



Inspection générale
des Affaires Sociales
RM2011-131P

Inspection générale
de l'Administration
11-062-01

Evaluation de la prestation de compensation du handicap (PCH)

RAPPORT

Établi par

**Brigitte JOSEPH-JEANNENEY,
Frédéric LALOUE, Thierry LECONTE**

Membres de l'Inspection générale
des Affaires Sociales

**Nacera HADDOUCHE,
Patrice O'MAHONY**

Membres de l'Inspection générale
de l'Administration

Synthèse

[1] Conformément à la lettre de mission du 8 février 2011 de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale et du ministre chargé des collectivités territoriales, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration (IGA) ont effectué une mission d'évaluation de la prestation de compensation de handicap (PCH) créée par la loi du 11 février 2005, codifiée au code de l'action sociale et des familles (CASF).

[2] Le présent rapport a été réalisé sur la base d'investigations effectuées entre avril et juin 2011, au niveau national et dans cinq départements (Côtes d'Armor, Deux-Sèvres, Loiret, Essonne Rhône). Il comporte cinq parties, correspondant aux champs d'étude mentionnés par la lettre de mission :

- le dispositif juridique de la PCH ;
- l'animation de la prestation au niveau national par la CNSA ;
- les aspects financiers et la montée en charge du dispositif ;
- la mise en œuvre de la prestation par les MDPH et les départements ;
- le rôle des fonds de compensation du handicap.

1. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP : UN DISPOSITIF INNOVANT

[3] La prestation de compensation du handicap (PCH) est un dispositif dont les principes sont originaux et ambitieux : universalité, attribution individuelle après évaluation et élaboration d'un plan personnalisé de compensation (PPC), absence quasi-totale de condition de ressources. Les personnes handicapées qui bénéficiaient auparavant de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), de nature forfaitaire et soumise à conditions de ressources, disposent d'un droit d'option pour la PCH. Par ailleurs, les enfants bénéficiaires de l'allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) disposent d'un droit d'option pour la PCH.

[4] La prestation permet de couvrir des charges de nature très différente :

- liées à un besoin d'aides humaines, y compris celles apportées par des aidants familiaux ;
- liées à un besoin d'aides techniques, notamment aux frais laissés à la charge de l'assuré lorsque ces aides techniques relèvent d'une prise en charge par la sécurité sociale ;
- liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, ainsi qu'à d'éventuels surcoûts résultant de son transport ;
- liée à des besoins spécifiques ou exceptionnels, comme ceux relatifs à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap ou des vacances adaptées ;
- liées à l'attribution et à l'entretien des aides animalières.

[5] Le montant global de la prestation de compensation accordée par bénéficiaire ne fait pas l'objet d'un plafond. Pour autant, chaque élément de la prestation est assorti de tarifs ou de montants maximums attribuables pour une durée maximale fixés par arrêtés du ministre chargé des personnes handicapées.

- [6] Si les caractères de la PCH en font une prestation innovante, elle ne constitue pas une mise en application de la totalité des principes contenus dans la loi du 11 février 2005. L'article 13 de la loi de 2005 précise que « *dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap (...) seront supprimées* ». Or la PCH demeure à ce jour encadrée par de strictes limites d'âge. L'éligibilité doit être constatée avant le soixantième anniversaire, ou rétroactivement à la condition de prouver son éligibilité avant cet âge de 60 ans et d'en faire la demande avant d'avoir atteint l'âge de 75 ans. Des modalités d'éligibilité spécifiques demeurent pour les moins de 20 ans malgré une première ouverture du dispositif à ce public par la loi du 19 décembre 2007.
- [7] Une modification des conditions d'âge serait susceptible d'alourdir le poids financier de la PCH, et devrait être envisagée dans le cadre d'une réflexion plus globale, en intégrant les prochaines conclusions du débat sur la dépendance. La mission considère en revanche que la suppression de la limite d'âge fixée à 75 ans pour demander le bénéfice de la PCH dès lors que le demandeur était éligible à 60 ans répondrait à un objectif d'équité sans peser excessivement sur les finances des départements.
- [8] L'élément aide humaine, qui représente plus de 90 % de la dépense liée à cette prestation, comporte de nombreuses particularités.
- [9] Il peut être accordé à des personnes accueillies en établissement, selon des modalités particulières. Dans ce cadre, l'élément aide humaine est versé à hauteur de 10 % du montant potentiellement versé à domicile, dans la limite d'un montant minimum et d'un montant maximum fixés par décret. Ce forfait déroge au principe d'effectivité de la dépense, et ne correspond pas à une charge identifiée pour les bénéficiaires. La mission préconise d'étudier sa suppression.
- [10] L'élément aide humaine ne couvre pas l'intégralité des besoins identifiés par les associations de personnes handicapées. En particulier, les aides ménagères et les aides à la parentalité ne sont pas intégrées dans le dispositif. Lors de la discussion d'une proposition de loi en 2010 et 2011, l'extension de la PCH aux aides ménagères a été écartée en raison de son coût.
- [11] L'emploi d'un salarié à domicile peut ouvrir droit à la fois à la PCH et à un avantage fiscal, sous forme de réduction ou de crédit d'impôt. Juridiquement, il convient que les bénéficiaires de la PCH déduisent la prestation des montants qu'ils déclarent au titre de cet avantage fiscal, mais aucun document ne leur indique clairement la procédure à suivre. La mission recommande donc aux administrations concernées (services fiscaux, maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées -MDPH-) de clarifier ce point dans leur communication.
- [12] L'articulation de la PCH avec d'autres modes de prise en charge du handicap comporte des ambiguïtés. L'article L. 245-1 du CASF prévoit que lorsque le bénéficiaire de la prestation dispose d'un droit ouvert de même nature au titre d'un régime de sécurité sociale, les sommes versées à ce titre viennent en déduction du montant de la prestation de compensation. Aucune précision n'est apportée en ce qui concerne les autres modes de prise en charge du handicap. Pour autant, l'article R. 242-42 précise que « *les montants attribués au titre des divers éléments de la prestation de compensation sont déterminés dans la limite des frais supportés par la personne handicapée* », c'est-à-dire en tenant compte de l'ensemble des modes de compensation.
- [13] La délicate articulation des prises en charge publiques a été particulièrement signalée en ce qui concerne l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), qui déduit la PCH de ses propres versements, mais qui ne dispose pas toujours de l'information pour le faire, ce qui aboutit probablement à des prises en charge parallèles ou redondantes. Des circuits d'information devraient être définis pour y remédier.

- [14] En outre, la prise en charge de frais par les tiers responsables d'accidents et leurs assureurs n'est le plus souvent pas déduite de la PCH aujourd'hui, alors que l'inverse peut être vrai. L'articulation des prises en charge du handicap et la possibilité de déduire les montants versés à un autre titre pour des frais financés par la PCH devraient donc être clarifiées. La mission estime que cette clarification devrait reposer sur le principe de subsidiarité de la PCH par rapport à l'indemnisation du handicap par un tiers ou son assureur. Une telle réforme, susceptible de clarifier et in fine d'alléger la charge des conseils généraux, supposerait qu'ils puissent, à la manière des caisses de sécurité sociale, être subrogés dans les droits de la victime.

2. L'ANIMATION NATIONALE DU DISPOSITIF PAR LA CNSA

- [15] La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) assure plusieurs missions au titre de la PCH.
- [16] Elle assure en premier lieu une expertise reconnue. Les nombreux outils qu'elle a produits pour la mise en œuvre de la prestation sont le plus souvent appréciés par les équipes rencontrées par la mission. Elle s'est en particulier attachée à évaluer ces outils, à les améliorer et à les diffuser en même temps qu'elle formait les divers intervenants du dispositif.
- [17] Le dispositif de restitutions statistiques est quant à lui moins satisfaisant. Il est marqué par la coexistence de trois circuits, relevant respectivement de la direction de la compensation de la CNSA, de sa direction financière et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la cohésion sociale. La pluralité des circuits ne permet pas pour autant de disposer d'une information fiable et exhaustive sur des aspects pourtant essentiels de la prestation, comme les montants attribués ou servis par département au titre des différents éléments de la PCH. Ainsi, les montants de dépense annuelle de PCH par bénéficiaire évoqués par la lettre de mission, s'étageant entre 3.356 € et 23.572 € en 2009, cumulent des éléments trop disparates pour constituer un indicateur valide.
- [18] Il importe donc de rationaliser les circuits de restitutions statistiques, en complétant les remontées de la direction financière de la CNSA, qui sont actuellement considérées comme les plus fiables, par une répartition par élément de la prestation, en engageant un regroupement de la fonction de collecte de données récurrentes au sein de la CNSA et en s'attachant à disposer, dans le cadre de la mise en place du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH), qui doit être opérationnel en 2011, de données relatives au paiement de la prestation.
- [19] L'animation du dispositif, qui s'inscrit dans le cadre particulier de la décentralisation, est considérée comme satisfaisante par les interlocuteurs de la mission. Elle demeure cependant fondée sur une approche très prudente et progressive, et pourrait être améliorée dans trois directions :
- Une systématisation de la collecte de données auprès des MDPH, en définissant clairement cette obligation dans le cadre des futures conventions à passer avec les départements, et en y adjoignant la possibilité de sanctions financières ;
 - Une diffusion plus large des données relatives à la prestation en identifiant le numéro du département, afin de permettre un réel étalonnage des pratiques des MDPH et des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), et la publication régulière de données.
 - Une réflexion sur les conditions d'application des normes définies au niveau national, par une implication plus importante des services de l'Etat en CDAPH et par la mise en place d'une démarche d'audit des procédures par la CNSA par exemple.

- [20] La régulation du marché des aides techniques et des équipements destinés aux personnes handicapées est insuffisamment outillée. Elle repose sur un observatoire des aides techniques intégrés à la CNSA, et sur un portail Internet. Cette mission souffre d'un défaut de stratégie : les priorités de l'observatoire définies en 2007 n'ont pas été totalement mises en œuvre, et n'ont pas été confirmées depuis cette date. Le portail Internet consacré aux aides techniques est peu utilisé et devrait cesser d'être actualisé dans le courant de l'année 2011.
- [21] Ces leviers sont insuffisants au regard des enjeux tant pour la prise en charge du handicap que pour l'assurance maladie. Les rares éléments d'information disponibles mettent en évidence des différences de prix considérables pour un même équipement, très probablement fonction du mode de prise en charge socialisée des dépenses. Ces marchés devraient être plus étroitement régulés. La mission recommande donc la constitution d'une mission d'inspection spécifiquement destinée à l'examen de cette question, en particulier en ce qui concerne les prothèses auditives. Par ailleurs, la CNSA devrait s'impliquer davantage dans la réalisation de bases de données permettant de référencer localement les prix pratiqués en matière d'aménagement du logement et d'aménagement du véhicule.

3. LES ASPECTS FINANCIERS ET LA MONTEE EN CHARGE DU DISPOSITIF

- [22] La PCH constitue une extension de la compétence générale en matière d'aide sociale transférée aux départements en 1983, lors de l'acte I de la décentralisation avec l'ACTP.
- [23] En 2010, selon les données de la CNSA, la PCH concerne 159 000 bénéficiaires (+54,8 % par rapport à 2009) auxquels sont versés 1,1 Milliards d'euros tandis que demeurent 102 000 bénéficiaires de l'ACTP auxquels sont versés 537 millions d'euros.
- [24] Le coût de la PCH comparé au montant total des dépenses de fonctionnement des départements, environ 54 Mds€, et des autres prestations sociales (APA -5,4 Mds-, et RMI-RSA - 8,45 Mds-), apparaît relativement limité. Son évolution est cependant préoccupante car elle est en constante augmentation (presque 30 % de dépenses en 2010) alors que la diminution des dépenses d'ACTP reste lente (-8 % de dépenses en 2010).
- [25] La mission a constaté des disparités entre les départements dans le rythme de progression des dépenses, le coût de la prestation exprimé en euros par habitant, et le niveau de dépense moyenne par bénéficiaire. Ces disparités peuvent résulter de plusieurs facteurs : principe de personnalisation de la prestation, qui repose sur des plans personnalisés de compensation (PPC), structure de l'offre de services de compensation (cout des prestataires de service ou des travaux d'aménagement, part de l'aide familiale...), modalités d'évaluation par les équipes techniques et décisions des CDAPH, sans que ces facteurs puissent être pondérés.
- [26] Ces dépenses doivent être examinées avec attention car la mission a constaté de nombreux transferts vers les départements de charges qui pourraient relever d'autres organismes ayant compétence pour compenser le handicap. Cela est notable lorsque le handicap est lié à un accident. Il importe de s'assurer que les prestations de PCH, cumulées avec l'ensemble des aides attribuées par ailleurs, n'excèdent pas les frais finalement engagés. Elle a également relevé l'inflation des couts de certaines prestations techniques (appareillage pour les mal entendant, fauteuils, équipements divers...) depuis la mise en œuvre de la PCH.
- [27] L'examen des ressources affectées aux départements était un sujet complexe et sensible. Dans le contexte plus global d'« effet ciseaux » entre les dépenses et les recettes d'aides sociales des départements souligné par différents rapports et études, plusieurs départements ont invoqué devant les juridictions administratives une question prioritaire de constitutionnalité. La décision du Conseil constitutionnel, rendue le 30 juin, n'était pas connue lors des investigations de la mission. En conséquence, elle a choisi de limiter ses investigations à l'examen de l'influence du niveau et de la nature des ressources affectées sur les dépenses constatées dans les départements.

