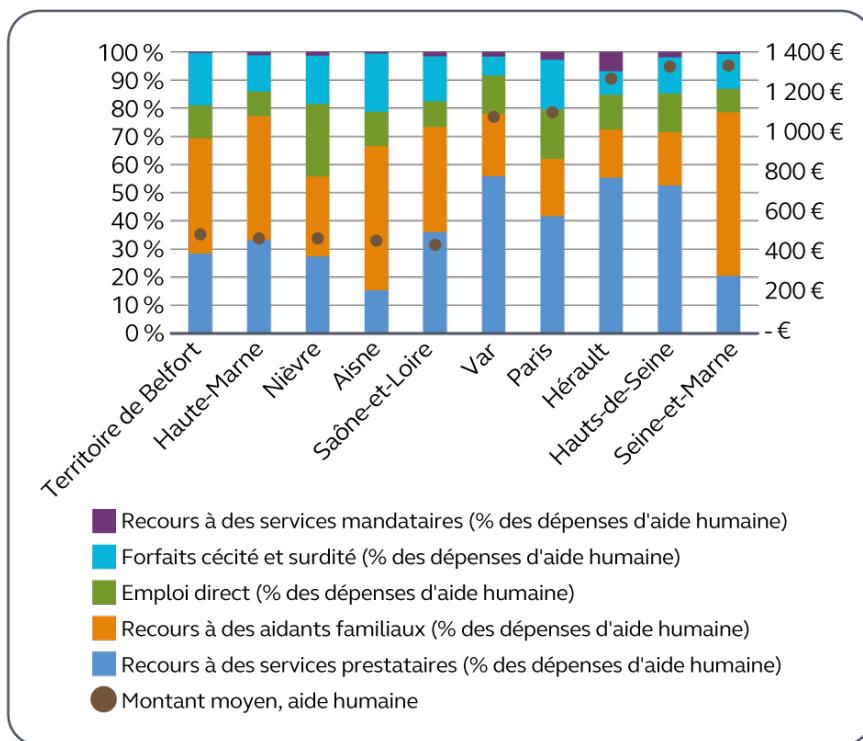
Les enquêtes « Aide sociale » réalisées chaque année par la Drees, sur la base des données transmises par les conseils départementaux, comportent une restitution détaillée, par département, du nombre de bénéficiaires et des montants versés au titre de chaque élément de la PCH au cours du mois de décembre de l'année considérée. Ces informations permettent de déterminer le montant moyen de l'aide attribuée par bénéficiaire.

Ces résultats font apparaître des écarts importants d'un département à l'autre, selon un ratio d'un à six environ. Cette comparaison peut être en partie biaisée par la nature hétérogène des différents éléments de la prestation, qui revêtent un caractère plus ou moins ponctuel, peuvent comporter des dépenses de nature diverse (par exemple pour les aides techniques et les dépenses spécifiques et exceptionnelles) et concernent parfois un nombre réduit de bénéficiaires. Une analyse concentrée sur le seul volet de l'aide humaine est plus parlante, dans la mesure où cet élément est contenu dans l'essentiel des décisions d'attribution et constitue une catégorie de dépense plus homogène, versée de manière régulière. La comparaison des montants versés au titre du seul élément 1 de la PCH pour le mois de décembre 2023, même si elle ne porte pas sur l'ensemble des départements compte tenu de certaines lacunes dans les éléments remontés à la Drees, fait apparaître des écarts semblables, d'un facteur un à six.

L'explication principale peut tenir à la répartition variable des différents modes d'intervention, et notamment des aidants familiaux par opposition à des services prestataires. La propension à mobiliser des services prestataires varie fortement d'un département à l'autre. En décembre 2023, 5 % des bénéficiaires de plans d'aide humaine du département l'Eure ont été payés pour des services prestataires, et 3 % dans le Doubs. *A contrario*, le recours à des prestataires couvre de l'ordre de 30 % des bénéficiaires du volet aide humaine de la PCH dans de nombreux départements comme le Loir-et-Cher (30 %) ou la Corrèze (34 %). La part des bénéficiaires du volet aide humaine payés au titre de services prestataires est directement liée au montant moyen des plans d'aide humaine, confirmant qu'au-delà du nombre d'heures, la propension à valider des plans passant par des prestataires explique une part importante des disparités entre les départements en matière de dépenses associées à la prestation de compensation du handicap. Il convient de noter que celle-ci dépend également de la démographie et de la typologie des handicaps, qui varie elle-même fortement entre les départements.

L'analyse de la structure des plans d'aide humaine des départements dont le montant moyen par bénéficiaire est particulièrement faible ou élevé confirme que le mode d'intervention fait partie des principaux déterminants du niveau de dépense par bénéficiaire au titre de la PCH. Pour les cinq départements dont le montant moyen des plans d'aide humaine par bénéficiaire était le plus élevé en décembre 2023, la part du coût des plans d'aide humaine provenant de services prestataires était en moyenne de 45 %, contre 28 % pour les cinq départements dont les dépenses par bénéficiaire étaient les plus faibles. Certains départements échappent toutefois à cette règle, comme la Seine-et-Marne dont le montant moyen des plans est élevé alors que 58 % des dépenses au titre de l'aide humaine provenaient d'aidants familiaux. Cette spécificité est liée à la forte augmentation du montant moyen par bénéficiaire en Seine-et-Marne ces dernières années, dans un contexte de gestion d'un surstock de dossiers qui a pu conduire à prioriser les besoins de compensation les plus lourds.

Graphique n° 7 : niveau mensuel moyen des dépenses d'aide humaine de la PCH et ventilation par mode d'intervention



Source : Cour des comptes, d'après les données de la Drees (enquête Aide sociale, 2023)

Note : sont présentés ici les départements métropolitains présentant respectivement les cinq montants mensuels moyens d'aide humaine payé par bénéficiaire les plus faibles et les cinq plus élevés.

Au-delà du mode d'intervention, le nombre d'heures d'aide humaine accordées par bénéficiaire fluctue également : en 2023, il était en moyenne de 83 heures mensuelles dans les décisions des MDPH pour des plans de prestataires, mais avec une variation significative entre les départements. Les dix départements dont le nombre d'heures notifiées par bénéficiaire était le plus faible déclaraient en moyenne 19 heures par mois, soit moins de 40 minutes par jour, alors que les dix départements dont le nombre d'heures par bénéficiaire était le plus élevé déclaraient en moyenne 279 heures par mois, soit environ 9 heures par jour. Des disparités similaires sont constatées pour le nombre d'heures d'aidant familial notifiées aux bénéficiaires, en moyenne de 79 heures par mois mais avec 28 heures par mois pour les dix départements les plus « économies » contre 147 pour les dix départements les plus « généreux ».

Ces écarts importants dans la composition des plans d'aide humaine résultent principalement de la complexité de la prestation, qui laisse beaucoup de place à l'appréciation individuelle des évaluateurs et dépend de la description des difficultés par la personne et son entourage (cf. *infra*, chapitre II-II) ; ils peuvent être renforcés par des doctrines locales, notamment liées à l'état de l'offre médicosociale sur le territoire (cf. *infra*, chapitre II-III). Les transferts de dossiers entre départements donnent régulièrement lieu à une réévaluation du besoin du bénéficiaire et à une modification, parfois substantielle, du volume horaire de son plan d'aide humaine, sans que les différences d'appréciation associées puissent être expliquées par les évaluateurs. D'après les représentants d'associations du secteur du handicap rencontrés,

les plans d'aide pourraient être revus à la baisse lors d'un déménagement dans certains départements, sans que la situation de l'usager n'ait évolué pour autant ; d'autres départements feraient le choix de poursuivre les droits et de ne les réévaluer qu'à l'échéance du plan.

Des disparités sont également observées concernant la durée des plans accordés par la MDPH, certaines MDPH priorisant l'octroi de plans sans limitation de durée (SLD) alors que d'autres préfèrent accorder des plans courts afin de pouvoir réévaluer régulièrement les besoins du bénéficiaire, même si cette pratique s'écarte d'une lecture stricte de la réglementation applicable (cf. annexe n° 10). Les données consolidées de la CNSA confirment une forte hétérogénéité dans la part d'accords de PCH aide humaine sans limitation de durée parmi le total de ces décisions, avec des pourcentages compris entre 0 et 63 %. La CNSA avertit néanmoins sur la fiabilité limitée de ces données, qui peuvent résulter davantage de différences dans l'utilisation du SI MDPH que de pratiques d'attribution divergentes. Sans effectuer de collecte nationale sur le sujet, elle fait état d'un cas au moins où la MDPH n'attribue pas de droits SLD car le conseil départemental dont elle dépend n'a pas les moyens techniques de gérer ceux-ci.

2 - Des travaux d'harmonisation nécessaires pour les autres éléments de la PCH

Des disparités importantes sont également constatées concernant les autres éléments de la PCH. La part des dépenses de PCH associées aux aides humaines varie en effet entre 79 % dans les Côtes-d'Armor et 83 % dans le Jura et des valeurs proches de 100 % dans le Gard (99 %), en Guyane (99 %) ou dans le Val-d'Oise (98 %). L'instruction des autres éléments de la PCH fait ainsi l'objet de disparités persistantes. Les aides techniques représentaient en moyenne 1,3 % des dépenses départementales de PCH en décembre 2023, mais ce chiffre allait de valeurs proches de 0 liées à un faible nombre de bénéficiaires concernés à des départements comme le Jura ou la Mayenne, où celles-ci représentent plus de 4 % des dépenses de PCH. Des écarts du même ordre sont constatées concernant les éléments aménagement du logement, aménagement du véhicule, surcoût de transport et charges spécifiques de la PCH.

Les écarts relevés en matière d'aides techniques peuvent s'expliquer par la diversité des doctrines locales, notamment concernant leur articulation avec les plans d'aide humaine : une MDPH rencontrée par la Cour a signalé que l'octroi d'aides techniques ou d'aménagements du logement (par exemple un aménagement de douche) devait permettre de réduire les besoins d'aide humaine de l'usager. La MDPH en question limite ainsi la durée d'attribution des plans d'aide humaine pour les bénéficiaires qui font l'objet d'aides techniques ou d'aménagements du logement ou du véhicule, afin de permettre une réévaluation du besoin après l'acquisition du matériel ou la réalisation des travaux. Ces pratiques ne sont toutefois pas partagées par d'autres départements, pour lesquels les besoins d'aide technique ou d'aménagements étaient instruits indépendamment du plan d'aide humaine. De telles différences d'appréciation sont aussi souvent corrélées à des choix ou contraintes organisationnels dans le fonctionnement du service : cf. ci-après.

Cette hétérogénéité se rencontre encore sur d'autres pans de la prestation. Au titre de l'élément 3, le CASF prévoit que « *sont pris en compte les surcoûts liés à des transports réguliers, fréquents ou correspondant à un départ en congés* » (art. D. 245-20) mais, à défaut de prescriptions plus précises dans le référentiel, les modalités d'application de ces dispositions peuvent varier. Une MDPH rencontrée a indiqué couvrir le surcoût associé aux transports sur la base d'une analyse précise des trajets réalisés et du coût des alternatives, l'essence et les frais kilométriques n'étant pas considérés comme relevant d'un surcoût. *A contrario*, un autre

remboursait jusqu'en 2024 l'ensemble des déplacements des personnes handicapées, sous réserve des plafonds réglementaires, sur la base d'une simple déclaration des trajets. Ces disparités ont été identifiées par les évaluateurs, qui ont constaté à l'occasion de transferts de dossiers que leurs pratiques étaient significativement plus généreuses que celles de départements frontaliers. Un groupe de travail informel s'est structuré, réunissant une vingtaine de départements pour harmoniser ces pratiques.

Plus largement, l'imprécision entourant la notion de « surcoûts » se retrouve dans la mise en œuvre de plusieurs éléments de la PCH et est source de difficultés. Au titre des aides techniques, l'annexe 2-5 du CASF prévoit que « *Les surcoûts des équipements d'utilisation courante sont pris en compte dès lors qu'ils apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée. Ce surcoût s'apprécie par rapport au coût d'un équipement de base* », mais ce dernier peut s'avérer variable d'un lieu de vente à l'autre. Il en va de même pour les surcoûts associés aux séjours adaptés : ceux-ci peuvent être compensés au titre des charges exceptionnelles (élément 4) dans la limite d'un plafond de 6 000 € sur dix ans mais, en l'absence d'explicitation réglementaire, une grande hétérogénéité des pratiques peut exister entre MDPH, confrontées parfois à des demandes révélant des pratiques manifestement abusives de la part des organisateurs de ces séjours³⁰. Bien que l'enjeu financier soit limité au regard de la dépense globale de PCH, le renforcement du cadrage réglementaire sur ces aspects est indispensable pour éviter les abus et garantir une équité de traitement sur l'ensemble du territoire.

II - Une appropriation encore inégale du cadre juridique de la prestation, renforcée par des choix organisationnels variés

Les constats précédents, appuyés par des données statistiques, peuvent être prolongés par l'analyse des outils méthodologiques dont disposent les MDPH, qui s'avèrent encore incomplets, ainsi que par l'observation de la diversité des pratiques et modes d'organisation retenus sur le territoire pour la mise en œuvre de la PCH.

A - Une offre d'appui technique de la CNSA progressivement étouffée, mais n'épuisant pas les questionnements des professionnels

Parmi les attributions lui ayant été confiées dès l'origine par le législateur, la CNSA est chargée de « *diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation* »³¹. En matière de PCH, elle s'est acquittée de cette mission en élaborant depuis 2010 plusieurs guides techniques à destination des professionnels des MDPH, qui peuvent y accéder via son portail extranet. Ces supports

³⁰ Par exemple, une personne atteinte de cécité a déclaré une semaine de vacances adaptées à Dublin, pour un coût total de 5 300 € dont 4 900 € résultant d'un surcoût relatif au handicap. Les modalités de ce surcoût étant le plus souvent déclaratives, la MDPH a demandé des justificatifs et a constaté que ce surcoût comprenait des frais de formation des encadrants, les salaires des encadrants et du directeur de l'établissement.

³¹ Cf. art. L 14-10-1 du CASF, en vigueur du 12 février 2005 au 14 mai 2022. Ces dispositions ont été recodifiées à l'art. L. 223-5 du code de la sécurité sociale au moment de la création de la cinquième branche de la sécurité sociale.

constituent des outils destinés à favoriser leur prise de décision, en les aidant à s'approprier le cadre réglementaire et, lorsque celui-ci est insuffisamment explicite par rapport à l'analyse d'une situation particulière, à mettre en place des réponses ayant recueilli un consensus dans la communauté des praticiens. Ils visent donc à garantir des pratiques harmonisées entre les membres d'une même équipe pluridisciplinaire, et entre les MDPH sur le territoire.

La rédaction de ces supports a procédé généralement d'une démarche d'animation de groupes de travail spécialisés, puis de phases de test et d'expérimentation nourries par des itérations multiples avec les MDPH, et le cas échéant avec les associations du monde du handicap. Compte tenu de la méthode retenue, mais aussi de la complexité intrinsèque de la matière traitée, la constitution de ce *corpus* documentaire ne s'est effectuée que de manière progressive et ne couvre pas, à ce jour, l'entièreté du champ d'application de la prestation. Ainsi, un premier « Guide pour l'éligibilité à la PCH », centré sur l'appui à la cotation des capacités fonctionnelles, a été édité en juin 2011, complété en mai 2013 par la diffusion d'un « Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les MDPH » (dont l'objet excède le périmètre de la seule PCH). En mars 2017, soit plus d'une décennie après son entrée en vigueur, sont parus les premiers guides d'appui consolidés consacrés à l'accès aux éléments 1 (aide humaine) et 2 (aides techniques) de la prestation, d'une longueur de 134 et 114 pages respectivement³².

Ces guides techniques parus dans le courant de la décennie 2010 n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'une mise à jour, mais la CNSA les a complétés par la publication de dossiers complémentaires relatifs aux nombreuses évolutions législatives et réglementaires ultérieures : un guide consacré à la PCH parentalité (janvier 2021, 34 pages), un autre sur la mise en œuvre du décret du 19 avril 2022 pour l'élargissement de la prestation aux troubles psychiques, mentaux, cognitifs ou du neurodéveloppement (décembre 2022, 116 pages) ainsi que sur l'attribution de la prestation sans limitation de durée (décembre 2022, 24 pages). S'ils constituent une somme complète de la réglementation et de la « doctrine » applicables pour chacun des aspects traités, le volume important et le caractère fragmenté de ces dossiers techniques – dans l'attente de leur refonte – ne les rendent en revanche pas forcément adaptés à une consultation rapide de la part des professionnels pour vérifier un point précis. Pour cette raison, la CNSA a également constitué à partir de fin 2023 une base de « fiches métiers », validées par la DGCS. Ces supports plus concis (10 à 15 pages par fiche en moyenne), se veulent aussi plus pratiques à mobiliser, avec des liens hypertexte vers les références juridiques idoines et des « questions-réponses »³³.

Enfin, l'offre de formation développée à destination des professionnels des MDPH, qui comporte des modules portant à la fois sur des thématiques transverses liées au traitement d'une demande ou à la démarche d'évaluation et sur les prestations individuelles les plus complexes, inclut à ce dernier titre un volet spécifique sur la PCH. L'élaboration et la délivrance de cette offre

³² Un guide d'aide à la décision sur le volet « aménagement du logement » de l'élément 3 avait aussi été édité dès janvier 2010 (110 pages). L'autre versant de cet élément (aménagement du véhicule et surcoût des frais de transport), ainsi que les éléments 4 et 5 n'ont pas été couverts par des guides similaires, alors même qu'ils sont ceux pour lesquels le référentiel d'accès à la PCH de l'annexe 2-5 du CASF est le moins détaillé.

³³ Leur format se rapproche de celui du « Vade-mecum de la PCH » qu'avait diffusé la Direction générale de l'action sociale (ancêtre de la DGCS) au moment de la mise en place de la prestation, mais qui n'avait plus été mis à jour après 2007.

relèvent de la compétence du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)³⁴, en partenariat avec la CNSA sur le fondement d'une convention cadre périodiquement renouvelée et complétée par des conventions d'application de celle-ci. Depuis 2022, cette offre est prodiguée à distance, par le biais de webinaires accessibles *via* la plateforme numérique du CNFPT, permettant aux agents de se former en autonomie et à leur rythme. La session d'approfondissement consacrée à la PCH, animée par des experts métiers de la CNSA, est programmée pour durer quinze heures et comporte quatre modules successifs consacrés à la présentation de l'architecture d'ensemble de la prestation et de ses évolutions, aux conditions générales d'accès à celle-ci, à l'élément 1 sur les aides humaines puis aux quatre autres éléments.

Cette offre « descendante », bien que riche, ne suffit pas forcément à épouser l'ensemble des questionnements soulevés par la prestation dans sa mise en œuvre effective. Il y est alors pallié par la sollicitation directe du médecin expert de la CNSA sur des cas particuliers ou, comme vu plus haut, par la constitution de réseaux d'échanges informels entre MDPH.

B - Des modes d'organisation variés et des pratiques hétérogènes entre les départements pour le traitement des demandes

À l'occasion des visites de terrain effectuées dans les MDPH³⁵ des quatre départements retenus pour les besoins de la présente enquête, une certaine diversité des pratiques mises en place pour le traitement des dossiers de PCH a pu être relevée. Si elles ne prétendent pas à une analyse exhaustive de l'organisation et des moyens de ces structures³⁶, les observations qui suivent convergent en revanche largement avec les conclusions des premiers audits préfiguratifs menés par la nouvelle Mission « contrôle interne et conformité » de la CNSA en 2024, dans le cadre de la constitution d'un référentiel commun d'audit interne. Trois des huit audits conduits cette année-là, essentiellement sur la base du volontariat, ont en effet porté sur l'attribution de la PCH et ont permis de documenter cette hétérogénéité à chacune des grandes étapes de cette procédure d'attribution : l'instruction, l'évaluation et la décision.

1 - Une phase d'instruction inégalement formalisée, mais remplissant sa fonction d'« aiguillage » vers les équipes d'évaluation

Cette phase initiale est destinée à s'assurer de la recevabilité d'un dossier de demande, à saisir dans le système d'information les éléments pertinents qui y figurent et à orienter celui-ci vers une équipe d'évaluation. Dès cette étape, l'existence d'une demande de PCH, même lorsqu'elle est sollicitée conjointement à d'autres droits, tend à déterminer la dominante retenue pour l'évaluation à venir du fait de la dimension englobante de cette prestation et de l'examen plus approfondi qu'elle requiert. L'organisation administrative retenue par la MDPH peut

³⁴ Cf. art. L. 146-4-3 du CASF, introduit par la loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des MDPH et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap.

³⁵ Ou, le cas échéant, des maisons départementales de l'autonomie (MDA) lorsqu'il a été fait le choix de basculer vers ce type de structure intégrée aux services du conseil départemental, créée par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, qui mutualise les missions au profit des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

³⁶ Une telle analyse figure en revanche dans le rapport de l'Igas précité sur les MDPH.

d'ailleurs être plus ou moins différenciée pour répondre aux spécificités de cette prestation³⁷. La Cour, dans les situations observées au sein de l'échantillon de quatre départements de son enquête, n'a pas constaté de lien direct entre une telle spécialisation et les performances globales des MDPH en termes de délais de traitement. Pour les départements confrontés au plus fort stock de dossiers anciens à résorber, elle peut en revanche constituer une réponse adéquate retenue dans le cadre des plans d'action mis en place avec l'appui de la Maop, puisqu'elle favorise un pilotage plus ciblé et une réponse plus « industrialisée ».

Ces opérations obéissent aux mêmes principes directeurs et ne connaissent donc pas de disparités marquées, malgré un degré de formalisation des procédures inégal d'une structure à l'autre. Les différences constatées peuvent concerner les modalités de sollicitation de certaines pièces complémentaires³⁸, qui peuvent intervenir dès cette première étape ou plus en aval du process, ou encore le traitement des demandes « urgentes » du fait de la situation de la personne. Une certaine ambiguïté a d'ailleurs pu être relevée à ce propos, puisque malgré l'existence d'une procédure d'urgence *ad hoc* prévue spécifiquement pour la PCH (cf. art. L. 245-2 du CASF : « *en cas d'urgence attestée, le président du conseil départemental peut attribuer la prestation de compensation à titre provisoire et pour un montant fixé par décret. Il dispose d'un délai de deux mois pour régulariser cette décision (...)* »), celle-ci paraissait souvent peu connue des services rencontrés et revêtir une dimension exceptionnelle. Il est en revanche plus fréquent que l'identification du caractère prioritaire d'un dossier donne lieu à un circuit d'instruction et d'évaluation accéléré en vue du passage en CDAPH.

Dans chacune des structures visitées, cette première phase s'appuie sur l'utilisation d'une solution informatique de gestion électronique des documents, avec certaines variantes puisque le système d'information des MDPH est « harmonisé » (s'appuyant sur l'un ou l'autre des logiciels proposés par les quatre principaux éditeurs présents sur le marché, qui doivent répondre aux spécifications techniques formulées par la CNSA) et non unifié. Contrairement à ce que relevait l'Igas lors de sa mission effectuée en 2023-24, la Cour n'a pas constaté d'exemple de MDPH où l'intégralité de la procédure de traitement d'une demande, de l'instruction jusqu'au passage en CDAPH, s'effectue encore au format papier. Pour autant, le recours au téléservice demeure largement minoritaire parmi les usagers des MDPH : en mai 2025, cette possibilité demeurait inexistante dans douze départements (dont certains fortement peuplés, comme les Bouches-du-Rhône ou l'Hérault), et ne représentait en moyenne que 13 % des dossiers à l'échelle nationale, cette proportion ne dépassant un tiers (38 %) que dans les Hauts-de-Seine. Par conséquent, la numérisation des dossiers papier, déposés en personne ou transmis par voie postale par l'usager, continue de mobiliser d'importants moyens humains au sein de chaque structure.

La transition vers un SI unique constitue un important chantier en cours de la CNSA (dont le rôle de pilotage sur ce volet a été renforcé par le législateur, avec la constitution de la 5^{ème} branche en 2022) et sera effective d'ici 2026, mais sur un périmètre limité – dans un premier temps au

³⁷ Cas rencontré à la MDA de l'Oise, qui comporte une cellule consacrée spécifiquement à la PCH, traitant exclusivement de l'instruction et de la liquidation de cette prestation, ou encore à la MDPH de Gironde qui comporte un pôle d'évaluation spécialisé sur la PCH.

³⁸ La recevabilité d'un dossier de demande à la MDPH se fonde sur la présence de quatre pièces obligatoires : le formulaire de demande renseigné, le certificat médical original renseigné depuis moins d'un an par le médecin identifié, un justificatif d'identité et un justificatif de domicile. Dans le cas d'une évaluation à la PCH, d'autres pièces peuvent toutefois être nécessaires, comme des devis ou factures si la demande porte sur une aide technique ou un aménagement du logement par exemple.

moins – à l'évaluation. Le morcellement des systèmes d'information utilisés par les MDPH contribue aux inégalités de traitement et au manque de fiabilité des remontées statistiques des départements. La poursuite de la convergence vers un système d'information unique sur l'ensemble de la chaîne d'instruction de la PCH, de la réception du dossier à la notification de la décision, est donc indispensable pour améliorer le pilotage national de la prestation.

2 - Une phase centrale d'évaluation qui concentre les risques d'inégalité de traitement

L'instruction est suivie de l'évaluation proprement dite, constituée généralement d'une première phase (dite de « pré-évaluation » ou d'« évaluation de premier niveau » selon les contextes) permettant de déterminer, sur la base des informations contenues dans le certificat médical et dans le formulaire de demande de la personne, son éligibilité générale à la prestation et, le cas échéant, son éligibilité à l'élément d'aide humaine. Cette analyse repose prioritairement sur l'examen du certificat médical, mais ce document peut être rempli avec un soin et un degré de précision inégaux selon les praticiens³⁹, entraînant le risque de prise en compte insuffisante de certaines situations de handicap. Le formulaire de demande, qui n'a pas été modifié depuis sa généralisation en 2019 malgré les modifications réglementaires ultérieures (en particulier concernant la prise en compte des besoins liés à une altération des fonctions PCMT) est lui-même variablement rempli, notamment dans la description du « projet de vie » du demandeur.

Ces éléments seront ensuite corroborés ou précisés lors de la visite à domicile ou de l'entretien d'évaluation avec le demandeur, pour déboucher sur la formulation d'une proposition de plan de compensation. Les situations les plus complexes donnent généralement lieu à une seconde évaluation pluridisciplinaire, pour confronter les regards des professionnels.

La structuration des services d'évaluation de la PCH présente des variations importantes, puisqu'elle peut s'organiser exclusivement en fonction de l'âge (avec des sous-variations possibles : distinction binaire « moins de 20 ans » / « 20 ans et plus » dans la Sarthe ou ajout d'une tranche d'âge mixte « 15-21 ans » dans l'Oise, du fait des enjeux spécifiques liés à la transition vers l'âge adulte des personnes handicapées en termes d'orientation et d'accès aux prestations) ou, alternativement, selon une dominante de projet de vie (« vie scolaire », « vie professionnelle », « vie quotidienne », etc.). Au-delà de ces variations dans l'organisation générale retenue, ce sont surtout en pratique des contraintes opérationnelles, liées par exemple à des tensions sur les effectifs ou à l'impératif de maîtrise des délais de traitement face au volume des demandes, qui vont dicter les modalités d'évaluation de la PCH retenues dans chaque département et conduire aux différences les plus marquées, en particulier s'agissant des visites à domicile.

³⁹ Même si le remplissage complet de ce certificat pour un premier dépôt de demande MDPH est désormais rémunéré comme une « consultation très complexe » (60 €) depuis l'entrée en vigueur, au 1^{er} avril 2022, de l'avant 9 à la convention médicale de 2016 entre l'assurance maladie et les médecins libéraux. Il en va de même en cas de changement de médecin traitant de la personne en situation de handicap.

La visite au domicile du demandeur : un principe inégalement mis en œuvre

L’article L. 146-8 du CASF énonce le rôle et les modalités d’intervention des équipes pluridisciplinaires des MDPH. Il prévoit à ce titre l’élaboration d’un plan personnalisé de compensation (PPC), fondé sur des échanges directs avec le demandeur et/ou son représentant légal, qui ont vocation à s’effectuer prioritairement à son domicile (« *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* »).

De même toutefois que la réalisation d’un PPC, malgré cette prescription légale, ne revêt pas un caractère systématique, mais tend en pratique à être réservée aux seuls dossiers de PCH (avec des exceptions : cf. *infra*), la conduite d’une visite sur le lieu de vie du demandeur n’est elle-même pas mise en œuvre de manière uniforme pour l’évaluation de ces demandes.

Ainsi, sur les quatre départements visités par la Cour, deux seulement (Sarthe et Oise) faisaient de ces visites la modalité d’évaluation retenue par défaut pour les demandes incluant de l’aide humaine ou un aménagement de logement, tandis qu’un troisième (la Gironde) ne priorisait celles-ci que pour les premières demandes, optant en revanche pour des entretiens téléphoniques avec la personne et/ou ses aidants dans le cas des demandes de renouvellement de PCH. Le dernier département (Seine-et-Marne) n’effectue aucune visite à domicile et retient uniquement l’entretien téléphonique, mais il s’agit d’une situation transitoire, du fait du fort allongement des délais consécutif à une cyberattaque fin 2022. L’évaluation exclusivement sur dossier est quant à elle plus rare pour les dossiers de PCH, et se limite généralement à des demandes simples ou circonscrites (forfaits sensoriels, aides techniques standard, charges exceptionnelles, etc.).

Lorsqu’elles ont lieu, les visites sur le lieu de vie ne sont généralement assurées – pour les situations que la Cour a pu observer – que par un seul évaluateur, obligeant de fait celui-ci à développer une certaine polyvalence. Ainsi, un travailleur social ou une infirmière pourra être amené à évaluer à cette occasion le besoin éventuel d’un achat d’aide technique ou d’un aménagement du logement ; à l’inverse un ergothérapeute, dont l’expertise est censée être circonscrite à ces aspects techniques, sera conduit à questionner la personne sur la réalisation de ses actes essentiels pour déterminer la proposition d’aide humaine en direction de celle-ci. Par ailleurs, dans un cas rencontré, les visites à domicile pour les dossiers adultes ne sont pas réalisées par des professionnels de la MDPH, mais par des évaluateurs relevant des équipes territorialisées du département, spécialisées conjointement sur l’Apa et la PCH. Cette configuration est présentée par la collectivité comme un atout en termes de polyvalence et de flexibilité d’organisation, bien qu’elle ne soit pas expressément prévue par le CASF.

Les rapports d’activité annuels adressés par les MDPH, qui obéissent à un format standardisé, comportent une rubrique censée préciser le nombre total d’évaluations réalisées et leur répartition entre les différents modes. Cependant, pour les exemples qu’a pu consulter la Cour sur son échantillon, cette rubrique est renseignée de manière inégale (et ne permet pas de distinguer les seuls dossiers de PCH), empêchant la CNSA d’avoir une vision d’ensemble détaillée sur le respect de cette prescription légale.

L’attention portée au maintien de la pluridisciplinarité, principe central des évaluations conduites en MDPH et plus encore dans le cas de la PCH, est évidente dans chacune des structures visitées par la Cour mais se traduit différemment en fonction de ces contraintes. Le recours à des expertises externes peut s’avérer indispensable, notamment dans les plus petites entités ou celles soumises aux difficultés de recrutement les plus marquées sur certains profils spécifiques. Même dans les cas où les ressources sont disponibles en interne, il peut subsister une dépendance particulièrement forte à une seule « personne-clé », constituée en référente du

fait de son ancienneté et/ou de son expertise, avec le risque associé d'une forte déstabilisation de l'activité au départ de celle-ci si la transmission et le partage des connaissances n'ont pas été suffisamment assurés en amont. L'enjeu connexe, tout aussi essentiel, est aussi celui de la recherche d'une homogénéisation des pratiques au sein d'une même MDPH : ce rôle incombe au coordonnateur, qui exerce une fonction transversale d'animation et de conseil technique auprès des équipes pluridisciplinaires.

3 - Un rôle décisionnel des CDAPH à la portée limitée

Entre la phase d'évaluation et l'attribution effective des droits, les propositions d'aides envisagées sont censées être récapitulées au sein du plan personnalisé de compensation, sur lequel la personne en situation de handicap – ou son représentant légal – peut faire valoir ses observations sous quinze jours. Bien que le PPC soit normalement requis quelle que soit la nature des droits ou prestations à accorder, il n'est en pratique mis en place que pour les dossiers de PCH, sans même revêtir toujours un caractère systématique dans ce cas de figure, sinon pour l'exercice du droit d'option entre la PCH enfant et le complément d'AEEH (cf. *infra*). Certaines MDPH visitées réservent également sa mise en œuvre aux situations dans lesquelles le renouvellement d'un droit à PCH conduit à l'attribution d'un moindre plan d'aide, afin d'expliquer les écarts et de prévenir les contestations. Dans les autres cas en revanche, son élaboration peut être perçue comme générant un surcroît de travail trop important pour les services et allongeant inutilement le délai de traitement d'un dossier.

La décision d'attribution de la PCH, comme de tout autre droit ou prestation instruit par la MDPH, ressortit à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Sa composition et ses prérogatives sont encadrées réglementairement mais ses modalités pratiques de fonctionnement peuvent connaître de fortes variations d'un département à l'autre, au gré des choix retenus dans son règlement intérieur. Y sont notamment arrêtés sa fréquence de réunion, son organisation éventuelle en formations « restreinte » et/ou « spécialisée » ainsi que les critères de répartition des types de dossiers entre celles-ci. De même, le règlement intérieur peut expliciter les motifs de sélection des dossiers donnant lieu à une présentation approfondie en séance, mais il arrive aussi, selon les départements, que cette sélection soit effectuée de manière purement aléatoire (tirage au sort) ou qu'elle soit laissée à l'appréciation des évaluateurs de la MDPH. Dans le cas contraire, la décision de la CDAPH s'effectue « sur liste », ce qui revient à entériner sans débat les propositions de l'équipe pluridisciplinaire. En pratique, cette seconde modalité concerne l'immense majorité des dossiers soumis⁴⁰.

Le fort attachement exprimé par le secteur associatif du handicap au maintien de cette instance peut paraître en décalage avec sa portée décisionnelle limitée, voire symbolique. Il tient toutefois à la composition paritaire de celle-ci et au fait qu'elle permet aux usagers ou à leurs représentants d'être auditionnés, pour faire valoir leurs observations sur leur demande et sur les propositions de droits ou d'orientations leur ayant été adressées (art. R. 241-31 du

⁴⁰ Ainsi, lors de la séance plénière de la CDAPH de la Gironde de mai 2025, plus de 1 600 dossiers individuels ont été passés sur liste, pour un total d'environ 4 200 propositions (tous droits et prestations confondus, en intégrant les accords et les rejets), tandis que seule une quinzaine de situations individuelles ont donné lieu à une audition et/ou à un examen le même jour.

CASF). Ces auditions restent toutefois en nombre limité, relativisant la portée de ce droit reconnu à l'usager. Lorsqu'elles ont lieu, elles peuvent mettre en évidence d'indéniables situations de détresse⁴¹ mais ne débouchent pas nécessairement sur une révision de l'aide attribuée, en particulier s'agissant d'une prestation comme la PCH, eu égard à son degré élevé d'encadrement réglementaire et au travail préalable d'évaluation collégiale sur lequel elle repose (la modulation est davantage susceptible de porter sur la durée d'attribution que sur le volume de l'aide). Il s'agit en outre de la seule prestation pour laquelle sont prévues des règles spécifiques de pondération des voix des membres, conférant une majorité systématique aux représentants du département (art. R. 241-27 du CASF). Cette particularité, censée éviter la recherche abusive de contre-arbitrages sur les propositions formulées par la MDPH, est toutefois peu mise en œuvre en pratique puisque le recours au vote est lui-même peu fréquent.

La qualité des débats tenus au sein des CDAPH est apparue inégale lors des visites effectuées par la Cour dans les quatre départements de son échantillon. Leur pertinence est indiscutable lorsqu'ils se fondent sur un réel travail préalable de synthèse des dossiers présentés en séance, permettant un échange éclairé sur la complexité d'une situation individuelle et sur les réponses à y apporter. Cette configuration contribue alors, au-delà du cas individuel étudié, à interroger la cohérence des pratiques retenues par la MDPH et à fixer une doctrine claire qui bénéficiera à la qualité du traitement de dossiers similaires pour l'avenir. Dans d'autres cas, la CDAPH peut se réduire en revanche à un « jeu de rôles » stérile lorsqu'elle donne lieu à une contestation et à une demande de réévaluation systématiques, par les représentants associatifs, de la proposition formulée par l'équipe pluridisciplinaire. Le rôle des autres acteurs institutionnels siégeant au sein de l'instance (représentants de l'État, de l'agence régionale de santé, organisations professionnelles, etc.) apparaît quant à lui variable, tant en termes d'assiduité que dans la nature des interventions en séance.

Le constat de l'inadéquation des CDAPH, dans leur format actuel, par rapport à la volumétrie industrielle des décisions qu'elles sont censées endosser, a déjà été documenté et a donné lieu à des propositions de réformes. L'une, portée par une proposition de loi en 2023, visait à réorienter leurs compétences sur les seuls recours, amiables ou contentieux, pour en faire une instance d'appel des décisions prises directement au niveau des MDPH. Face à la forte hostilité du monde associatif et aux réticences du gouvernement, elle n'a pas été défendue au Parlement, alors même qu'elle aurait pu contribuer à réconcilier le droit avec la pratique existante, tout en favorisant la maîtrise des délais de traitement. Cette piste de réforme mériterait d'être réexaminée plus avant dans le cadre de l'actuel groupe de travail sur la transformation des MDPH initié par la ministre chargée de l'autonomie et du handicap. De manière alternative, le rapport de l'Igas sur les MDPH préconise un recentrage des CDAPH sur l'attribution des seules prestations « complexes », citant l'AAH, l'AEEH et la PCH. L'allégement de l'ordre du jour des commissions associé à cette réforme ne serait toutefois pas forcément suffisant pour éviter le maintien des décisions sur liste.

⁴¹ Notamment lorsque des parents d'enfants lourdement handicapés témoignent de leurs difficultés quotidiennes face aux limites de la prise en charge financière et institutionnelle qui leur est proposée.

III - Des décisions également dépendantes de la qualité de l'offre médico-sociale au niveau local

L'enjeu des inégalités de traitement des usagers au regard de la PCH ne saurait se résumer à l'hétérogénéité des modes d'organisation et des performances des MDPH, car les décisions prises par celles-ci sont également tributaires de la structuration de l'offre des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sur le territoire. Quelques éléments de présentation et de cadrage sur ce volet, qui dépasse le cadre du présent rapport, figurent en annexe n° 11.

A - Une effectivité des plans notifiés souvent tributaire des capacités des services d'accompagnement et d'aide à domicile sur le territoire

Les plans d'aide humaine notifiés reposant sur le recours à un service prestataire sont inégalement exécutés par les usagers en raison de la difficulté à trouver un service disponible, et adapté, dans de nombreux territoires. Les départements interrogés par la Cour ont indiqué que le taux d'exécution de ces plans variait entre 50 et 80 %, certains usagers ne trouvant pas de prestataire et d'autres n'exécutant pas la totalité des heures permises par le plan, parfois en raison de l'incapacité du prestataire à répondre aux besoins exprimés. Ces difficultés touchent particulièrement les territoires ruraux, qui imposent aux prestataires des trajets importants pour se rendre chez le bénéficiaire.

Ces disparités se traduisent également par une qualité de service variable, en particulier pour la couverture des handicaps psychiques, cognitifs, mentaux et liés à des troubles du neurodéveloppement. Le domaine « soutien à l'autonomie » intégré à la PCH depuis 2023 a pour finalité d'accompagner la personne dans la réalisation de ses activités, notamment dans sa vie domestique quotidienne, sans les effectuer à sa place : cet accompagnement concerne par exemple le ménage, mais l'aide-ménagère en tant que telle reste exclue du périmètre de la PCH. Les MDPH interrogées ont indiqué que des signalements avaient été réalisés concernant une exécution inadéquate des plans intégrant du soutien à l'autonomie : dans la pratique, les prestataires réalisent souvent eux-mêmes les tâches d'aide-ménagère, en contradiction aussi bien avec le cadre réglementaire qu'avec l'objectif propre à ce dispositif. Cette situation s'explique par un manque de formation des auxiliaires de vie sociale sur la distinction entre stimulation et aide directe et par des malentendus avec les usagers faisant l'objet de situations de handicap psychiques. Des actions ont été engagées par les départements concernés pour favoriser l'appropriation de ces nouveaux besoins par les prestataires du territoire.

Afin d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), une dotation complémentaire financée par la CNSA a été mise en place par la LFSS 2022 pour promouvoir des initiatives autour de six axes prioritaires : l'accompagnement des personnes aux besoins spécifiques, l'élargissement des horaires d'intervention, le renforcement de la couverture territoriale, le soutien aux aidants, l'amélioration des conditions de travail des intervenants et la lutte contre l'isolement des bénéficiaires. En contrepartie de la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom), les Saad peuvent bénéficier d'un soutien additionnel plafonné à 3 € par heure prestée en 2022. Ce dispositif a permis un pilotage renforcé de l'offre de service des prestataires. À

titre d'exemple, un des départements rencontrés par la Cour a intégré aux objectifs des Cpom la formation du personnel des Saad à l'accompagnement des handicaps mentaux, psychiques, cognitifs ou de troubles du neurodéveloppement. Son déploiement reste toutefois inégal : il bénéficiait à 22 % des Saad prestataires en moyenne en 2023, selon un premier bilan de la CNSA. Par ailleurs, la PCH représentait seulement 21 % des heures d'intervention éligibles à la prestation, contre 79 % pour l'Apa.

L'intégration de certaines contraintes liées à l'écosystème local des services d'aide et d'accompagnement à domicile peut inciter les MDPH à des choix différenciés quant à l'opportunité d'accorder des « petits plans » d'aide humaine, compte tenu des doutes sur leur effectivité (cf. encadré). Elle peut aussi conduire à notifier des plans surdimensionnés au regard de la réalité des besoins évalués : un département rencontré par la Cour a indiqué avoir attribué systématiquement, jusqu'à une période récente, huit heures journalières d'aide humaine au titre de la surveillance de nuit dans des situations qui n'auraient dû requérir que trois interventions ponctuelles de 20 minutes par nuit, les prestataires refusant de se déplacer dans le cas contraire.

La gestion des « petits plans » d'aide humaine

Bien qu'aucun volume horaire minimal ne soit prévu réglementairement pour l'attribution des plans d'aide humaine⁴², des disparités ont été constatées par la Cour concernant la prise en charge des « petits plans », inférieurs à 45 minutes journalières. Leur pertinence est notamment questionnée par un des départements visités, dans la mesure où ils ne présentent pas un volume horaire suffisant pour justifier l'intervention d'un service à domicile, et où la compensation monétaire associée à un aidant familial est jugée limitée. Dans ce département, de tels plans représentaient 490 bénéficiaires en mai 2025, qui bénéficiaient en moyenne d'environ une demi-heure d'aide humaine par jour, ce qui représente un versement moyen de l'ordre de 70 € par mois pour un aidant familial.

L'éligibilité à la PCH, même lorsqu'elle aboutit à l'attribution d'un plan d'aide humaine limité, entraîne également celle au forfait parentalité, dont le volet aide humaine donne droit à un versement mensuel de 450 à 1 350 € selon la structure familiale et l'âge de l'enfant. 19 des 490 bénéficiaires de plans de moins de 45 minutes par jour percevaient un forfait parentalité en mai 2025. Un second enjeu associé à ces « petits plans » d'aide humaine est qu'ils permettent aux bénéficiaires d'entrer dans la PCH et de bénéficier d'une compensation plus favorable des besoins associés à leur perte d'autonomie après 60 ans. La moitié des bénéficiaires de ces petits plans avaient 55 ans révolus, contre 37 % parmi l'ensemble des bénéficiaires. Si des chiffres similaires devaient être observés dans une majorité de départements – ce que la Cour n'est pas en capacité de vérifier, faute de données consolidées –, ils pourraient signifier la propension d'évaluateurs à déterminer une éligibilité à la prestation et l'attribution de petits plans d'aide humaine en faveur de personnes en situation de handicap approchant de la barrière d'âge et dont le niveau d'autonomie apparaît encore satisfaisant, mais dont la situation est susceptible de se dégrader. Cette tendance a été observée dans plusieurs MDPH, dans le cadre des visites à domicile, et appelle à la vigilance.

⁴² La CNSA ne formule pas de recommandation sur ce point. *A contrario*, il existe un seuil minimal pour l'Apa, non versée lorsque son montant mensuel après déduction de la participation financière de l'intéressé est inférieur ou égal à trois fois la valeur brute du Smic, soit environ 35 euros (art. D. 232-31 du CASF).

La MDPH d'un autre département a toutefois indiqué à la Cour avoir une vision différente de ces « petits plans » d'aide humaine, puisqu'elle attribue de nombreux plans d'aide de l'ordre de deux heures par semaine au titre de la participation à la vie sociale uniquement (et non des besoins liés à l'entretien personnel). L'octroi de tels plans permet, selon celle-ci, de lutter contre l'isolement des bénéficiaires concernés et de renforcer leur autonomie, évitant ainsi une dégradation de leur situation. Si certains bénéficiaires n'utilisent pas ces plans, la MDPH a indiqué avoir relevé des exemples pour lesquels l'accompagnement a permis une amélioration notable de la situation des bénéficiaires⁴³.

B - Un manque de places en établissements médico-sociaux qui pèse sur les finances départementales

1 - L'insuffisance de l'offre d'accueil en établissement

L'état local de l'offre d'accueil en établissements médico-sociaux a également une incidence sur les dépenses des départements, dans la mesure où de nombreux handicaps lourds peuvent justifier un arbitrage – sous réserve naturellement du respect du projet de vie de la personne en situation de handicap – entre la prise en charge en établissement et le maintien à domicile avec un accompagnement au titre de la PCH. Au plan national, le nombre de places en établissements médico-sociaux ne suffit pas à répondre aux besoins des usagers : dans une enquête récente⁴⁴, la Cour estimait, sur la base d'une analyse des données de *ViaTrajectoire*, que 40 % des usagers orientés en établissement ou service médico-social, hors Esat, n'obtiennent pas de réponse conforme à leur orientation.

Le manque de places en établissement peut expliquer la part plus ou moins importante des plans d'aide humaine déplafonnés. La maison départementale de l'autonomie (MDA) de la Sarthe a notamment indiqué à la Cour que l'offre insuffisante en établissements médico-sociaux se traduisait par de nombreuses attributions de PCH « par défaut », en attente d'une solution plus adaptée. Les plans déplafonnés en vigueur au 1^{er} janvier 2025 dans ce département ne concernaient que 60 bénéficiaires, mais le volume horaire associé aux décisions représentait un coût d'environ 5 M€ par an, soit environ 15 % de la dépense de PCH totale. Dans l'Oise, les plans de plus de 280 heures par mois représentaient 3 % des bénéficiaires, mais plus de 15 % des heures d'aide humaine notifiées par la CDAPH. La CNSA ne dispose d'aucune statistique agrégée sur le sujet, malgré l'enjeu financier et de pilotage de l'offre y afférent.

Si le maintien à domicile avec un plan de PCH est la préférence de nombreux bénéficiaires, dans le cadre de leur projet de vie et conformément à l'objectif politique du « virage domiciliaire », des usagers souhaitant une prise en charge institutionnelle peuvent néanmoins être contraints de rester à domicile faute de places. L'obtention d'un plan d'aide déplafonné est alors une réponse de second rang, tant du point de vue de la sécurité et de l'intérêt

⁴³ Une personne victime d'un trouble psychique a par exemple bénéficié d'un plan d'aide de trois heures par semaine pour la participation à la vie sociale et le soutien à l'autonomie, qui lui a permis de gagner en autonomie et a conduit à son inscription en Esat.

⁴⁴ Cour des comptes, *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, rapport public thématique, septembre 2023.

de l'usager qu'en termes d'efficience de la dépense publique⁴⁵. Ces plans peuvent en effet représenter, pour les finances départementales, un coût mensuel supérieur à 20 000 € par mois par bénéficiaire, un niveau bien supérieur à celui d'une place en établissement médico-social : les maisons d'accueil spécialisées qui offrent un accompagnement médicalisé aux personnes faisant l'objet d'un handicap lourd ont par exemple un coût annuel moyen de 98 000 € par place en 2023, et de 90 000 € pour les foyers d'accueil médicalisé (données CNSA).

Le premier dossier gouvernemental accompagnant le projet de loi de 2005 prévoyait de limiter la prise en charge de l'élément « aide humaine » de la PCH à 80 % du coût moyen annuel d'une maison d'accueil spécialisée, option écartée par la suite. Si un tel plafonnement impacterait significativement le quotidien des personnes les plus lourdement handicapées et souhaitant rester à domicile, l'adéquation de l'offre d'accueil en établissements et services médico-sociaux aux besoins effectifs du territoire doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des agences régionales de santé et de la CNSA.

2 - Une articulation à fluidifier avec l'accueil en établissement

Même si elle a défini le droit à compensation en premier lieu pour les personnes handicapées vivant à domicile, la loi du 11 février 2005 envisageait également des modalités particulières d'ouverture du droit à la PCH pour celles accueillies en établissement. La nécessité d'une telle adaptation est d'emblée apparue évidente pour éviter une double compensation du handicap. Le législateur avait laissé à un décret ultérieur le soin de préciser les conditions d'attribution effectives de la prestation, laissant le choix ouvert entre une simple réduction de celle-ci ou sa suspension complète pendant la durée du séjour en établissement (art. L. 245-11 du CASF). Cette clarification réglementaire est survenue deux ans plus tard.

Sur le plan juridique, la « PCH en établissement » ne se distingue pas de la « PCH à domicile », mais les règles de mise en œuvre de ses différents éléments sont adaptées, afin de ne porter que sur les besoins qui ne sont pas déjà couverts par l'établissement dans le cadre de ses missions (lesquelles varient selon le type d'établissement, dont l'accompagnement peut être éducatif, médical, thérapeutique, pédagogique ou professionnel). C'est le cas notamment de la prise en charge des besoins en aides techniques, ou encore des charges spécifiques et exceptionnelles. De même, les surcoûts liés au transport ne sont pris en compte au titre de la PCH que lorsque ce transport est assuré par un tiers ou induit un trajet aller-retour supérieur à 50 km, et lorsque les frais de transport ne sont pas déjà assurés par les établissements et intégrés à ce titre dans leurs dépenses d'exploitation. La définition de cette ligne de partage entre ce qui relève ou non de la PCH, bien que précisée par certaines dispositions réglementaires (art. D. 245-20 et D. 245-77 du CASF), demeure un point d'achoppement fréquent.

⁴⁵ Par exemple, une personne en situation de handicap de 38 ans faisant l'objet de troubles autistiques avec agressivité potentielle s'est vu attribuer un plan d'aide humaine de 400 heures de prestataire et 238 heures d'aidant familial, sur neuf ans, alors que la CDAPH a prononcé une décision d'orientation en maison d'accueil spécialisée (Mas), foyer d'accueil médicalisé (Fam) et service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah). Le dossier spécifie que le bénéficiaire concerné est en attente de place en Mas depuis sa sortie d'institut médico-éducatif (IME) 18 ans plus tôt. Le coût du plan concerné pour les finances publiques, estimé à 138 000 euros, est largement supérieur à celui d'une prise en charge en établissement.

En matière d'aide humaine, l'évaluation des besoins de la personne handicapée reste fondée sur sa situation à domicile, sans prendre en compte les aides apportées au sein de la structure médico-sociale qui l'héberge. Le montant versé est en revanche ajusté, avec des modalités différencierées selon que la personne bénéficiait de la PCH avant son entrée en établissement ou qu'elle a demandé la prestation alors qu'elle est déjà hébergée ou hospitalisée : dans le premier cas, elle ne conserve que 10 % du montant journalier du plan d'aide dont elle bénéficiait préalablement – dans des limites fixées réglementairement – et seulement au terme d'une certaine période de séjour continu en établissement, fixée à 45 jours (ou 60 jours lorsque la personne est dans l'obligation de licencier son aide à domicile de ce fait) ; dans le second cas, le montant de l'aide humaine est calculé sur la base des besoins évalués à domicile et est versé intégralement pour les périodes où la personne n'est pas hospitalisée ou hébergée, mais réduit de 90 % dans le cas contraire, avec toujours un encadrement.

Bien que les CDAPH aient pour mission, en sus de leur compétence en matière d'attribution des diverses prestations individuelles, de « *désigner les [établissements, services ou dispositifs] correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé et en mesure de l'accueillir* » (art. L. 241-6 du CASF), cette unicité du lieu de décision ne garantit pas, en pratique, la mise en cohérence du montant de la PCH accordée par le payeur départemental au gré des changements survenus dans l'orientation individuelle des personnes en situation de handicap. Une telle difficulté, à laquelle sont aussi confrontés les organismes débiteurs de l'AEEH, tient au fait que les services départementaux n'ont pas nécessairement une connaissance en temps réel des modifications survenues dans la situation des bénéficiaires, malgré l'obligation théorique pour ceux-ci de signaler tout changement. Ce manque de visibilité peut conduire à la prise en charge, par les départements, de besoins déjà couverts par l'assurance maladie, voire par les conseils départementaux dans le cas de structures qu'ils co-financent, sans disposer des moyens d'identifier de tels doublons. La dynamique en cours de transformation de l'offre médico-sociale (cf. encadré figurant en annexe n° 11) rend ces enjeux plus prégnants encore.

CONCLUSION

Malgré le rôle d'animation et d'appui méthodologique exercé par la CNSA, la mise en œuvre de la PCH reste fortement marquée par des disparités territoriales, qu'il s'agisse des délais de traitement, des taux d'accord, ou encore des volumes et des composantes des plans d'aide. Ces écarts résultent d'une multiplicité de facteurs, au premier rang desquels la complexité et le caractère individualisé de cette prestation, et traduisent à la fois des différences d'organisation interne et de performance des MDPH et des paramètres exogènes tels que la qualité de l'offre médico-sociale locale.

Une telle hétérogénéité est préjudiciable pour les usagers des MDPH et soulève la question de l'égalité d'accès au droit à la compensation sur le territoire. Les difficultés rencontrées par ceux-ci sont par ailleurs exacerbées par le manque de lisibilité du cadre juridique global et de la façon dont la PCH s'articule avec les nombreux autres dispositifs connexes de prise en charge.

Chapitre III

Une articulation avec les dispositifs connexes et une coexistence des financements à rationaliser

La PCH, si elle constitue le mécanisme central de compensation individuelle du handicap en France, s'inscrit néanmoins dans le panorama institutionnel plus large de l'aide et de l'action sociales à destination des personnes en situation de handicap, caractérisé par la multiplicité de ses acteurs et par l'imbrication de ses dispositifs. Ce système, qui n'a pas été réformé depuis 2005, est au contraire devenu de moins en moins lisible et source d'inefficiencies.

I - Aux deux extrémités de la vie, une articulation sous-optimale de la PCH avec les autres prestations consacrées à la perte d'autonomie

Sur le seul périmètre des allocations individuelles assurant la compensation de la perte d'autonomie, la volonté initiale du législateur de supprimer les distinctions d'âge pour conférer à la PCH une forme de monopole ne s'est pas concrétisée pour des raisons diverses, tenant à la préservation des droits acquis des bénéficiaires et à un impératif de réalisme budgétaire.

A - La PCH pour les enfants : une extension du dispositif initial présentant des limites

1 - Une coexistence pérennisée avec l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), conduisant à un « droit d'option » complexe

La loi du 11 février 2005 comportait initialement une barrière d'âge inférieure pour l'attribution de la PCH, fixée à 20 ans (sauf pour l'accès à son élément 3). En-deçà, la prise en charge de la compensation du handicap avait vocation à être assurée par une prestation sociale distincte, financée par la branche famille de la sécurité sociale : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), instituée par le même texte et entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2006. Il s'agit d'une allocation de base versée au foyer, conditionnée à la reconnaissance d'un taux d'incapacité de l'enfant d'au moins 50 %, à laquelle peut s'ajouter un complément parmi six existants, établis selon une grille progressive en fonction des frais supplémentaires engendrés

par le handicap de l'enfant, de la réduction de l'activité professionnelle des parents et du recours éventuel à une tierce personne. Leur montant mensuel, au 1^{er} avril 2025, s'échelonne entre 113,55 € et 1 288 €.

Dès l'origine, le législateur avait prévu l'extension de la PCH aux moins de 20 ans, dans un délai de trois ans⁴⁶. Effective au 1^{er} avril 2008, cette extension ne s'est toutefois pas accompagnée d'une simplification de l'architecture globale des aides accordées. En effet, l'AEEH de base a été maintenue, du fait de son caractère de prestation familiale d'entretien non affectée, tandis qu'a été introduit en sus un mécanisme de droit d'option entre le versement de la PCH et des compléments d'AEEH, justifié par « *une volonté de transition souple entre les deux dispositifs* »⁴⁷, compte tenu de leurs logiques distinctes et des risques de baisse de prise en charge induits par une bascule immédiate. Aucune mesure de convergence n'a été mise en œuvre par la suite, pérennisant de fait jusqu'à aujourd'hui ce droit d'option, ouvert à toute famille percevant l'AEEH de base et éligible à un complément. La seule possibilité de cumul concerne donc le 3^{ème} élément, lié à l'aménagement du logement ou du véhicule et aux surcoûts de transport, qui peut se surajouter à l'AEEH et à l'un de ses compléments ; les frais pris en compte au titre de la PCH sont alors déduits dans le calcul du complément attribuable.

Le droit d'option des familles s'exerce sur la base des propositions formulées au sein du plan personnalisé de compensation, mettant en regard les montants d'aide auxquels elles peuvent prétendre sur ces deux fondements. Le guide de la CNSA sur les aides humaines relève que, « en règle générale », la PCH est plus favorable lorsque l'aide porte principalement sur les actes essentiels, avec un temps d'aide quotidien important faisant intervenir des aidants salariés et n'entraînant pas de diminution d'activité professionnelle d'un parent ; à l'inverse, les compléments d'AEEH sont plus favorables pour les très jeunes enfants, ou lorsque l'aide concerne la garde de l'enfant, l'accompagnement pour des besoins éducatifs particuliers ou des soins. La juxtaposition des deux prestations n'en demeure pas moins complexe, et ce d'autant plus que leurs différences ne se limitent pas à la nature du financeur ou à leurs règles d'éligibilité respectives : elles portent aussi sur des aspects tels que le calendrier et le mode de versement (en début de mois pour l'AEEH, en fin de mois pour la PCH), les modalités de mise en œuvre du contrôle d'effectivité⁴⁸, les possibilités de cumul éventuel avec d'autres prestations telles que l'allocation journalière de présence parentale et la majoration pour parent isolé, ou encore leur traitement fiscal et social. Ces éléments ne sont généralement pas explicités dans la proposition adressée aux familles, au-delà de la simple comparaison « brute » des montants accordés, ne leur permet pas forcément de décider de manière éclairée.