- [28] Il en ressort que pour la période 2006 à 2009 les dépenses cumulées de 80 départements ont été inférieures aux montants cumulés de la contribution de la CNSA qui pourtant a vocation à ne couvrir qu'une partie du coût de la PCH. Sur la période cumulée 2006 à 2010, 40 départements sont encore dans cette situation. En outre, la dépense des départements pour l'ACTP en 2010 a diminué de 218 M€ par rapport à celle de l'année 2006 ce qui a allégé d'autant leur charge globale.
- [29] Par décision du 30 juin 2011, le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la constitution les articles du CASF relatifs à la contribution de la CNSA sous réserve « qu'il appartient au pouvoir réglementaire de fixer le pourcentage (qui fixe une limite maximale au rapport entre la charge nette des départements et leur potentiel fiscal) à un niveau qui permette, compte tenu de l'ensemble des ressources des départements, que le principe de la libre administration des collectivités territoriales ne soit pas dénaturé » et que « si l'augmentation des charges nettes faisait obstacle à la réalisation de la garantie prévue par l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles, il appartiendrait aux pouvoirs publics de prendre les mesures correctrices appropriées ».
- [30] Cette décision ne semble pas devoir remettre en cause les analyses de la mission qui recommande qu'avant tout réexamen éventuel des conditions de répartition de la contribution de la CNSA et du taux correctif évoqué ci dessus, soit engagé un travail de fond qui permette une meilleure maîtrise des dépenses et une clarification des compétences. La mission propose des pistes de réflexion pour améliorer l'équilibre financier de la PCH (mise en place d'un référentiel pour les aides techniques et les aides destinées à l'aménagement du logement, application de la limite des frais supportés par la personne, PCH en établissement...)
- [31] La PCH est une prestation encore mal connue ce qui donne le sentiment partagé par les acteurs concernés (Etat, départements) d'un pilotage « à vue » du dispositif. La population potentiellement éligible et donc le coût de la PCH resteront toujours difficiles à prévoir. Des études prospectives sont indispensables. Elles connaîtront cependant toujours certaines limites qui tiennent, notamment, au critère d'éligibilité retenu pour la PCH qui ne découle pas de manière automatique du niveau de handicap ni même du vieillissement de la population handicapée, à la sous-déclaration potentielle du handicap psychique et mental et à l'émergence de nouveaux publics qui ne bénéficiaient auparavant d'aucune compensation au titre du handicap (maladies invalidantes)...

4. LA MISE EN ŒUVRE DE LA PCH

- [32] Le nombre de demandes de PCH rapporté au nombre d'habitants s'échelonne de 1 à 5. De tels écarts entre départements peuvent s'expliquer non seulement par la proportion dans cette population de personnes handicapées, mais aussi par des degrés d'information du public plus ou moins poussés, et des modes d'accueil et de réception de la demande divers. Si on peut affirmer qu'un potentiel d'ayants droits existe, notamment parmi les personnes atteintes d'un trouble de santé invalidant et parmi celles souffrant d'un handicap psychique, le nombre de personnes qui pour diverses raisons ne font pas valoir leurs droits n'est pas quantifiable, puisque l'éligibilité à la prestation résulte d'un niveau de difficultés rencontrées dans la vie quotidienne qui ne se présume pas. Il serait instructif à cet égard de réaliser des enquêtes pour connaître la répartition de la PCH par type de handicap.
- [33] L'ouverture des droits à cette prestation est un long parcours, dont le rythme et la qualité diffèrent d'un département à l'autre. Si l'évaluation de l'éligibilité, qui suppose que soient qualifiées de modérées, de graves ou d'absolues les difficultés rencontrées par la personne dans son environnement, comporte inévitablement quelques marges d'appréciation, le guide de la CNSA confère désormais plus d'objectivité et de « reproductibilité » à cette évaluation. Mais le GEVA élaboré par la CNSA pour évaluer les besoins (plus adapté aux adultes qu'aux enfants) n'est utilisé que par trois quart des MDPH, et encore l'est-il le plus souvent partiellement, alors qu'il peut contribuer à une plus grande égalité de traitement. Les visites à domicile ne sont pas systématiques. Et on trouve trop rarement au dossier un plan personnalisé de compensation, global, s'appuyant sur un projet de vie formalisé : le plan se réduit dès lors à des montants d'éléments de PCH.

- [34] Malgré les efforts de recrutement, de formation et de diversification de la composition des équipes techniques, le choix pour les MDPH, confrontées à un afflux de dossiers, est entre qualité du plan d'aide et rapidité de l'instruction. D'autant que les primo-demandeurs sont encore plus de 82 %, et qu'il faudrait aussi se donner les moyens de suivre de plus près le plan d'aide accordé aux anciens bénéficiaires, surtout dans certaines situations de risque.
- [35] Le basculement de l'ACTP vers la PCH n'est proposé qu'au renouvellement de l'ACTP (tous les cinq ans) et sans que la MDPH ne fournisse systématiquement une comparaison chiffrée des deux types de prestation. Il est proposé d'inciter les MDPH à y remédier. Il conviendrait également de mieux connaître le profil respectif des bénéficiaires, et les conséquences pour eux, pour les gestionnaires et pour les finances départementales de la coexistence durable de deux prestations de natures si différentes. Il serait logique, dès aujourd'hui, de renforcer le contrôle d'effectivité exercé sur l'ACTP pour le rendre comparable à celui qui prévaut pour la PCH.
- [36] Les CDAPH, où la présence de l'Etat gagnerait à être mieux organisée, stabilisent leurs pratiques dans un souci d'égalité de traitement. La participation active des associations permet de préciser des notions de base comme le libre choix ou le surcout lié au handicap. Le taux d'accord sur les demandes de PCH, qui est aujourd'hui de 54 %, a tendance à diminuer depuis deux ans, sans que l'on sache si cette baisse résulte d'une plus grande sévérité des CDAPH ou de l'augmentation des demandes de PCH « pour voir ». Les montants accordés diminuent également entre 2007 et 2010 (de 24 % pour l'aide humaine, soit 828 euros, et de 40 % pour l'aide technique, soit 833 euros en 2010). La mission estime qu'il conviendrait de rendre anonymes les dossiers examinés, et d'informer systématiquement les usagers de leur droit à être entendus par la commission.
- [37] Les recours contre les décisions de la MDPH sont relativement peu nombreux, ce qui peut être imputable à l'information insuffisante des usagers. Il serait utile que la CNSA soit informée par les MDPH des recours déposés devant les tribunaux de l'incapacité, et qu'elle en dresse le bilan, à transmettre à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS).
- [38] Le conseil général, qui est chargé de liquider et de payer la prestation, n'applique pas toujours la condition de ressources prévue par la loi (taux de prise en charge susceptible d'être réduit de 20 %). Avant d'exiger son application, voire de l'aménager, il conviendrait de mieux connaître le profil socio-économique des bénéficiaires de la PCH.
- [39] Les aides étant destinées à compenser des charges précises, le contrôle d'effectivité sur pièces devrait être plus ciblé, davantage proportionné aux risques de fraude ou de cumul de prestations et plus efficace. Les équipes techniques devraient être plus souvent sollicitées par les services du conseil général pour des contrôles sur place. Enfin, les départements devraient être autorisés par modification législative à imposer au bénéficiaire un mode de paiement : chèque emploi service préfinancé, ainsi que paiement direct au prestataire ou à l'aidant familial.
- [40] Les usagers font difficilement le lien entre droits ouverts et paiements reçus. La mission suggère que les conseils généraux adressent au bénéficiaire de la PCH un état récapitulatif des sommes perçues dans l'année au titre de la PCH par type d'aide, en précisant les incidences fiscales des sommes perçues au titre de l'aide humaine.
- [41] Les délais d'attribution de la PCH excèdent le plus souvent le délai réglementaire fixé à quatre mois : moins de 20 % des départements sondés déclarent un délai moyen conforme. Les délais extrêmes peuvent atteindre deux ans, surtout s'agissant d'aides à l'aménagement du logement. A ces délais s'ajoutent les délais de paiement, mal recensés. Les MDPH rencontrées s'en préoccupent, s'efforçant d'améliorer leur organisation, ce qui pourrait contribuer aussi à réduire des coûts de gestion qui restent particulièrement élevés s'agissant de la PCH (7,5 % dans un département visité).

- [42] Les acteurs locaux s'accordent à reconnaître les bénéfices qu'apporte la nouvelle prestation aux personnes handicapées, notamment à celles lourdement handicapées ou désireuses de se maintenir à domicile : l'aide humaine concerne 92 % des bénéficiaires et peut dépasser exceptionnellement le plafond de 12 840 euros par mois. Mais la satisfaction des usagers n'est pas mesurée. Avec cinq ans de recul, la DREES devrait pouvoir étudier les écarts entre les attentes et les besoins des personnes d'une part, et la mise en œuvre du plan d'aide d'autre part.

5. LES FONDS DE COMPENSATION DU HANDICAP

- [43] Les fonds départementaux de compensation (FDC), gérés par des comités de gestion au sein des MDPH, doivent permettre de mobiliser différents financeurs (Etat, départements, caisses de sécurité sociale, etc.) pour accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de supporter les frais de compensation restant à leur charge.
- [44] Leur cadre juridique est très souple et se traduit par des modalités d'intervention disparates, constatées dans les cinq départements visités comme à travers les études réalisées au niveau national. Ils peuvent intervenir au seul bénéfice des titulaires de la PCH, mais également à celui des bénéficiaires de l'ACTP, de l'AEEH voire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette souplesse préserve la marge de manœuvre des acteurs locaux. Il importe toutefois de compléter ce dispositif par le décret d'application prévu par l'article L. 146-5 du CASF, permettant de définir les conditions de calcul du plafond de 10 % de restes à charge pour les bénéficiaires.
- [45] La CNSA s'est jusqu'à présent peu impliquée dans ce domaine. Elle n'est pas alimentée par des informations régulières sur les FDC et procède à des enquêtes ponctuelles. Elle n'a pas engagé de travail d'animation de cette fonction, et la mission recommande la mise en place de réseau des gestionnaires de FDC.
- [46] La suspension en 2008 de la participation de l'Etat aux FDC est ressentie comme une difficulté majeure, fragilisant le positionnement de ses services déconcentrés et justifiant des comportements d'anticipation des autres financeurs : ces derniers ont eu tendance selon les cas à limiter les dépenses pour préserver les fonds ou au contraire à les accélérer pour tarir les ressources et adresser un signal à l'Etat.
- [47] L'urgence est de rétablir la confiance dans un outil qui, au vu du niveau des restes à charge sur certains équipements, demeure essentiel. La réintégration de l'Etat dans le financement des FDC, annoncée lors de la Conférence nationale du handicap du 8 juin 2011, devrait se traduire par un engagement pluriannuel, de manière à adresser un signe clair de sa volonté de les pérenniser. Les modalités de répartition de la participation de l'Etat aux FDC devraient par ailleurs suivre de manière stricte un ou plusieurs critères tenant aux caractéristiques objectives des départements (population générale, niveau de revenu de la population par exemple) et non tenir à la politique adoptée par le passé par les comités de gestion, puisque des caisses aujourd'hui vides peuvent correspondre soit à de vrais besoins, soit à une stratégie de consommation de crédits.
- [48] Les rares données d'activité disponibles révèlent une grande disparité des interventions, et, comme pour la PCH, de fortes inégalités interdépartementales : elles montrent un impact important, quoique très variable, sur les restes à charge individuels.
- [49] A cet égard, la mission constate que la situation sociale des bénéficiaires, et notamment le niveau de leurs revenus, n'est pas systématiquement intégrée dans les travaux d'instruction des FDC et ne se traduit pas toujours par l'adoption d'un barème. Elle recommande d'adopter de tels barèmes, et de privilégier le critère de ressources pour le bénéfice des FDC, tout en évitant de restreindre leur accès en fonction des prestations reçues par les bénéficiaires.

- [50] Les FDC qui, en plus de leur rôle de financement direct des restes à charge, assurent une mission de sollicitation, pour les compte des personnes handicapées, d'autres sources de financement externes au comité de gestion (mutuelles, caisses de retraite complémentaires, Agefiph¹, ANAH², etc.), apportent un service considérablement amélioré. La mission recommande de mettre en place ce type de service, tout en veillant à réduire les délais d'attribution et en envisageant le versement d'avances.

¹ Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

² Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	15
PREMIERE PARTIE - LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH) : UN DISPOSITIF INNOVANT	17
1. LES PRINCIPES DE LA PCH.....	17
1.1. <i>La PCH est conçue comme une prestation universelle.....</i>	17
1.2. <i>La notion de projet de vie occupe une place centrale dans la détermination du plan personnalisé de compensation.....</i>	18
1.3. <i>La prestation de compensation est accordée sans condition de ressources</i>	18
1.4. <i>Les bénéficiaires de l'ACTP disposent d'un droit d'option avec la PCH</i>	19
2. UN DISPOSITIF ENCORE INACHEVE AU REGARD DES OBJECTIFS INITIAUX.....	20
2.1. <i>Des conditions d'éligibilité nouvelles.....</i>	20
2.2. <i>La prestation de compensation a été partiellement étendue aux enfants handicapés</i>	20
2.3. <i>La suppression des barrières d'âge pour les plus de 60 ans n'a pas été réalisée.....</i>	22
3. LA PRESTATION DE COMPENSATION PERMET D'APPORTER UNE REPONSE GLOBALE, ADAPTEE AUX SITUATIONS INDIVIDUELLES	23
3.1. <i>La PCH peut couvrir des charges très diverses, y compris lorsque le bénéficiaire est hébergé ou hospitalisé en établissement</i>	23
3.2. <i>L'élément aide humaine de la PCH comporte de nombreuses particularités</i>	24
4. UN CADRE LEGISLATIF QUI CREE UNE AMBIGUÏTE AU REGARD DES AUTRES DISPOSITIFS DE COMPENSATION OU D'INDEMNISATION DU HANDICAP	27
4.1. <i>Limiter le cumul des aides publiques versées au titre de la compensation du handicap.....</i>	27
4.2. <i>Les indemnités versées par un tiers responsable au titre de la réparation du handicap devraient être déduites des sommes attribuées au titre de la PCH</i>	28
DEUXIEME PARTIE - LA CNSA ASSURE L'ANIMATION NATIONALE DE LA PRESTATION	29
1. L'EXPERTISE TECHNIQUE DE LA CNSA EN MATIERE DE PCH EST RECONNUE ET ATTENDUE PAR LES MDPH.....	30
1.1. <i>La production d'outils nombreux et appréciés</i>	30
1.2. <i>Un souci d'évaluation des outils.....</i>	31
2. DES MARGES DE PROGRES EXISTENT EN CE QUI CONCERNE LES RESTITUTIONS STATISTIQUES..	31
2.1. <i>Trois systèmes parallèles de remontées d'informations concernant aujourd'hui la PCH ..</i>	32
2.2. <i>Le schéma cible : SipAPH.....</i>	35
2.3. <i>Recommandations.....</i>	37