⁴⁶ Art. 13 de la loi du 11 février 2005.

⁴⁷ Cf. réponse du ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité à la question écrite n° 13180 du député André Vezinhet du 18 décembre 2007 (réponse publiée au JO le 1^{er} juillet 2008).

⁴⁸ L'AEEH est versée de manière forfaitaire, ce qui confère plus de latitude aux familles pour son utilisation, mais les organismes débiteurs de cette prestation (Caf et MSA) peuvent vérifier en cours de droit que les critères d'éligibilité ayant fondé l'attribution du complément, en particulier la cessation ou la réduction d'activité professionnelle des parents, demeurent remplis. Une récente instruction de la Caisse nationale au réseau des Caf (instruction IT 2024-233 du 5 décembre 2024) a conduit au renforcement et à la systématisation de ces contrôles.

Cette situation sous-optimale, abondamment détaillée depuis plus d'une décennie, a donné lieu à la formulation de multiples scénarios de réforme, notamment dans un rapport de l'Igas rendu public en 2019⁴⁹ qui répondait expressément à une commande du gouvernement sur ce sujet, et faisant suite à la contribution de personnalités qualifiées⁵⁰. L'évolution privilégiée par son auteur consistait à requalifier l'allocation de base de l'AEEH en un « complément familial handicap », complété par une allocation de présence parentale pouvant être prolongée jusqu'à la majorité de l'enfant, tandis que la PCH deviendrait la seule prestation à couvrir l'ensemble des besoins de recours à une tierce personne et les dépenses directement liées au handicap. Le schéma cible de cette « réingénierie des prestations », s'il permettrait effectivement de supprimer le droit d'option, n'en demeure pas moins complexe. Il supposerait en outre, selon son auteur, plusieurs modifications préalables d'ampleur : une refonte du guide barème et du référentiel d'accès la PCH pour tenir compte des spécificités du handicap chez les enfants, une adaptation des aides humaines à ceux-ci pour en faciliter l'accès, ainsi qu'une généralisation des protocoles de soins à l'ensemble des causes de handicap.

Aucun arbitrage n'a été pris sur le sujet, qui n'a plus été mis à l'agenda des dernières CNH de 2020 et 2023, même si la CNSA s'est montrée favorable à une simplification du cadre actuel. Il en va de même pour l'association « Départements de France », sous réserve selon elle que les éventuelles charges supplémentaires pour les finances départementales soient bien compensées. La position affichée par la DGCS est plus prudente : elle insiste sur la complexité de cette réforme, qui nécessiterait selon elle une implication forte de la Caisse et l'appui éventuel d'un prestataire extérieur ou de la direction interministérielle de la transformation publique (DITP), ainsi qu'une mobilisation des MDPH, « *seules à même de remonter des données sur la situation médico-sociale des enfants* ». Elle met aussi en avant la nécessité de disposer de données actualisées sur les bénéficiaires et leurs besoins pour simuler les impacts individuels d'une réforme, ainsi que ses effets sur les finances sociales et les dépenses de PCH. La publication, attendue prochainement, des résultats de la prochaine enquête « Autonomie » de la Drees devrait pourtant fournir cette matière statistique. Une finalisation rapide de l'évaluation des différents scénarios de réingénierie de ces prestations est indispensable pour permettre un arbitrage éclairé du législateur.

2 - Une transposition de la logique sous-jacente à la PCH « adulte » en partie inadaptée

Par-delà les limites de son articulation avec l'AEEH et ses compléments, c'est aussi l'adéquation du propre cadre conceptuel de la PCH au public des enfants qui devrait faire l'objet de certains correctifs en parallèle de la suppression du droit d'option. Le raisonnement initialement retenu pour établir l'éligibilité, fondé sur la détermination du besoin de compensation lié au handicap par rapport à la situation d'une personne sans déficience, s'avère en effet partiellement inadapté : il doit nécessairement s'enrichir d'une approche tenant compte des étapes du développement habituel de l'enfant dans l'acquisition de son autonomie, même si le rythme de celui-ci est susceptible de varier fortement d'un individu à l'autre, en particulier aux premiers âges de la vie. L'appréciation des seules conséquences rattachables au handicap s'en trouve complexifiée d'autant.

⁴⁹ *Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants – Clarifier l'articulation entre l'AEEH et la PCH*, rapport Igas n° 2018-126R rendu public en juin 2019.

⁵⁰ Cf. rapport *Plus simple la vie – 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap*, de Adrien Taquet et Jean-François Serres, publié le 28 mai 2018.

Le référentiel réglementaire d'accès à la PCH n'a guère fait l'objet d'aménagements spécifiques sur ce volet, puisqu'il procède pour l'essentiel à un renvoi à l'arrêté du 24 avril 2002 relatif à l'attribution des compléments d'AEEH, dont l'annexe définit les étapes du développement habituel d'un enfant⁵¹. Ces définitions restent cependant relativement générales et, de ce fait, d'une faible utilité pour l'aide à la décision des professionnels des MDPH. Afin de pallier ces limites, un outil méthodologique a été élaboré en 2012 par une structure associative (Association Information Recherche – AIR), dans le cadre d'un projet financé par la CNSA. Ce guide comporte, pour chacune des activités listées dans le référentiel d'accès à la PCH, une présentation détaillée du lien entre les capacités fonctionnelles correspondantes et les étapes clés considérées comme « normales » – selon le consensus de la communauté scientifique – pour leur acquisition au cours de l'enfance et de l'adolescence. Les évaluateurs disposent ainsi d'un outil objectivé pour déterminer la cotation du niveau de difficulté et effectuer leurs propositions sur l'éligibilité puis la détermination du plan de compensation. Ce support, dont la Cour a pu constater lors de ses visites qu'il continue d'être utilisé au sein des MDPH, n'est cependant plus à jour des évolutions réglementaires survenues depuis 2012, en particulier concernant l'élargissement des critères d'éligibilité. Selon la CNSA, une refonte du guide est en cours afin d'inclure des échelles de développement adaptées à la cotation des actes essentiels permettant l'accès à l'aide humaine, ainsi qu'à la prise en compte des besoins dans les domaines de la surveillance régulière et du soutien à l'autonomie.

Une fois l'éligibilité établie, les besoins de compensation qui peuvent être couverts par la PCH enfants sont peu ou prou les mêmes que ceux des adultes, ce qui est du reste cohérent avec la volonté initiale du législateur de supprimer la « barrière d'âge » des 20 ans, sans recréer une prestation distincte. La seule adaptation prévue concerne la prise en compte des « besoins éducatifs » dans le périmètre des actes essentiels, donnant lieu à l'attribution forfaitaire de 30 heures mensuelles d'aide humaine lorsque l'enfant soumis à l'obligation scolaire (3 à 16 ans) est en attente de la mise en œuvre d'une décision d'orientation en établissement médico-social prononcée par la CDAPH. La définition restrictive de cette notion a pu être soulignée, de tels besoins pouvant également se faire jour en complément de l'intervention de ces structures (et non comme une simple alternative dégradée), et requérir par ailleurs des compétences spécialisées que la tarification « standard » des services à domicile ne permet pas de financer correctement.

Enfin, la maîtrise des délais d'instruction de la prestation revêt une importance accrue dans le cas des enfants. La détection et le diagnostic précoce du handicap, afin d'en atténuer autant que possible les conséquences ultérieures, précèdent par définition le dépôt de la première demande auprès de la MDPH, mais le caractère souvent évolutif des besoins de l'enfant en situation de handicap impose de limiter le temps entre la formulation de cette demande et l'évaluation pluridisciplinaire, puis entre celle-ci et la notification du droit attribué, afin d'éviter qu'il ne devienne caduc. Cette question doit toutefois s'envisager plus largement au regard de l'adaptation du parcours de prise en charge et d'orientation pour ce public.

⁵¹ Dans sa partie relative aux cotations existantes pour déterminer le niveau de difficulté rencontrée dans la réalisation d'une activité, le référentiel précise seulement : « Pour les enfants, peut être qualifiée de « sans objet », chacune des activités qu'un enfant du même âge sans problème de santé ne réalise pas compte tenu des étapes du développement habituel. ».

B - Une « barrière d’âge » entre la PCH et l’allocation personnalisée d’autonomie (Apa) aux fondements fragilisés, mais une convergence achoppant sur l’obstacle financier

À l’inverse de la situation venant d’être décrite pour le public jeune, le maintien d’une limite d’âge supérieure, fixée à 60 ans, restreignant l’accès à la PCH pour les personnes vieillissantes reste une caractéristique structurante de la prestation, malgré les assouplissements à la marge qui y ont été apportés au fil du temps (cf. *supra*).

Cette « barrière d’âge » concerne seulement l’âge maximal avant lequel la personne doit remplir les critères d’éligibilité générale à la PCH au titre d’une première demande, mais n’empêche pas de la percevoir au-delà, ni de la solliciter à un âge supérieur si le respect de cette première condition peut être démontré⁵². Elle trace ainsi la ligne de démarcation entre l’éligibilité à cette prestation et celle à l’allocation personnalisée d’autonomie (Apa), qui est le dispositif de droit commun pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

1 - Une démarcation fondée sur les différences d’architecture et de niveau de prise en charge entre les deux prestations

La barrière d’âge cristallise, depuis l’origine, les griefs du secteur associatif qui la considère comme une discrimination et une atteinte au respect du principe de l’individualisation des réponses aux besoins de chacun énoncé par la loi du 11 février 2005. Le législateur n’a pas méconnu cette objection puisque le même article 13 de la loi, qui prévoyait l’extension de la PCH aux enfants, énonçait un engagement plus large (absent du projet de loi initial) de supprimer « *dans un délai maximum de cinq ans* » toute distinction liée à l’âge dans les critères de prise en charge de la compensation.

Un tel engagement, dont la jurisprudence ultérieure du Conseil d’État devait cependant souligner l’absence de portée normative⁵³, ne s’est jamais concrétisé. Le gouvernement, en réponse à des interpellations périodiques sur ce sujet lors de questions parlementaires, a pu souligner les motifs ayant conduit au maintien de cette distinction, qui obéissent à des considérations de trois niveaux⁵⁴.

D’une part, il a estimé que « *la remise en cause de ce principe impliquerait un rapprochement systématique entre les prestations destinées aux personnes en situation de handicap et celles destinées aux personnes âgées, notamment l’Apa. Or ces prestations*

⁵² Les associations du monde du handicap jugent qu’il est difficile pour les personnes concernées de pouvoir attester de leur éligibilité générale à la PCH de façon rétroactive, et ce alors même que la suppression de la barrière d’âge de 75 ans en 2020 peut accroître encore le décalage temporel entre le moment de la demande et la période de référence. Selon la CNSA, tout moyen peut être utilisé pour apporter cette justification : documents médicaux, preuves administratives que le demandeur bénéficiait avant 60 ans d’une prestation ou indemnisation dont l’attribution est liée à un besoin d’aide pour les actes essentiels. La fixation d’un taux d’incapacité à 80 % avant 60 ans constitue aussi un indice important, même si la CNSA précise qu’il ne peut y avoir d’équivalence systématique entre ce taux et les critères d’éligibilité à la PCH.

⁵³ Conseil d’État, 4 juillet 2012, *Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et des amblyopes*, n° 341533, au Recueil.

⁵⁴ Cf. réponse du ministre des solidarités, de l’autonomie et des personnes handicapées à la question écrite n° 2566 du député Fabien Lainé du 25 octobre 2022 (réponse publiée au JO le 7 février 2023).

participent de logiques différentes, même si les deux sont personnalisées, qu'il s'agisse de l'évaluation des besoins, des modalités de détermination des plans d'aide ou de la participation financière des bénéficiaires ».

D'autre part, il a souligné que « [la] soutenabilité financière d'une démarche de rapprochement ne pourrait être garantie au regard de l'évolution des finances publiques de notre pays, ce qui poserait la question d'une évolution des modalités de participation financière des bénéficiaires voire d'une remise en cause du caractère universel des prestations ».

Enfin, il a relevé que « [les] différences entre l'Apa et la PCH en termes de condition d'âge se justifient également par la situation objective différente dans laquelle peuvent se trouver leurs bénéficiaires. Il s'agit notamment de considérer qu'un handicap apparu avant 60 ans a pu avoir des conséquences sur les ressources de la personne, obérant la constitution d'un patrimoine, ce qui justifie l'attribution de la PCH, qui garantit à la grande majorité de ses bénéficiaires un taux plein de prise en charge ». Par contraste, la perte d'autonomie liée au grand âge correspond à un horizon prévisible, anticipable par les dispositifs de prévoyance, qui justifie la mobilisation des ressources du bénéficiaire.

À l'appui du premier argument invoqué, les différences entre PCH et Apa sont effectivement nombreuses et substantielles, malgré leur création presque concomitante, leur logique partagée d'aide en nature destinée à la prise en charge de besoins liés à la perte d'autonomie, leur financeur commun et, désormais, leur regroupement au sein de la cinquième branche « Autonomie » de la sécurité sociale. Elles se manifestent dans la conception même des deux prestations, l'évaluation de la perte d'autonomie mise en œuvre pour l'Apa s'effectuant selon la classification synthétique de la grille Aggir⁵⁵ qui distingue six degrés de dépendance, dont découlera directement le montant maximal du plan d'aide pouvant être attribué (ou le montant de la tarification appliquée en cas de séjour en établissement). Du fait de l'application de cette grille, la logique de réponse individualisée en fonction des besoins de la personne est donc moins complète que pour la PCH, mais elle autorise dans le même temps une utilisation plus souple de l'aide attribuée dans les limites du plan notifié, en incluant notamment la réalisation du ménage et des courses (elle ne permet pas en revanche l'indemnisation du conjoint comme aidant familial).

Ce sont toutefois surtout les modalités différentes de régulation financière rattachées à chacune de ces prestations qui fondent les revendications du monde du handicap, ainsi que les réticences du gouvernement à y faire droit au regard de l'enjeu de soutenabilité financière. En effet, la PCH est incontestablement plus favorable que l'Apa à domicile en termes de prise en charge, son montant moyen annuel par usager étant supérieur d'environ 45 % (7 250 € contre 5 000 € en 2022), cette différence étant plus marquée pour les plans d'aide humaine accordés aux personnes les plus dépendantes. Par ailleurs, une fois déduite du montant d'Apa la participation financière prévue au titre du « ticket modérateur », calculée en fonction des ressources du ménage et non du seul bénéficiaire, l'écart réel avec la PCH est plus important encore.

⁵⁵ *Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources*. Seules les personnes classées entre le « Gir 1 » (les plus dépendantes) et le « Gir 4 » sont éligibles à l'Apa.

L'ampleur de ces différences explique la faible propension des bénéficiaires de la PCH, une fois que leur âge les rend éligibles également à l'Apa, à faire jouer leur droit d'option en faveur de cette dernière (art. L. 245-9). Elle tend aussi à influer, de manière plus ou moins assumée et sans que cela résulte de consignes expresses des directions des MDPH, le raisonnement des équipes pluridisciplinaires, comme la Cour a pu le constater lors d'échanges avec certains professionnels : confrontées à l'évaluation d'une personne proche de 60 ans dont l'éligibilité à la prestation apparaît incertaine au regard de la stricte application du référentiel réglementaire, elles peuvent en effet être plus enclines à proposer une ouverture de droit à la PCH afin de ne pas créer de « perte de chance » ultérieure pour le bénéficiaire.

2 - Une barrière d'âge de plus en plus questionnée

La barrière d'âge des 60 ans a ainsi été maintenue inchangée au cours des deux décennies écoulées, en dépit de la dimension arbitraire qui s'y rattache. D'une part, elle ne reflète pas une réalité épidémiologique évidente : les études disponibles démontrent plutôt que l'existence d'une limitation fonctionnelle sévère ou d'une forte restriction dans les activités tend à augmenter régulièrement après 30 ans et jusqu'à 59 ans, mais qu'elle diminue dans la décennie suivante avant d'augmenter à nouveau à partir de 70 ans⁵⁶. D'autre part, cette référence ne correspond plus désormais à l'âge légal de départ en retraite en vigueur lorsque l'Apa puis la PCH ont été instituées.

Bien que sa détermination relève du simple niveau réglementaire (art. D. 245-3 du CASF), c'est de la part du législateur que sont survenues les principales initiatives visant à sa remise en cause. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement demandait au gouvernement de « *remett[re] un rapport au Parlement sur l'impact des seuils de soixante et de soixante-quinze ans pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap dans la prise en compte du handicap pour les personnes vieillissantes en situation de handicap* ». Le rapport de l'Igas consacré à la PCH remis en novembre 2016 préconisait, outre la suppression de la barrière d'âge supérieure de 75 ans qui allait être effective par la suite, un report de la première barrière d'âge de 60 à 65 ans ; sur la base d'estimations de la Drees, le coût brut de cette mesure y était alors estimé entre 13 et 67 M€ selon les paramètres retenus. Cette recommandation n'ayant pas été suivie d'effet, une nouvelle proposition de loi déposée fin 2019 visait à inscrire ce report au niveau législatif, mais elle n'est pas allée jusqu'au bout de la navette parlementaire⁵⁷.

⁵⁶« En France, une personne sur sept de 15 ans ou plus est handicapée, en 2021 », Marie Rey, Études et résultats n° 1254, Drees, février 2023.

⁵⁷ Proposition de loi portant diverses mesures de justice sociale, n° 2550, déposée à l'Assemblée nationale le 30 décembre 2019.

Une initiative parlementaire plus récente a en revanche abouti, non pas au report de la limite d'âge mais à sa suppression lorsque le handicap résulte d'une maladie évolutive grave.

Les dispositions de la loi n° 2025-138 du 17 février 2025 pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique (SLA, dite « Maladie de Charcot ») et d'autres maladies évolutives graves

Issu d'une proposition de loi portée par le sénateur Gilbert Bouchet et adopté à l'unanimité des suffrages dans chacune des deux chambres, ce texte comporte trois dispositions :

- l'article 1^{er} institue une procédure accélérée de traitement des demandes par la MDPH et la CDAPH « *lorsque [l]es besoins de compensation et d'accompagnement [du demandeur] résultent des conséquences d'une maladie évolutive grave dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et des personnes handicapées* ». Cette procédure, distincte de la PCH en urgence prévue par le CASF et dont le périmètre dépasse cette seule prestation, correspond aux circuits de traitement prioritaires déjà mis en place dans la plupart des MDPH ;
- l'article 2 ajoute, aux dérogations existantes à la barrière d'âge de 60 ans pour la PCH prévues par l'article L. 245-1 du CASF, une dérogation supplémentaire au profit de cette même catégorie de demandeurs ;
- l'article 3 prévoit la compensation du surcoût de cette mesure par le concours PCH versé par la CNSA aux départements.

L'ampleur de ce surcoût dépendra de la liste des maladies finalement retenue dans l'arrêté d'application⁵⁸. La DGCS l'évalue à un montant annuel, net des économies correspondantes sur l'Apa, compris entre 60 et 90 M€ pour le seul périmètre de la SLA, mais pouvant atteindre 140 à 210 M€ si d'autres pathologies (dégénérescences fronto-temporales, atrophie multisystémique) y étaient incluses. Cette estimation repose toutefois sur des hypothèses fragiles, possiblement minorantes car fondées sur le coût moyen d'un plan d'aide humaine.

Une telle exception, bien que censément circonscrite à un nombre réduit de pathologies touchant une population relativement limitée, a été perçue aussi bien par les professionnels des MDPH que par les associations comme ouvrant la voie à une remise en question plus large du critère d'âge, appelée de leurs vœux par ces dernières. Ce texte a été adopté en dépit des réserves formulées par le gouvernement sur les risques de rupture d'égalité qu'il emporte, puisque deux personnes âgées de plus de 60 ans, qui présenteraient le même niveau de perte d'autonomie et les mêmes besoins de compensation, ne seront pas rendues éligibles à la même prestation du seul fait de la nature de leur pathologie : l'argument, cité plus haut, d'une différence de situation objective entre les bénéficiaires de l'Apa et de la PCH s'en trouve affaibli. De fait, la DGCS a indiqué à la Cour anticiper une probable question prioritaire de constitutionnalité sur ce fondement dans les prochaines années.

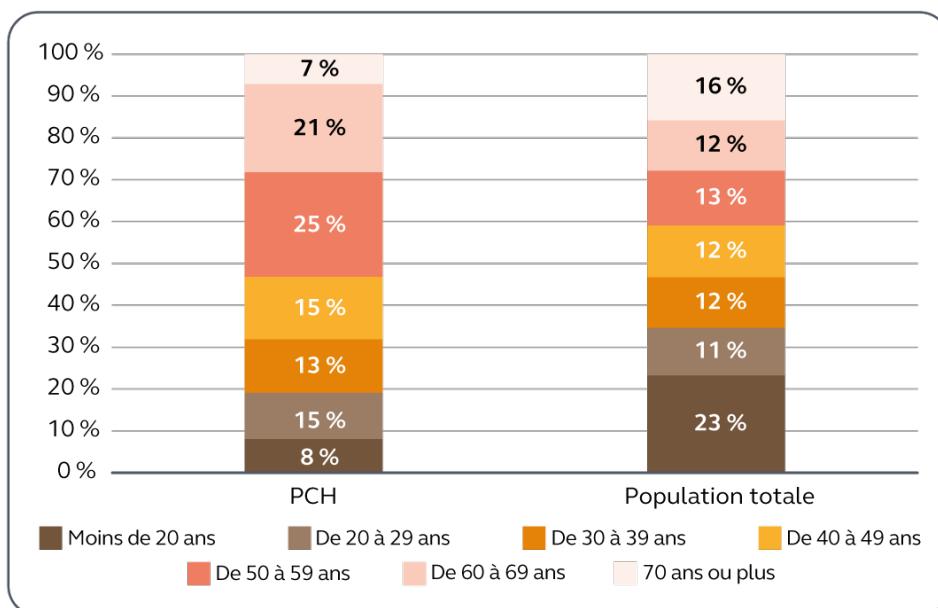
3 - Un arbitrage à prendre entre les objectifs de mise en cohérence des prestations, de maintien des conditions les plus favorables et de maîtrise des finances publiques

L'enjeu de l'équité de traitement entre les bénéficiaires des deux prestations devient d'autant plus aigu que leurs populations respectives tendent aujourd'hui à se recouper, sous l'effet de l'évolution démographique majeure que constitue le vieillissement des personnes

⁵⁸ À la date de finalisation de la présente instruction, cet arrêté n'avait pas encore été pris.

handicapées⁵⁹. Selon la Drees, 28 % des bénéficiaires de la PCH étaient âgés de 60 ans ou plus en 2023, proportion en hausse de quatre points par rapport à 2016, année de référence de sa dernière étude d'ampleur sur les parcours et profils des bénéficiaires (dans l'attente d'une actualisation d'ici fin 2025). Environ 15 % des bénéficiaires de cette tranche d'âge avaient en 2016 des droits ouverts depuis au moins dix ans, c'est-à-dire depuis l'entrée en vigueur de la PCH. Les effets conjoints de l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap et des évolutions législatives et réglementaires (attribution sans limitation de durée, suppression de la barrière d'âge des 75 ans) ont, selon toute vraisemblance, contribué à accroître cette tendance depuis lors.

Graphique n° 8 : répartition par âge des bénéficiaires de la PCH en 2023



Source : Cour des comptes, d'après l'enquête « Aide sociale » de la Drees et l'Insee (pour la population totale)

Or, la PCH est conçue de telle sorte qu'un bénéficiaire peut conserver son droit après 60 ans, soit par une attribution sans limitation de durée, soit lors du réexamen périodique de sa situation. En dehors du cas – *a priori* rare – où l'amélioration de sa situation le conduirait à ne plus remplir les critères généraux d'accès à la prestation et à en perdre le bénéfice, le plan de compensation qui lui est attribué est alors susceptible d'être revu à la hausse en fonction de l'évolution de ses besoins, sans qu'il soit nécessairement aisément différencier la part de sa perte accrue d'autonomie directement imputable à son handicap de celle, plus « classique », liée au vieillissement. Même à besoin de compensation inchangé en termes de volume horaire, le coût financier de l'aide dont il bénéficie a lui-même vocation à s'accroître, par la substitution progressive des services prestataires aux aidants familiaux, lorsque le propre vieillissement de ces derniers (dans l'hypothèse où il s'agit du conjoint) les empêche d'assurer pleinement cette aide.

⁵⁹ La Cour a dressé une synthèse récente des enjeux liés à cette évolution, en termes notamment d'adaptation de l'offre médico-sociale et de prévention des ruptures de parcours, dans son rapport précité de 2023 sur les personnes handicapées vieillissantes.

Face à ces constats, la recherche d'une plus grande convergence entre les deux prestations individuelles apparaît souhaitable dans son principe, et serait cohérente au regard de la logique institutionnelle de la branche autonomie qui concourt désormais à la définition de dispositifs communs aux deux publics, comme les solutions d'habitat inclusif et la mise en place récente d'une aide à la vie partagée (AVP) qui apporte un soutien financier à celles-ci⁶⁰.

Cette convergence se heurte cependant au double écueil des importantes différences de nature et de montants individuels servis entre les deux prestations, et de l'enjeu de soutenabilité pour les finances publiques qui s'y rattache. L'estimation de l'incidence budgétaire d'une suppression totale de la barrière d'âge, équivalente à un alignement « par le haut » sur les critères de la PCH, est malaisée car tributaire d'hypothèses conventionnelles sur le taux de recours parmi les personnes qui y seraient nouvellement éligibles (actuellement, près d'un quart de la population éligible à l'Apa y renonce du fait des critères de participation financière) et sur le niveau de consommation effective des plans d'aide. De récents travaux de l'Institut national d'études démographiques (Ined) évaluent le surcoût annuel d'une telle mesure, net des moindres dépenses d'Apa et de crédits d'impôt, entre 0,9 Md€ et 6,7 Md€, avec un scénario central à 3,6 Md€, soit un montant supérieur à la dépense totale de PCH actuelle. Les sous-jacents de ces estimations sont présentés en annexe n° 12.

Si elle survenait, la fusion des deux dispositifs en une prestation unique devrait s'effectuer à coût constant afin de ne pas aggraver les tensions pesant sur les finances des départements. Le respect de cet impératif conduirait alors nécessairement à faire évoluer les paramètres suivants, de manière alternative ou – plus vraisemblablement – cumulative : 1° un resserrement des critères d'éligibilité à l'Apa pour les aligner sur ceux de la PCH (avec les critères actuels, la DGCS estime qu'une partie des bénéficiaires de l'Apa classés en « Gir 4 » voire « Gir 3 » ne seraient pas éligibles à la PCH, même si la réforme du soutien à l'autonomie a contribué à assouplir ces critères) ; 2° une diminution des plafonds d'aides applicables à la PCH ; et 3° une modulation accrue des plans d'aide en fonction des ressources des bénéficiaires. L'acceptabilité sociale de ces mesures est incertaine, puisqu'elles vont au rebours des réformes récentes de la PCH et qu'elles impacteraient le quotidien et les conditions de maintien à domicile de certaines personnes parmi les plus lourdement dépendantes, dont le volume des plans de compensation excède largement les plafonds les plus élevés prévus pour l'Apa (environ 2 000 € par mois pour une personne en « Gir 1 »).

Dans un schéma de réforme moins ambitieux, mais sans doute plus réaliste, le rapprochement pourrait toutefois s'effectuer aussi de manière plus partielle, en autorisant l'attribution de la PCH pour un handicap survenant à un âge postérieur aux 60 ans (en sus des dérogations qui existent déjà, comme celle lié à l'exercice d'une activité professionnelle), mais avec l'introduction d'un ticket modérateur dans ce contexte. Il s'appliquerait aussi pour les renouvellements de plans de compensation survenant au-delà de cet âge, lorsqu'ils aboutissent à une hausse des aides qui est directement rattachable aux conséquences du vieillissement. La CNSA estime néanmoins qu'un tel rattachement serait difficile à démontrer.

⁶⁰ Cf. articles L. 281-1 et L. 281-2-1 du code de la sécurité sociale.

II - La multiplicité des financements publics des aides techniques : une source de complexité et d'inefficiencies

Le caractère subsidiaire de la PCH par rapport aux financements de l'assurance maladie s'avère aujourd'hui une source d'inefficiencies, particulièrement manifeste dans le cas de la prise en charge des aides techniques. Par ailleurs les fonds départementaux de compensation, conçus en 2005 comme devant prendre le relais de la PCH pour limiter le reste à charge individuel pesant sur les bénéficiaires, ont pâti d'un cadre juridique bancal. Cet instrument est aujourd'hui de nature à accroître les inégalités de traitement sur le territoire.

A - Une PCH subsidiaire, mais essentielle à la limitation du reste à charge relatif aux aides techniques

Pour rappel, les aides techniques dont l'acquisition est susceptible d'être prise en charge au titre de la PCH recouvrent « *tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel* ». Cette définition générique est complétée, dans le référentiel d'attribution de la prestation, par l'énoncé des objectifs auxquels contribue une aide technique : « *maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne pour une ou plusieurs activités* », « *assurer la sécurité de la personne handicapée* » et « *mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne handicapée* ».

À l'aune de ces critères, les aides techniques englobent à la fois des dispositifs médicaux éligibles à une prise en charge au titre de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de l'assurance maladie⁶¹, des dispositifs non-inscrits à la LPPR mais listés réglementairement (aides à l'hygiène, à l'habillage, à la mobilité, etc.), ou tout autre équipement qui, même destiné prioritairement au grand public, peut apporter une facilité d'usage à la personne en situation de handicap. Seul le surcoût par rapport à un équipement de base ou le coût de l'adaptation spécifique est pris en charge au titre de la PCH, à l'exception du cas « *où la combinaison d'un produit d'utilisation courante et d'une adaptation spécifique serait, à efficacité égale, moins onéreuse qu'un dispositif entièrement spécifique rendant le même service* » (annexe 2-5 du CASF) : le coût conjoint de l'équipement courant et de son adaptation peut alors être couvert.

Le financement d'aides techniques par le biais de la PCH est un enjeu financier secondaire par rapport à l'aide humaine, qui totalise plus de 90 % des dépenses associées à la prestation. En 2022, les aides techniques représentaient 1,2 % du coût total de la prestation, soit 33 M€. Toutefois, l'acquisition d'aides techniques peut impliquer un besoin de compensation

⁶¹ Constitue un dispositif médical « *tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques* » (art. L. 5211-1 du code de la santé publique).

significatif pour les personnes en situation de handicap, dont l'ordre de grandeur financier varie entre quelques euros et plusieurs dizaines de milliers d'euros. La PCH permet ainsi d'octroyer un soutien significatif à l'acquisition d'aides techniques ; celui-ci était en moyenne de 982 € en 2021, il était plafonné à 3 960 € sur trois ans (plafond porté à 13 200 € sur dix ans début 2022), avec des déplafonnements possibles pour l'acquisition d'aides techniques onéreuses.

Ce financement repose aujourd'hui principalement sur l'assurance maladie obligatoire : en 2018, sa contribution au financement des aides techniques hors audioprothèses, optique et lits médicalisés, était estimée à 500 M€ – pour une population couvrant toutefois l'ensemble des personnes en perte d'autonomie, temporaire ou définitive, et de tous âges – contre 17 M€ sur ce périmètre au titre de la PCH. Celle-ci est néanmoins indispensable à la prise en charge de nombreuses aides, et assurait selon l'Irdes 55 à 100 % des financements légaux selon la catégorie entre 2012 et 2015. Elle contribue ainsi à la limitation du reste à charge des usagers, même si celui-ci peut demeurer important selon les situations individuelles.

L'enquête PHEDRE de l'Irdes estimait que le coût moyen des aides techniques après prise en charge légale variait entre 850 € pour les aides à la vie quotidienne, et 8 750 € pour les fauteuils roulants, avec un reste à charge moyen variant entre 3 500 € pour les fauteuils roulants et 350 € pour les aides au déplacement. Ce reste à charge dissuade certains usagers d'avoir recours aux aides techniques pourtant attribuées par la MDPH ; l'Irdes indiquait notamment que le reste à charge associé aux plans de compensation relatifs à des fauteuils roulants et accessoires que les usagers choisissent de ne pas mettre en place était 44 % plus élevé que pour ceux effectivement mis en place. Compte tenu de l'ancienneté des données de référence de cette enquête, ses résultats sont à considérer avec prudence, et une actualisation de celle-ci serait nécessaire pour objectiver l'amélioration de la solvabilisation intervenue depuis 2015 selon la CNSA ; la lourdeur de la méthodologie mise en œuvre y fait toutefois pour le moment obstacle.

B - Une juxtaposition des financeurs peu lisible pour l'usager et ralentissant la prise en charge

L'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'élément « aide technique » de la PCH est complexe. Lorsque l'aide technique dont a besoin une personne figure sur la LPPR, celle-ci en prend en charge une partie selon un tarif prédéfini et négocié par le comité économique des produits de santé (CEPS). Si l'aide est reprise dans l'arrêté des tarifs de la PCH (cf. *infra*), celle-ci intervient alors en complément pour couvrir le montant restant à la charge de l'usager dans la limite de plafonds réglementaires. À l'inverse, si l'aide technique nécessaire n'est pas inscrite à la LPPR et qu'il n'existe pas de catégorie pour ce type de produit dans la liste, la PCH peut tout de même contribuer au financement, mais seulement à hauteur d'un plafond réglementaire défini par arrêté ou, à défaut, de 75 % de leur coût et toujours dans la limite d'un plafond global (cf. l'arbre décisionnel récapitulatif figurant en annexe n° 13). Le rôle de la PCH est ainsi d'intervenir comme source de financement subsidiaire pour des aides techniques partiellement ou non prises en charge par l'assurance maladie.

Cette complexité a des répercussions pour l'usager. D'une part, celui-ci doit naviguer dans un écosystème présentant une diversité de financeurs entre sa caisse d'assurance maladie pour le remboursement de base, la MDPH, et, parfois, les fonds départementaux de compensation pour solder le reste à charge (cf. ci-après). En 2023, le délai de traitement moyen

des MDPH pour les demandes d'aide technique était d'un mois de plus que pour l'aide humaine, mais s'y ajoute le délai d'une éventuelle demande au fonds de compensation (en moyenne 4,1 mois supplémentaires en 2017 – dernière année de référence – pour les aides techniques) et les délais associés à l'accompagnement par un ergothérapeute et à l'obtention des devis à l'appui de la demande d'aide technique. D'autre part, la juxtaposition des dispositifs engendre des démarches multiples et une prise en charge morcelée, peu lisible pour l'usager et qui contribue aux disparités territoriales.

Un tel éclatement des compétences en matière de financement des aides techniques est une spécificité en Europe. Pour le financement et l'accès aux aides auditives et aux fauteuils roulants, l'Angleterre et la Suède ont opté pour un financeur public unique qui achète l'aide technique par le biais de marchés publics et la met à disposition de l'usager avec un reste à charge limité. La Belgique a choisi un modèle proche de celui de la France, dans le cadre duquel l'usager achète son aide technique auprès d'un écosystème de revendeurs et se voit attribuer un montant de remboursement, mais le soutien financier à l'achat de ces aides techniques passe par un financement forfaitaire unique de l'assurance maladie. Pour les fauteuils roulants, le Royaume-Uni propose en complément du financement public centralisé octroyé par le *National Health Service* un programme financier les aides techniques indispensables pour travailler, accessible aux seules personnes déjà en emploi⁶². Ce parangonnage international met aussi en évidence le caractère encore peu développé, en France, de l'économie circulaire pour la mise à disposition d'aides techniques, malgré des initiatives locales et certaines évolutions juridiques récentes, encore inabouties : cf. annexe n° 14.

La mise en place du « 100 % Santé » a eu des répercussions significatives sur la prise en charge des aides techniques, notamment les fauteuils roulants et les audioprothèses. Afin de simplifier le parcours de l'usager et d'améliorer leur couverture, une prise en charge intégrale des aides auditives de classe I⁶³ a été engagée depuis le 1^{er} janvier 2021, et celle relative à l'ensemble des fauteuils roulants doit être effective au 1^{er} décembre 2025, bien que ses modalités tarifaires ne soient pas encore connues à l'heure de ces lignes (juin 2025). L'assurance maladie deviendrait ainsi l'unique financeur de ces aides techniques, ce qui doit permettre de simplifier le parcours de l'usager et de réduire considérablement les délais, le temps de délivrance des équipements les plus sophistiqués n'étant plus censé excéder deux mois à compter de la date de présentation d'un devis. Ces réformes ont un impact important sur le volet aides techniques de la prestation, dans la mesure où les fauteuils roulants et audioprothèses représentaient jusqu'ici un engagement significatif pour les départements au titre de la PCH et des fonds de compensation : les fauteuils roulants et aides auditives représentaient près de 60 % des dépenses de ces derniers, et le rapport dit « Denormandie-Chevalier »⁶⁴, remis en 2020 à la demande du gouvernement, estimait que les fauteuils et audioprothèses représentaient, en 2018, plus du tiers des dépenses de l'assurance maladie au titre des aides techniques.

⁶² Cf. Sylvain Pichetti, Maude Espagnacq, Alice d'Estève de Pradel (Irdes), « *Financements publics et restes à charge des fauteuils roulants : enseignements d'une comparaison France, Angleterre, Belgique et Suède* », Questions d'économie de la santé, n° 296, janvier 2025.

⁶³ L'arrêté du 14 novembre 2018 fixe les spécifications techniques minimales des aides auditives dites de classe I, qui relèvent du panier « 100 % santé ». Les aides auditives dont les caractéristiques dépassent ces spécifications minimales relèvent de la classe II, et peuvent présenter un reste à charge pour l'assuré.

⁶⁴ Dr Philippe Denormandie, Cécile Chevalier (CNSA), *Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : une réforme structurelle indispensable*, octobre 2020.

C - Une prise en charge dégradée par l'obsolescence des textes tarifaires de la PCH en vigueur

Les limites du cadre réglementaire de la PCH relatif aux aides techniques se trouvent accentuées par son absence prolongée de mise à jour. En effet, l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant la liste et les tarifs de référence des aides techniques éligibles, partiellement modifié en 2007 puis en 2008, n'a plus été révisé depuis lors. Le caractère non-limitatif de la liste permet certes aux MDPH de soutenir des aides techniques ne figurant pas dans l'arrêté mais qui répondent aux critères énoncés dans le CASF. En revanche, cette compensation des aides techniques « innovantes » n'est possible que dans la mesure où le produit concerné ne figure pas encore sur la LPPR. Lorsqu'une telle intégration survient, l'absence de mise en cohérence de l'arrêté tarifaire avec celle-ci entraîne un refus de compensation au titre de la PCH, dégradant paradoxalement la prise en charge pour les usagers concernés⁶⁵.

L'arrêté de 2005 comprenait 239 aides techniques intégrées à la LPPR, et 83 qui n'en faisaient pas partie. Les principales catégories d'aides techniques bénéficiant aux personnes handicapées qui figurent sur la LPPR sont les lits médicalisés, audioprothèses, dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres et l'ensemble des véhicules pour personnes handicapées. D'autres catégories de produits éligibles au titre de l'arrêté sont pour l'essentiel absentes de la LPPR, comme les aides à la vie quotidienne (toilette, hygiène, habillage) et les aides techniques à la communication. Une démarche d'intégration de ces aides à la LPPR nécessiterait une réflexion préalable sur les critères retenus pour évaluer le service médical rendu associé aux aides techniques, afin d'intégrer la dimension médicale mais également l'impact de l'aide technique sur le projet de vie de l'usager et ses besoins de compensation. L'inscription d'un dispositif médical sur l'arrêté de tarification PCH peut à l'inverse s'avérer superflue lorsque la LPPR prévoit que son tarif est égal à son prix limite de vente, garantissant de ce fait un remboursement intégral par l'assurance maladie.

Ces discordances, déjà mises en exergue dans les travaux de l'Igas ainsi que dans le rapport « Denormandie-Chevalier » précité, et que déplorent à la fois les équipes d'évaluation des MDPH et les associations, sont en partie imputables à l'éclatement des compétences et à un défaut de coordination entre services : les évolutions de la LPPR sont pilotées par la Direction de la sécurité sociale (DSS), tandis que la mise à jour de l'arrêté de tarification PCH est du ressort de la DGCS. Celle-ci n'a toutefois pas les moyens humains adéquats pour assurer une telle mission, qui requerrait un travail de veille continue alors même que les réformes réglementaires récentes ont été nombreuses par ailleurs : au sein de son bureau des droits et de l'aide à la compensation, seul un ETP est chargé du pilotage juridique global de la prestation, réparti entre le chargé de mission (0,7 ETP) et la chefferie de bureau (chef et adjoint 0,3 ETP). L'article 53 de la LFSS pour 2022 a renforcé l'intégration des aides techniques dans le champ de la prise en charge par l'assurance maladie et a élargi à celles-ci le périmètre des missions d'évaluation scientifique et médico-économique de la Haute autorité de santé (HAS). Aucune

⁶⁵ Par exemple, des scooters pour personnes à mobilité réduite ont été intégrés à la LPPR à partir de 2017, entraînant des refus systématiques de financement au titre de la PCH sur ces produits pour lesquels l'assurance maladie obligatoire prévoit un reste à charge important. Le scooter Léo a été ajouté à la LPPR avec un prix limite de vente de 2 100 € et un tarif de remboursement de 1 200 €, moins favorable pour l'usager que les 75 % associés à la prise en charge par la PCH. Certaines MDPH ont souhaité poursuivre leur soutien sur ces aides pour limiter le reste à charge des usagers, par le biais de leurs fonds de compensation.

mesure d'application de cet article n'a toutefois été adoptée à ce stade, et le rôle que pourrait jouer le CEPS pour encadrer les prix et piloter la tarification des aides techniques reste à préciser.

Si l'articulation entre les deux dispositifs mérite une clarification, la souplesse associée à la prestation de compensation du handicap permet d'apporter une réponse individualisée à la diversité des situations de handicap. Elle est particulièrement utile dans le cas de l'acquisition d'une aide technique innovante, qui ne fait pas encore l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire dans l'attente de l'intégration de celle-ci à la LPPR, ou de la prise en charge d'un équipement d'usage courant qui ne constitue pas un dispositif médical mais apporte une facilité d'usage au bénéficiaire. Afin de faciliter le parcours de l'usager et de réduire les délais, une simplification du dispositif pourrait être envisagée, tout en veillant à sa neutralité pour les finances publiques : l'assurance maladie deviendrait alors le financeur par défaut des aides techniques, la mobilisation de la PCH étant limitée aux cas particuliers précités. En l'absence d'une telle refonte, l'actualisation de l'arrêté tarifaire de 2005 et sa mise en cohérence avec la LPPR demeurent impératives.

Départements de France est favorable à une telle évolution, dans la mesure où elle contribue à clarifier l'articulation entre les prestations et n'entraîne pas de charges financières supplémentaires non compensées pour les départements. Si la CNSA et la DGCS estiment nécessaire le réexamen du financement des aides techniques, elles soulignent qu'une telle refonte nécessite des moyens humains considérables. La DGCS suggère notamment qu'un appui pourrait être apporté par une mission de l'Igas afin de définir les modalités d'une telle réforme.

III - Les fonds départementaux de compensation : un dispositif à réinterroger

Les fonds départementaux de compensation du handicap (FDC) ont été institués par la loi du 11 février 2005. Non prévue dans le projet de loi initial, leur création a résulté d'amendements parlementaires ayant posé, dans un premier temps, le principe d'une limitation du reste à charge après prise en compte de la PCH, avant d'y associer l'intervention de ces fonds, destinés à coordonner l'action des différents financeurs publics.

A - Une intervention s'inscrivant dans un cadre juridique imprécis et tardivement stabilisé

L'article L. 146-5 du CASF prévoit l'obligation pour chaque MDPH de gérer un tel fonds, au financement duquel « *le département, l'État, les autres collectivités, les organismes d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les organismes régis par le code de la mutualité, [l'Agefiph, le FIPHFP] et les autres personnes morales concernées peuvent participer* ». Ils sont, dans ce cas, membres de son comité de gestion chargé de déterminer l'emploi des sommes versées. Leur mise en place dans les départements s'est effectuée progressivement à partir de 2006, malgré l'absence du décret d'application censé venir préciser les conditions d'attribution de leurs aides en fonction du reste à charge pesant sur le demandeur.

Cette lacune a perduré pendant 17 ans, en dépit d'une condamnation de l'État à une astreinte pour son inaction en 2016⁶⁶. Il y a été mis fin avec la parution d'un décret entré en vigueur au 1^{er} juillet 2022⁶⁷, qui a explicité les règles de détermination du plafonnement du reste à charge du bénéficiaire, fixé à « *10 % de ses ressources personnelles nettes d'impôts* » par le législateur. Les modalités retenues, fondées sur le revenu fiscal de référence, diminué du montant de l'impôt sur le revenu et tenant compte du quotient familial, ont été à leur tour contestées par l'association APF France Handicap en ce qu'elles intègrent les ressources du conjoint (contrairement à ce qui est prévu pour l'attribution de la PCH elle-même), mais ont été jugées conformes par le Conseil d'État⁶⁸.

Dans l'intervalle, la rédaction initiale de l'article L. 146-5 avait elle-même fait en 2020 l'objet d'une modification d'initiative parlementaire, pour préciser que la prise en charge des frais de compensation ne peut s'effectuer que « *dans la limite des financements du fonds départemental de compensation* ». Cet amendement relativise fortement la portée pratique du dispositif tel qu'il avait été envisagé en 2005, mais ne fait en réalité que souligner de manière plus tangible la limite qui lui était consubstantielle, dès lors que la participation des différents contributeurs potentiels à ces fonds a toujours reposé sur une simple base volontaire. Le Conseil constitutionnel en a toutefois validé le principe, en jugeant qu' « *il était loisible au législateur de ne prévoir qu'un objectif non contraignant de réduction des frais de compensation* »⁶⁹.

B - Des modes d'intervention disparates, renforçant les inégalités territoriales

Le suivi statistique de l'action des FDC est aujourd'hui lacunaire, la dernière étude consolidée conduite par la CNSA remontant à fin 2019 et portant sur les données de l'année 2017. Celle-ci, qui s'appuyait sur les retours de 94 FDC, évaluait leurs dépenses totales à 16,1 M€, principalement fléchées vers le financement d'aides techniques (52 %) et d'aménagement du logement (28 %).

L'étude mettait aussi en exergue leur grande hétérogénéité, en premier lieu en termes de volume financier : 44 d'entre eux mobilisaient moins de 100 000 € d'apport (voire moins de 50 000 € dans certains cas), contre 16 bénéficiant de 300 000 € ou plus, avec un maximum d'environ 750 000 € pour le département du Nord. Cette distribution, certes logique au regard de la diversité démographique des départements, était cependant loin d'être systématiquement corrélée à la pression de la demande, c'est-à-dire au nombre de décisions d'accords de PCH pouvant déboucher sur l'existence de situations de reste à charge ; elle résultait plutôt des niveaux d'engagement variables, en fréquence comme en volume, des différents partenaires institutionnels. L'État est le seul financeur public représenté de façon systématique – et, dans certains cas, l'unique contributeur local du FDC – mais, compte tenu de l'ampleur relativement modeste de son abondement annuel (5 M€, versés par l'intermédiaire de la CNSA), sa participation n'échappe pas au risque d'une forme de saupoudrage.

⁶⁶ Cf. Conseil d'État, 1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies, 24 février 2016, décision n° 383070.

⁶⁷ Décret n° 2022-639 du 25 avril 2022 relatif à l'amélioration des fonds départementaux de compensation du handicap.

⁶⁸ Cf. Conseil d'État, 1^{ère} - 4^{ème} chambres réunies, 9 novembre 2023, décision n° 465268.

⁶⁹ Cf. décision n° 2023-1039 QPC, 24 mars 2023, considérants 7 à 12.

Les différences constatées se manifestent à plusieurs autres niveaux : dans les critères d'éligibilité retenus (existence ou non d'une condition de ressources ou d'un montant minimal de reste à charge permettant de solliciter le fonds, exclusion des bénéficiaires de certaines prestations, etc.) ; dans la typologie des aides financées (tantôt les éléments 2 et 3 de la PCH, tantôt d'autres volets) et dans les montants accordés. Ces éléments sont précisés dans les règlements intérieurs adoptés par chaque FDC, mais leur absence de publicité contribue à renforcer le caractère aléatoire de leur intervention pour l'usager.

Tandis que l'enquête précitée de la CNSA se concluait sur la nécessité de « *poursuivre une réflexion nationale globale* » et sur « *l'opportunité d'une régulation du dispositif légal que constitue le FDC* », ces démarches n'ont pas vraiment abouti malgré l'adoption du décret de 2022. Deux évolutions actuelles au moins devraient conduire désormais, sinon à réinterroger frontalement le maintien de ces fonds, du moins à en dresser un bilan détaillé actualisé pour évaluer leurs résultats effectifs et leur plus-value.

La première est un risque de désengagement de certains contributeurs publics, dans un contexte de recherche d'économies sur leurs dépenses d'intervention discrétionnaires. C'est le cas par exemple de la région Île-de-France, qui était auparavant le plus gros financeur des FDC des huit départements franciliens avec une contribution annuelle totale d'environ 2 M€ (alors même que c'était la seule région française prévoyant une telle intervention), mais qui a décidé d'y mettre un terme à la fin 2024. La seconde tient à la mise en œuvre en cours de la réforme sur la prise en charge des fauteuils roulants, déjà évoquée. Or ce type d'équipements constituait jusqu'à présent le principal poste d'intervention des FDC, totalisant 38 % des financements des fonds de compensation relatifs aux aides techniques en 2017.

Une réforme des fonds départementaux de compensation apparaît indispensable afin d'harmoniser à enveloppe constante, leurs pratiques, leurs niveaux de financement et les contributions respectives des différents acteurs, mais aussi pour renforcer l'équité de traitement des usagers sur le territoire. Dans la mesure où les évolutions récentes remettent en cause leur pertinence, l'hypothèse d'une suppression complète de ce dispositif ne devrait pas être écartée. La DGCS et la CNSA s'y montrent cependant réservées, soulignant que ces fonds contribuent à la réduction du reste à charge dans des proportions importantes pour certains cas individuels et présentent l'avantage d'offrir à l'usager un guichet unique pour la sollicitation des financements extralégaux. Leurs appréciations varient en revanche sur l'opportunité d'une refonte plutôt que d'une suppression complète : la CNSA y est favorable, mais estime qu'une telle évolution ne peut être dissociée des travaux nécessaires sur le financement des aides techniques, afin de limiter le reste à charge individuel ; la DGCS juge pour sa part qu'une réforme rendant obligatoire la participation des financeurs et encadrant les tarifs de prise en charge aboutirait de fait à un dispositif redondant par rapport à la PCH elle-même. L'association « Départements de France » soutient pour sa part une implication systématique et généralisée de l'ensemble des acteurs dans la prise en charge des besoins spécifiques des usagers.

Pour nuancer ce débat, il convient en dernier lieu de souligner que, même dans l'hypothèse d'une suppression totale de ces fonds, le maintien au sein des MDPH d'une mission subsidiaire d'appui dans l'identification et la sollicitation des différentes formes d'aides légales et extralégales, face au nombre et à la complexité desquelles les usagers sont le plus souvent démunis, garderait toute sa pertinence. En l'état, l'article D. 146-31-7, introduit par le décret de 2022, prévoit que le FDC « *identifie l'ensemble des aides susceptibles d'être attribuées à des*

fins de compensation du handicap » et « *transmet [aux organismes concernés] les éléments relatifs à l'évaluation des besoins et aux aides déjà préconisées* ». La capacité à réaliser efficacement cette mission d'intermédiaire entre l'usager et les potentiels financeurs – menée au titre du FDC, mais qui incombe en pratique déjà aux équipes des MDPH – est indispensable pour garantir la limitation effective des restes à charge relatifs aux aides techniques : dans les départements rencontrés par la Cour, les aides extra-légales réunies par ce biais pouvaient représenter le double des montants accordés au titre du fonds de compensation.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'examen des articulations entre la PCH et les dispositifs voisins met en évidence une architecture de la compensation encore largement cloisonnée, où coexistent des prestations aux logiques différentes. Cette fragmentation nuit à la lisibilité des droits pour les usagers et alimente des iniquités dans l'accès à une compensation adaptée. La Cour formule donc les recommandations suivantes :

1. *réaliser, d'ici fin 2026, l'évaluation chiffrée de l'impact d'une suppression du droit d'option entre la PCH enfants et le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et proposer, à coûts constants, une architecture cible (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées) ;*
 2. *proposer en 2026 une refonte des modalités de financement des aides techniques visant à faire de l'assurance maladie obligatoire leur financeur par défaut et à recentrer la PCH sur des cas ciblés (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées) ;*
 3. *au premier semestre 2026, proposer une suppression des fonds départementaux de compensation, sauf si un bilan actualisé permet de confirmer que ce dispositif est toujours pertinent ; dans cette hypothèse, proposer des modalités d'harmonisation de leurs pratiques (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, CNSA).*
-

Chapitre IV

Des composantes de la prestation qui restent à réformer

Les nombreuses évolutions législatives et réglementaires survenues au cours des dernières années n'épuisent pas le caractère encore améliorables de la prestation, dont la cohérence d'ensemble pourrait être renforcée sur certains aspects.

Ces axes d'amélioration concernent, d'une part, le poids aujourd'hui accru des volets de la PCH obéissant à une logique forfaitaire, au rebours de sa conception individualisée, pouvant entraîner des situations de décalages manifestes par rapport à l'effectivité des besoins des bénéficiaires, en particulier sur le volet d'aide à la parentalité introduit récemment. D'autre part, la conduite décentralisée de cette prestation ne s'est guère accompagnée de la définition d'une politique nationale homogène de contrôle d'effectivité et de lutte contre la fraude. Or, cette lacune n'a été prise en compte que récemment, et de manière encore partielle, dans le contexte de la constitution de la cinquième branche de la sécurité sociale.

I - Une logique de personnalisation en partie remise en question par l'extension des composantes forfaitaires de la prestation

Conçue comme une prestation individualisée, destinée à solvabiliser l'achat de biens et de services limitativement énumérés et spécifiquement liés à la couverture des besoins d'autonomie identifiés lors de l'évaluation individuelle, la PCH comporte cependant plusieurs éléments de nature forfaitaire qui s'écartent de cette logique personnalisée, apparus soit dès sa conception, soit sur la période récente.

A - Une dimension forfaitaire initialement réservée pour l'aide humaine aux personnes avec une déficience sensorielle, dont la pertinence est à réexaminer

À l'origine, les éléments forfaits n'étaient réservés qu'aux personnes atteintes d'un handicap sensoriel nécessitant l'intervention d'une aide humaine : le « forfait surdité »⁷⁰ et le « forfait cécité »⁷¹ ouvrent ainsi droit, sans être soumis aux conditions particulières d'accès à l'élément 1 de la PCH, respectivement à 30 heures ou 50 heures mensuelles d'aide humaine. Calculée sur la base du tarif horaire pour l'emploi direct, cette aide financière ne donne pas lieu à un contrôle d'effectivité et peut ainsi être utilisée librement par son bénéficiaire. Les deux forfaits sensoriels étant mutuellement exclusifs, une personne cumulant ces deux déficiences se trouvait initialement contrainte d'opter pour l'une des deux indemnités, sans pouvoir faire valoir les besoins cumulatifs de compensation liés à son handicap. Cette lacune a été corrigée par la mise en place, à compter du 1^{er} janvier 2023, d'un « forfait surdicécité » pouvant atteindre 80 heures d'assistance mensuelles. L'impact budgétaire de cette mesure, même s'il peut être présumé modéré⁷², n'a pas été évalué par la DGCS et la CNSA, et l'enquête des échanges annuels auprès des MDPH n'inclut pas encore, deux ans et demi après son introduction, d'éléments retracant son attribution. La CNSA prévoit de les inclure à terme.

L'introduction, dès l'origine de la prestation, de telles exceptions à destination des personnes déficientes sensorielles a été dictée par une forme de pragmatisme par rapport aux règles antérieures de l'ACTP. En effet, pour les personnes atteintes de cécité qui bénéficiaient de celle-ci, l'abandon de la logique forfaitaire préexistante pouvait être source d'incertitudes importantes quant au gain financier (ou à la perte) associé à un passage à la nouvelle prestation, puisque la détermination de l'éligibilité à l'aide humaine par l'application du référentiel et l'évaluation précise du besoin journalier d'aide associé sont plus malaisées. L'attribution d'une PCH « personnalisée », définie selon les modalités de droit commun, demeure possible si le besoin effectif d'aide humaine dépasse ce que permettrait de financer l'octroi du forfait, mais ce dernier a constitué en pratique une solution plus souple et avantageuse pour la majorité des personnes concernées, favorisant le passage de l'ACTP à la PCH. Cette transition était alors d'autant plus évidente que le forfait est cumulable avec les autres éléments de la prestation (par exemple le financement d'une audioprothèse, au titre de l'élément 2 « aides techniques »).

Certains professionnels de MDPH rencontrés par la Cour ont pu toutefois faire part de leurs questionnements quant à l'adéquation de ce dispositif, en particulier s'agissant du forfait surdité, dont ils pointent les limites. Cette appréciation se fonde, d'une part, sur le niveau de perte auditive ouvrant l'éligibilité au forfait : ce niveau, certes important, peut selon ceux-ci dans certains cas être largement pallié par une aide technique adaptée, en particulier au regard des avancées technologiques récemment survenues en matière d'audioprothèses (adaptation à l'environnement sonore, élimination des bruits parasites). D'autre part, le critère réglementaire lié au recours à un dispositif d'aide humaine à la communication peut lui-même paraître en partie obsolète, du fait des solutions de reconnaissance et de synthèse vocale liées à l'usage

⁷⁰ Conditionné au fait d'avoir une perte auditive moyenne supérieure à 70 dB et de faire appel à une aide humaine pour la communication.

⁷¹ Conditionné au fait d'avoir une vision centrale inférieure à 1/20^{ème} après correction.

⁷² Les estimations officielles font état d'environ 6 500 personnes atteintes de surdicécité, pathologie causée par des syndromes d'origine génétique rare.

d'un smartphone qui sont aujourd'hui largement répandues sur le marché. En outre, ce critère ne prévoit aucune fréquence minimale d'utilisation et repose sur une simple déclaration sur l'honneur. L'attribution du forfait – puis son renouvellement – n'est pas corrélée à l'utilisation effective de cette aide : elle est de droit dès lors qu'il existe des situations où cette aide peut être nécessaire. À l'inverse, dans certains contextes où le besoin d'une aide humaine est avéré, le montant forfaitaire correspondant à 30 heures mensuelles peut aussi s'avérer insuffisant : la CNSA cite par exemple le cas d'étudiants en faculté qui ont besoin d'une traduction en langue des signes française pour leur prise de notes.