3. L'ANIMATION DU DISPOSITIF EST APPRECIEE, ET POURRAIT DESORMAIS FAIRE APPEL A DES OUTILS PLUS AMBITIEUX POUR ASSURER LES CONDITIONS D'UNE MEILLEURE EQUITÉ TERRITORIALE.....	38
3.1. <i>L'animation de la CNSA s'inscrit dans le cadre de la décentralisation.....</i>	38
3.2. <i>L'animation de la CNSA est considérée comme satisfaisante par le réseau des MDPH et les départements rencontrés</i>	39
3.3. <i>La CNSA a fait le choix d'une approche très prudente et progressive avec les MDPH et les départements</i>	40
3.4. <i>Recommandations.....</i>	43
4. LA REGULATION DES AIDES TECHNIQUES ET EQUIPEMENTS DESTINES AUX PERSONNES HANDICAPEES EST INSUFFISANTE	45
4.1. <i>Une intervention articulée autour de l'observatoire des aides techniques</i>	45
4.2. <i>Recommandations.....</i>	46
 TROISIEME PARTIE – LES ASPECTS FINANCIERS ET LA MONTEE EN CHARGE DU DISPOSITIF.....	49
1. LA DIMINUTION DES DEPENSES D'ACTP RESTE LENTE	51
1.1. <i>L'évolution des bénéficiaires et des dépenses d'ACTP au niveau national</i>	51
1.2. <i>Ces évolutions sont contrastées dans les départements.....</i>	52
2. LES DEPENSES DE PCH SONT EN PROGRESSION RAPIDE, MAIS VARIABLE SELON LES DEPARTEMENTS. LEUR EVOLUTION A VENIR EST DIFFICILE A ESTIMER	53
2.1. <i>Au niveau national, une progression dynamique des bénéficiaires et des dépenses avec des montants très différenciés des éléments de la prestation</i>	54
2.2. <i>Les situations sont contrastées dans les départements</i>	57
3. LA CONTRIBUTION DE LA CNSA « DESTINEE A COUVRIR UNE PARTIE DU COUT DE LA PRESTATION »	62
3.1. <i>Le rappel des principes.....</i>	62
3.2. <i>La contribution versée par la CNSA pour la PCH et la réduction de la dépense ACTP.....</i>	63
3.3. <i>Dans les départements, le montant des dépenses n'est pas corrélé à la ressource</i>	64
4. LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION POUR AMELIORER LE PILOTAGE PROSPECTIF ET LA GESTION DES DEPENSES	65
4.1. <i>Des outils d'analyse prospective pour améliorer le pilotage du dispositif.....</i>	66
4.2. <i>Des pistes de rationalisation de la dépense</i>	67
4.3. <i>Des pistes pour éviter le transfert vers les départements de charges financières qui relèvent d'autres organismes ayant compétence pour compenser le handicap</i>	68
4.4. <i>Une réflexion doit être menée sur la répartition du concours de la CNSA</i>	69
 QUATRIEME PARTIE – LA MISE EN ŒUVRE DE LA PCH PAR LES MDPH ET LES DEPARTEMENTS	71
1. L'OUVERTURE DES DROITS A LA PCH EST UN LONG PARCOURS.....	72
1.1. <i>La demande de prestation.....</i>	72
1.2. <i>L'évaluation de l'éligibilité, primordiale, comporte des marges d'appréciation</i>	74
1.3. <i>L'élaboration du plan d'aide.....</i>	74
1.4. <i>L'exercice du droit d'option avec l'AEEH ou l'ACTP</i>	78

1.5. La décision de la CDAPH est la clef de voûte du dispositif	80
1.6. Les recours sont très peu nombreux	83
1.7. Les procédures sont rarement formalisées	84
2. LA LIQUIDATION ET LE PAIEMENT DE LA PRESTATION	84
2.1. La condition de ressources n'est pas partout appliquée	84
2.2. Les droits sont ouverts à la date de la demande.....	84
2.3. Le paiement de la prestation s'effectue sur factures pour une partie des aides	85
2.4. L'écart entre montants versés et montants attribués aurait tendance à se réduire	85
2.5. Le contrôle d'effectivité après paiement est essentiellement sur pièces.....	86
2.6. Les usagers font difficilement le lien entre droits ouverts et paiements reçus.....	87
3. DELAIS ET COUTS DE GESTION SONT ELEVES	87
3.1. Des délais qui excèdent les délais réglementaires.....	87
3.2. Des coûts de gestion de la prestation particulièrement élevés	88
4. LA SATISFACTION DES USAGERS N'EST PAS ACTUELLEMENT MESUREE.....	89
 CINQUIEME PARTIE – LES FONDS DEPARTEMENTAUX DE COMPENSATION COUVRENT INEGALEMENT LES RESTES A CHARGE.....	 91
1. LE CADRE DE L'ACTIVITE DES FONDS DE COMPENSATION SE CARACTERISE PAR SA GRANDE SOUPLESSE	91
1.1. Un dispositif très souple	91
1.2. Des modalités d'intervention diverses.....	92
2. UNE ANIMATION NATIONALE ENCORE LIMITEE DES FONDS DEPARTEMENTAUX DE COMPENSATION.....	94
2.1. La CNSA a privilégié jusqu'à présent la réalisation d'enquêtes ponctuelles.....	94
2.2. La gestion des fonds ne fait pas l'objet d'une démarche d'animation par la CNSA.....	94
2.3. Recommandations.....	95
3. LE TARISSEMENT DES FINANCEMENTS SE TRADUIT PAR UN RESSERREMENT DES DISPOSITIFS...	95
3.1. La suspension de la participation de l'Etat en 2008 est ressentie comme une difficulté majeure.....	95
3.2. Recommandation	96
4. UN DISPOSITIF RESPECTUEUX DES PARTENARIATS LOCAUX MARQUE PAR DE FORTES INEGALITES DE TRAITEMENT	96
4.1. Une marge de manœuvre appréciable pour les acteurs locaux.....	96
4.2. De très fortes inégalités interdépartementales	96
4.3. Des délais généralement longs	98
4.4. Recommandations.....	98
 LISTE DES RECOMMANDATIONS	 101
LETTRE DE MISSION	107
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	109

ANNEXE 1 : LES CONDITIONS D'ELIGIBILITE LIEES AU HANDICAP	117
ANNEXE 2 : LES ELEMENTS DE LA PCH AUTRES QUE LES AIDES HUMAINES	119
ANNEXE 3 : MONTANTS MOYENS D'AIDES HUMAINES PAR BENEFICIAIRE VERSES, PAR QUARTILES, EN DECEMBRE 2010.....	121
PIECES JOINTES.....	123
PIECE JOINTE N°1 : L'ANNEXE 2.5 DU CASF.....	125
PIECE JOINTE N°2 : LES BAREMES DE L'AEEH.....	133
PIECE JOINTE N°3 : EXEMPLE DE SIMULATION PCH/AEEH.....	135
PIECE JOINTE N°4 : TARIFS ET MONTANTS APPLICABLES AUX DIFFERENTS ELEMENTS DE LA PCH AU 1 ^{ER} JANVIER 2011	137
PIECE JOINTE N°5 : EVOLUTIONS DES BENEFICIAIRES DE LA PCH (PAR DEPARTEMENT).....	139
PIECE JOINTE N°6 : EVOLUTION DES DEPENSES DE PCH 2006-2010 (PAR DEPARTEMENT).....	143
PIECE JOINTE N°7 : MONTANTS MOYENS DE PCH 2009 ET 2010 (PAR DEPARTEMENT).....	147
PIECE JOINTE N°8 : ARBRES DECISIONNELS DU GUIDE DE COTATION DES CAPACITES DETERMINANT L'ELIGIBILITE A LA PCH (DOCUMENT DE TRAVAIL JUILLET 2008).....	151
PIECE JOINTE N°9 : REPARTITION DES MONTANTS MENSUELS VERSES POUR L'AIDE HUMAINE, PAR DEPARTEMENT (ENQUETE TRIMESTRIELLE DREES, 9 MARS 2011) ...	153
PIECE JOINTE N°10 : COMPLEMENT DE L'AEEH OU PCH : COMMENT CHOISIR ? (CNSA-DGCS , 2008)	155
PIECE JOINTE N°11 : LES ATOUTS ET LIMITES DES PRESTATIONS AEEH ET PCH (ETUDE DE CRP CONSULTING-NOVEMBRE 2009).....	159
PIECE JOINTE N°12 : EVOLUTION DES MONTANTS MOYENS ATTRIBUES PAR ELEMENT DE LA PCH (DOCUMENT CNSA, MARS 2011).....	161

Introduction

- [51] Par lettre de mission du 8 février 2011, la ministre des solidarités et de la cohésion sociale et le ministre chargé des collectivités territoriales ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'administration (IGA) une mission relative à la prestation de compensation de handicap.
- [52] La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette prestation est un des éléments du droit de compensation des conséquences du handicap. Fait nouveau, la prestation ne dépend pas du taux d'incapacité : elle est due aux personnes qui présentent une difficulté absolue pour une activité ou une difficulté grave pour deux activités.
- [53] La PCH peut couvrir des charges de natures différentes : aide humaine, aide technique, aménagement de logement, de véhicule, charges de transport, charges spécifiques ou exceptionnelles.
- [54] La PCH est attribuée par les commissions des droits et de l'autonomie (CDAPH) au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), après évaluation par une équipe pluridisciplinaire. Elle est financée par les conseils généraux qui reçoivent un concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).
- [55] La PCH, prestation fortement individualisée, se substitue dorénavant à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), qui revêt un caractère forfaitaire. Toutefois, les bénéficiaires de l'ACTP disposent d'un droit d'option et peuvent demander à conserver le bénéfice de l'allocation compensatrice.
- [56] La limite d'âge maximale pour solliciter la PCH est fixée à 60 ans. Les personnes dont le handicap répondait avant l'âge de 60 ans aux critères d'attribution de la PCH peuvent la solliciter jusqu'à 75 ans. Au delà de 60 ans, tout bénéficiaire de la PCH peut opter, s'il le demande, pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dès lors qu'il en remplit les conditions.
- [57] En avril 2008, la PCH a été étendue aux enfants handicapés. Les parents d'enfants handicapés qui remplissent les conditions pour bénéficier du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) peuvent opter pour la PCH, s'ils le demandent et s'ils remplissent les conditions d'éligibilité de cette prestation. Ils peuvent alors cumuler l'élément de base de l'AEEH et la PCH.
- [58] Après un démarrage progressif en 2006, le nombre d'allocataires de la PCH a fortement augmenté, passant de 6 552 en 2006 à 99 500 en 2009³. Le concours versé par la CNSA, initialement de 523 millions d'euros, a légèrement diminué depuis 2009 (509 M€ en 2009 et 506 M€ en 2010). En 2009, la dépense des conseils généraux liée à l'ACTP et à la PCH était de 1,4 Md€, la PCH représentant 59 % de cette dépense. Par ailleurs alors qu'il s'agissait de la première année pleine pour la mise en œuvre de la PCH enfants, celle-ci représentait 5 % du montant des dépenses de PCH.
- [59] La lettre de commande fait état de disparités entre départements pour l'attribution de la PCH et pour la dépense moyenne annuelle par bénéficiaire de cette prestation (de 3 356 à 23 572 euros). De même, en 2009, le pourcentage des bénéficiaires de PCH par rapport au nombre total des bénéficiaires de PCH et ACTP varie de 25 % à 75 % selon les départements avec une exception notable en Martinique où il atteint 100 %.
- [60] Par ailleurs, les associations représentant les personnes handicapées font état de besoins insuffisamment couverts par la PCH, voire de diminution des aides d'une année sur l'autre.

³ Droits ouverts pour les moins de 60 ans (données DREES).

- [61] Enfin, les capacités de mobilisation des fonds départementaux de compensation du handicap seraient très inégales selon les départements.
- [62] La mission a conduit ses investigations auprès des directions des ministères concernés, des organismes nationaux et des principales associations représentatives des personnes handicapées ou de leur famille pour recueillir leur analyse sur la mise en œuvre de la PCH. Pour les besoins du diagnostic, elle s'est rendue dans cinq départements (Essonne, Côtes d'Armor, Rhône, Deux-Sèvres et Loiret), afin de rencontrer tous les acteurs concernés (services de l'Etat, ARS, conseils généraux, MDPH, CDAPH, associations). Ces départements ont été choisis pour leur diversité au regard du montant moyen de PCH attribué, du basculement ACTP/PCH ainsi qu'en fonction de leur situation géographique et démographique. Les données relatives à ces départements apparaissent de manière anonymisée dans le rapport. Dans les tableaux qui s'y rapportent, ils sont mentionnés de manière aléatoire.
- [63] La mission n'a pas souhaité remettre en cause l'équilibre global de la PCH, tel qu'il a été défini par la loi de 2005, estimant qu'il est nécessaire d'attendre une stabilisation du dispositif avant d'envisager des modifications majeures. Elle s'est donc attachée à identifier les points qui permettraient d'améliorer le dispositif tout en respectant l'esprit de la loi.
- [64] Le rapport s'articule en cinq parties
- le régime juridique de la prestation ;
 - la gouvernance nationale de la PCH par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
 - les éléments financiers et la montée en charge du dispositif ;
 - la mise en œuvre de la PCH ;
 - les fonds départementaux de compensation.

Première partie - La prestation de compensation du handicap (PCH) : un dispositif innovant

- [65] L'article 2 de la loi du 11 février 2005 donne pour la première fois une définition légale du handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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 ».⁴
- [66] Cette définition est cohérente avec la « classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé » adoptée en 2001 par l'organisation mondiale de la santé (OMS).
- [67] Le handicap est donc constitué par l'interaction entre une altération anatomique ou fonctionnelle et les difficultés qui en résultent dans la vie quotidienne et sociale de la personne. Ainsi, les altérations psychiques et les troubles de santé invalidants sont expressément reconnus par cette définition du handicap.
- [68] L'accessibilité et la compensation constituent les deux piliers de la loi de 2005. Son article 2 précise que « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté ».⁵
- [69] La notion de compensation, déjà reconnue par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, est définie par la loi de 2005. La loi retient une conception large du droit à compensation. Celui-ci peut être mis en œuvre tant par une prise en charge en institution, à travers la création de places en établissement, que par une prise en charge à domicile, à travers, notamment, la prestation de compensation du handicap (PCH). Ainsi, selon les termes de l'article 11 de la loi de 2005, « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».
- [70] Il s'agit, comme le précise l'exposé des motifs de la loi, de « garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie ».