Les forfaits surdité et cécité représentent une part importante des dépenses relatives au volet aide humaine de la PCH. Selon la Drees, au 31 décembre 2023, 19 % des bénéficiaires de l'élément 1 l'étaient dans le cadre d'un forfait surdité ou cécité. Ces forfaits représentaient 14 % des montants versés au titre du volet aide humaine. Ces proportions sont stables depuis 2016 mais font l'objet d'une forte hétérogénéité territoriale. Si les bénéficiaires des forfaits surdité et cécité ne représentaient que 9 % des bénéficiaires du volet aide humaine de la PCH dans le Gers fin 2023, ils représentaient 32 % des bénéficiaires dans le Puy-de-Dôme et 47 % dans la métropole de Lyon. Selon la CNSA, ces différences peuvent être liées à la présence ou non, sur ces territoires, de centres de suivi pour sourds profonds ou pour aveugles.

Par ailleurs, l'appréciation de l'incidence financière de ces différents forfaits sensoriels, par rapport à l'économie globale de la prestation, doit tenir compte des effets de bord induits par ceux-ci. D'une part, en effet, leur attribution peut s'accompagner d'un forfait parentalité si les conditions d'éligibilité pour celui-ci sont remplies par ailleurs, au même titre que pour un bénéficiaire d'un plan de compensation personnalisé (cf. ci-après). D'autre part, une personne s'étant vu attribuer un forfait sensoriel – y compris à un âge précoce – du fait de ses besoins liés aux déplacements extérieurs ou à la communication peut être relativement autonome dans la réalisation des actes essentiels, notamment si elle bénéficie d'un environnement adapté. En revanche, si cette même personne subit une perte d'autonomie lors de son entrée dans le grand âge, elle demeurera éligible à la PCH qui est généralement plus avantageuse que l'Apa (cf. *supra*), quand bien même la perte d'autonomie n'a pas de lien direct avec la déficience sensorielle ayant justifié à l'origine le versement de la prestation⁷³.

B - La prise en compte forfaitaire des besoins de compensation de l'exercice de la parentalité

1 - Un bilan mitigé, caractérisé par un faible recours à la composante parentalité de la PCH

Les associations et usagers ont relevé dès la création de la prestation de compensation du handicap des lacunes liées à la prise en compte des besoins des parents en situation de handicap. Le droit des personnes en situation de handicap à exercer une vie familiale fait en effet l'objet d'engagements internationaux de longue date de la France et est reconnu dans le cadre de

⁷³ Cf. cet exemple figurant dans le guide de la CNSA de mars 2017 sur l'accès aux aides humaines : « une personne présentant une cécité avant soixante ans, atteinte par une maladie dégénérative après soixante ans, pourra bénéficier de la PCH pour des besoins d'aide humaine qui n'existaient pas avant soixante ans si elle répondait, en raison de sa cécité, aux critères d'éligibilité avant soixante ans » (page 73).

conventions de l'Organisation des nations unies (ONU)⁷⁴. Dès 2008, la conférence nationale du handicap soulignait l'insuffisance de la PCH pour prendre en compte « *l'aide humaine nécessaire pour les parents handicapés qui ont besoin d'assistance pour s'occuper de leurs enfants* ». Un projet de décret sur le sujet, élaboré en 2007 mais jamais adopté par la suite, prévoyait 60 heures par mois d'aide humaine au titre de la parentalité, soit un plafond de deux heures par jour.

À la suite d'expérimentations menées de longue date dans plusieurs départements, notamment l'Ille-et-Vilaine, la CNH de février 2020 a comporté un engagement du Président de la République d'intégrer à partir de 2021 dans la prestation de compensation du handicap les besoins attachés à la parentalité, tout en compensant la charge associée pour les départements. Cette annonce s'est matérialisée par un décret du 31 décembre 2020 qui a créé une nouvelle aide pour les parents en situation de handicap, pour une entrée en vigueur effective dès le lendemain. La LFSS pour 2021 a prévu une compensation pour les départements, à hauteur de 200 M€ à partir de 2022.

Celle-ci se compose de deux volets : une aide humaine et une aide technique à la parentalité. Le volet « aide humaine à la parentalité » donne droit à un versement forfaitaire de 900 € par mois jusqu'aux trois ans du plus jeune enfant de la famille, puis de 450 € par mois jusqu'à ses sept ans, majoré à hauteur de 50 % pour les familles monoparentales⁷⁵. Ce versement est censé permettre au parent de rémunérer un prestataire ou un aidant familial pour l'aider à s'occuper de son enfant. La composante « aide technique à la parentalité » de la prestation donne au parent droit à une aide forfaitaire de 1 400 € à la naissance de l'enfant, 1 200 € à ses trois ans et 1 000 € à ses six ans, qui permet d'acheter du matériel adapté pour l'aider à s'occuper de l'enfant ; dans ce cas, le matériel en question ne peut naturellement pas être pris en charge une seconde fois au titre de l'élément 2. Ces aides forfaitaires, dont le montant a été fixé par un arrêté du 17 décembre 2020 (soit avant même la parution du décret que cet arrêté était censé venir compléter), n'impliquent pas de contrôle d'effectivité.

**Tableau n° 4 : montant mensuel de l'aide humaine
à la parentalité en fonction de l'âge de l'enfant**

	0 à 3 ans	3 à 7 ans
Couple	900 €	450 €
Famille monoparentale	1 350 €	675 €

Source : arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation (modifié par l'arrêté du 17 décembre 2020)

⁷⁴ L'article 23 de la convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU reconnaît aux personnes en situation de handicap « *le droit de se marier et de fonder une famille sur la base du libre et plein consentement des futurs époux. Les personnes handicapées ont le droit de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances* ».

⁷⁵ L'association « Départements de France » a fait état de l'absence d'une définition claire de la monoparentalité retenue pour l'application du forfait, alors que plusieurs acceptations coexistent (sur le plan fiscal, au sens du CASF pour le versement du RSA, etc.). Il en résulterait des difficultés avec certains usagers se déclarant monoparentaux alors qu'ils sont mariés, leur conjoint vivant à l'étranger ou séparé du foyer.

Si la forfaitisation a vocation à simplifier le processus d’attribution de l’aide et à diminuer le temps de traitement des demandes, l’éligibilité à la PCH parentalité reste néanmoins conditionnée au respect des règles d’éligibilité générale (pour les composantes « aide humaine » et « aide technique ») et des règles supplémentaires d’éligibilité à l’élément 1 pour la composante « aide humaine ». Or, il a été vu que l’analyse individualisée de l’ensemble des besoins finançables par la PCH implique en général un contact avec l’usager et une visite sur son lieu de vie, indépendamment des conditions d’attribution simplifiées propres à la composante parentalité. Les bénéficiaires de la PCH qui formulent une nouvelle demande relevant exclusivement de celle-ci peuvent néanmoins bénéficier d’un traitement accéléré. Dans un des départements visités par la Cour, ces demandes ne passent par exemple pas par l’étape d’évaluation et font directement l’objet d’un passage en CDAPH pour validation après vérification de l’acte de naissance de l’enfant concerné, permettant dans certains cas une notification sous moins de deux mois. Ce mode opératoire suscite cependant des réserves de la part de la CNSA, qui estime que toute demande devrait passer par une évaluation globale, pluridisciplinaire et multidimensionnelle.

Le coût de cette réforme a été largement surestimé par l’État. L’Observatoire de la décentralisation et de l’action sociale (Odas) a publié en 2024 un rapport dressant un premier bilan de la mise en place de ce forfait⁷⁶. Cette première évaluation démontre que 9 000 forfaits annuels ont été perçus par environ 5 000 bénéficiaires. Les forfaits parentalité représentaient en 2023 environ 2 % de la dépense globale associée à la prestation, soit environ 50 M€ par an. Ce coût est largement inférieur à l’enveloppe de 200 M€ prévus pour compenser les surcoûts de la réforme pour les finances départementales, ce qui explique une partie de l’augmentation du taux de concours qui passe de 26,9 % à 33,4 % entre 2021 et 2022.

La faible proportion des bénéficiaires de la PCH qui perçoivent un forfait parentalité pourrait indiquer un taux important de non-recours. La Drees estimait en 2016 qu’une composante « parentalité » de la prestation pourrait concerter 28 400 parents et serait susceptible de concerter 19 000 personnes supplémentaires en cas d’inclusion des déficiences psychiques graves. L’Odas relève également que 15 % des allocataires de l’AAH sont parents, ce qui représente 188 000 personnes et 57 000 personnes (9 %) pour les allocataires ayant un taux d’incapacité de plus de 80 %. Si toute personne bénéficiaire de l’AAH ne perçoit pas la PCH et réciproquement, le nombre de parents en situation de handicap est vraisemblablement significativement plus important que les 5 000 parents percevant un forfait parentalité en 2023. Les représentants associatifs rencontrés par la Cour estiment que la réforme aurait été mise en œuvre de manière inégale selon les territoires, et que la PCH parentalité n’aurait pas été systématiquement proposée aux parents éligibles.

Ce recours encore limité aux forfaits parentalité est également mis en évidence par la forte prévalence de certains types de handicap parmi les bénéficiaires. En particulier, l’Odas relève que 39 % des bénéficiaires de forfaits parentalité faisaient l’objet d’un handicap moteur et 32 % étaient atteints de surdité. Toutefois, la part des bénéficiaires de forfait faisant l’objet de déficiences auditives varie, parmi les cinq départements volontaires étudiés par l’Odas, entre 22 % pour le Pas-de-Calais et 56 % pour l’Ain. Au plan national, la Drees indique que la surdité et la cécité ne représentent qu’un bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap sur

⁷⁶ « Forfait parentalité de la PCH. Quelle parentalité pour les personnes en situation de handicap ? », Odas, septembre 2024.

cinq, contre 39 % des bénéficiaires des forfaits parentalité. Cette situation et les fortes variations entre départements confirme que certaines typologies de bénéficiaires ont eu recours massivement à la composante parentalité, alors que d'autres l'ont peu sollicitée. Si 65 % des bénéficiaires faisant l'objet d'un handicap moteur ont appris l'existence de l'aide par la MDPH/MDA et 75 % pour les maladies invalidantes, les bénéficiaires de forfaits parentalité qui font l'objet de surdité ont le plus souvent appris l'existence du forfait par leurs pairs, des associations ou internet (67 %), et ne l'ont connu par le biais de la MDPH que dans 30 % des cas.

2 - Une dimension forfaitaire qui ne prend pas en compte la diversité des difficultés rencontrées dans l'exercice de la parentalité

Les besoins de compensation relatifs à l'exercice de la parentalité font l'objet d'une diversité importante, tant en termes d'aides techniques que d'aides humaines, que la dimension forfaitaire de cette composante de la prestation ne permet pas d'appréhender.

Le montant associé au forfait, décorrélé – et sensiblement supérieur dans certains cas – de celui des aides accordées au titre des autres éléments, peut constituer une forme d'effet d'aubaine en faveur de bénéficiaires pour lesquels la parentalité implique un besoin limité d'aide humaine supplémentaire, ou qui du moins n'expriment pas d'attente particulière vis-à-vis de celle-ci. Dans un exemple rencontré par la Cour, une femme enceinte bénéficiant d'un forfait surdité a demandé en 2024 une carte de stationnement à la MDPH en raison de difficultés de déplacement liées à sa grossesse. Celle-ci s'est vu attribuer plusieurs aides techniques ainsi qu'un forfait parentalité de 900 € mensuels ayant vocation à financer des aides humaines après la naissance de l'enfant, et un forfait parentalité de 1 400 € à la naissance pour le financement d'aides techniques particulières. Le coût total de ce forfait était de près de 50 000 € sur sept ans, sans qu'un besoin de compensation ait été explicitement mentionné dans le dossier.

D'autres caractéristiques de ce forfait témoignent de sa conception relativement fruste. Les équipes d'une MDPH rencontrée ont fait part du cas d'un couple de bénéficiaires de forfaits surdité percevant une aide de 1 800 € mensuels grâce au forfait parentalité, alors que cette situation ne se traduit vraisemblablement pas, selon elles, par une multiplication par deux des besoins d'aide humaine. Par ailleurs, autant de forfaits « aide technique » peuvent être attribués que le nombre d'enfants de moins de sept ans au sein d'une famille, faisant abstraction des possibilités de réutilisation des équipements que ce volet est censé financer⁷⁷. De manière plus problématique encore, des cas de parents en situation de handicap n'ayant pas la garde effective de leurs enfants et percevant néanmoins le forfait ont également été signalés, en particulier pour des parents dont les enfants sont placés au titre de l'aide sociale à l'enfance et dont les besoins de compensation de l'exercice de la parentalité sont en conséquence nuls ou limités. Aucune disposition réglementaire n'y fait toutefois obstacle.

En miroir, le caractère forfaitaire de la composante parentalité se traduit par une sous-compensation des besoins de nombreux parents. Si 91 % des bénéficiaires signalent un impact positif selon l'Odas, 13 % estiment que le montant était insuffisant. Une enquête menée par l'association APF France Handicap en 2021 indiquait que parmi les parents en situation de

⁷⁷ À l'inverse, le montant du forfait « aide humaine » n'est pas modulé en fonction du nombre d'enfants à charge au sein du foyer, mais seulement en fonction de l'âge du plus jeune enfant, alors qu'une telle modulation aurait pu paraître plus intuitive pour la nature de cette aide que pour la composante « aide technique ».

handicap moteur ou polyhandicap qui bénéficient de la PCH parentalité, 71 % estimaient que celle-ci ne suffisait pas pour répondre à leurs besoins. Dans le cadre de l'expérimentation conduite en Ille-et-Vilaine, le montant moyen perçu par bénéficiaire était estimé entre 1 500 et 2 000 € par mois sur la base d'une compensation des besoins effectifs des bénéficiaires, contre 787,50 € pour la prestation forfaitaire mise en place au plan national.

Le caractère forfaitaire a été présenté comme transitoire par le gouvernement, permettant d'apporter une réponse rapide aux besoins en question sans mettre en difficulté les MDPH qui doivent ajuster leurs processus et leurs systèmes d'information en conséquence, et l'offre d'accompagnement des « SAPPH » (services d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap) qui avait besoin de temps pour se structurer. Le décret du 31 décembre 2020 prévoit ainsi la transmission d'un rapport du gouvernement au CNCPh concernant la mise en œuvre de la PCH parentalité, à l'issue d'une période de douze mois à compter de son entrée en vigueur. Le retour à l'individualisation, prévu pour 2022, n'a finalement toujours pas été réalisé et la première enquête d'ampleur sur cette réforme n'a été conduite qu'en 2023 par l'Odas. La perspective d'un retour au principe de l'individualisation n'a pas encore été instruite techniquement par la DGCS, qui précise à la Cour qu'une telle réforme « *impliquerait des gagnants et des perdants, dans des proportions qu'il est cependant difficile d'estimer* ».

Critiquée tant par les associations que par les professionnels des MDPH pour ses nombreux biais, cette composante forfaitaire liée à l'exercice de la parentalité devrait ainsi être supprimée, afin de garantir la cohérence d'ensemble de la prestation. Les paramètres d'une telle réforme devraient pouvoir garantir qu'elle s'effectue au minimum à coût constant, voire qu'elle génère certaines économies en mettant fin à des situations de surcompensation manifeste. La CNSA et la DGCS se montrent favorables à une reconfiguration de ce dispositif, même si le retour à une logique individualisée implique que les MDPH soient en capacité d'évaluer précisément le besoin lié à la parentalité et de quantifier l'accompagnement nécessaire, en subsidiarité avec les aides relevant des caisses d'allocations familiales ou des services de protection maternelle et infantile. L'association « Départements de France » exprime une préoccupation similaire, souhaitant que la PCH parentalité finance effectivement des achats ou prestations de services et ne s'assimile pas à une allocation familiale supplémentaire. Elle estime en outre que la composante aide humaine de la PCH parentalité devrait se limiter à un versement en mode prestataire ou emploi direct et exclure le dédommagement d'un aidant familial, qui relève de l'entraide normale au sein du foyer ou de l'entourage. Une telle limitation reviendrait toutefois à adopter une solution plus restrictive encore que le fonctionnement de droit commun de la PCH.

Au regard des constats rappelés dans le chapitre IV-I-A *supra*, la réflexion à engager pourrait également s'étendre à une révision du forfait « surdité ». En effet, les avantages des forfaits sensoriels par rapport au fonctionnement standard de la prestation que souligne la DGCS (allègement de la procédure d'évaluation, attribution fondée sur des critères médicaux objectifs, prise en charge systématique et équivalente pour des profils similaires, meilleure lisibilité des droits, etc.) doivent être mis en balance avec le caractère parfois peu efficient de ces forfaits par rapport aux solutions techniques alternatives et avec les limites du contrôle d'effectivité associé, qui justifieraient au minimum un renforcement des conditions d'éligibilité.

II - L'absence de politique nationale en matière de contrôle d'effectivité et de lutte contre la fraude

La nature particulière de la PCH et les caractéristiques intrinsèques de vulnérabilité du public auquel elle est destinée, son volume financier inférieur à celui des autres allocations individuelles de solidarité versées par les départements, ainsi que la concentration initiale des attributions de la CNSA sur ses seules missions d'appui « métier » vis-à-vis des MDPH peuvent contribuer à expliquer le fait que de tels enjeux n'aient longtemps pas fait l'objet d'une attention approfondie au niveau national. Une évolution paraît avoir été engagée, mais n'en est encore qu'à ses premices.

A - Des modalités de contrôle d'effectivité à harmoniser

Le contrôle d'effectivité est une prérogative du président du conseil départemental, conformément aux articles L. 133-2 (compétence générale pour les prestations d'aide sociale départementale) et L. 245-5 (dispositions propres à la PCH) du CASF. Il a la responsabilité d'organiser le contrôle de l'utilisation de la prestation à la compensation des charges pour lesquelles elle a été attribuée au bénéficiaire (article D. 245-57), ce contrôle pouvant survenir à tout moment et s'effectuer sur place ou sur pièces (article D. 245-58). Afin de prendre en compte les rigidités pesant sur le bénéficiaire lorsque ce contrôle porte sur une période trop restreinte, la loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 a précisé que celui-ci ne pouvait porter sur une période inférieure à six mois. Par exception, ce contrôle doit aussi intégrer le fait que les heures d'aide humaine attribuées au titre de la participation à la vie sociale et du soutien à l'autonomie peuvent être librement capitalisées par le bénéficiaire sur une période d'une année.

La récupération des indus fait l'objet de fortes disparités entre les pratiques des conseils départementaux, et d'une absence totale de données consolidées au niveau national. L'Odas estimait pourtant, dans le cadre des travaux préalables au rapport de 2016 de l'Igas, que les indus récupérés par les conseils départementaux représentaient 2 % des dépenses de PCH. Si des échanges techniques informels et la mutualisation de certaines « bonnes pratiques » sont organisés entre les conseils départementaux sous l'égide de l'Assemblée des départements de France, ce champ n'a en revanche pas été investi par la CNSA au titre de sa mission de coordination et d'accompagnement. Celle-ci prévoit toutefois d'intégrer ces questions dans les travaux relatifs à sa démarche de contrôle interne dès 2026.

Les démarches de prévention des indus pourraient également être harmonisées. La vérification de l'effectivité des heures réalisées est particulièrement complexe pour le recours aux aidants familiaux ; la situation du bénéficiaire ou de ses aidants étant susceptible d'évoluer, un bénéficiaire percevant la PCH au titre de l'aide humaine pour deux aidants familiaux peut par exemple n'avoir plus qu'un aidant à la suite du décès d'un de ses proches, et oublier de déclarer cette évolution à la MDPH. De nombreux départements ont mis en place des formulaires de déclaration sur l'honneur permettant aux usagers d'indiquer l'identité de leur aidant familial. Certains départements utilisent ces formulaires de déclaration sur l'honneur pour s'assurer que les bénéficiaires n'ont pas oublié de notifier leur pension d'invalidité, d'autres s'assurent juste que le nombre d'aidants et le nombre

d'heures réalisées n'a pas évolué au cours du plan⁷⁸. Les modalités de déclaration des évolutions des plans d'aide humaine résultant de changements d'aidants sont disparates et pourraient faire l'objet d'une harmonisation par la CNSA.

Une autre source fréquente d'indus est liée à la perception de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP, anciennement majoration pour tierce personne – MTP) par les bénéficiaires d'une pension d'invalidité de troisième catégorie, certains retraités ou accidentés du travail. Cette prestation peut être cumulée avec la PCH, mais à titre différentiel : son montant doit être décompté du volet aide humaine. L'article D. 245-51 du CASF précise que le bénéficiaire doit déclarer au président du conseil départemental l'identité et le lien de parenté de son aidant familial, mais ne précise pas les modalités de cette déclaration. Bien que le cumul entre PC RTP et PCH résulte le plus souvent d'un oubli, des recouplements pourraient également être réalisés pour limiter les risques d'indus. Un des départements interrogés a en particulier engagé des travaux avec la caisse primaire d'assurance maladie pour vérifier l'exhaustivité des informations déclarées par les bénéficiaires de la PCH aide humaine vis-à-vis de leurs droits au titre de la PC RTP. Si l'Igas recommandait dès 2011 « *de systématiser les conventions prévoyant des échanges d'information entre départements d'une part, CPAM, MSA et CAF d'autre part, pour éviter des cumuls de prestations et des indus* », ces échanges d'informations restaient ponctuels pour les départements interrogés par la Cour.

Le suivi de la situation de l'usager et de son éventuelle admission en établissement fait également l'objet de disparités importantes. La CNSA confirme que l'admission d'un bénéficiaire de la PCH en Ehpad doit par exemple faire l'objet d'un suivi par le département pour s'assurer de l'absence de double compensation, au titre de la PCH et de la dotation globale versée à l'établissement concerné, mais indique qu'elle n'a pas les moyens de contrôler ce suivi qui relève à ce stade exclusivement des départements et que ceux-ci ont les moyens de croiser leurs propres fichiers. Un département interrogé par la Cour n'est parvenu à réaliser ce croisement qu'en 2024 et a identifié 29 usagers bénéficiant de la PCH en complément de droits au titre de l'Apa relatifs à une prise en charge en établissement, ce qui correspond à 2 % des bénéficiaires de plus de 60 ans du département concerné.

B - Une coordination à renforcer pour lutter contre la fraude

Dans la mesure où la prestation de compensation du handicap est attribuée à l'issue d'une évaluation médico-sociale pluridisciplinaire, ce qui la distingue des prestations strictement déclaratives, le risque de fraude associé à cette prestation reste relativement marginal. Pour autant, des affaires ponctuelles de grande ampleur rappellent que la PCH n'est pas à l'abri : en 2014-2015, l'audit interne du département de la Seine-Saint-Denis a par exemple révélé une escroquerie organisée, impliquant des agents du conseil départemental, pour au moins 2,35 M€ de prestations indues au titre de l'Apa et de la PCH.

⁷⁸ La Haute-Garonne demande par exemple aux usagers d'attester sur l'honneur le nombre d'heures réalisées, la réduction ou cessation d'activité et l'absence de retraite, pension d'invalidité de troisième catégorie ou indemnité chômage. La collectivité européenne d'Alsace demande une attestation sur l'honneur plus détaillée spécifiant la fréquence de l'aide apportée et les actes de la vie quotidienne concernés par la prestation, mais ne demande pas aux bénéficiaires confirmation qu'ils ne perçoivent pas de pension d'invalidité de troisième catégorie. La maison départementale de l'autonomie de l'Oise n'a mis en place un formulaire de déclaration sur l'honneur relatif aux aidants familiaux qu'en 2024.

La faible capacité des MDPH à identifier d'éventuelles fraudes intentionnelles était déjà relevée dans le rapport de la Cour des comptes sur l'AAH. Le nom des médecins délivrant les certificats n'est pas enregistré par les MDPH, alors qu'un suivi statistique permettrait d'identifier d'éventuels praticiens complices de schémas de fraude. Une MDPH a signalé à la Cour des comptes suspecter un médecin de délivrer des certificats médicaux de complaisance, et une autre a indiqué avoir été alertée par un département frontalier concernant un médecin suspecté de participer à un schéma de fraude aux forfaits surdité. Les MDPH ne réalisent que rarement des signalements lorsque des pratiques frauduleuses sont identifiées. Les départements interrogés ont toutefois indiqué à la Cour que les tentatives de fraude intentionnelle des usagers identifiées restent rares, et se limitent à quelques cas par an. La réalisation de signalements à l'ordre des médecins n'est pas systématique et les MDPH rencontrées par la Cour n'avaient pas formalisé la procédure à suivre en cas de soupçon de fraude sur un praticien. Une telle procédure pourrait être formalisée par la CNSA dans le cadre de son rôle de coordination.

Si les écarts constatés concernant les heures réalisées par les aidants familiaux peuvent être attribués à des erreurs non intentionnelles, certains prestataires peuvent intentionnellement surfacturer leurs services par le biais de fraudes relatives aux heures d'accompagnement déclarées au conseil départemental. Un des départements interrogés a notamment mis en place un système de badgeage pour identifier précisément les heures réalisées par les Saad au titre de la PCH et a identifié des schémas de fraude passant par une sur-déclaration des heures réalisées, qui ont donné lieu à des pénalités financières dans le cadre des Cpom. Des pénalités peuvent être appliquées aux prestataires si le recours au badgeage n'est pas suffisamment fréquent, mais aucun contentieux n'a été réalisé à date par ce département pour une sur-déclaration des heures de prestation réalisées. La CNSA indique que son rôle dans ce domaine se limite à une information des conseils départementaux concernant les bonnes pratiques réglementaires, les pratiques de contrôle étant du ressort des présidents de conseils départementaux.

Un angle mort a été identifié par la Cour en matière de recouplement des données relatives aux bénéficiaires de la PCH. Les données des bénéficiaires de la PCH et celles concernant les bénéficiaires de l'Apa, administrée par les services des conseils départementaux, ne sont en effet pas systématiquement recoupées. Un des départements interrogés, pourtant organisé autour d'une maison départementale de l'autonomie qui supervise à la fois l'Apa et la PCH, utilise des logiciels différents pour ces deux prestations et le travail de croisement n'a été réalisé qu'en 2024, soulevant cinq cas d'usagers percevant à la fois l'Apa à domicile et la PCH alors que ces deux prestations ne sont pas cumulables. L'enjeu du recouplement des données relatives aux prestations sociales des conseils départementaux est également identifié par les MDPH interrogées, qui ont indiqué qu'aucune vérification n'était réalisée pour s'assurer qu'un même usager ne bénéficie pas de droits au titre de la PCH dans deux départements différents. Alors que la réglementation spécifie que la MDPH compétente et le département payeur sont ceux du domicile de secours, la CNSA confirme la possibilité de cas tangents (usagers domiciliés six mois dans un département et six mois dans un autre) et de fraude intentionnelle. Les croisements de fichiers nécessaires pour identifier de potentiels double-versements ne sont pas déployés à ce jour, mais la CNSA envisage de les intégrer aux travaux de diffusion du contrôle interne auprès des départements qui débuteront fin 2025.

À ce titre, il convient de signaler l'article 6 du récent projet de loi du relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, déposé en première lecture au Sénat le 14 octobre 2025, qui prévoit des dispositions visant à faciliter le partage d'informations entre les MDPH, les administrations et les organismes locaux de protection sociale afin de lutter contre la fraude. Il propose notamment

d'habiliter les agents des MDPH à échanger toute information et tout document utile à l'accomplissement des missions de recherche et constatation des fraudes en matière sociale, et intègre des dispositions visant à faciliter l'identification de certificats médicaux frauduleux.

Afin de répondre aux exigences associées à la certification des comptes de la branche autonomie de la sécurité sociale, la sécurisation du fonctionnement des instances qui composent la branche a été nécessaire, tant au niveau financier qu'opérationnel. Cette sécurisation est passée par la mise en place d'un dispositif de contrôle interne au sein de la CNSA, des MDPH et des services concernés des conseils départementaux. Le renforcement du contrôle interne au sein des directions de la CNSA a ainsi été intégré comme engagement dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2022-2026 conclu entre l'État et la CNSA. Ce dispositif a également été formalisé par voie législative, l'article 7 de la loi n° 2024-217 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie confiant à la CNSA le soin de se doter d'une mission nationale d'accompagnement, de conseil et d'audit pour intervenir auprès des MDPH, des MDA et des services Apa en vue de déployer des outils de contrôle interne et de maîtrise des risques (art. L. 223-5 et L. 223-18 du code de la sécurité sociale).

Depuis 2023, la mission « Contrôle interne et conformité » de la CNSA assiste les conseils départementaux et les MDPH pour déployer des dispositifs de contrôle interne et sécuriser la gestion des risques associés à la branche. Un groupe technique national, réunissant une vingtaine de départements volontaires a été chargé de définir une feuille de route visant à établir un cadre de référence commun pour le contrôle interne territorial. 99 MDPH et MDA ont réalisé un autodiagnostic de maturité de leur dispositif de contrôle interne et de maîtrise des risques, dont les résultats soulignent la faible maturité de la branche sur le sujet. Un tiers des MDPH indiquaient que l'activité de contrôle interne et maîtrise des risques n'était toujours pas formalisée et intégrée aux missions d'un de leurs agents, et 8 % des MDPH seulement disposaient de documents relatifs à la carte des risques. L'existence d'une démarche pour assurer l'analyse et le suivi des cas de fraude et d'une démarche pour sensibiliser les agents de la MDPH à la lutte contre la fraude faisaient l'objet d'une note moyenne respectivement de 1,36 et 1,37 sur 5, démontrant le retard pris par les MDPH sur ce sujet.