1. LES PRINCIPES DE LA PCH

- [71] La prestation de compensation est destinée à compenser les conséquences du handicap en apportant à la personne handicapée « une réponse adaptée à ses besoins spécifiques de compensation, faisant suite à une évaluation pluridisciplinaire et personnalisée »⁶. Il s'agit donc d'un dispositif sur mesure, intrinsèquement complexe puisque destiné à proposer une prestation individualisée.

1.1. *La PCH est conçue comme une prestation universelle*

- [72] Le rapport au Sénat sur le projet de loi, fait par le sénateur Paul Blanc en février 2004⁷, précise que la PCH a été conçue comme une prestation universelle qui vise l'ensemble des surcoûts liés au handicap, quel qu'il soit, dans la vie quotidienne.

⁴ Article L. 114 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

⁵ Article L. 114-1 du CASF.

⁶ Etude d'impact présentée avec le projet de loi (dossier législatif).

⁷ Rapport n°210, Sénat, session ordinaire de 2003-2004, fait par le sénateur Paul Blanc.

- [73] Selon les termes de l'article 12 de la loi de 2005, toute personne handicapée qui répond aux conditions de résidence et aux conditions d'âge « et dont le handicap répond à des critères définis par décret prenant notamment en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard de son projet de vie, a droit à une prestation de compensation qui a le caractère d'une prestation en nature qui peut être versée, selon le choix du bénéficiaire, en nature ou en espèce ».
- [74] Il s'agit d'apporter à chaque personne handicapée la réponse appropriée à ses besoins spécifiques.

1.2. La notion de projet de vie occupe une place centrale dans la détermination du plan personnalisé de compensation

- [75] La loi de 2005 donne une place centrale à la notion de projet de vie. « Si le handicap est un obstacle à l'accomplissement total ou partiel des actes essentiels de la vie, il constitue également souvent une entrave à l'accomplissement de ses aspirations personnelles. S'il est donc nécessaire d'évaluer avec objectivité les incapacités de la personne, il est tout aussi essentiel de connaître ses attentes et ses désirs et d'analyser sa situation »⁸.
- [76] L'instruction de la demande comporte une évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée qui doit donner lieu à l'établissement d'un plan personnalisé de compensation, réalisé par une équipe pluridisciplinaire⁹. La loi précise que cette équipe pluridisciplinaire, mise sur pied par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation (PPC) du handicap¹⁰.
- [77] Le PPC constitue une réponse globale aux besoins de la personne handicapée, destinée à assurer la cohérence de l'ensemble des aides accordées par la solidarité nationale.

1.3. La prestation de compensation est accordée sans condition de ressources

- [78] La loi opère une distinction entre la compensation des conséquences du handicap, assurée par la PCH, et les moyens d'existence de la personne handicapée, qu'ils soient tirés du travail ou de la solidarité nationale (allocation aux adultes handicapés).
- [79] Le taux de prise en charge peut varier « selon les ressources du bénéficiaire »¹¹. Toutefois, les revenus d'activité professionnelle de l'intéressé et de son conjoint sont exclus des ressources retenues¹². Celles à prendre en compte sont donc principalement les revenus du patrimoine. Le taux de prise en charge est fixé à 100 % si les ressources sont inférieures ou égales à deux fois le montant annuel de la majoration pour tierce personne¹³ (MTP) mentionnée à l'article R. 341-6 du code de la sécurité sociale. Il est de 80 % si les ressources sont supérieures au montant de cette majoration¹⁴. En pratique, cette condition est très rarement appliquée (voir infra).
- [80] Par ailleurs, l'attribution de la PCH n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire et il n'est exercé aucun recours en récupération à l'encontre de la succession, du légataire ou du donataire.

⁸ Bilan de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 et de la mise en œuvre des MDPH – Juillet 2007 – Patrick Gohet, délégué interministériel aux personnes handicapées.

⁹ Article L. 245-2 du CASF.

¹⁰ Article L.146-8 du CASF.

¹¹ Article L. 245-6 du CASF.

¹² Article L. 245-6 du CASF.

¹³ Le montant annuel de la majoration pour tierce personne (MTP) s'élève à 12 722 € au 1^{er} janvier 2011.

¹⁴ Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les taux de prise en charge mentionnés à l'article L. 245-6 du CASF.

- [81] Il ressort de la loi et de son exposé des motifs que la PCH a vocation à compenser les conséquences du handicap et non à constituer un revenu d'existence ou un complément de revenu. Pour autant, la mission s'est interrogée sur la pertinence d'une prestation en grande partie versée indépendamment des ressources des demandeurs mais elle estime qu'il serait prématuré de modifier le dispositif en l'absence d'information sur l'impact d'une telle mesure pour les actuels bénéficiaires.
- [82] Les associations de personnes handicapées sont très attachées à la dimension universelle de la prestation et une de leur grande préoccupation porte sur le reste à charge qui pèse sur les bénéficiaires de la prestation (Cf. infra).
- [83] Enfin, il convient de préciser qu'en application des dispositions du 9 ter de l'article 81 du code général des impôts (CGI), la prestation de compensation du handicap versée aux personnes handicapées est exonérée d'impôt sur le revenu, quelles que soient ses modalités de versement.

1.4. Les bénéficiaires de l'ACTP disposent d'un droit d'option avec la PCH

- [84] La PCH remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), servie sous conditions de ressources¹⁵. Il n'est donc plus possible de déposer une première demande d'ACTP. Pour autant, l'article 95 de la loi de 2005 prévoit, au titre des dispositions transitoires, que les bénéficiaires de l'ACTP en conservent le bénéfice tant qu'ils remplissent les conditions d'attribution. Ils peuvent opter pour la PCH à chaque renouvellement de l'ACTP. Ce choix est alors définitif. Lorsque le bénéficiaire n'exprime aucun choix, il est présumé vouloir désormais bénéficier de la PCH.
- [85] Le bénéficiaire doit être préalablement informé des montants respectifs de l'ACTP et de la PCH auxquels il peut avoir droit¹⁶.
- [86] Les bénéficiaires de l'ACTP doivent présenter un taux d'incapacité d'au moins 80 % et leur état doit imposer le recours à l'assistance d'une tierce personne pour réaliser les actes essentiels de l'existence. Un taux d'ACTP est ensuite accordé en fonction de l'état de la personne handicapée :
- 80 % de la MTP lorsque l'état de la personne nécessite l'aide d'une tierce personne (rémunérée ou si un membre de l'entourage subit un manque à gagner du fait de l'aide apportée) pour la plupart des actes essentiels de la vie ;
 - entre 40 et 70 % de la MTP lorsque l'aide pour la plupart des actes de la vie n'est pas rémunérée ou n'entraîne pas de manque à gagner pour l'aidant, ou lorsque l'état de la personne nécessite l'aide d'une tierce personne pour un ou plusieurs actes essentiels de l'existence.
- [87] Il ne s'agit pas d'une allocation dont le montant serait déterminé de manière personnalisée en fonction d'un nombre d'heures. Il est important de souligner que contrairement à la PCH, l'aide apportée par une tierce personne n'exclue pas l'aide ménagère. A contrario, l'ACTP ne permet pas de bénéficier des autres aides accordées par la PCH (aides techniques, aménagement du logement, aménagement du véhicule).

¹⁵ Le plafond de ressources de l'ACTP est celui de l'allocation pour adultes handicapés. Les ressources prises en compte pour le calcul du droit sont l'ensemble des revenus du bénéficiaire ou du couple retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu.

¹⁶ Article R. 245-32 du CASF

2. UN DISPOSITIF ENCORE INACHEVE AU REGARD DES OBJECTIFS INITIAUX

2.1. *Des conditions d'éligibilité nouvelles*

2.1.1. Les conditions d'éligibilité liées au handicap sont novatrices

[88] La prestation de compensation n'est pas soumise à une condition de taux d'incapacité, contrairement à l'ACTP qui était destinée aux personnes présentant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %. Pour autant, le projet de loi prévoyait initialement de réserver la PCH aux personnes présentant un taux d'incapacité identique à celui requis pour l'ACTP, et l'étude d'impact avait été faite sur cette base. Bénéficie du droit à la prestation de compensation « la personne qui présente une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités telles que définies dans le référentiel figurant à l'annexe 2-5 »¹⁷ du CASF et dans des conditions précisées dans ce référentiel¹⁸.

[89] Les 19 activités définies dans le CASF¹⁹ sont réparties en quatre domaines : « mobilité », « entretien personnel », « communication », « tâches et exigences générales, relations avec autrui ».

2.1.2. Les conditions liées à l'âge sont parfois difficiles à appréhender

[90] Le dispositif instauré par la loi de 2005 prévoit des conditions d'âge assorties de quelques exceptions parfois difficiles à appréhender par les demandeurs.

[91] Lors de son entrée en vigueur, la PCH était destinée aux personnes âgées de plus de 20 ans et de moins de 60 ans. Pour mémoire, les bénéficiaires de l'ACTP devaient avoir au moins 16 ans et moins de 60 ans. Au-delà de 60 ans, les nouveaux demandeurs relevaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et les bénéficiaires de l'ACTP disposaient d'un droit d'option entre l'APA et le maintien de l'ACTP.

[92] La limite d'âge supérieure pour solliciter la PCH est fixée, par décret, à 60 ans²⁰. Pour autant, plusieurs exceptions permettent de demander la prestation au-delà de cette limite²¹ :

- lorsque le handicap répondait avant 60 ans aux critères d'attribution de la PCH, sous réserve de déposer une demande avant 75 ans ;
- lorsque l'on exerce toujours une activité professionnelle et que le handicap répond aux critères de la PCH ;
- lorsque l'on bénéficie de l'ACTP et que l'on répond aux critères de la PCH.

[93] Il est nécessaire de préciser que les bénéficiaires de la PCH continuent à bénéficier de cette prestation sans limite d'âge, y compris après 75 ans, contrairement à ce qui a parfois été évoqué par certains interlocuteurs de la mission.

2.2. *La prestation de compensation a été partiellement étendue aux enfants handicapés*

[94] L'article 13 de la loi de 2005 précise que « Dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la prestation de compensation sera étendue aux enfants handicapés ».

¹⁷ Article D. 245-4 du CASF

¹⁸ Cf. pièce jointe n°1 (annexe 2-5 du CASF)

¹⁹ Cf. annexe n°1 relative aux conditions d'éligibilité liées au handicap

²⁰ Article D. 245-3 du CASF

²¹ Article L. 245-1 du CASF

2.2.1. Les conditions d'ouverture de la PCH aux enfants handicapés

- [95] Les bénéficiaires de l'AEEH de base peuvent depuis la loi de 2005 percevoir le complément de l'AEEH et le cumuler avec l'élément 3 de la PCH (aménagement du logement, du véhicule et surcoûts résultant du transport), dès lors qu'ils remplissent les critères d'accès à la PCH.
- [96] L'article 94 de la loi du 19 décembre 2007, entré en vigueur le 1er avril 2008, a modifié la rédaction de l'article L. 245-1 du CASF et permet ainsi aux personnes qui remplissent les conditions d'ouverture du droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) d'accéder à la PCH, mais dans des conditions particulières : les bénéficiaires de l'AEEH peuvent la cumuler avec la PCH, dès lors qu'ils ouvrent droit à un complément de l'AEEH, qu'ils remplissent les critères de handicap requis pour être éligibles à la PCH et qu'ils optent pour la PCH en remplacement des compléments de l'AEEH²².

2.2.2. L'exercice du droit d'option

- [97] Le droit d'option²³ est exercé sur la base des propositions figurant dans le plan personnalisé de compensation, lesquelles précisent les montants respectifs de l'AEEH, de son complément et de la PCH.
- [98] Le droit d'option peut intervenir pour les primo demandeurs de l'AEEH, lors du renouvellement de l'AEEH ou en cas de changement de situation. Le choix n'est pas définitif. Il est donc possible d'opter pour un retour au complément de l'AEEH. En effet, toute demande de renouvellement ou de révision de la PCH entraîne un réexamen des conditions pour bénéficier du complément de l'AEEH.
- [99] Lorsque le bénéficiaire opte pour la PCH, l'AEEH sera versée par la caisse d'allocations familiales (CAF) et la PCH sera versée par le conseil général.

2.2.3. Vers une 2^{ème} phase de l'ouverture de la PCH aux enfants ?

- [100] Dans le cadre d'une étude des besoins de compensation des jeunes en situation de handicap, menée par un cabinet de conseil à la demande de la CNSA, une analyse comparative du périmètre de couverture des deux prestations ainsi que des atouts et limites des prestations a été réalisée en 2009²⁴. Cette étude met notamment l'accent sur les difficultés liées à l'évaluation des besoins de PCH qui n'a pas été adaptée aux besoins des enfants. Il est, notamment, fait grief à la PCH de ne pas reconnaître les besoins de la famille dus au retentissement de la situation du handicap de l'enfant par la création d'un élément supplémentaire de la PCH.
- [101] S'appuyant sur l'étude conduite par la CNSA, un document de travail de la DGCS identifie les besoins spécifiques des enfants qui ne sont pas couverts par la PCH. La majorité porte sur l'aide humaine : garde d'enfant, accompagnement pour des soins, accompagnement à caractère éducatif et/ou en lien avec des apprentissages, interventions liées à des besoins sur les temps scolaires et périscolaires.
- [102] Concernant les aides techniques, les besoins identifiés concernent les jeux, livres, jouets adaptés, les logiciels ou équipements éducatifs.
- [103] Il est prématuré, compte tenu des incertitudes relatives à la montée en charge de la prestation, d'envisager dès à présent un élargissement du périmètre de la PCH destinée aux enfants.

²² Cf. pièce jointe n°2 relative aux montants de l'AEEH

²³ Article D. 245-32-1 du CASF

²⁴ Cf. pièce jointe n°11 relative aux atouts et limites des prestations (PCH et compléments de l'AEEH).

2.3. La suppression des barrières d'âge pour les plus de 60 ans n'a pas été réalisée

- [104] L'article 13 de la loi de 2005 précise que « dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap seront supprimées ».

2.3.1. L'éligibilité à la PCH demeure bornée par la limite d'âge de 60 ans

- [105] Six ans après la loi de 2005, les dispositions opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge n'ont pas été supprimées pour les plus de 60 ans.
- [106] Les personnes handicapées de plus de 60 ans qui n'étaient pas éligibles à la PCH avant 60 ans n'ont pas droit à la PCH après cet âge car elles peuvent demander le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette situation est contestée par les associations de personnes handicapées car le montant mensuel maximum du plan d'aide de l'APA (540,69 € en GIR 4 et 1 261,60 € en GIR 1) ne permet pas de couvrir les besoins couverts par la PCH.

2.3.2. La suppression des barrières d'âge est renvoyée aux travaux sur le « cinquième risque »

- [107] Le rapport du gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap, réalisé en février 2009, indique que les principes de convergence et de suppression des barrières d'âge trouveront leur concrétisation dans le cadre de la définition du « cinquième risque ».
- [108] Par ailleurs, la limite d'âge à 60 ans pourrait être contestée au moment où l'âge légal de départ à la retraite sera porté à 62 ans d'ici 2018. La mission constate que les données statistiques disponibles ne permettent pas de connaître le nombre de personnes âgées de 60 à 62 ans qui seraient éligible à la PCH si l'âge d'ouverture du droit était repoussé à 62 ans. Il est fort probable que l'impact ne serait pas négligeable et risquerait d'alourdir sensiblement la charge de la prestation.
- [109] Enfin, s'agissant de la limite d'âge fixée à 75 ans pour demander la PCH, dès lors que le demandeur était éligible avant 60 ans, la mission considère qu'elle pénalise ceux qui n'ont pas jugé utile de la demander auparavant mais qui se retrouvent en difficulté en raison d'un changement survenu dans leur environnement (vieillesse ou décès du conjoint qui apportait une aide humaine). Cette barrière d'âge mériterait d'être supprimée. Les interlocuteurs de la mission estiment que le nombre de cas serait marginal.

Recommandation n°1 : Supprimer la limite d'âge actuellement fixée à 75 ans pour demander la PCH, pour les personnes qui étaient éligibles avant 60 ans (Etat)

3. LA PRESTATION DE COMPENSATION PERMET D'APPORTER UNE REPONSE GLOBALE, ADAPTEE AUX SITUATIONS INDIVIDUELLES

3.1. *La PCH peut couvrir des charges très diverses, y compris lorsque le bénéficiaire est hébergé ou hospitalisé en établissement*

3.1.1. La prestation de compensation permet de couvrir des charges de nature très différente

[110] « L'instruction de la demande de prestation de compensation comporte l'évaluation des besoins de compensation du demandeur et l'établissement d'un plan personnalisé de compensation réalisés par l'équipe pluridisciplinaire... »²⁵.

[111] Le plan personnalisé de compensation est établi en tenant compte de la situation réelle du demandeur. Contrairement à l'ACTP, qui a vocation à ne compenser que les surcoûts liés au recours à l'aide d'une tierce personne, la PCH prend en compte des charges de nature très variées²⁶.

[112] Sauf exception, la PCH n'est pas attribuée sous la forme d'un forfait. La prestation de compensation est une prestation en nature qui est affectée à la couverture des besoins identifiés dans le plan d'aide. Elle peut être affectée à des charges²⁷ :

- liées à un besoin d'aides humaines, y compris celles apportées par des aidants familiaux ;
- liées à un besoin d'aides techniques, notamment aux frais laissés à la charge de l'assuré lorsque ces aides techniques relèvent des prestations prévues au 1° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale ;
- liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, ainsi qu'à d'éventuels surcoûts résultant de son transport ;
- spécifiques ou exceptionnelles, comme celles relatives à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap ;
- liés à l'attribution et à l'entretien des aides animalières.

[113] Le montant global de la prestation de compensation accordée par bénéficiaire ne fait pas l'objet d'un plafond. Pour autant, chaque élément de la prestation est assorti de tarifs ou de montants maximums attribuables pour une durée maximale fixés par arrêtés du ministre chargé des personnes handicapées²⁸.

²⁵ Article L. 245-2 du CASF.

²⁶ Cf. annexe n°2 relative aux aides non humaines

²⁷ Article L. 245-3 du CASF

²⁸ CF. pièce jointe. n°4 relative aux tarifs et montants applicables aux différents éléments de la PCH

3.1.2. Les personnes accueillies en établissement ont droit à la prestation de compensation, selon des modalités particulières

- [114] La loi de 2005 précise que les personnes hébergées en établissement ont droit à la prestation de compensation, selon des conditions particulières²⁹. Le rapport fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat par le sénateur Blanc souligne que, l'accueil en établissement étant reconnu comme une alternative de compensation, « il est en effet naturel que le versement de la prestation soit adapté, sauf à assurer en réalité une double compensation du handicap ». Il précise que si la suspension du versement de l'élément aide humaine serait compréhensible, il n'en est pas de même pour les autres éléments qui restent parfois à la charge des personnes handicapées (certaines aides techniques) ou sont facturées par l'établissement (certaines fournitures).
- [115] Lorsque la personne est hébergée en établissement, le versement de l'élément aide humaine est réduit à hauteur de 10 % du montant versé à domicile, dans la limite d'un montant minimum et d'un montant maximum fixés par décret. Toutefois, cette réduction n'intervient qu'au-delà de 45 jours consécutifs de séjour ou de 60 jours lorsque la personne handicapée est dans l'obligation de licencier ses aides à domicile. Le versement intégral est rétabli pendant les périodes d'interruption de l'hébergement³⁰. Selon la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) les 10 % constituent une sorte de « reste à vivre », « pour lequel le bénéficiaire n'aura pas à justifier de l'utilisation, car cette somme ne fait l'objet d'aucun contrôle d'effectivité »³¹.
- [116] Le montant des aides techniques est déterminé à partir des besoins que l'établissement ne couvre pas habituellement dans le cadre de ses missions³².
- [117] Enfin, les frais de transport peuvent être majorés (montant fixé par arrêté) lorsque le transport est effectué par un tiers ou que le déplacement aller retour est supérieur à 50 kilomètres. A titre exceptionnel (longueur du trajet notamment), le conseil général peut autoriser un montant supérieur au montant attribuable.

3.2. L'élément aide humaine de la PCH comporte de nombreuses particularités

3.2.1. Une prestation individualisée mais qui comporte aussi des forfaits pour les déficients sensoriels

- [118] Les besoins en aide humaine peuvent être reconnus dans les 3 domaines suivants :
- les actes essentiels de l'existence (l'entretien personnel, les déplacements, la participation à la vie sociale³³, les besoins éducatifs), lesquels excluent l'aide ménagère ;
 - la surveillance régulière ;
 - les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective.

²⁹ Article L. 245-11 du CASF.

³⁰ Article D. 245-74 du CASF

³¹ Questions réponses sur la PCH – CNSA - avril 2010

³² Article D. 245-75 du CASF

³³ Notamment l'accès aux loisirs, à la culture et à la vie associative

- [119] Chaque type d'aide humaine est assorti d'un nombre d'heures maximum, auquel est appliqué un tarif horaire différent en fonction de la modalité de mise en œuvre de l'aide humaine³⁴ (emploi direct, service mandataire, service prestataire, aidant familial dédommagé [deux tarifs selon que celui-ci cesse ou renonce totalement ou seulement partiellement à une activité professionnelle]).
- [120] Cependant, lorsque le handicap d'une personne requiert une surveillance régulière, il est possible de cumuler le temps d'aide qui lui est attribué au titre de la surveillance avec celui qui peut éventuellement lui être attribué au titre des actes essentiels³⁵.
- [121] Le temps d'aide à attribuer est déterminé de façon personnalisée en prenant en compte la fréquence quotidienne des interventions ainsi que la nature de l'aide.
- [122] Lorsque les personnes lourdement handicapées nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie, le cumul des temps d'aide humaine pour les actes essentiels et la surveillance peut atteindre 24 heures par jour³⁶.
- [123] Il avait été envisagé, lors des travaux préparatoire de la loi de 2005, de limiter le montant de l'élément aide humaine à 80 % du coût d'une prise en charge en maison d'accueil spécialisée (MAS). La mission s'est interrogée sur cette mesure, qui serait susceptible d'orienter de manière préférentielle les personnes les plus lourdement handicapées vers une prise en charge en établissement, à la fois plus adaptée pour la personne et moins onéreuse pour la collectivité. Toutefois, une telle mesure se heurterait à la réalité de l'offre de places disponibles à proximité des lieux de vie des personnes handicapées et de leurs familles, et pourrait dans cette optique nuire à la prise en charge effective du handicap. Elle percuterait en outre le principe de libre choix de son projet de vie par la personne handicapée.
- [124] Par ailleurs, le CASF³⁷ permet d'attribuer des forfaits d'aide humaine pour les personnes atteintes de cécité (forfait correspondant à 50 heures par mois sur la base du tarif emploi direct) et les personnes atteintes de surdité (forfait correspondant à 30 heures par mois sur la base du tarif emploi direct). Lorsque le besoin apprécié au moyen du référentiel le justifie, le montant attribué peut être supérieur au nombre d'heures forfaitaire.
- [125] Il ressort par ailleurs des entretiens menés par la mission que le dispositif actuel ne donne pas satisfaction aux personnes atteintes de surdité, qui soulignent l'insuffisance du forfait au regard de leurs besoins réels en nombre d'heures de traduction en langage des signes, compte tenu du coût réel des heures de traduction. La mission s'est interrogée sur l'opportunité d'accorder des forfaits alors que l'objectif de la loi de 2005 est d'accorder une prestation de compensation adaptée aux besoins particuliers de chacun, déterminés après une évaluation individuelle des besoins. Cet élément fait partie de l'équilibre général de la prestation et ne devrait être modifié que dans le cadre d'une réforme globale de la PCH.

3.2.2. L'intégration des aides ménagères aux aides humaines a été récemment débattue

- [126] Les dispositions relatives à l'élément aide humaine de la PCH (Cf. supra) ne permettent pas de répondre aux besoins d'aide à la parentalité pour les parents handicapés ni aux besoins d'aide ménagère.
- [127] Lors des débats au Parlement en cours relatifs à la proposition de loi tendant à améliorer le fonctionnement des MDPH et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap, le sujet a été évoqué. En raison du coût de la prise en compte des besoins liés à la vie domestique, le gouvernement a jugé que ce serait une charge trop lourde pour les départements.

³⁴ Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de l'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du CASF

³⁵ Annexe 2-5 du CASF

³⁶ Annexe 2-5 du CASF.

³⁷ Article D. 245-9 du CASF

- [128] En tout état de cause, cette question devra être expertisée au moment où sera examiné le maintien ou non de deux prestations PCH et ACTP, cette dernière permettant de recourir à des aides ménagères.

3.2.3. Les dispositions fiscales relatives aux aides humaines mériteraient d'être mieux expliquées aux bénéficiaires de la prestation de compensation

- [129] Sur le plan fiscal, aux termes de l'article 199 sexdecies du code général des impôts (CGI), un avantage fiscal, qui prend la forme selon les situations, d'un crédit³⁸ ou d'une réduction³⁹ d'impôt sur le revenu, est accordé aux contribuables qui supportent des dépenses au titre de l'emploi direct d'un salarié à domicile. Cet avantage fiscal s'applique aux dépenses effectivement supportées par le contribuable. Le bulletin officiel des impôts (BOI)⁴⁰ précise que « ne sont notamment pas prises en compte dans la base de l'avantage fiscal et doivent par conséquent être exclues du montant des dépenses déclarées (...) les allocations attribuées en vue d'aider les personnes à financer une aide à domicile telles que l'allocation personnalisée d'autonomie ». De surcroît, ce texte vise « plus généralement toutes les aides versées par des organismes publics ou privés pour aider à l'emploi d'un salarié à domicile ». L'élément aide humaine constitue une part importante de la PCH versée par les départements. Tous les foyers n'étant pas imposables, ils ne sont pas toujours concernés par la réduction d'impôt.
- [130] Lors de la déclaration des sommes versées pour l'emploi d'un salarié à domicile, les montants perçus par les bénéficiaires de la PCH au titre de l'aide humaine doivent donc être déduits de ces sommes. Il s'agit de ne pas accorder une réduction fiscale ou un crédit d'impôts au titre de dépenses déjà financées par une aide publique, en l'occurrence la PCH.
- [131] La mission constate que les dispositions fiscales en vigueur ne sont pas très clairement énoncées concernant la PCH, tant au sein du BOI que dans les formulaires de déclaration d'impôt. Par conséquent, cette information gagnerait à être plus lisible dans les documents fiscaux adressés aux contribuables lors de la déclaration d'impôt sur le revenu, en mentionnant la PCH et l'APA à titre d'exemples des aides à déduire des sommes versées pour l'emploi d'un salarié à domicile.

Recommandation n°2 : Améliorer l'information des contribuables concernant les aides à déduire des sommes versées pour l'emploi d'un salarié à domicile (Etat, MDPH, départements, associations)

- [132] Par ailleurs, d'après le rescrit fiscal n° 2007-26 du 24 juillet 2007, l'administration fiscale fait une différence entre l'aidant familial qui reçoit un salaire, imposé comme tel, et celui qui reçoit un « dédommagement ». Lorsque la personne handicapée fait appel à un aidant familial au sens de l'article R. 245-7 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire une personne qui n'est pas salariée, les sommes perçues par cet aidant familial ne sont pas, par hypothèse, imposables selon les règles des traitements et salaires mais dans la catégorie des bénéfices non commerciaux.⁴¹
- [133] Compte tenu, d'une part, de la modicité des sommes versées aux aidants à titre de dédommagement (3,47 € de l'heure ou 5,20 € de l'heure si celui-ci cesse ou renonce totalement ou partiellement à une activité professionnelle⁴²) et, d'autre part, de la difficulté d'organiser le contrôle du versement d'un dédommagement à l'aidant familial par la personne handicapée, la mission s'interroge sur la pertinence de maintenir l'imposition des dédommagements perçus par les aidants familiaux, d'autant que les versements d'ACTP, qui peuvent bénéficier in fine à des aidants familiaux, ne sont pas imposables.