La CNSA envisage d'intégrer à ses travaux de diffusion du contrôle interne un accompagnement des départements relatifs au paiement de la PCH et au contrôle d'effectivité, ainsi qu'à la lutte contre la fraude. Sur ce deuxième sujet, un questionnaire a été transmis aux MDPH courant 2025 pour réaliser une enquête approfondie relative au risque de fraude. Un renforcement du rôle de la CNSA dans la coordination et l'accompagnement des départements, MDPH et MDA pour harmoniser les pratiques de contrôle d'effectivité et renforcer les politiques de lutte contre la fraude est incontournable pour maîtriser les risques importants associés au caractère décentralisé de cette prestation.

La DGCS se montre favorable au renforcement des missions de coordination de la CNSA. Celle-ci juge également souhaitable une amplification de ses missions, distinctes et complémentaires, (i) d'animation, outillage et accompagnement des MDPH, et (ii) d'audit ; elle indique que cela nécessite des moyens complémentaires notamment humains et suggère que ce renforcement pourrait constituer un des axes dans sa prochaine convention d'objectifs et de gestion (Cog) avec l'État. Départements de France alerte sur le risque de réorganisation voire de recentralisation de prérogatives des départements qui pourrait être associé à cette action.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La PCH a beaucoup évolué mais ses modifications successives ont pu fragiliser sa cohérence d'ensemble. En effet, l'extension de volets forfaitaires, pensés à rebours du principe d'individualisation, peut créer des décalages entre montants servis et besoins réels. Historiquement réservée aux déficiences sensorielles, cette approche a été étendue à la compensation des besoins associés à la parentalité, mais s'avère peu adaptée.

Par ailleurs, la conduite décentralisée de la PCH ne s'est pas accompagnée d'une politique nationale homogène de contrôle d'effectivité et de lutte contre la fraude. Malgré la montée en puissance récente de ces missions de la CNSA, les pratiques demeurent hétérogènes, les données lacunaires et les dispositifs de prévention inégaux. Un renforcement du rôle de coordination de la CNSA apparaît indispensable pour sécuriser la dépense et garantir l'égalité de traitement.

La Cour formule donc les recommandations suivantes :

4. *d'ici fin 2026, supprimer la dimension forfaitaire du volet parentalité de la PCH et réexaminer l'opportunité du maintien des forfaits sensoriels existants, en vue d'une réponse individualisée aux besoins effectifs des bénéficiaires (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées) ;*
 5. *fixer, dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA débutant en 2027, des objectifs de développement de ses missions de coordination et de son offre d'accompagnement en matière de lutte contre la fraude et de contrôle d'effectivité, assortis d'indicateurs de résultat (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées).*
-

Liste des abréviations

- AAHAllocation aux adultes handicapés
ACTP.....Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEHAllocation d'éducation de l'enfant handicapé
ApaAllocation personnalisée d'autonomie
ASH.....Aide sociale à l'hébergement
AVP.....Aide à la vie partagée
Caf.....Caisse d'allocations familiales
CASF.....Code de l'action sociale et des familles
CDAPHCommission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CEPSComité économique des produits de santé
CIF.....Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIHComité interministériel du handicap
CMICarte mobilité inclusion
CnafCaisse nationale des allocations familiales
CNCPH.....Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNFPTCentre national de la fonction publique territoriale
CNHConférence nationale du handicap
CNSACaisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM.....Caisse primaire d'assurance maladie
DGCSDirection générale de la cohésion sociale
Drees.....Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Ehpad.....Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EqLAAT....Équipes locales d'accompagnement sur les aides technique
ESSMSÉtablissements et services sociaux et médico-sociaux
ETPÉquivalent temps-plein
Fam.....Foyer d'accueil médicalisé
FDCFonds départemental de compensation du handicap
GevaGuide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
HAS.....Haute autorité de santé
IgasInspection générale des affaires sociales
IME.....Institut médico-éducatif
Ined.....Institut national d'études démographiques
IrdesInstitut de recherche et documentation en économie de la santé
Itep.....Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
LFSSLoi de financement de la sécurité sociale

LPPR Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie
Maop..... Mission d'appui opérationnel
Mas..... Maison d'accueil spécialisée
MDA Maison départementale de l'autonomie
MDPH Maison départementale des personnes handicapées
MTP..... Majoration pour tierce personne
MSA Mutualité sociale agricole
Odas Observatoire de la décentralisation et de l'action sociale
PCH Prestation de compensation du handicap
PCMT (Handicaps) psychiques, cognitifs, mentaux et troubles du neurodéveloppement
PCRTDP..... Prestation complémentaire pour recours à tierce personne
PPC Plan personnalisé de compensation
Rapo Recours administratif préalable obligatoire
Saad Service d'aide et d'accompagnement à domicile
Samsah Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS..... Service d'accompagnement à la vie sociale
SLA Sclérose latérale amyotrophique
SNDS..... Système national des données de santé
SPDA..... Service public départemental de l'autonomie
Ssiad Service de soins infirmiers à domicile
Unapei Union nationale d'associations de parents d'enfants inadaptés

Annexes

Annexe n° 1 : lettre du Premier président datée du 7 février 2025	100
Annexe n° 2 : les dispositifs de compensation du handicap dans les principaux États européens.....	102
Annexe n° 3 : les étapes de la vérification de l'éligibilité à la PCH.....	106
Annexe n° 4 : temps plafonds associés à l'élément « aide humaine » de la PCH	108
Annexe n° 5 : estimation du coût de gestion administrative de la PCH.....	109
Annexe n° 6 : le non-recours à la prestation de compensation du handicap	111
Annexe n° 7 : récapitulatif des principales évolutions législatives et réglementaires de la PCH depuis sa création	115
Annexe n° 8 : délais de traitement associés à la PCH et à l'AAH	117
Annexe n° 9 : les finances départementales et la gestion de la PCH.....	118
Annexe n° 10 : l'attribution de la PCH sans limitation de durée : une possibilité récente, inégalement mobilisée sur le territoire ..	120
Annexe n° 11 : les principales catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) à destination des personnes en situation de handicap	121
Annexe n° 12 : estimation du coût budgétaire associé à une suppression de la « barrière d'âge » entre PCH et Apa.....	124
Annexe n° 13 : arbre décisionnel pour la tarification des aides techniques.....	127
Annexe n° 14 : la promotion de l'économie circulaire pour la dispensation des aides techniques	128

Annexe n° 1 : lettre du Premier président datée du 7 février 2025



Le 07 FEV. 2025

Le Premier président

C- Monsieur le Président,

Par lettre du 10 octobre 2024, vous avez sollicité la Cour des comptes, en application de l'article 58-2^e de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, afin qu'elle effectue une enquête sur la prestation de compensation du handicap (PCH).

Instituée par la loi « Handicap » du 11 février 2005 et régie par les articles L. 245-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles, la PCH est une aide destinée à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie. Elle est versée à ses bénéficiaires par les conseils départementaux, à l'issue d'une évaluation personnalisée de leurs besoins effectuée par les services des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). En 2022, environ 380 000 personnes étaient bénéficiaires de cette prestation, pour un coût global de 2,7 Md€. Ce coût est assumé par les départements mais est compensé partiellement par le versement d'un concours financier de la part de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Conformément aux orientations mentionnées dans votre lettre précitée, faisant suite aux échanges préalables entre le député M. Berger et l'équipe d'instruction envisagée, l'enquête de la Cour s'attachera à approfondir plusieurs axes.

En premier lieu, elle s'emploiera à identifier les déterminants de la hausse des dépenses de PCH depuis sa création (évolution du nombre de bénéficiaires, extension des critères d'éligibilité, augmentation des éléments d'aide pris en charge et hausse de leur coût, etc.). À cette analyse globale s'ajoutera une comparaison des tarifs et montants applicables par rapport aux charges supportées par les bénéficiaires, afin d'identifier les aides qui donnent lieu aux restes à charge les plus importants. La Cour examinera l'impact de ces restes à charge – le cas échéant réduits par les aides complémentaires des fonds départementaux de compensation –, qui pourraient dissuader les ménages aux revenus modestes de mobiliser les aides nécessaires.

Monsieur Éric Coquerel
Président de la commission des finances
Assemblée nationale
126 Rue de l'Université
75355 PARIS 07 SP

En deuxième lieu, elle caractérisera les disparités territoriales existantes en matière d'instruction, d'évaluation et d'attribution de la PCH. À ce titre, la Cour analysera la qualité de traitement des demandes, tant du point de vue des usagers que du bon emploi des fonds : cette analyse portera sur les coûts de gestion de la prestation, ses délais et modalités concrètes d'instruction – notamment concernant l'organisation de visites à domicile – et de prise de décision au sein des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, ainsi que sur la bonne compréhension de la prestation par les usagers qui sera estimée dans les MDPH au travers de quelques entretiens qualitatifs. L'efficacité des actions mises en œuvre par la CNSA pour harmoniser les pratiques des conseils départementaux et contribuer à la bonne information des personnes handicapées et de leurs proches aidants sera évaluée dans ce contexte.

En troisième lieu, l'enquête examinera l'adéquation des dispositifs de contrôle d'effectivité de l'utilisation de la prestation mis en place par les conseils départementaux, ainsi que des initiatives de lutte contre le non-recours existantes au niveau local ou national. Son analyse couvrira également les possibles voies de mise en cohérence de la PCH avec les autres prestations participant à la prise en charge des conséquences du handicap.

En dernier lieu, l'enquête de la Cour analysera la pertinence du mécanisme de fixation de la part du financement de la PCH assurée par le versement du concours de la CNSA aux départements, et la soutenabilité du financement de cette prestation au regard des tendances de long-terme. La Cour pourra proposer des évolutions destinées à permettre la maîtrise de cette dépense.

Pour les besoins de cette enquête, l'équipe d'instruction désignée par la 5^e chambre de la Cour échangera avec les services centraux de l'État – notamment la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), chargée de la conception et du pilotage de la politique du handicap –, avec la CNSA et l'Assemblée des Départements de France. Elle complètera ces échanges par des visites dans certains territoires, pour appréhender de manière concrète les pratiques mises en œuvre par les MDPH et les conseils départementaux, ainsi que par des rencontres d'associations de représentation et de défense des intérêts des personnes handicapées.

Le rapport demandé vous sera remis en octobre 2025.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.



Pierre Moscovici

Annexe n° 2 : les dispositifs de compensation du handicap dans les principaux États européens

Pays	Prestation	Conditions d'éligibilité	Modalités de versement	Montants
Allemagne	<i>Pflegegeld</i> Prestation individualisée, plafonnée, sans limite d'âge	Toute personne reconnue en situation de dépendance nécessitant des aides pour les soins quotidiens (aide à la personne) - évaluation en 5 niveaux de dépendance (<i>Pflegegrade</i>). L'assurance dépendance est intergénérationnelle et ne comprend aucune limite d'âge ⁷⁹ .	Allocation versée mensuellement par les caisses d'assurance dépendance (<i>Pflegekassen</i>) rattachées à l'assurance maladie. Le versement peut être réalisé en espèces à la personne dépendante pour rémunérer un aidant familial. Possible aussi de recevoir des services professionnels à domicile (<i>Pflegesachleistungen</i>) financés directement (en nature) ou de combiner les deux.	<i>Pflegegeld</i> pour les aidants familiaux : versement forfaitaire dépendant du degré de dépendance. Ex. niveau 5 : 990 € par mois maximum en 2023 ⁸⁰ ; niveaux inférieurs : 316 € (Grad 2), 572 € (Grad 3), 800 € (Grad 4). Services d'aide à domicile : montants plus élevés, plafonnés à environ 2 300 € par mois et réglés directement au prestataire ⁸¹ .
Royaume-Uni	<i>Personal independence payment (PIP)</i> Prestation forfaitaire, avec une allocation spécifique moins généreuse au-delà de l'âge de la retraite	Instaurée à partir de 2013, en remplacement de l'ancienne <i>Disability Living Allowance</i> (DLA) pour les adultes. La PIP vise à aider avec les coûts liés au handicap (emploi d'une aide, carburant pour un véhicule adapté, etc.), selon le libre choix du bénéficiaire. Conditions : avoir des difficultés substantielles dans les activités de la vie quotidienne (cuisiner, se laver, s'habiller, gérer son traitement...) et/ou pour se déplacer, depuis au moins 3 mois et pour au moins 9 mois à venir ⁸² . Une évaluation médicale par un organisme mandaté attribue un nombre de points selon l'autonomie de la personne dans chaque domaine. Le total de points détermine l'éligibilité et le niveau (standard ou élevé) pour chacune des deux composantes du PIP (vie quotidienne et mobilité).	Versement forfaitaire réglé à l'usager. En complément, la loi (<i>Care Act 2014</i> en Angleterre) oblige les municipalités (<i>councils</i>) à évaluer toute personne qui pourrait avoir des besoins de "care" et, si elle remplit certains critères de dépendance, à fournir des services ou un <i>Personal Budget</i> . Toutefois, ces services sont soumis à une contribution financière de l'usager sauf s'il a peu de revenus/patrimoine.	Le montant du PIP dépend uniquement de l'évaluation du handicap. En 2021-2022, le taux "enhanced" vie quotidienne était de £89,60/semaine et le taux "enhanced" mobilité d'environ £62,55/semaine. Pour les personnes âgées ayant un nouveau besoin d'aide, il existe l' <i>Attendance Allowance</i> (AA) : allocation de présence. Elle concerne les personnes au-delà de l'âge de la retraite (66 ans) qui ont besoin d'aide ou de surveillance en raison de problèmes de santé liés à l'âge.
Espagne	<i>Sistema para la Autonomía y Atención a la</i>	<i>La Ley de Dependencia de 2006</i> a instauré un droit universel à l'assistance pour toute personne reconnue en perte d'autonomie,	La personne évaluée dépendante élabore avec les services sociaux un <i>Plan Individual de Atención</i> (PIA) qui détermine quelles aides	Le soutien accordé au titre du Saad est plafonné, les bénéficiaires au grade III peuvent ainsi

⁷⁹<https://www.trisan.org/fileadmin/Pflegebrosch%C3%BCren/Prise-en-charge-de-la-dependance-en-Allemagne.pdf#:~:text=b%C3%A9n%C3%A9ficier%20du%20Pflegegeld,D%C3%A9pendance>

⁸⁰<https://www.pflege.de/pflegekasse->

pflegefinanzierung/pflegeleistungen/pflegegeld/#:~:text=Wie%20viel%20Pflegegeld%20bekomme%20ich,bei%20Pflegegrad%205

⁸¹ <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegefinanzierung/pflegeleistungen/pflegesachleistungen/>

⁸² https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_royaumeuni_s.html#:~:text=Pour%20percevoir%20la%20PIP%2C%

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/geo/query/acc.cgi?acc=PRJNA52036>

Pays	Prestation	Conditions d'éligibilité	Modalités de versement	Montants
	<i>Dependencia (Saad)</i> Allocation individualisée indépendante de l'âge, avec un reste à charge	indépendamment de l'âge ou de l'origine du handicap. Le besoin d'aide est classé en trois degrés de dépendance : <i>Grado I</i> (dépendance modérée – besoin d'aide intermittente), <i>Grado II</i> (sévère – aide quotidienne ou semi-continue) et <i>Grado III</i> (grande dépendance – aide continue pour la plupart des activités de base). Une échelle nationale est appliquée par une équipe médico-sociale. Officiellement, la loi s'adresse aux « personnes en situation de dépendance, pour réaliser les activités basiques de la vie quotidienne, quel que soit leur âge ». Donc il n'y a pas de distinction handicap/âge – c'est une approche intégrée.	seront fournies (aide à domicile, allocation forfaitaire pour les aidants familiaux, accueil en établissement, etc.). La loi prévoit que l'aide soit accordée de préférence sous forme de services fournis par le réseau public ou agréé. Cependant, il existe aussi trois types de prestations pécuniaires lorsque le service public n'est pas accessible ou pour laisser le choix à l'usager : une allocation pour qu'un familier non professionnel s'occupe de la personne dépendante à domicile (PECEF), une allocation pour payer un assistant personnel professionnel (PEAP), une allocation « liée à un service » pour financer un service privé.	percevoir jusqu'à 750 € par mois pour une prestation professionnelle et 455 € par mois pour les aidants familiaux. La loi dit que l'usager doit contribuer selon sa capacité économique. En pratique, chaque <i>Comunidad Autónoma</i> a son barème ⁸³ .
Italie	<i>Indennità di Accompagnamento</i> Allocation forfaitaire (montant unique) sans condition d'âge	Pour y avoir droit, il faut être reconnu en <i>invalidité civile totale (100%)</i> avec certification médicale que la personne ne peut pas marcher sans aide ou a besoin d'aide pour la toilette, s'alimenter, etc. C'est donc un critère assez strict, correspondant à une dépendance lourde. Les commissions médico-légales locales (ASL) font passer des visites. Les maladies invalidantes (ex : Alzheimer avancé) sont reconnues. Aucune condition de revenu ni d'âge : l'aide est versée aussi aux enfants lourdement handicapés (en plus d'un éventuel soutien familial) et massivement aux personnes très âgées qui ne peuvent plus rester seules.	Officiellement, l' <i>indennità</i> est destinée à financer l'aide d'un accompagnateur. Mais dans les faits, la prestation est forfaitaire et non fléchée, la famille l'emploie selon les besoins. Elle couvre souvent moins de la moitié du coût d'une aide à domicile à temps plein. Des allocations spécifiques à la surdité et cécité sont cumulables avec l' <i>indennità di accompagnamento</i> seulement si reconnues pour une autre cause (ex: une personne sourde et paralysée peut avoir les deux). Des politiques locales de soutien coexistent : par ex. certaines régions ou municipalités donnent des " <i>assegni di cura</i> " (chèques de soin) additionnels pour aider à payer une aide, ou financent des services de répit. Mais ce n'est pas uniforme et la prise en charge publique formelle (services d'aide à domicile) est limitée.	Environ 550 € par mois en 2025. Montant national unique et forfaitaire, quelle que soit la gravité concrète de l'aide requise ; indexation annuelle automatique sur l'inflation.
Suède	<i>Assistansersättning</i> (Allocation)	Assistansersättning : concerne les personnes de moins de 65	Assistansersättning : Concrètement, la	

⁸³<https://civio.es/el-boe-nuestro-de-cada-dia/2023/07/19/el-gobierno-sube-las-ayudas-maximas-a-la-dependencia-y-fija-cuantias-minimas/#:~:text=primera%20vez%2C%20unas%20cuant%C3%ADas%20m%C3%ADnimas,en%20cuenta%20criterios%20de%20ingresos>

Pays	Prestation	Conditions d'éligibilité	Modalités de versement	Montants
	d'assistance personnelle, loi LSS) <i>Merkostnadsersättning</i> (Allocation pour frais supplémentaires). Prestations individualisées et générées, jusqu'à 65 ans	ans (lors de la première demande) qui ont besoin d'aide pour leurs besoins fondamentaux plus de 20 heures par semaine ⁸⁴ . Les communes assurent le financement de l'assistance personnelle en-deçà des 20 heures hebdomadaires ; au-delà, la Sécurité Sociale suédoise prend en charge les heures d'assistance nécessaires (sans plafond). Les "besoins fondamentaux" incluent : l'aide pour l'hygiène corporelle, l'habillement, l'alimentation, la communication avec autrui, et la surveillance active en cas de danger pour soi. Merkostnadsersättning: allocation visant à rembourser les coûts supplémentaires liés à un handicap de longue durée (≥ 1 an). Le demandeur doit avoir < 65 ans au moment de la survenue du handicap (sinon, on considère qu'après 65 ans, les surcoûts sont couverts par des mécanismes moins généreux) Les dépenses prises en compte peuvent concerner 7 catégories de dépenses (santé, transports, entretien accru, alimentation spécifique, équipements spéciaux, surcoût logement, vie quotidienne).	Försäkringskassan verse une compensation horaire pour chaque heure accordée La personne peut choisir d'être l'employeur de ses assistants, ou de déléguer à la commune, ou à une coopérative/entreprise privée d'assistance. Les assistants personnels aident la personne non seulement dans les actes intimes, mais aussi pour toute activité que la personne souhaite entreprendre (sorties, travail, études...) – tant que c'est dans le volume d'heures accordé. Ce système généreux a permis à de nombreuses personnes lourdement handicapées de vivre hors institutions. Merkostnadsersättning: L'allocation est attribuée sur la base d'une justification de surcoûts.	Pour l'usager individuel en Suède, le reste à charge direct est relativement faible comparé à beaucoup de pays. Ce modèle permet une compensation des handicaps les plus lourds, une part significative des plans impliquant une surveillance 24h/24.
Danemark	<i>Merudgiftsydelse</i> (Prestation pour frais supplémentaires) <i>Borgerstyret Personlig Assistance</i> (BPA, Programme d'assistance personnelle autogérée) Prestations individualisées et générées, sans limite d'âge formalisée	La Prestation pour frais supplémentaires est une aide financière en espèces versée aux adultes handicapés pour compenser les dépenses additionnelles induites par le handicap. La BPA est l'équivalent danois de l'assistance personnelle suédoise. Si une personne a besoin de plus de 20 heures par semaine d'aide pour des actes de la vie quotidienne ou une surveillance, elle peut obtenir un budget-temps de la commune pour employer directement ses aides. Le BPA	La commune détermine le nombre d'heures et alloue un budget-salaire (versement mensuel) ; l'usager emploie ses assistants, passe par une coopérative ou par un service public municipal.	Ces prestations n'ont pas de plafond légal et sont individualisées, tout étant justifié par des reçus ou une estimation convenue ⁸⁵ . Le principe est que les prestations liées au handicap ne donnent pour la plupart pas lieu à une participation financière de l'usager.

⁸⁴ <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/044000136.pdf>

⁸⁵ <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/662b6eccae7fb5d93ebf930c/large-print-modernising-support-for-independent-living-the-health-and-disability-green-paper.pdf#:~:text=authorities.%20DK,commuting%20to%20work%2C%20leisure%20activities>

Pays	Prestation	Conditions d'éligibilité	Modalités de versement	Montants
		est généralement attribué pour les handicaps lourds (ex: tétraplégie, maladies neuromusculaires, etc.). Il n'y a pas de coupure handicap/vieillesse dans la loi danoise, à l'exception de dispositions spécifiques pour les <65 ans. Toutefois, en pratique, les besoins associés à la perte d'autonomie après 65 ans peuvent être considérés sous l'angle "personne âgée" et traités par le biais de dispositifs spécifiques au vieillissement.		

Source : *Cour des comptes*

Annexe n° 3 : les étapes de la vérification de l'éligibilité à la PCH

Étape 1 : éligibilité générale à la PCH

Arbre décisionnel pour la vérification de l'éligibilité générale à la PCH

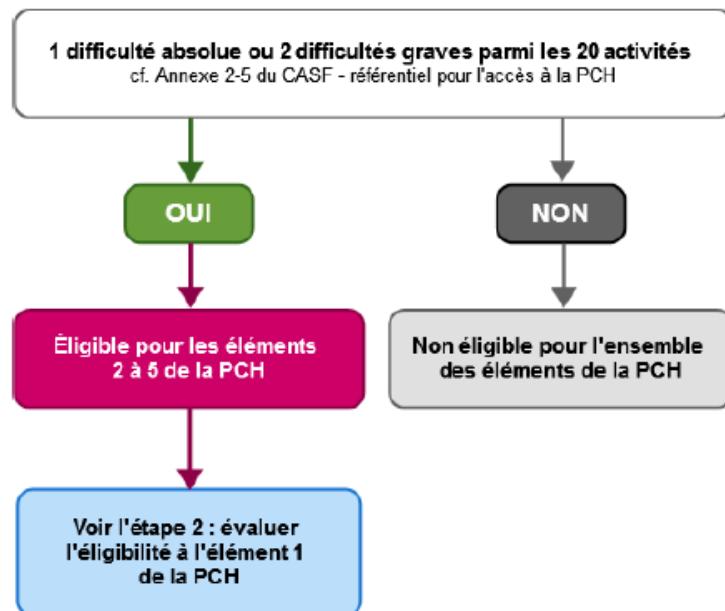


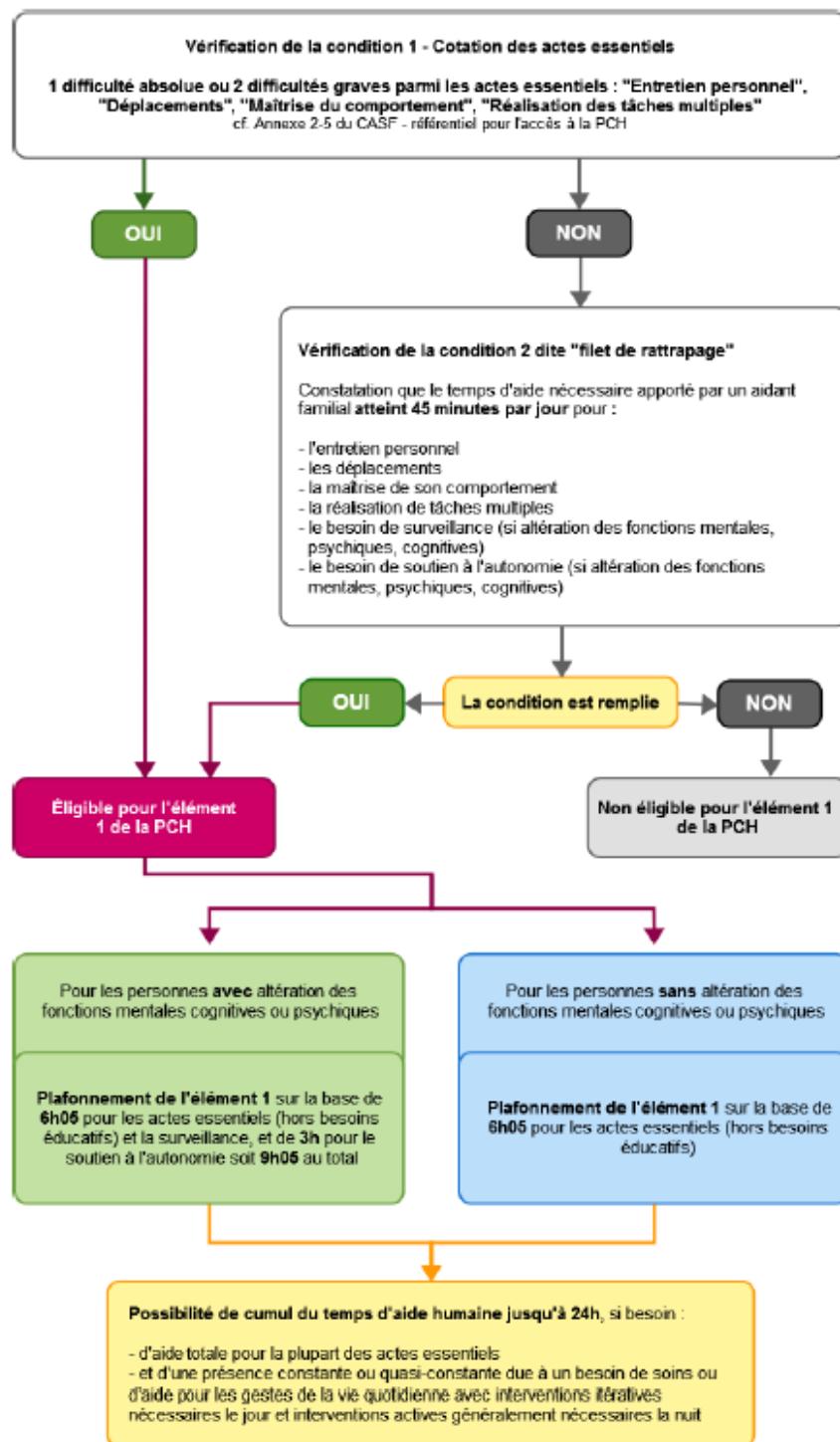
Tableau récapitulatif des activités à prendre en compte
pour l'éligibilité générale à la PCH

Domaine	Activités prises en compte pour l'éligibilité générale à la PCH
Domaine 1 Mobilité manipulation	<ul style="list-style-type: none"> - Se mettre debout ; - Faire ses transferts ; - Marcher ; - Se déplacer (dans le logement, à l'extérieur), y compris utiliser un moyen de transport ; - Avoir la préhension de la main dominante ; - Avoir la préhension de la main non dominante ; - Avoir des activités de motricité fine.
Domaine 2 Entretien personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Se laver ; - Assurer l'élimination et utiliser les toilettes ; - S'habiller ; - Prendre ses repas.
Domaine 3 Communication	<ul style="list-style-type: none"> - Parler ; - Entendre (percevoir les sons et comprendre) ; - Voir (distinguer et identifier) ; - Utiliser des appareils et techniques de communication.
Domaine 4 Tâches et exigences générales, relations avec autrui	<ul style="list-style-type: none"> - S'orienter dans le temps ; - S'orienter dans l'espace ; - Gérer sa sécurité ; - Maîtriser son comportement ; - Entreprendre des tâches multiples.