³⁸ Exercer une activité professionnelle ou être inscrit comme demandeur d'emploi.

³⁹ Retraités ou couples dont un seul des conjoints travaille ou est demandeur d'emploi.

⁴⁰ Bulletin officiel des impôts – 5 B-1-08 du 14 janvier 2008

⁴¹ Réponse à la question écrite n°61342 – Assemblée nationale – publiées au JO le 13 mars 2010

⁴² Tarifs au 1^{er} janvier 2011

4. UN CADRE LEGISLATIF QUI CREE UNE AMBIGUÏTE AU REGARD DES AUTRES DISPOSITIFS DE COMPENSATION OU D'INDEMNISATION DU HANDICAP

4.1. *Limiter le cumul des aides publiques versées au titre de la compensation du handicap*

- [134] L'article L. 245-1 du CASF prévoit que lorsque le bénéficiaire de la prestation dispose d'un droit ouvert de même nature au titre d'un régime de sécurité sociale, les sommes versées à ce titre viennent en déduction du montant de la prestation de compensation dans des conditions fixées par décret.
- [135] La rédaction initiale de l'article R. 245-40 du CASF, issue du décret n°2005-1588 du 19 décembre 2005, permettait de tenir compte des « aides de toute nature ayant pour effet de réduire ces charges ». Ce décret précisait que la déduction devait prendre en compte, outre les prestations de sécurité sociale, « toute autre aide versée à ce titre par des collectivités publiques ou des organismes de protection sociale ».
- [136] Dans sa rédaction actuelle (décret n°2006-703 du 16 juin 2006), l'article R. 245-40 du CASF précise que « les sommes correspondant à un droit de même nature versées au titre d'un régime de sécurité sociale » sont déduites du montant attribué au titre de la prestation de compensation. Par conséquent, seules ces sommes peuvent être déduites du montant attribué au titre de la PCH⁴³.
- [137] Pour autant, la nouvelle rédaction de l'article R. 245-40 du CASF semble contradictoire avec celle de l'article R. 242-42 qui précise que « Les montants attribués au titre des divers éléments de la prestation de compensation sont déterminés dans la limite des frais supportés par la personne handicapée ».
- [138] L'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) souhaite attirer l'attention de son ministère de tutelle sur la situation des victimes d'accidents médicaux qui seraient éligibles à la PCH. Actuellement, aucun circuit d'information n'est organisé entre l'ONIAM et les MDPH, ce qui permet de percevoir une double indemnisation, alors que l'ONIAM est tenu de déduire les indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice.⁴⁴
- [139] Dans l'hypothèse où les départements seraient autorisés à déduire les sommes versées par des personnes publiques au titre de la compensation des conséquences du handicap, il serait nécessaire, pour s'assurer du non cumul des aides publiques, que ces indemnités, et notamment celles versées par l'ONIAM, fassent l'objet d'une déclaration auprès de la MDPH du département des bénéficiaires (voir troisième partie).

Recommandation n°3 : Modifier l'article R. 245-40 du CASF afin que les sommes versées au titre de la compensation du handicap par des organismes de protection sociale et par l'ONIAM puissent être déduites du montant attribué au titre de la PCH (Etat)

⁴³ Amené à se prononcer sur des dispositions similaires relatives à l'ACTP, prévoyant qu'une « allocation compensatrice est accordée à tout handicapé qui ne bénéficie pas d'un avantage analogue au titre d'un régime de sécurité sociale », le Conseil d'Etat considère « que sont seules exclues du bénéfice de l'allocation compensatrice les personnes handicapées qui bénéficient d'un avantage analogue au titre d'un régime de sécurité sociale ; que les indemnités versées à la victime d'un accident par le responsable de celui-ci ou son assureur ne peuvent être légalement assimilées à un tel avantage ». CE, 7 octobre 1988, Département du Nord

⁴⁴ Article L. 1142-17 du code de la santé publique.

4.2. Les indemnités versées par un tiers responsable au titre de la réparation du handicap devraient être déduites des sommes attribuées au titre de la PCH

- [140] Aujourd'hui, les sommes versées au titre de la réparation⁴⁵ du handicap par un tiers responsable (ou son assureur), ou dans le cadre de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, ne sont pas prise en compte pour la fixation des sommes versées au titre de la PCH.
- [141] Ces sommes versées par un tiers (ou son assureur) au titre de l'indemnisation du handicap devraient pouvoir être déduites des sommes versées au titre de la PCH, alors qu'aujourd'hui c'est l'inverse qui peut se produire, ce qui devrait être expressément interdit. Ainsi, à l'occasion de l'indemnisation d'une victime d'accident de la circulation, la Cour d'appel de Poitiers a déduit le montant de la PCH du montant de l'indemnisation à verser par l'assureur⁴⁶.
- [142] Tout versement de prestation de compensation devrait donc être subordonné à une déclaration sur l'honneur de son bénéficiaire indiquant qu'il n'a perçu aucune indemnisation par un tiers au titre de son handicap et qu'il s'engage à informer le conseil général dans l'hypothèse où il viendrait à percevoir une telle indemnisation.
- [143] De surcroît, lorsque le département chargé du versement de la PCH estime que la responsabilité d'un tiers est engagée au titre du handicap visé par la prestation, il devrait pouvoir disposer d'une action subrogatoire contre celui-ci. Cela suppose toutefois que les départements disposent des compétences juridiques nécessaires pour la mise en œuvre de telles démarches.

Recommandation n°4 : Permettre de déduire les sommes versées au titre de l'indemnisation du handicap par un tiers (ou son assureur) du montant attribué au titre de la prestation de compensation et prévoir que les assureurs ne puissent déduire la PCH de leurs indemnisations (Etat)

Recommandation n°5 : Prévoir l'obligation pour les bénéficiaires de la PCH d'informer la MDPH de toute indemnisation perçue de la part d'un tiers responsable ou de son assureur⁴⁷ (Etat)

Recommandation n°6 : Permettre aux départements d'engager, s'il y a lieu, une action subrogatoire contre le tiers responsable (ou son assureur) d'un handicap justifiant le versement d'une prestation de compensation, comme le fait la sécurité sociale (Etat)

⁴⁵ Dans le cadre des articles 1382 et suivants du code civil

⁴⁶ La Cour d'appel a alloué à la victime une assistance humaine permanente à 14 € de l'heure, sous forme de rente viagère de 135 414,70 €, et déduit le montant de la PCH qui s'élève à 53 584,70 € par an.

⁴⁷ Dans le cas où le total des sommes perçues dépasserait les frais engagés, cette obligation existe déjà mais est rarement mise en œuvre (voir infra)

Deuxième partie - La CNSA assure l'animation nationale de la prestation

[144] La gouvernance nationale de la PCH a été confiée pour l'essentiel à la CNSA, la direction générale de la cohésion sociale conservant la responsabilité de la fonction réglementaire. Plusieurs missions de l'établissement public sont mobilisées au titre de la PCH (article L. 10-14-1 du CASF) :

« I.-La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour missions :

1° De contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;

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

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

5° De contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées, de contribuer à l'évaluation de ces aides et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution ;

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

7° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées ; (...)

9° D'assurer une coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet ; (...). »

[145] La partie financement, avec la question du respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire, se trouve traitée par ailleurs. Sont donc abordées ici successivement les missions :

- d'expertise technique en matière de référentiels et d'outils ;
- de recueil de données et d'élaboration d'indicateurs ;
- d'animation des pratiques des MDPH ;
- de conseil sur les aides techniques.

[146] La coopération avec les institutions étrangères a été peu développée et n'a pour l'heure pas concerné les prestations de compensation du handicap.

- [147] Au niveau territorial, la décision d'accorder la PCH relève de la commission départementale pour l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), constituée au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Le paiement est assuré par les départements. Ces aspects tenant à la gouvernance locale de la prestation sont détaillés dans la troisième partie du rapport⁴⁸.

1. L'EXPERTISE TECHNIQUE DE LA CNSA EN MATIERE DE PCH EST RECONNUE ET ATTENDUE PAR LES MDPH

1.1. La production d'outils nombreux et appréciés

- [148] La CNSA assure de manière effective et reconnue son rôle d'expertise technique en matière de PCH. L'essentiel de ses efforts ont porté sur la mise au point des outils de mise en œuvre de la prestation à l'attention des professionnels et à leur évaluation.
- [149] Le premier outil a été le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA), prévu par l'article L146-8 du CASF, et défini par le décret et l'arrêté du 6 février 2008. La CNSA s'est efforcée de faire vivre et de suivre le GEVA. Le manuel d'accompagnement (mai 2008) est considéré comme satisfaisant par les interlocuteurs rencontrés par la mission. Des formations ont été assurées pour les équipes des MDPH par des formateurs relais et par des prestataires, ainsi que des réunions de coordonnateurs pour examiner les organisations retenues au niveau départemental pour l'évaluation. Le GEVA est relativement apprécié des équipes rencontrées par la mission, même si certaines d'entre elles en soulignent la lourdeur ; la consultation menée en 2009 auprès des directeurs de MDPH le confirme (78 % d'opinions positives).
- [150] Depuis cette première étape, d'autres outils ont été mis au point par la CNSA.
- La base de données questions / réponses d'ordre juridique (dernière synthèse thématique avril 2010) ;
 - Le guide d'aide à la décision « Attribution et calcul du la PCH logement » (janvier 2010) ;
 - Des fiches de procédures applicables et des arbres de décision pour chaque élément de la prestation ;
 - Le guide de cotation des capacités déterminant l'éligibilité à la PCH (juin 2011).
- [151] Ce dernier guide, dont des versions provisoires ont été testées depuis 2008, a été distribué en juin 2011 à toutes les MDPH comme un outil validé d'appui aux pratiques professionnelles des équipes d'évaluation. Une prochaine étape devrait consister dans la réalisation d'un guide pour l'attribution et le calcul des aides humaines.
- [152] L'interprétation du droit applicable en matière de PCH est de fait une compétence partagée entre la DGCS et la CNSA. Cette dernière répond aux demandes du réseau des MDPH avec les éléments dont elle dispose et publie ses réponses à l'intention de l'ensemble du réseau sous la forme de « questions / réponses ». Les fiches consacrées à des points de droit précis sont validées par la DGCS.

⁴⁸ Ils ont par ailleurs fait l'objet d'investigations dans un cadre plus large par la mission IGAS relative aux MDPH (2010)

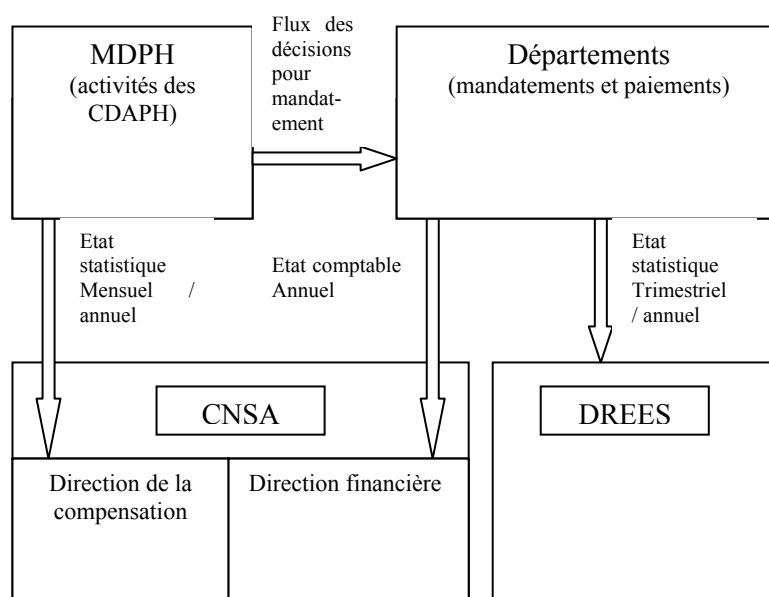
1.2. Un souci d'évaluation des outils

- [153] L'une des caractéristiques de la politique d'outillage de la PCH est l'attention prêtée à son évaluation. L'article 2 du décret du 6 février 2008 prévoyait une évaluation du GEVA un an après son entrée en vigueur. La CNSA a demandé une étude au cabinet Deloitte portant sur les pratiques d'évaluation (janvier 2009). Le rapport sur l'appropriation du GEVA a été publié en janvier 2010. Il est construit pour l'essentiel à partir des retours d'expérience des équipes pluridisciplinaires. S'il fait le constat d'une bonne fréquence d'utilisation, bien que généralement limitée aux volets 6 (activités et capacités fonctionnelles) et 8 (synthèse), et de son succès comme support de dialogue entre partenaires, il pointe les insuffisances du dispositif, tenant en particulier à sa lourdeur administrative, à son inadaptation aux enfants et au handicap psychique. Il insiste sur la nécessaire compatibilité conceptuelle entre le GEVA et les autres outils à la disposition des équipes pluridisciplinaires. Pour en tirer les conséquences, la CNSA a mis au point avec ses partenaires un plan d'action pour l'appropriation du GEVA 2010-2012 (décembre 2010).
- [154] Un test de terrain sur le GEVA a été effectué en 2007 auprès de 5 MDPH. Il a permis à la CNSA de mesurer la reproductibilité modérée de son volet 6 : dans 16 % des cas, deux évaluateurs divergent pour accorder la PCH (contre 9 % pour l'APA par exemple). La réalisation du guide de cotation des capacités déterminant l'éligibilité à la PCH (juillet 2008) a entendu répondre à ce premier résultat insuffisant. Une nouvelle enquête a été réalisée en juillet 2010 pour apprécier les effets de cette réorientation. Elle a établi que la proportion d'évaluations divergentes avait été ramenée à 6 %.