Source : CNSA (NB : les activités marquées en vert sont celles ayant fait l'objet d'une modification ou d'un ajout par le décret n° 2022-570 du 19 avril 2022)

Étape 2 : éligibilité à l'élément 1 – « Aide humaine »

Arbre décisionnel pour la vérification de l'éligibilité à la PCH aide humaine vérifiant les deux conditions d'accès



Source : CNSA

Annexe n° 4 : temps plafonds associés à l'élément « aide humaine » de la PCH

	Besoins éducatifs	30 heures / mois	
Actes essentiels de l'existence	Entretien personnel	Toilette	70 minutes / jour
		Habillement	40 minutes / jour
		Alimentation	1 heure 45 minutes / jour
		Elimination	50 minutes / jour
Déplacements	Déplacements	Déplacements dans le logement	35 minutes / jour
		Déplacements à l'extérieur exigés par les démarches liées au handicap de la personne et nécessitant une présence personnelle de celle-ci	30 heures / an
		Participation à la vie sociale	30 heures / mois
Surveillance régulière	Si exposition à un danger (de la veille à la présence active) du fait d'une altération d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques		3 heures / jour
Soutien à l'autonomie	Si altération des fonctions mentales, cognitives ou psychiques		3 heures / jour
Frais supplémentaires pour l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective		156 heures / an	
Aide à la parentalité		Monoparentalité	Enfant de moins de 3 ans
		Non	30 heures / mois
		Oui	45 heures / mois
			Enfant de 3 à 7 ans
			15 heures / mois
			22,5 heures / mois

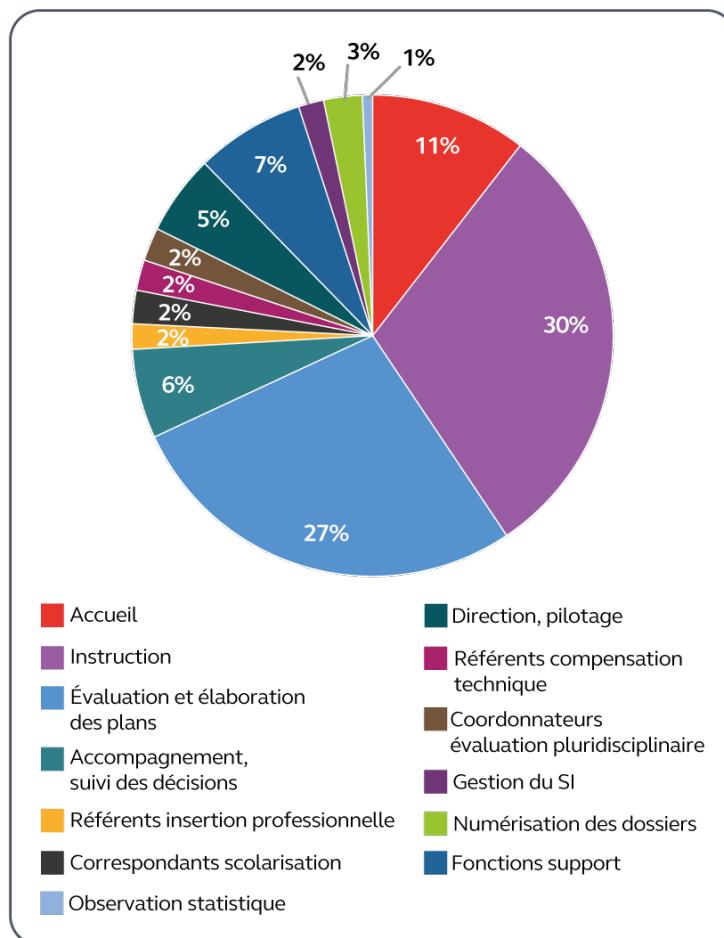
Source : CNSA

Annexe n° 5 : estimation du coût de gestion administrative de la PCH

L'essentiel du coût de gestion de la PCH résulte de l'instruction et de l'évaluation des dossiers des bénéficiaires par les équipes des MDPH, ainsi que du suivi et de la liquidation de la prestation par les conseils départementaux. La Cour s'est donc appuyée sur une évaluation du coût que représente, pour les MDPH, l'instruction et l'évaluation des droits associés à cette prestation, afin d'estimer le coût de gestion administrative de la prestation de compensation du handicap.

En 2023, les effectifs des MDPH étaient estimés à 5 708 ETP travaillés, pour une contribution totale de l'État, des conseils départementaux et de la CNSA estimée à 371 M€. La mise à disposition des MDPH de personnel de l'État et des conseils départementaux représentait respectivement 20 M€ et 99,2 M€. Ces effectifs se répartissent entre les différentes missions réalisées par la MDPH. L'essentiel de l'effectif est concentré sur les missions d'instruction (30 %), d'évaluation (27 %) et d'accueil (11 %).

Graphique n° 9 : structure des ETP travaillés des MDPH par mission, en 2023



Source : Igas, d'après rapports annuels des MDPH

La PCH représente 5 % des décisions rendues par les MDPH mais implique une charge importante pour les équipes d'évaluation, dans la mesure où la construction d'un plan de compensation nécessite une visite à domicile et un échange approfondi avec l'usager. La Cour a notamment constaté que l'élaboration d'un plan de compensation pour un bénéficiaire réalisant sa première demande pouvait représenter plusieurs heures de travail pour l'évaluateur, impliquant une heure d'échange avec l'usager en complément d'échanges approfondis avec son éventuel aidant familial. Cette charge explique en partie le délai moyen de traitement des demandes structurellement plus élevé pour la PCH que pour les autres prestations (6,1 contre 5,0 en moyenne au dernier trimestre 2024). Sur la base des entretiens réalisés par la Cour avec les professionnels des MDPH, ainsi que des observations effectuées durant ses visites, la proportion du temps de travail des équipes d'évaluation consacré à la PCH peut être estimée à environ un tiers, sans que celle-ci ne puisse être évaluée de manière précise.

Dans l'hypothèse où le coût de gestion administrative associé à l'instruction et à l'évaluation de la prestation de compensation du handicap est proportionnel à sa part dans les décisions des MDPH, celui-ci est estimé à 19 M€. Dans l'hypothèse, jugée majorante par la CNSA, où la PCH représenterait le tiers de la charge de travail des équipes d'instruction et d'évaluation, son coût de gestion administrative est estimé à 80 M€. Ces deux évaluations du coût de gestion administrative de la prestation négligent les coûts de gestion associés à la gestion centralisée de la prestation par la CNSA et à la liquidation et au suivi de la prestation par les conseils départementaux. Le coût de gestion administrative de la prestation de compensation du handicap est donc compris entre 0,5 % et 2,5 % des dépenses annuelles associées à la prestation.

Annexe n° 6 : le non-recours à la prestation de compensation du handicap

Un phénomène plus difficile à appréhender que pour d'autres prestations

Le non-recours à la prestation de compensation du handicap est, par nature, plus difficile à quantifier que pour des prestations monétaires dépendant de critères d'éligibilité objectifs. Le non-recours, défini par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), désigne la situation dans laquelle une personne éligible n'ouvre pas ou n'exerce pas un droit, un service ou une offre – légale ou extra-légale, financière ou non – auquel elle pourrait prétendre. Contrairement aux prestations monétaires (RSA, AAH, etc.), dont les taux de recours peuvent être estimés par recoupement de données administratives et d'enquêtes, la PCH suppose une évaluation individualisée de la situation du bénéficiaire et de ses besoins de compensation, complexifiant l'élaboration d'un indicateur simple d'éligibilité non couverte.

Il convient toutefois de noter que d'autres prestations dont l'éligibilité repose sur une analyse d'une complexité similaire ont pu faire l'objet d'enquêtes permettant d'objectiver un phénomène de non-recours. À titre d'exemple, le rapprochement entre les données administratives et l'enquête Handicap-Santé-Ménages (Drees-Insee) a permis d'estimer entre 20 % (Warin, 2010)⁸⁶ et 28 % (Renoux, 2014)⁸⁷ la part des personnes âgées dépendantes et qui ne bénéficient pas de l'Apa à domicile. D'autres études qualitatives ont été menées afin d'identifier les facteurs de non-recours sur la base d'entretiens qualitatifs, en particulier par la Drees qui a réalisé des entretiens auprès de professionnels afin de qualifier les facteurs de non-recours (Ramos-Gorand, 2016)⁸⁸ et de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S) qui a rencontré 69 personnes âgées sur 4 territoires, réalisant un bilan de non-recours directement avec les usagers (« Non-recours et grand-âge », Revil 2025). L'étude de l'EN3S souligne que du non-recours a été identifié pour deux tiers des usagers rencontrés, le plus souvent partiel (recours à certaines prestations, non-recours à d'autres).

Plusieurs travaux ont été menés afin de délimiter une population potentiellement concernée par la PCH, afin de la comparer aux nombres de demandeurs et de bénéficiaires effectifs de la PCH pour estimer un taux de couverture, et en creux un phénomène potentiel de non-recours. La Drees collecte au niveau départemental des indicateurs relatifs au handicap dans le cadre de son enquête Vie quotidienne et santé (VQS), en particulier le nombre de personnes déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité. L'Irdes propose un autre indicateur appelé « FISH » (faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap) relatif au nombre de personnes en situation de handicap, à partir des données de consommation

⁸⁶ Philippe Warin, dans son papier « Piloter la production de territoires gérontologiques », indique que l'enquête Handicaps/Incapacités/Dépendance (HID) réalisée entre 1998 et 2001 par l'Insee estime à 1,4 million la population de personnes dépendantes de plus de 60 ans, alors que la Drees estime en 2008 le nombre de bénéficiaires de l'Apa à 1,1 million. Il en conclut que 20 % des personnes âgées dépendantes ne bénéficient pas de l'Apa.

⁸⁷ La publication « Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 » de la Drees estime à 700 000 le nombre de personnes bénéficiant de l'Apa, contre une estimation à 900 000 des personnes dont le « pseudo-GIR » est de 1 à 4 selon l'enquête HSM, soit un taux de non-recours de 28 %.

⁸⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss50.pdf>

de soins du Système national des données de santé (SNDS). Si ces indicateurs permettent de mettre en évidence une hétérogénéité départementale dans la part des personnes en situation de handicap couvertes par la prestation, ils ne permettent pas d'identifier le nombre de bénéficiaires potentiels de la PCH qui repose sur des critères plus restrictifs. Aucune étude d'envergure n'a été menée concernant le non-recours à la prestation de compensation du handicap, à l'exception notable de l'enquête « Prestation de compensation du Handicap : Exécution dans la Durée et Reste à charge » (PHEDRE).

L'enquête PHEDRE

L'enquête PHEDRE, menée conjointement par la Drees et l'Irdes avec le soutien financier de la CNSA, poursuit deux objectifs principaux : mesurer les écarts entre le plan d'aide notifié par la MDPH et ce qui est réellement mis en place, et estimer le reste à charge supporté par le bénéficiaire une fois tous les co-financeurs mobilisés. Pour y parvenir, PHEDRE recoupe les données administratives des décisions de MDPH et des paiements réalisés par les conseils départementaux, croisées avec des données fiscales et sociales. Ces données ont été complétées par des entretiens individuels, en face-à-face, menés auprès d'un échantillon de bénéficiaires afin de compléter les informations concernant le financement de leurs aides et aménagements.

L'enquête porte sur 25 départements et 85 000 bénéficiaires de la PCH. Parmi ces bénéficiaires, 26 000 ont reçu un accord sur le volet aide technique entre 2012 et 2015, pour 45 000 aides notifiées. Les données ont été recueillies entre 2016 et 2017 et portent sur des plans notifiés entre 2012 et 2015. Les entretiens individuels ont été menés à partir de 2020. Les premières publications relatives à l'enquête PHEDRE sont prévues par l'Irdes courant 2025

Des indicateurs qui révèlent un non-recours significatif

La comparaison entre les résultats de l'enquête *Vie quotidienne et santé* et les bénéficiaires effectifs de la PCH révèle l'ampleur importante du non-recours à cette prestation. L'enquête recense en effet 8 millions de personnes faisant face à une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2021⁸⁹, un chiffre significativement plus élevé que le nombre de personnes qui bénéficient d'un droit ouvert en MDPH, estimé à 6 millions par la CNSA fin 2023⁹⁰. 2,5 millions de personnes de moins de 60 ans déclarent recevoir de l'aide d'une tierce personne, dont 874 000 à l'aide de professionnels. 4,4 millions de personnes déclarent utiliser au moins une aide technique ou un aménagement de leur logement, dont 1,2 million de personnes de moins de 60 ans. Ces éléments peuvent être couverts par d'autres modalités de soutien public ou privé, et la notion de limitation d'activité ne recouvre qu'imparfaitement la notion de situation de handicap, mais l'écart entre ces chiffres et le nombre de bénéficiaires effectif interroge.

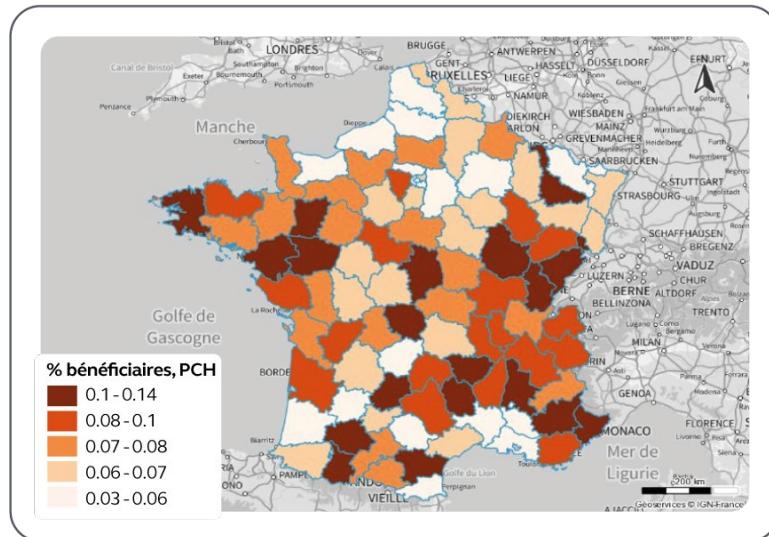
Les contrastes départementaux sont également saisissants : au 31 décembre 2021, la part des personnes de moins de 60 ans déclarant une incapacité fonctionnelle qui bénéficient de la prestation varie de 2,6 % à 13,5 % entre les départements — soit un facteur 1 à 3,4 ; la moyenne nationale n'atteint que 7,5 %. La prévalence du handicap explique une partie des écarts entre les proportions de bénéficiaires de la PCH des

⁸⁹ Sans que puissent être distinguées, dans cette population, les personnes pour lesquelles la limitation fonctionnelle est d'une durée minimale d'un an ou n'est pas susceptible d'évoluer, ce qui constitue un critère restrictif d'éligibilité à la PCH.

⁹⁰ <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2025-03/Attribution-des-droits-par-les-MDPH-en-2022.pdf>

différents départements, mais elle n'en rend compte qu'à hauteur de 20 % : l'essentiel tient à l'hétérogénéité des pratiques des conseils départementaux et à un recours plus ou moins important à la prestation selon les territoires.

Carte n° 2 : nombre de bénéficiaires de la PCH rapporté aux personnes en limitation fonctionnelle sévère ou forte restriction d'activité par département



Source/note : Cour des comptes d'après Drees

L'estimation précise du non-recours est complexe, dans la mesure où ces enquêtes ne permettent pas d'établir le nombre de personnes susceptibles de faire l'objet de besoins de compensation. Une estimation basée sur la moyenne nationale peut toutefois être réalisée : amener les 49 départements aujourd'hui sous la barre des 7,5 % au niveau moyen conduirait à une augmentation du nombre de bénéficiaires de la PCH à hauteur de 67 000 personnes, représentant une hausse de 18 % des effectifs.

Les résultats de l'enquête PHEDRE concernant le recours aux aides techniques confirment également l'existence d'un phénomène de non-recours significatif : 15 % des aides techniques faisant l'objet d'une notification par la MDPH ne sont pas achetées par le bénéficiaire. Le taux d'acquisition varie selon le type de matériel, entre 85 % pour les appareils auditifs et 90 % pour les fauteuils roulants.

Les travaux réalisés par la Drees pour apprécier les résultats de l'enquête « Remontées individuelles de la prestation de compensation du handicap » avec des données sociales et fiscales permettent toutefois de confirmer que la prestation bénéficie majoritairement à des usagers modestes. 37 % des bénéficiaires de la PCH au 31 décembre 2016 n'ont perçu aucun revenu. Les bénéficiaires de la PCH percevant une retraite ont perçu une retraite moyenne de 12 900 €, soit 1 075 € par mois, contre 1 496 € par mois pour l'ensemble des retraités résidant en France. Ceux qui percevaient un salaire ont un salaire annuel moyen de 15 600 €, contre 21 790 € pour la population générale. Les bénéficiaires de la PCH sont en moyenne plus modestes que la population générale, ce qui pourrait signaler que des bénéficiaires aux niveaux de revenus plus élevés préfèrent se passer d'une prestation jugée contraignante.

Une diversité de facteurs qui contribuent au non-recours à la PCH

Le non-recours à la prestation de compensation du handicap résulte d'une pluralité de facteurs. Le non-recours aux aides destinées aux personnes en situation de handicap fait l'objet de nombreuses études qualitatives, qui soulignent que le manque d'information n'est qu'une cause parmi d'autres et que de nombreuses situations de non-recours résultent de difficultés liées à l'acceptation de l'identité de personne handicapée, ou de la difficulté des démarches permettant de faire valoir un droit à la compensation du handicap (Berrat, 2011). En particulier, l'isolement de nombreuses personnes en situation de handicap implique une difficulté importante pour faire valoir leurs droits en MDPH.

Certains facteurs structurels associés à un territoire peuvent influer sur le non-recours, comme la structure des handicaps ou la démographie médicale. La proportion des handicaps psychiques au sein d'un département a une influence importante sur le taux de recours ; la part des handicaps cognitifs influence est ainsi négativement corrélée à la proportion des personnes en situation de handicap qui bénéficient de la prestation. Le département de la Sarthe a signalé à la Cour des difficultés particulières liées à la désertification médicale, de nombreux usagers rencontrant des difficultés pour faire remplir leur certificat médical nécessaire à la validation de leur demande de prestation. Un service a été mis en place par la maison départementale de l'autonomie, le Médibus, pour apporter un suivi médical de base sur tout le territoire. Au plan national, la part des bénéficiaires de la PCH parmi les personnes de moins de 60 ans déclarant une incapacité fonctionnelle est près de 20 % plus élevée dans les 10 départements qui présentent le moins de patients sans médecin traitant que dans les 10 départements qui présentent le plus de patients sans médecin traitant, suggérant que le recours à la prestation de compensation du handicap est négativement impacté par la désertification médicale de certains territoires.

D'autres facteurs liés aux pratiques des départements peuvent également susciter un moindre recours à la PCH dans certains territoires. Pour certaines catégories d'aides techniques, ils peuvent être liés au niveau de reste-à-chARGE après la prise en charge par la PCH et l'assurance maladie, dans la mesure où celui-ci implique de longues démarches complémentaires pour recueillir des financements additionnels et où un coût important pour l'usager peut subsister. À titre d'exemple, l'enquête PHEDRE démontre que le reste-à-chARGE médian des aides techniques notifiées mais non mises en place était 45 % plus élevé que pour celles mises en place s'agissant des fauteuils roulants, et la probabilité d'acquisition diminue fortement pour les fauteuils de plus de 2 500 €. Le délai de la procédure d'attribution de la PCH est également un facteur déterminant du non-recours, certains plans moins coûteux pouvant être achetés sans attendre le retour de la MDPH. Le taux d'exécution des aides relatives à un handicap auditif diminue fortement pour les aides dont le délai de notification est de plus de six mois.

Afin de limiter le non-recours, la refonte du formulaire Cerfa de demande à la MDPH en 2019 a introduit la notion de « demande générique », c'est-à-dire que la MDPH est dans l'obligation d'évaluer l'ensemble des droits auxquelles la personne peut prétendre, qu'elle les ait demandés ou non. Ce principe « d'évaluation globale » est appliqué de façon hétérogène par les MDPH, certains départements continuant à n'instruire la PCH que si celle-ci est explicitement demandée par l'usager.

Annexe n° 7 : récapitulatif des principales évolutions législatives et réglementaires de la PCH depuis sa création

- Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, art. 94 (dispositions entrées en vigueur au 1^{er} avril 2008)
- Décret n° 2008-451 du 7 mai 2008 relatif à l'accès des enfants à la prestation de compensation:
 - ont ouvert le bénéfice de l'ensemble de la PCH (et non plus du seul élément 3) aux personnes âgées de moins de 20 ans ouvrant droit à un complément d'AEEH ;
 - ont précisé les conditions de cumul entre l'AEEH de base et la PCH, et du droit d'option entre les compléments d'AEEH et la PCH (possibilités ouvertes au 1^{er} avril 2008) ;
- Décret n° 2016-1535 du 15 novembre 2016 relatif aux modalités d'attribution et de versement des éléments de la prestation de compensation prévus à l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles
 - a mis en place une possibilité de tiers payant pour les éléments 2 à 4 de la PCH (aide technique, aménagement du logement et du véhicule, surcoûts résultant du transport de la personne en situation de handicap, charges spécifiques ou exceptionnelles), lorsqu'une convention a été conclue entre le département et le fournisseur ;
 - a autorisé les CDAPH à prendre une décision d'attribution pour les aides techniques postérieurement à leur acquisition par le bénéficiaire, à condition que cette acquisition ne soit pas antérieure à six mois ;
- Décret n° 2017-708 du 2 mai 2017 modifiant le référentiel d'accès à la prestation de compensation fixé à l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles
 - a procédé à une refonte du référentiel fixé à l'annexe 2-5 pour préciser, dans l'évaluation des capacités fonctionnelles, la définition des niveaux de difficulté rencontrée et pour mieux tenir compte du besoin d'accompagnement des personnes présentant un handicap mental, cognitif ou psychique
- Loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap (dite « loi Mouiller ») :
 - a supprimé la limite d'âge à 75 ans : les personnes éligibles à la PCH peuvent ainsi faire une première demande sans limite d'âge supérieur, si elles établissent qu'elles répondent aux critères d'éligibilité avant l'âge de 60 ans ;
 - a ouvert la possibilité d'une attribution de la PCH sans limitation de durée lorsque le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement et prévu, dans les autres cas de figure, une durée d'attribution unique pour tous les éléments de la prestation ;
 - a encadré les conditions du contrôle d'effectivité de la prestation par les conseils départementaux (ce contrôle ne peut porter sur une période inférieure à six mois) ;
- Décret n°2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap (entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2021) :
 - a élargi la PCH à la prise en charge des besoins liés à la parentalité :
 - besoin en aide humaine reconnu à hauteur d'un forfait de 30 heures par mois pour le parent d'un enfant de moins de 3 ans (soit 900 € par mois, majorés à 1 350 € par mois en cas de monoparentalité) et de 15 heures par mois lorsque

- l'enfant a entre 3 et 7 ans (soit 450 € par mois, majorés à 675 € par mois en cas de monoparentalité) ;
- besoin en aides techniques reconnu, avec trois forfaits à la naissance de l'enfant (1 400 €), à ses trois ans (1 200 €) et ses six ans (1 000 €) ;
 - a étendu le bénéfice de la PCH aide humaine à la préparation des repas et à la vaisselle (dans la limite globale 1h45 par jour pour les actes liés à l'alimentation) ;
 - Décret n° 2021-1394 du 27 octobre 2021 relatif à la durée d'attribution de la prestation de compensation du handicap (entrée en vigueur au 1er janvier 2022) :
 - a mis en application la disposition de la loi n° 2020-220 s'agissant de l'attribution de la PCH sans limitation de durée ;
 - a porté la durée maximale d'attribution de l'ensemble des éléments de la PCH à 10 ans ;
 - a prévu, dans les cas d'une attribution sans limitation de durée, une information du bénéficiaire par la MDPH, au moins une fois tous les dix ans, de son droit à demander une nouvelle évaluation de ses besoins ;
 - **Loi n° 2021-1754** du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (art. 44) a créé un nouvel article L. 314-2-1 dans le CASF instaurant un tarif minimal de valorisation des aides à domicile pour la PCH (entre autres) au titre de l'aide sociale légale, fixé à 22 € par l'arrêté du 30 décembre 2021;
 - Décret n°2022-570 du 19 avril 2022 relatif à la prestation de compensation du handicap (entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2023) :
 - a élargi le périmètre d'éligibilité à la PCH, en particulier à la PCH aide humaine, pour les personnes vivant avec une altération des fonctions mentales, psychiques ou cognitives ou des troubles neurodéveloppementaux ;
 - a créé un nouveau domaine de « soutien à l'autonomie » (en réponse à un besoin d'aide pour la gestion du comportement, l'organisation d'une activité, par exemple réaliser des courses, prendre les transports etc.) pouvant atteindre trois heures par jour, en sus du plafond journalier de 6h05. Attribué sous forme de crédit temps, il peut être capitalisé sur une durée de 12 mois ;
 - a complété les critères d'attribution de la PCH s'agissant de personnes atteintes de surdicécité, avec la mise en place de trois forfaits respectivement de 30, 50 et 80 heures de PCH aide humaine par mois ;
 - Loi n° 2025-138 du 17 février 2025 pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique et d'autres maladies évolutives :
 - a instauré une procédure dérogatoire devant les MDPH afin de traiter les demandes d'adaptation du plan personnalisé de compensation du handicap applicable, ainsi que les demandes d'attributions de droits, lorsque les besoins de compensation et d'accompagnement résultent d'une maladie évolutive grave telle que la maladie de Charcot ;
 - pour les personnes atteintes d'une telle maladie, a institué une exception à la barrière d'âge de 60 ans pour bénéficier de la PCH ;

[NB : ces dispositions ne sont pas encore entrées en vigueur, dans l'attente de leur arrêté d'application fixant la liste des pathologies couvertes]

Annexe n° 8 : délais de traitement associés à la PCH et à l'AAH

**Tableau n° 5 : comparaison des délais de traitement
de la PCH et de l'AAH pour les dix départements dont les délais
de traitement de la PCH sont les plus élevés et les plus faibles**

Moyenne nationale	PCH	AAH
Meurthe-et-Moselle	16,05	7,72
Mayotte	12,54	12,22
Seine-Maritime	11,77	10,89
Val-de-Marne	10,84	9,98
Martinique	9,76	8,97
Ille-et-Vilaine	9,62	8,49
Seine-et-Marne	9,3	7,24
Hauts-de-Seine	9,19	8,66
Essonne	8,77	5,48
Creuse	7,81	6,08
Loiret	3,48	3,42
Jura	3,44	2,94
Côtes-d'Armor	3,36	3,76
Aisne	3,3	2,31
Aude	3,19	4,23
Corse	3,13	3,13
Meuse	3,02	1,73
Guyane	2,72	2,53
Cantal	2,67	2,98
Haute-Marne	2,53	2,38

Source/note : Cour des comptes d'après le baromètre des MDPH de la CNSA

Annexe n° 9 : les finances départementales et la gestion de la PCH

Une implication encore limitée des départements dans la régulation des dépenses de PCH

Dans le cadre des déplacements effectués auprès de plusieurs maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et maisons départementales de l'autonomie (MDA), la Cour n'a pas constaté d'implication structurée des conseils départementaux dans le circuit de décision relatif à l'attribution de la PCH, en particulier en matière de régulation ou de pilotage de la dépense. Les décisions restent largement prises au niveau technique, sans orientation budgétaire explicite émanant de l'exécutif départemental.

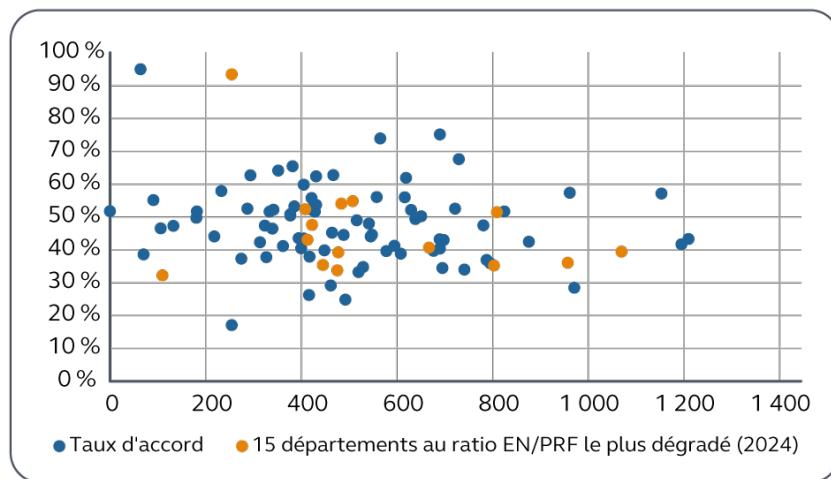
Certaines MDPH et MDA ont toutefois signalé à la Cour avoir engagé récemment, dans un contexte de forte tension sur les finances départementales, des réflexions relatives à la modération des dépenses de PCH à la demande du conseil départemental. Ces initiatives, encore ponctuelles, témoignent d'une préoccupation croissante des départements à l'égard de la soutenabilité budgétaire de la prestation, mais ne s'inscrivent pas encore dans une démarche de pilotage stratégique ou de régulation formalisée.

L'absence de lien significatif entre situation financière des départements et leurs pratiques en matière de PCH

La comparaison entre l'état financier des départements et les indicateurs de traitement de la PCH ne révèle pas de corrélation significative entre les pratiques des départements et leur état financier. L'analyse de la corrélation linéaire entre le taux d'accord au titre de la PCH en 2022 et deux variables explicatives – la dette par habitant et le taux d'épargne cette même année – indique que ces dernières n'expliquent respectivement que 0,6 % et 2 % de la variance observée du taux d'accord (coefficients de détermination R^2 de 0,006 et 0,02).