2. DES MARGES DE PROGRES EXISTENT EN CE QUI CONCERNE LES RESTITUTIONS STATISTIQUES

- [155] Les remontées d'information des départements et des MDPH vers la CNSA, les directions d'administration centrale et les organismes consultatifs ou de recherche sont fixées par les articles L. 247-1 à L. 247-7 du CASF. Le schéma général de ces remontées statistiques est le suivant.

Schéma 1 : Circuits des transmissions de données relatives à la PCH



Source : Mission

2.1. Trois systèmes parallèles de remontées d'informations concernant aujourd'hui la PCH

[156] La CNSA et la DREES mettent en œuvre trois systèmes parallèles de remontées d'informations relatives à la PCH, à des fins administratives (calcul des concours financiers de la CNSA) ou strictement statistiques. Ces dispositifs, qui ne sont pour l'heure pas automatisés, ont des périmètres très différents, qui ne permettent pas leur recoupement.

2.1.1. Le dispositif de remontées de la CNSA

[157] La CNSA organise aujourd'hui les remontées suivantes, réparties entre la direction de la compensation, pour les aspects métier, et la direction financière pour les éléments strictement financiers.

[158] La direction de la compensation opère un suivi d'activité réalisé par enquête auprès des MDPH, organisées selon deux modalités : des remontées mensuelles portant sur la seule PCH et un questionnaire annuel portant sur l'ensemble des prestations pour le handicap : il s'agit de fichiers sous Excel que les MDPH saisissent et adressent par courriel. L'enquête annuelle porte sur l'ensemble des activités des MDPH (nombre et nature des demandes et des décisions, recours, délais de traitement, etc.). Les remontées mensuelles portent sur environ 90 départements après relance, et les autres données sont extrapolées sur la base de la population totale des départements ayant répondu. Elles permettent des restitutions semestrielles au conseil de la CNSA, et de nourrir la synthèse annuelle des rapports d'activité des MDPH. Ce dispositif de remontées d'informations a été mis en place par la CNSA à titre provisoire, dans l'attente de la mise en service du système d'information pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH), qui a souffert de retards importants (voir *infra*).

[159] La direction financière suit les paiements, également selon deux modalités :

- o des remontées automatiques mensuelles proviennent de la direction générale des finances publiques (DGFIP) et sont issues de la comptabilité des payeurs départementaux (non représentées dans le schéma 1) ;
- o une enquête annuelle est réalisée sous la forme d'un état des dépenses de PCH et d'ACTP et du nombre de bénéficiaires des deux prestations arrêté au 31 décembre⁴⁹ ; le document est cosigné par le président du conseil général et le payeur départemental et adressé à la CNSA par voie postale ou par courriel. La participation à cette enquête constitue une obligation financière pour les départements, qui s'y conforment dans leur totalité. Sa finalité n'est pas statistique mais administrative : il s'agit d'éléments comptables devant servir de base au calcul des concours à verser par la CNSA pour le financement de la PCH. Par ailleurs, la direction financière devrait, selon les termes de l'article L. 247-1 du CASF, faire également ce travail de centralisation en ce qui concerne l'activité des fonds départementaux de compensation, mais elle n'a pas mis en œuvre cette compétence législative, la CNSA palliant en partie cette lacune par la réalisation d'une synthèse dédiée aux fonds de compensation à partir des rapports annuels des MDPH (voir *infra*).

⁴⁹ Il s'agit des bénéficiaires d'au moins un paiement intervenu entre le 1er janvier et le 31 décembre. Dans ce cadre, la même personne bénéficiaire n'est comptée qu'une seule fois quelque soit le nombre de paiements reçus à des titres divers (aides humaines et/ou aides ponctuelles).

[160] La CNSA organise par ailleurs (non représentés dans le schéma 1) :

- une centralisation des rapports d'activité des MDPH, qui donne lieu à la rédaction d'une synthèse annuelle, alimentée par ailleurs par les autres sources de données ; cette synthèse comporte des éléments spécifiques à la PCH ; elle est effectuée par la direction de la compensation ;
- une centralisation dénommée « maquette budgétaire des MDPH » impliquant que chaque conseil général adresse à la CNSA les données consolidées des ressources et des emplois des MDPH, que ces données figurent dans leurs propres comptes ou fassent l'objet d'apports ou de mises à leur disposition retracées dans les comptabilités d'autres organismes ; elle est effectuée par la direction financière ;
- des enquêtes ponctuelles de la direction de la compensation (une enquête est en cours sur les fonds départementaux de compensation).

2.1.2. Les remontées de la DREES

[161] La DREES effectue de son côté des enquêtes trimestrielles et annuelles quantitatives auprès des départements au moyen de questionnaires sous Excel permettant la réalisation de publications régulières. Ces remontées concernent tant la PCH que l'ACTP. Elles ne font pas l'objet de recoupements avec les sommes mandatées par les départements et enregistrées dans les comptes des payeurs départementaux, contrairement aux états cosignés adressés par les départements à la direction financière de la CNSA.

[162] L'enquête conjoncturelle auprès des conseils généraux est réalisée chaque trimestre pour les départements métropolitains et les DOM. Cette enquête est réalisée en application des articles L. 247-3 et R. 247-7 du CASF. Les données à compléter relatives à la PCH concernent le nombre de personnes payées et les montants versés au titre des différents éléments. Elles opèrent des distinctions par exemple entre PCH à domicile et PCH en établissement, entre modalités de mise en œuvre de l'aide humaine (forfaits, recours à des prestataires ou à des aidants familiaux) et comportent une rubrique relative aux procédures d'urgence. L'enquête porte en outre sur le nombre de bénéficiaires, au sens de l'enquête annuelle de la DREES (personnes ayant fait l'objet d'une décision d'ouverture de droits en CDAPH, les ayant fait valoir et ayant reçu une notification du conseil général), arrêté chaque semestre. L'enquête porte enfin sur le nombre d'allocataires de l'ACTP. Les résultats nationaux sont extrapolés à partir des départements répondants, et publiés sous la forme d'un document de deux pages disponible sur le site Internet des ministères sociaux. Les taux de réponses aux questionnaires et donc l'ampleur des extrapolations réalisées par la DREES sont très variables (selon les questions, entre 37 et 84 départements répondants pour les données du 4^{ème} trimestre 2010). Les données brutes sont disponibles sur un site extranet sécurisé pour les seuls partenaires institutionnels. Le contenu du formulaire à remplir sous Excel a été remanié et simplifié à partir de 2011.

[163] La DREES mène par ailleurs deux enquêtes annuelles auprès des conseils généraux, concernant respectivement les dépenses d'aide sociale des départements et les bénéficiaires de l'aide sociale départementale. Ces enquêtes sont réalisées en application des articles R. 1614-28 à R. 1614-35 du code général des collectivités territoriales. Les admissions à la PCH intègrent ces enquêtes plus larges, qui donnent lieu à des publications annuelles de documents de travail. Les données sur les bénéficiaires de l'aide sociale portent sur les personnes ayant fait valoir leurs droits ouverts par la CDAPH, et ayant reçu une notification de la part du conseil général.

- [164] La DREES réalise enfin des enquêtes ponctuelles, auprès des bénéficiaires de prestations ou des usagers de structures. Elle a réalisé une enquête en 2009-2010 afin d'évaluer la PCH et l'ACTP du point de vue de leurs bénéficiaires, en termes de réponses à leurs besoins. Cette enquête doit également permettre de mieux connaître les populations de bénéficiaires, en particulier en ce qui concerne les types de handicap⁵⁰.

2.1.3. Un dispositif inutilement complexe

2.1.3.1. Un dispositif inefficace

- [165] Le triple dispositif de remontées d'informations, dans un double objectif administratif et statistique, est un facteur de complexité et de coûts importants au vu de la qualité des données fournies.
- [166] Les enquêtes font appel à des notions différentes, qui constituent un facteur de complexité important : « flux » des bénéficiaires payés pour l'enquête trimestrielle de la DREES et l'enquête annuelle de la direction financière de la CNSA, « stock » des bénéficiaires ayant des droits ouverts au 31 décembre pour l'enquête annuelle de la DREES, « flux » des décisions d'ouvertures de droits pour les remontées mensuelles et annuelles de la direction de la compensation de la CNSA. Ce sont autant de définitions subtiles à maîtriser pour les personnes chargées de les saisir et de les interpréter. Les valeurs sont donc logiquement différentes, et aboutissent à la publication de tableaux dont le périmètre est mal connu, la lecture malaisée et l'origine difficile à établir. L'objectif de diffusion d'une statistique intelligible n'est donc pas atteint.
- [167] La démonstration la plus claire de cette insuffisance réside dans l'impossibilité, reconnue par l'ensemble des acteurs nationaux, d'obtenir des données suffisamment pertinentes pour comparer le niveau des dépenses départementales. Les seules données exhaustives dont disposent les administrations centrales sont aujourd'hui les états comptables annuels collectés par la direction financière de la CNSA rapportant les dépenses réalisées et le nombre global de bénéficiaires. Les départements se trouvent dans l'obligation de renseigner ces données pour bénéficier des concours de PCH. Les autres sources ne sont jamais exhaustives ; quel que soit leur mode de collecte, au moins 10 % des données sont manquantes.
- [168] C'est la raison pour laquelle les tableaux issus des états comptables collectés par la direction financière de la CNSA sont apparus plus fréquemment utilisés que les autres sources de données pour aborder la question des inégalités entre départements. La DGCL, la DGCS ou encore les missions d'inspection ayant à connaître des montants précis de PCH et d'ACTP dans chaque département s'y réfèrent. Or, ces données sont insuffisantes pour juger de manière fiable des inégalités territoriales de traitement en matière de PCH. Le nombre de bénéficiaires décomptés à ce titre cumule des bénéficiaires des aides humaines, régulièrement servies chaque mois, et des aides ponctuelles. Ainsi, le ratio dépense de PC / nombre de bénéficiaires, qui aboutit à des résultats par département s'échelonnant dans une proportion de 1 à 7 en 2009 (entre 23 572 € et 3 356 €), ne correspondrait pas d'après la CNSA à l'exact reflet de la réalité, tant les incertitudes sont grandes quant au nombre de bénéficiaires décomptés.

⁵⁰ Il s'agit de comprendre les raisons pour lesquelles une proportion importante de bénéficiaires de l'ACTP ne bascule pas dans la PCH. Cette enquête qualitative porte sur un échantillon de 5000 dossiers de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP, sur la base d'entretiens individuels et d'un examen des dossiers administratifs. Les premiers résultats en sont attendus mi-2011.

Tableau 1 : Dépense de PCH par bénéficiaire, par département (2009)⁵¹

Sur 100 départements	Dépenses PCH (€)	Dépense / bénéficiaire (€)	Nombre de bénéficiaires
Moyenne	8 432 789	8 068	1 027
Médiane	6 511 285	7 503	830
Maximum	37 629 351	23 572	4 313
Minimum	671 756	3 356	61

Source : Mission, données CNSA (DF)

- [169] Ces incertitudes sont d'autant plus dommageables que le nombre de bénéficiaires de la PCH est intégré dans le calcul des concours reçus par chaque département.
- [170] Inefficaces, ces modes de remontée sont également coûteux, puisqu'ils mobilisent les équipes des départements devant renseigner des données demandées par la DREES et la direction financière de la CNSA, répondant à des définitions différentes. Ils font l'objet d'une prise en charge mobilisant plusieurs agents tant à la DREES qu'à la CNSA.

2.1.3.2. Une fiabilité faible

- [171] La fiabilité des données apparaît par ailleurs insuffisante, quel que soit le mode de recensement considéré. L'ensemble des acteurs s'accordent sur la nécessité de prendre l'ensemble des données, d'origine déclaratives et aux contours complexes, avec une grande prudence. Les données de la DREES, comme celles de la direction de la compensation de la CNSA portant sur l'activité des CDAPH, sont incomplètes et font l'objet d'extrapolations.
- [172] Outre les périmètres de définition complexes, devant probablement donner lieu à des erreurs de saisie, les modalités de collecte des données posent question : en ce qui concerne les données recueillies par la CNSA (direction financière), sont identifiées des difficultés de requêtage au sein des applicatifs locaux obligeant à la réalisation de doubles saisies entre application de gestion et application de mandatement. Dans une MDPH visitée, les questionnaires CNSA (direction de la compensation) sont complétés sur la base de décomptes manuels réalisés en complément des informations issues des systèmes d'information (SI).
- [173] Enfin, les données issues des trois circuits parallèles ne font pas l'objet de rapprochements et de contrôles de vraisemblance croisés par les deux directions de la CNSA et la DREES. Il faut noter toutefois que les périmètres des données ne le permettent pas toujours. Ainsi, le « stock » de bénéficiaires ayant des droits ouverts ne peut être rapproché du « flux » d'ouvertures de droits par les CDAPH, faute de disposer de la durée pendant laquelle les droits sont ouverts.

2.2. Le schéma cible : SipAPH

- [174] Le processus technique de mise en place du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipAPH) s'est révélé particulièrement long. Il s'agit d'un projet conçu dès la création de la CNSA, devant lui permettre de collecter de manière automatisée des données d'activité des MDPH. La première phase d'échanges visant à connaître les besoins des départements et MDPH remonte à 2007 ; des échanges interdépartementaux se sont étalés jusque fin 2010. Le dispositif SipAPH est aujourd'hui en cours de mise en place, et devrait être opérationnel d'après la CNSA au second semestre 2011. Dans l'intervalle, la CNSA a organisé un système de remontées manuelles ou résultant de saisies sous Excel adressées par courriels (voir *supra*).

⁵¹ Les trois colonnes sont indépendantes ; ainsi le montant figurant dans la deuxième colonne (dépense / bénéficiaire) ne correspond pas au quotient de la première colonne par la troisième colonne.