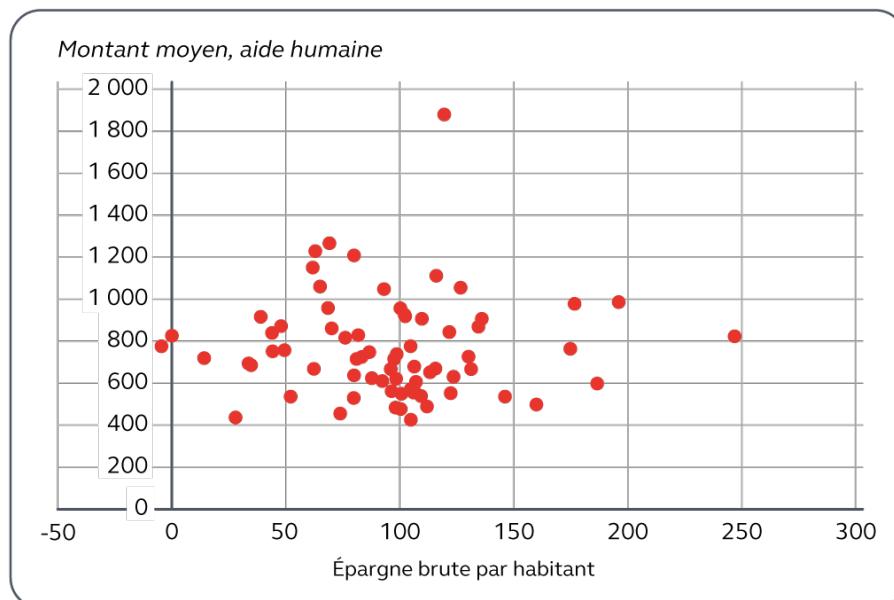
Les 15 départements dont le taux d'épargne nette rapporté aux produits réels de fonctionnement est le plus faible en 2024 ont des taux d'accord variés, qui ne diffèrent pas significativement des autres départements. Sur l'exercice 2022, leurs taux d'accords variaient entre 32 % pour les Hauts-de-Seine à 93 % pour la Haute-Garonne avec une moyenne à 46 %. Le montant moyen des plans d'aide des départements concernés sur l'année 2022 variait quant à lui d'un facteur 1 à 4 entre ces 15 départements.

Graphique n° 10 : lien entre la dette par habitant et le taux d'accord (2022)



Afin d'explorer les facteurs susceptibles d'influencer les disparités territoriales dans le montant moyen de l'aide humaine au titre de la PCH, le graphique ci-dessous présente la relation entre ce montant moyen par département, calculé sur la base de l'enquête Aide sociale de la Drees, et la dette par habitant. Ce nuage de points permet de visualiser l'existence éventuelle de corrélations entre ces variables budgétaires et le niveau d'aide accordé. Une grande dispersion des points est constatée, sans tendance claire, ce qui suggère une absence de relation de causalité entre ces variables.

Graphique n° 11 : lien entre la dette par habitant et le montant moyen des plans d'aide humaine (2022)



Annexe n° 10 : l'attribution de la PCH sans limitation de durée : une possibilité récente, inégalement mobilisée sur le territoire

Ouverte par voie réglementaire, à partir de fin 2018, pour l'AAH-1, l'ACTP et la carte mobilité inclusion (CMI), lorsque le taux d'incapacité de la personne est supérieur à 80 % et que son handicap n'est pas susceptible d'une évolution favorable, la possibilité d'une attribution de droits sans limitation de durée (SLD) a été étendue à la PCH par la loi « Mouiller » du 6 mars 2020, dont le décret d'application n'est intervenu qu'en octobre 2021, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

L'ouverture d'un droit à la PCH SLD, lorsque les difficultés rencontrées par la personne (pour l'élément 1) ou lorsque son handicap lui-même (pour les éléments 2 à 5) ne sont pas susceptibles d'évoluer favorablement, s'effectue « *sans préjudice des révisions du plan personnalisé de compensation qu'appellent les besoins de la personne* » (art. L. 245-6), qui peuvent conduire à une nouvelle décision d'attribution de la part de la CDAPH. En outre, la MDPH est tenue d'informer le bénéficiaire, « *au moins une fois tous les dix ans à compter de la date de décision d'attribution, de son droit à demander une nouvelle évaluation de ses besoins et de solliciter le cas échéant un réexamen de son plan personnalisé de compensation* » (art. D. 245-29).

Ces évolutions juridiques ont donné lieu à l'organisation d'ateliers et de webinaires à destination des MDPH courant 2022, organisés sous l'égide de la DGCS et de la CNSA qui en a synthétisé les enseignements dans un guide technique spécifique paru fin 2022. Bien qu'il s'agisse, aux termes de la loi, d'une obligation et non d'une simple faculté laissée à l'appréciation des MDPH, celles-ci l'appréhendent de manière inégale. La direction d'une MDPH rencontrée par la Cour a indiqué s'attacher à la mettre en œuvre autant que possible, afin de réduire la charge administrative pesant sur les bénéficiaires et leur cercle familial, mais aussi le flux des demandes de renouvellement gérées par ses services. Une autre, à l'inverse, a témoigné de ses réticences à accorder des droits sur une longue période, notamment lorsqu'un risque de désocialisation et de « sortie des radars » de l'usager est identifié par les équipes d'évaluation.

Annexe n° 11 : les principales catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) à destination des personnes en situation de handicap

Fin 2023, l'ensemble des ESSMS sur le territoire avaient une capacité réelle d'accueil ou d'accompagnement estimée à environ 555 000 personnes en situation de handicap, dont 185 000 enfants et jeunes de moins de 20 ans et 370 000 adultes. Cette estimation diffère de la capacité théorique d'accueil de ces structures, qui s'élevait à 535 000 places dites « installées », notamment dans la mesure où les services à domicile et certaines structures ayant développé des modes d'accompagnement séquentiel ou à temps partiel sont susceptibles de proposer un accompagnement à plus d'une personne pour une seule place installée.

Pour les enfants, l'offre est constituée en premier lieu par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), intervenant au sein des différents lieux de vie de l'enfant, et par les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (Itep). Fonctionnant désormais de manière coordonnée dans une logique de dispositif intégré (Ditep), ils peuvent accueillir et accompagner environ 90 000 jeunes présentant des troubles du comportement. Cette offre est complétée par celle des instituts médico-éducatifs (IME), destinés aux enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle, pour lesquels la scolarisation en milieu ordinaire n'est pas possible : les IME accueillaient environ 73 000 jeunes. Les autres catégories, plus résiduelles en termes de volume, sont les instituts pour les enfants ayant une déficience sensorielle (surdité ou cécité), les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP) et les instituts d'éducation motrice (IEM) dont les capacités d'accueil sont comprises pour chacune entre 5 000 et 10 000 personnes.

Pour les adultes, les établissements et services d'aide par le travail (Esat) représentent la catégorie la plus importante, proposant à environ 120 000 personnes – dont la capacité de travail est estimée inférieure à un tiers de celle d'un travailleur sans handicap – des activités productives et un accompagnement médico-social. Viennent ensuite les établissements d'accueil non médicalisés (EANM), catégorie regroupant les foyers d'hébergement et les foyers de vie, avec une capacité d'accueil combinée d'environ 96 000 personnes qui conservent une certaine autonomie malgré leur handicap ; les services d'accueil à la vie sociale (SAVS), qui concourent au maintien à domicile et à la préservation de l'autonomie et des activités sociales d'environ 62 000 personnes ; les foyers d'accueil médicalisés (Fam) et maisons d'accueil spécialisées (Mas) hébergeant chacun environ 30 000 adultes nécessitant une surveillance médicale et des soins constants. Enfin, les services d'accompagnement médico-social (Samsah) s'adressent assistent quelque 15 000 personnes vivant de manière autonome, mais ayant besoin d'accompagnement dans leur vie quotidienne et de soutien pour l'accès et le maintien dans les soins.

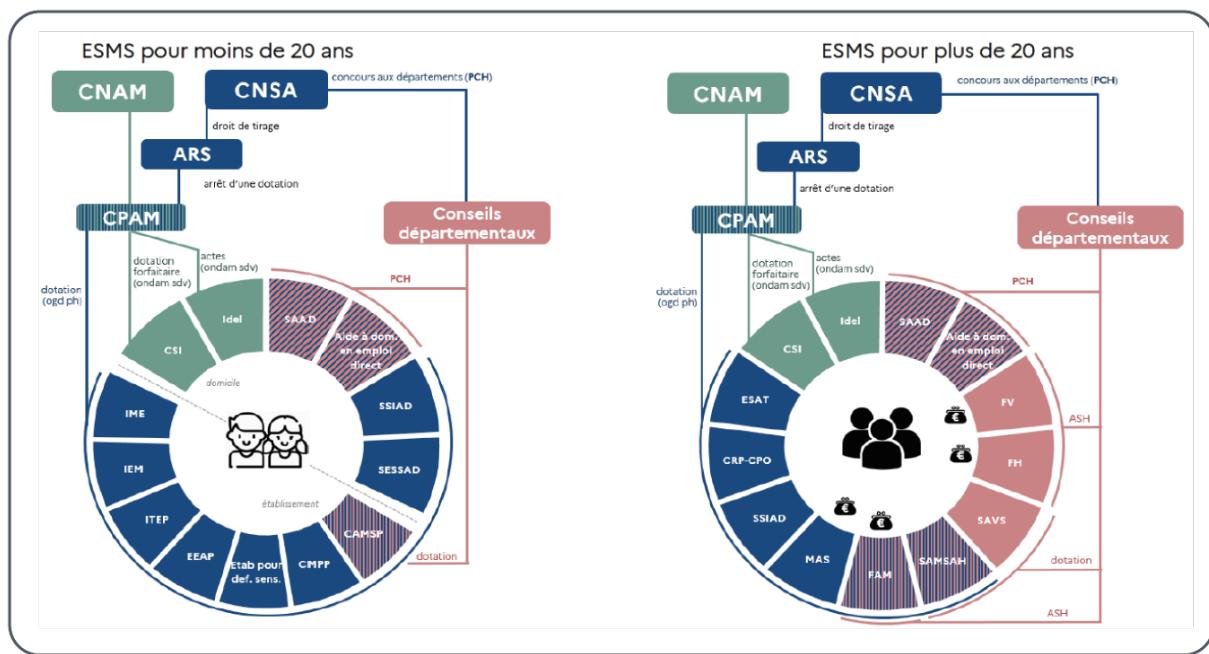
Les personnes en situation de handicap peuvent également, au même titre que les personnes âgées dépendantes, recourir à des services autonomie à domicile (Sad), catégorie issue de la fusion, depuis le 30 juin 2023, des anciens services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad).

La sécurité sociale assure la majorité du financement de ces structures, piloté au sein de l'objectif global de dépenses pour personnes handicapées (OGD-PH), qui était jusqu'en 2020 un sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) complété par un apport de la CNSA, et qui est exclusivement supporté par celle-ci depuis 2021. Son montant avoisinait 15 Md€ en 2023. Les conseils départementaux y contribuent également, au travers de leurs dépenses d'accueil et d'hébergement en établissement et de leur financement, total ou partiel, des services d'accompagnement (SAVS, Samsah, etc.), pour un montant global d'environ 6 Md€. Cette multiplicité de financements est retracée dans les deux schémas ci-après

Le coût moyen annuel à la place s'établissait en 2023 à 55 300 € dans les structures pour enfants et 45 300 € pour les adultes. Ces moyennes masquent cependant de fortes variations entre les différents catégories, compte tenu des finalités poursuivies et du niveau de taux d'encadrement qu'elles requièrent : le coût d'une place en Esat est ainsi près de six fois inférieur à celui d'une place en Mas (17 550 € contre 98 500 €).

Source : Cour des comptes, d'après les données de la CNSA et du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de mai 2024.

Schéma n° 1 : l'organisation du financement des établissements et services médico-sociaux



Source : rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de mai 2024

La transformation de l'offre médico-sociale

La logique de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées à l'œuvre depuis une décennie environ, à la suite du « rapport Piveteau » de 2014, vise à renforcer les conditions de leur autodétermination en leur permettant de disposer d'un libre choix parmi une offre d'accompagnement élargie. Ces principes font également écho à certains des objectifs contenus dans la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée par la France en 2010 (cf. son article 19 « Autonomie de vie et inclusion dans la société »).

Selon les termes rappelés par la conférence nationale du handicap (CNH) d'avril 2023, la démarche de transformation de l'offre consiste à « *passer d'une logique de place à une logique d'offre de services coordonnés* ». De manière plus détaillée, les objectifs d'une telle approche consistent à « *favoriser une vie en milieu ordinaire, par la mobilisation des dispositifs de droit commun tout en conservant l'accès aux dispositifs spécialisés lorsque c'est nécessaire (...), favoriser des dispositifs souples et modulaires (...), tenir compte de l'évolution dans le temps des besoins des personnes, de l'enfance à l'avancée en âge, promouvoir la complémentarité des réponses de tous les acteurs (...), améliorer le parcours de prévention et de soin des personnes handicapées [et] organiser des réponses aux situations complexes et d'urgence lorsqu'elles se présentent afin de prévenir ou gérer les ruptures de parcours*⁹¹ ». Ces principes ont également été repris au niveau législatif, comme fondements devant guider l'action des services publics départementaux de l'autonomie (SPDA) institués par la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie⁹².

Cette nouvelle approche destinée à fluidifier les parcours individuels s'est manifestée de manière prioritaire vis-à-vis du public des enfants et des jeunes adultes handicapés, avec l'extension progressive d'un fonctionnement dit en « dispositif intégré » (cf. art. L. 312-7-1 du CASF)⁹³, en vertu duquel un changement dans les modalités d'accompagnement – lorsqu'il recueille l'accord de toutes les parties – ne nécessite plus de nouvelle décision d'orientation de la part de la CDAPH. Les services des MDPH, des organismes débiteurs des prestations familiales et du conseil départemental ne sont alors plus destinataires que d'une « fiche de liaison », devant les informer de « *toute modification substantielle des modalités d'accompagnement ou du projet personnalisé de scolarisation* ». Cette obligation d'information est cependant imparfaitement mise en œuvre.

⁹¹ Cf. circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017- 2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

⁹² Cf. art. L. 149-5 du code de la sécurité sociale : « *Dans chaque département ou dans chaque collectivité exerçant les compétences des départements, le service public départemental de l'autonomie facilite les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées et des proches aidants, en garantissant que les services et les aides dont ils bénéficient sont coordonnés, que la continuité de leur parcours est assurée et que leur maintien à domicile est soutenu, dans le respect de leur volonté et en réponse à leurs besoins.* ».

⁹³ D'abord prévu pour coordonner les interventions des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), le fonctionnement en dispositif intégré a été généralisé à l'ensemble des ESSMS accompagnant des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap par un décret du 5 juillet 2024.

Annexe n° 12 : estimation du coût budgétaire associé à une suppression de la « barrière d'âge » entre PCH et Apa

Une estimation ancienne de l'impact d'un scénario

de réforme intermédiaire :

le report de la limite d'âge de 60 à 75 ans avant laquelle doit survenir le handicap pour solliciter la PCH (Drees, 2016)

Aucune réforme relative à la suppression de la barrière d'âge n'ayant été effectivement initiée jusqu'à présent (malgré l'engagement en ce sens énoncé dans l'article 13 de la loi du 11 février 2005), les modalités techniques que celle-ci serait susceptible de revêtir restent pour le moment ouvertes au débat.

De ce fait, les chiffrages de l'impact d'une telle réforme sont eux-mêmes restés relativement parcellaires, même si le rapport de l'Igas de 2016 consacré à la PCH faisait état d'une estimation produite par la Drees relative au surcoût induit par un report de cette barrière d'âge de 60 ans à 65, 70 ou 75 ans. Un tel scénario, distinct de celui d'une suppression pure et simple, implique que des bénéficiaires actuels de l'Apa n'étant pas encore entrés dans le grand âge auraient la possibilité d'opter pour la PCH s'ils remplissent parallèlement les conditions d'éligibilité à celle-ci.

Sur ce dernier point, deux hypothèses concurrentes étaient envisagées : celle où seules les personnes classées en Gir 1 et Gir 2 (les plus lourdement dépendantes) rempliraient ces conditions d'éligibilité (hypothèse 1) ; celle où une fraction des personnes classées en Gir 3 et Gir 4, de l'ordre de 80 % et 40 % respectivement, seraient également éligibles (hypothèse 2). Le rapport notait que cette hypothèse alternative, fondée sur des travaux menés par la CNSA portant sur de petits échantillons, comporte « une marge d'incertitude non négligeable ».

Compte tenu de la répartition de la population des bénéficiaires de l'Apa entre ces différentes strates, la Drees aboutissait à un chiffrage du scénario maximaliste de report (de 60 à 75 ans) compris entre 122 M€ et 504 M€ par an, selon que l'on retienne l'hypothèse 1 ou l'hypothèse 2. Il était précisé qu'il s'agissait d'un surcoût brut, ne tenant pas compte des économies d'Apa susceptibles d'être réalisées.

Le rapport estime également le coût brut du report de la première barrière d'âge de 60 à 65 ans entre 13 et 67 M€ selon les paramètres retenus. Il convient de souligner que ces chiffrages reposent sur des données anciennes (2011), qui devraient aujourd'hui être revues à la hausse pour tenir compte des évolutions postérieures de la prestation.

À la suite de ce rapport, la limite d'âge supérieure de 75 ans jusqu'à laquelle une personne handicapée pouvait solliciter la PCH (à la condition de pouvoir prouver qu'elle en remplissait déjà les conditions d'éligibilité avant 60 ans) a été supprimée, mais la barrière d'âge proprement dite est demeurée inchangée.

Une évaluation plus récente, encore provisoire, du coût d'une suppression totale de la barrière d'âge (Ined, 2025)

Des travaux plus récents permettent d'apporter un éclairage nouveau à cette réflexion. Une étude de l'Ined⁹⁴, non encore publiée mais dont les résultats provisoires ont été présentés lors du colloque « 50 ans d'action publique sur le handicap en France », organisé par la DGCS les 5 et 6 juin 2025, a entrepris d'estimer le coût d'une suppression de l'Apa et d'une ouverture de la PCH, selon ses modalités actuelles, aux personnes âgées de 60 ans et plus. Il s'agit donc d'un scénario maximaliste de fusion « par le haut », au regard des caractéristiques de prise en charge de la PCH réputées plus favorables que celles de l'Apa.

Cette évaluation se fonde sur les hypothèses suivantes :

- une distribution par Gir des personnes de 60 ans et plus vivant en logement ordinaire en 2015, estimée à partir de l'enquête CARE-Ménage de la Drees, qui est supposée la même en 2023 ;
- les proportions par Gir de personnes éligibles à la PCH aide humaine, estimées en 2015 à partir des données de la même enquête, sont supposées identiques en 2023 : environ 10 % de la population totale âgée de plus de 60 ans serait éligible à la PCH ;
- la dépense moyenne de PCH pour les nouveaux bénéficiaires est supposée égale à la dépense moyenne observée en 2023 chez les bénéficiaires actuels de la PCH, soit 600€/mois. Mais parce qu'une part importante des allocataires de l'Apa sous-consomment les plans d'aide qui leur sont notifiés, il est supposé que les nouveaux allocataires de la PCH sous-consommeront également les plans notifiés de la PCH, dans des proportions incertaines compte tenu de l'évolution du périmètre des besoins couverts induit par le passage de l'Apa à la PCH, de la suppression de la participation financière et des différences de populations éligibles. Trois hypothèses de sous-consommation des plans d'aide sont considérées : 0 %, 10 %, 20 % ;
- pour tenir compte de l'incertitude sur le taux de recours à la PCH parmi les personnes nouvellement éligibles, trois hypothèses de taux de recours à la PCH sont considérées : 60 %, 80 % et 100 %.

⁹⁴ Cf. « *La segmentation par âge des politiques de l'autonomie : Quels fondements ? Quelles évolutions* », Roméo FONTAINE (Ined), Maëlle MOALIC MINNAERT (Ined). Cette étude, non publiée pour l'heure, s'inscrit dans le projet de recherche KAPPA, lauréat du programme prioritaire de recherche (PPR) « Autonomie » (ANR-22-PAVH-0004).

Ces deux dernières séries d'hypothèses sont résumées dans le tableau ci-après :

Tableau n° 6 : hypothèses sous-jacentes aux scénarios de suppression de la barrière d'âge entre PCH et Apa

	Hypothèses de taux de recours à la PCH parmi les personnes de 60 ans et plus nouvellement éligibles	Hypothèses de sous-consommation des plans d'aide parmi les nouveaux bénéficiaires de la PCH âgés de 60 ans et plus
Scénario bas	60 %	20 %
Scénario intermédiaire	80 %	10 %
Scénario haut	100 %	0 %

Source : Ined

En fonction de ces trois scénarios, l'étude aboutit à une hausse nette de la dépense publique comprise entre +0,9 Md€ et +6,7 Md€, et un surcoût estimé dans le scénario intermédiaire à +3,6 Md€. Ces résultats sont récapitulés dans le tableau ci-après.

Le caractère potentiellement minorant de ces estimations est cependant souligné, dans la mesure où elles ne tiennent pas compte du surcoût associé en matière de dépense d'aide-ménagère, cumulable avec la PCH, vers laquelle les bénéficiaires actuels de l'Apa seraient susceptibles de se tourner (à conditions d'éligibilité inchangées, qui intègrent un critère de ressources) pour pallier l'exclusion des aides au ménage, aux courses et à l'entretien du linge parmi les besoins couverts par la PCH. La dépense totale d'aide-ménagère, qui est actuellement d'environ 140 M€ (80 M€ pour les personnes handicapées, 60 M€ pour les personnes âgées) pourrait être sensiblement accrue. Cette aide sociale apportée par les départements est également fréquemment complétée dans le cadre de politiques extra-légales, sans qu'il soit possible d'en restituer ici le coût global.

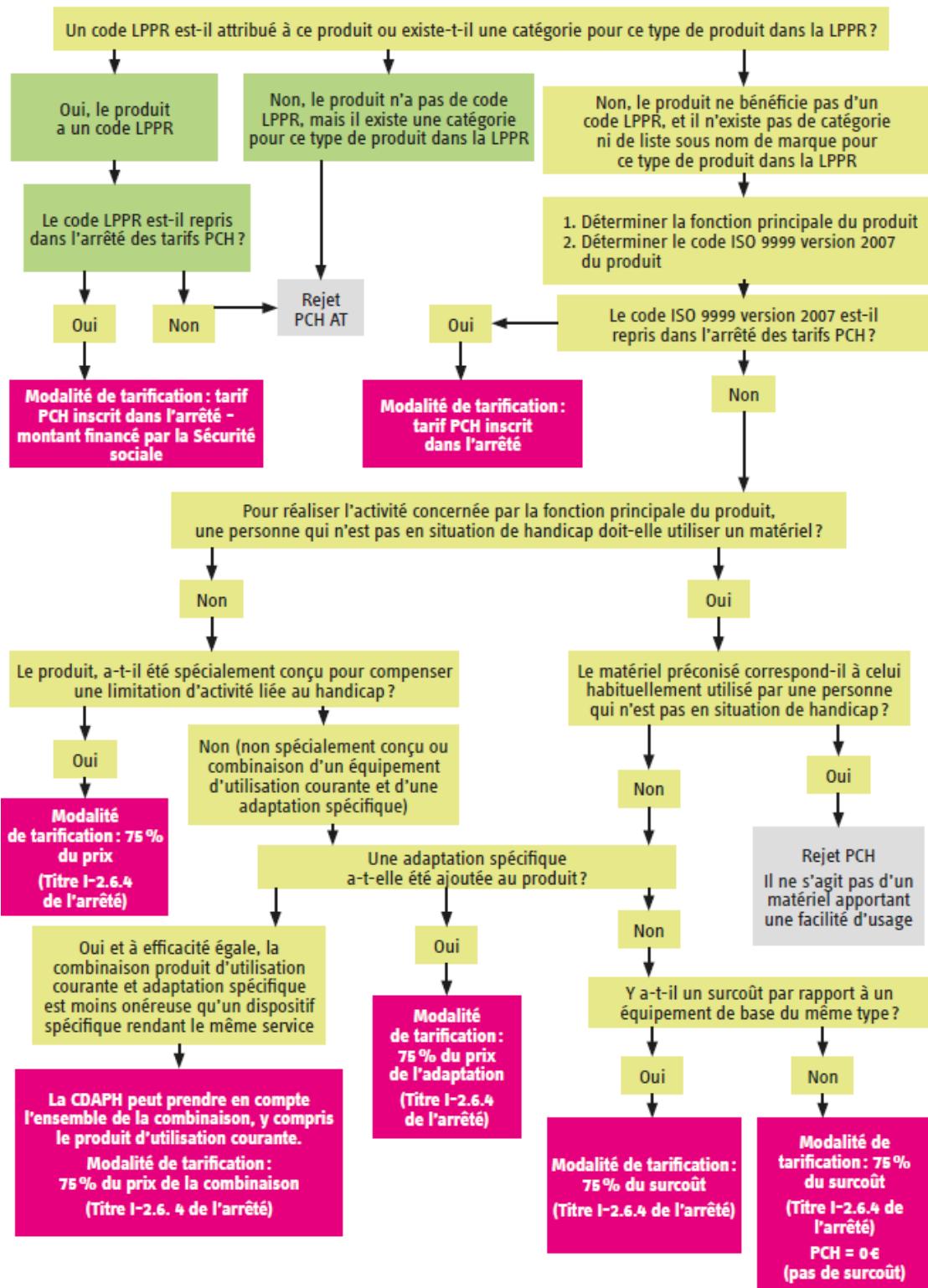
Tableau n° 7 : estimation du coût budgétaire de différents scénarios de suppression de la barrière d'âge

	Scénario bas	Scénario intermédiaire	Scénario haut
Nombre estimé de personnes âgées de 60 ans et plus nouvellement éligibles à la PCH (2023)		1 546 000 ⁽¹⁾	
Nombre de nouveaux allocataires de la PCH	928 000	1 237 000	1 546 000
Dépense annuelle moyenne de PCH	5 800 €	6 500 €	7 250 €
Dépenses totales de PCH	+ 5,4 Md€	+ 8,1 Md€	+ 11,2 Md€
Dépenses totales d'Apa	-4,0 Md€	-4,0 Md€	-4,0 Md€
Dépenses de crédit d'impôt	-0,5 Md€	-0,5 Md€	-0,5 Md€
Solde⁽²⁾	+0,9 Md€	+3,6 Md€	+6,7 Md€

(1) 1 677 000 personnes de 60 ans et plus éligibles à la PCH, desquelles nous déduisons les 131 000 personnes de 60 ans et plus déjà bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP.

(2) Chiffres ne tenant pas compte de l'évolution possible des dépenses d'aide-ménagère départementale.

Annexe n° 13 : arbre décisionnel pour la tarification des aides techniques



Source : CNSA

Annexe n° 14 : la promotion de l'économie circulaire pour la dispensation des aides techniques

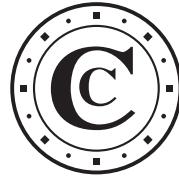
Plusieurs exemples internationaux démontrent l'intérêt des dispositifs de réemploi, reconditionnement et recyclage d'aides techniques. Au Royaume-Uni et en Suède, les fauteuils roulants sont prêtés aux usagers par le régulateur, qui prend en charge leur maintenance et le recyclage des fauteuils. En Suède, la part des aides techniques réutilisées est importante : dans la région de Stockholm par exemple, la proportion de produits réutilisés est de 59 % pour les fauteuils roulants électriques de classe A, et 78 % pour les fauteuils roulants électriques de classe B. Le Québec a également depuis les années 2000 un système centralisé passant par la mise à disposition des usagers d'aides techniques à la mobilité et leur recyclage, en particulier de fauteuils roulants. Ce dispositif aurait permis à la régie de l'assurance maladie du Québec de réaliser des économies nettes de l'ordre de 10 % sur les dépenses relatives aux fauteuils roulants.

La France est demeurée moins avancée dans la promotion du recyclage et réemploi des aides techniques. Quelques initiatives locales se distinguent, par exemple dans des départements comme le Maine-et-Loire ou la Sarthe qui ont mis en place des Technicothèques visant à mettre à disposition des usagers des aides techniques en location, avec pour objectif de les réemployer. Ces dispositifs n'ont toutefois concerné qu'une poignée de bénéficiaires ; si plus de 1 000 aides techniques ont été attribuées entre 2018 et 2024 par la Technicothèque de la Sarthe, les attributions d'aides techniques remises en état n'ont bénéficié qu'à 70 usagers dont 13 au titre de la PCH.

Si ces initiatives présentent un intérêt tant en matière environnementale que de maîtrise des dépenses, il n'y a longtemps eu aucune politique nationale structurée et la CNSA s'est limitée à l'apport d'un soutien financier à des expérimentations ponctuelles. Elle a toutefois participé activement au pilotage d'autres initiatives relatives aux aides techniques, notamment la création d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) qui offrent un accompagnement de proximité aux usagers impliquant conseil, essais en conditions réelles et prêt de matériel. Le dispositif a fait l'objet d'une expérimentation coordonnée par la CNSA et est entré dans le droit commun à la suite de la loi du 8 avril 2024 portant sur le bien vieillir.

Une autre avancée récente est intervenue avec la publication du décret, pris en application d'une disposition de la LFSS pour 2020, qui encadre la remise en bon état d'usage de certains dispositifs médicaux à usage individuel ; il prévoit par ailleurs leur bonne traçabilité par un enregistrement dans un système d'information national⁹⁵. Toutefois, l'arrêté fixant la liste des dispositifs médicaux couverts par cette réforme n'était pas encore paru à la fin du mois de septembre 2025.

⁹⁵ Décret n° 2025-247 du 17 mars 2025 sur la remise en bon état d'usage des dispositifs médicaux.



Dans le cadre de sa mission d'assistance au Parlement, en application du 2° de l'article 58 de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 et de l'article L. 132-5 du code des juridictions financières, la Cour des comptes réalise toute enquête demandée par les commissions chargées des finances, de l'Assemblée nationale et du Sénat, sur la gestion des services ou organismes soumis à son contrôle ou à celui des chambres régionales ou territoriales des comptes.

Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 Paris Cedex 01
Tél. : 01 42 98 95 00
www.ccomptes.fr