2.2.1. La mise en place de Sipaph

- [175] Les difficultés de mise en place d'un système d'information partagé avec les MDPH ont été soulignées par plusieurs rapports⁵². Ce retard s'explique par des causes multiples : problèmes techniques liés à la diversité des choix informatiques retenus par les MDPH, lenteur de la rédaction et de la publication du décret du 22 août 2008 et de l'arrêté du 13 septembre 2010 fixant les conditions du système d'information, répercuté dans les délais de mise à jour par les éditeurs de logiciels des conseils généraux et des MDPH.
- [176] L'ensemble des formations destinées aux correspondants Sipaph dans les MDPH ont été réalisées en 2010. Elles ont été exécutées très en amont de la mise en service de l'application (deuxième semestre 2011), ce qui n'est optimal puisque les participants n'ont pu les mettre rapidement en pratique. Elles ont toutefois permis, selon la CNSA, d'identifier des correspondants Sipaph et de créer les bases de l'animation du réseau formé par ces derniers.
- [177] La priorité affichée de la CNSA est l'amélioration de la qualité des données. Celle-ci repose aujourd'hui sur des moyens relativement limités. Les compétences sont éclatées entre la direction de la compensation et la direction financière, qui effectuent des contrôles de cohérence chacune pour les remontées qui les concernent, se limitant à la détection de valeurs aberrantes. La direction de la compensation anime un groupe de travail sur la qualité des données, qui s'est réuni trois fois en 2010-2011. Elle estime que des progrès ont été réalisés, et qu'il conviendra à l'avenir d'animer véritablement un réseau des statisticiens et des informaticiens des MDPH. Ces dernières devront par ailleurs renforcer leurs compétences dans ce secteur.

2.2.2. Contours de l'application cible

- [178] L'application est conçue comme un entrepôt de données, alimenté à partir des différents systèmes des MDPH sur la base de protocoles d'échanges négociés avec les éditeurs de logiciels utilisés par ces dernières. Les données seront stockées sous une forme individuelle anonymisée. Elles seront requêtées via *Business Object* par les utilisateurs des MDPH et des départements.
- [179] Les remontées automatisées relatives à la PCH dans le cadre de Sipaph concerneront les seules données d'activité des MDPH. La base sera alimentée à terme par d'autres vecteurs, dont les centralisations réalisées aujourd'hui par la direction financière de la CNSA, mais il n'est pas prévu à ce stade de l'alimenter directement par les données de paiement des départements.
- [180] Toutefois, le décret du 22 août 2008 portant création du Sipaph prévoit que les MDPH transmettent les données relatives au contenu, à la date, à la durée de mise en œuvre et au suivi de des décisions des CDAPH. Cette disposition a été transcrite dans les spécifications fonctionnelles de Sipaph, qui intègrent que les éléments relatifs au paiement des prestations par les départements. Il importe que ces éléments soient effectivement servis au niveau départemental, afin de permettre de situer réellement les pratiques et notamment les écarts pouvant exister entre les décisions des commissions et leur mise en œuvre.

⁵² IGAS, *Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)*, rapport établi par Christine BRANCHU, Michel THIERRY et Aurélien BESSON, RM2010-159P, novembre 2010 et IGAS, *La convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNSA. Evaluation 2006-2009 et préconisations*, rapport établi par Isabelle YENI, Vincent RUOL et Philippe COSTE, RM2010-092P, novembre 2010

2.3. **Recommandations**

2.3.1. **Mettre en place d'urgence des remontées sur les paiements effectués qui distinguent entre les éléments de la prestation**

- [181] La source d'information la mieux assurée pour la PCH relève aujourd'hui de la direction financière de la CNSA. Ces données portent sur le montant global servi par département (avec une distinction entre PCH adultes et PCH enfants) et le nombre de bénéficiaires effectifs entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre (avec la même distinction). C'est autour de cette donnée que s'articule l'essentiel du débat sur la PCH aujourd'hui. Or, les acteurs interrogés par la mission, en particulier la CNSA, considèrent que ces données ne permettent pas de rendre compte de l'activité effective des départements, en particulier parce qu'elles cumulent des aides régulières et des aides ponctuelles.
- [182] Il importe donc de fiabiliser ces données rapidement, et de procéder à leur recensement en distinguant les différents éléments de la PCH. C'est pourquoi la mission recommande dès à présent que les remontées de la direction financière de la CNSA opèrent cette distinction entre les différents éléments de la PCH, à des fins statistiques, en plus de leur totalisation destinée à calculer les concours de la CNSA.
- [183] Cette modification des circuits d'information pourrait constituer un premier pas dans une démarche plus large de rationalisation des transmissions de données relatives à la PCH aux organismes centraux. Elle permettrait d'effectuer rapidement et de manière relativement fiable des comparaisons entre les montants servis au titre de la PCH dans les différents départements. En effet, si le travail de définition des bénéficiaires au sens de cette remontée statistique a été long, il est désormais en place (cf. *supra*). Les circuits sont relativement bien balisés et connus des acteurs, qui s'y conforment car il s'agit d'une obligation pour les départements, faisant l'objet d'une diffusion publique lors de la notification des concours annuels de la CNSA. Enfin, cette donnée était disponible dans les systèmes d'information des départements interrogés par la mission.

Recommandation n°7 : Compléter les états annuels transmis à la direction financière de la CNSA d'une ventilation des dépenses de PCH et des bénéficiaires par élément (Etat)

2.3.2. **Mettre en place des remontées selon un nouveau périmètre, et les confier à la CNSA**

- [184] Il importe de fiabiliser rapidement les données relatives à la PCH, dont la montée en charge est une question financière pressante pour les départements. Eu égard à son rythme de progression, la mission estime que les modalités provisoires de remontée par fichier Excel de données auprès de la CNSA et de la DREES devraient être consolidées.
- [185] La mission considère que ces remontées devraient être confiées à la CNSA. Son rôle d'animation auprès du réseau des MDPH est connu des services des départements rencontrés, et sa substitution à la DREES en la matière ne soulève pas de difficulté *a priori* pour ce motif. En outre, le dispositif de sanctions financières dont dispose la Caisse, qui a commencé à recevoir une application en ce qui concerne la transmission des rapports annuels des MDPH, pourra utilement être étendu à l'ensemble de leurs remontées statistiques (voir *infra*).
- [186] Les moyens humains nécessaires devraient être donnés à la CNSA, le cas échéant par transfert des postes de la DREES. Le transfert impliquera une régularisation des dispositions législatives et réglementaires opérant le partage de compétences entre la DREES et la CNSA en matière de collecte de données PCH.
- [187] Cette centralisation devrait enfin s'accompagner d'un travail de rationalisation des données collectées, en veillant à éviter tout doublon et en s'assurant de l'utilité des informations recueillies, dans le prolongement du travail concerté de précision des définitions et de fiabilisation des données qu'a engagé la CNSA avec les acteurs locaux.

Recommandation n°8 : Confier à la CNSA la charge d'effectuer l'ensemble des remontées régulières de données effectuées auprès des MDPH et des départements en matière de PCH et d'ACTP (Etat)

2.3.3. Veiller à l'alimentation de Sipaph par les données relatives aux paiements de la PCH

[188] A ce stade, Sipaph ne prévoit pas une alimentation directe de l'entrepôt de données par les informations issues des applications de gestion des départements, mais un retour d'information automatisé vers les MDPH sur les paiements effectués.

[189] Il conviendra de veiller à la mise en œuvre effective de ces retours d'information, afin de pouvoir disposer de données exhaustives sur la PCH au niveau départemental et au niveau national. Le fait que les départements et les MDPH partagent dans les faits le même logiciel de gestion des prestations devrait permettre une mise en place plus facile de ce nouveau flux d'information.

Recommandation n°9 : Organiser la transmission des données relatives aux paiements de la PCH dans le cadre de la mise en œuvre de Sipaph (départements)

3. L'ANIMATION DU DISPOSITIF EST APPRECIÉE, ET POURRAIT DESORMAIS FAIRE APPEL A DES OUTILS PLUS AMBITIEUX POUR ASSURER LES CONDITIONS D'UNE MEILLEURE ÉQUITÉ TERRITORIALE

3.1. L'animation de la CNSA s'inscrit dans le cadre de la décentralisation

[190] Cette compétence de la CNSA concerne des MDPH relevant en grande partie d'autorités décentralisées auxquelles s'applique le principe de libre administration. La Caisse s'efforce d'articuler le respect de ce dernier avec, notamment, l'objectif d'égalité de traitement des demandes de compensation et d'équité territoriale. L'exercice de ces compétences, qui ne constitue pas un pouvoir de tutelle de la CNSA⁵³, illustre l'originalité et les difficultés de l'animation d'un réseau décentralisé. Cette difficulté se retrouve dans les autres politiques sociales décentralisées.

[191] Une difficulté soulevée par la PCH est le constat d'inégalités entre les départements, et au sein des départements, entre les montants servis aux bénéficiaires. Ce constat est valide lorsque l'on considère la prestation d'un point de vue national ; il nécessite de fiabiliser les données recueillies au niveau de chaque département pour pouvoir faire l'objet d'analyses plus fines par collectivité (voir *supra*). Par ailleurs, ces inégalités sont en partie le fruit du choix d'une forte personnalisation de la prestation, qui doit permettre de compenser le handicap des demandeurs dans leur environnement individuel, et de la décentralisation, dont un objectif est de permettre une certaine adaptation au contexte local.

⁵³ Celle-ci ne dispose pas à proprement parler d'un pouvoir de contrôle ; l'article L. 14-10-7 du CASF précisant simplement que « le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue conformément à une convention entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département concerné, visant à définir des objectifs de qualité de service pour la maison départementale des personnes handicapées et à dresser le bilan de réalisation des objectifs antérieurs ». Cet article autorise la CNSA à lier le versement de ses concours à la mise en œuvre d'obligations conventionnelles.

[192] Dans ce cadre, la CNSA dispose d'un outil privilégié, constitué par les conventions passées avec chacun des départements et des MDPH, établies sur le modèle de conventions type. La convention type de deuxième génération (2009) prévoit l'ensemble des obligations réciproques de ces acteurs, mais sont signées de la CNSA et du département, non de la MDPH. Les conventions comportent notamment les conditions des transmissions de données, de versement des concours de la CNSA et l'appui aux professionnels et aux missions de la MDPH. D'après les termes du texte, ces éléments sont clairement identifiés comme les moyens pour parvenir à une certaine équité de traitement :

- les échanges de données ont « *pour vocation d'outiller les départements afin de leur permettre de développer des pratiques locales harmonisées et d'exercer leur mission de pilotage de l'égalité de traitement au niveau territorial* » ;
- le versement des concours financiers « *contribue à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire* » ;
- l'appui aux professionnels et aux missions des MDPH a pour objectif de permettre l'équité de traitement des demandes de compensation.

[193] Le texte de la convention type de troisième génération (2012) est à construire. Il devrait comporter des indicateurs obligatoires, que la CNSA compte mettre en place sur la base d'un travail collaboratif avec les départements et les MDPH. Ce chantier apparaît toutefois peu avancé à ce stade, la CNSA n'ayant pu produire de document reprenant les axes stratégiques en la matière⁵⁴.

3.2. *L'animation de la CNSA est considérée comme satisfaisante par le réseau des MDPH et les départements rencontrés*

[194] Plusieurs outils d'animation sont mis en œuvre par la CNSA :

- la production d'outils méthodologiques : Geva, étude sur ses modalités d'application, etc. (voir *supra*) ;
- des actions de formation (par exemple, de formations à la loi de 2005 à l'attention des magistrats siégeant en TCI⁵⁵) ;
- des déplacements des équipes de la CNSA dans les départements, parfois à l'initiative des départements eux-mêmes ;
- l'animation d'un réseau de correspondants métier (site Internet, publication, organisation régulière de réunions) ;
- l'organisation de groupes de travail thématiques ;
- des rendez-vous réguliers (« rencontres pour la culture partagée », « jeudis de la compensation ») ;
- la diffusion chaque quinzaine de la lettre d'information « Info réseau » ;
- la commande et la réalisation d'études (par exemple l'étude sur les besoins de compensation des 0-20 ans à travers la PCH et l'AEEH, 2009).

⁵⁴ De même, la préparation de la future convention d'objectifs et de gestion (la dernière convention s'achevait fin 2010) est différée au débat sur le 5^{ème} risque, et les principes de mise en place d'un schéma directeur informatique sont liés à ce dernier chantier.

⁵⁵ Tribunaux du contentieux de l'incapacité

- [195] Les interventions de la CNSA sont généralement appréciées par les professionnels rencontrés par la mission, qu'il s'agisse des membres des équipes pluridisciplinaires, des équipes de direction des MDPH ou des conseils généraux. Les marges de progrès identifiées concernent la veille juridique et en particulier le suivi des jurisprudences des TCI et de la CNITAAT⁵⁶.
- [196] Un questionnaire général de satisfaction à l'égard de la CNSA a été adressé en 2009 à l'ensemble des directeurs de MDPH. Il faisait suite à un premier questionnaire du même type exploité en 2007. Il a fait l'objet d'un dépouillement et d'une étude par un cabinet de consultants. 62 directeurs de MDPH ont répondu à l'enquête (58 en 2007). L'ensemble des résultats portant sur le travail d'animation de la CNSA montre des résultats positifs et en progrès par rapport à 2007. L'organisation de rencontres techniques et d'échanges d'information et la mise en place de référentiels sont les points considérés à la fois comme les plus importants et les mieux assurés par la CNSA. Les niveaux d'expertise et de disponibilité des agents de la CNSA apparaissent très satisfaisants. Les marges de progrès identifiées par ce travail concernent : les éclairages sur les expériences étrangères, l'appui à la communication locale, le développement des SI partagés.
- [197] Une enquête de satisfaction des usagers des MDPH a été lancée en 2006. Elle est menée en continu sur la base de traitement de formulaires papier disponibles dans les MDPH et sur Internet, par un prestataire de la CNSA. Sur option, les résultats départementaux sont communiqués au département intéressé et servent de base à une synthèse nationale anonymisée. Ils ne font en aucun cas l'objet d'une diffusion externe au département et à la MDPH intéressés. Le nombre de réponses annuel est très limité (environ 700, soit 7 par département), avec de fortes disparités départementales, ce qui retire toute portée nationale au dispositif, et révèle probablement une très faible appropriation par les MDPH.

3.3. La CNSA a fait le choix d'une approche très prudente et progressive avec les MDPH et les départements

- [198] Les leviers identifiés par les conventions passées avec les départements et les MDPH sont mis en œuvre de manière progressive et peu contraignante par la Caisse.

3.3.1. Les données diffusées ne permettent pas au citoyen et au département de se situer par rapport aux autres

3.3.1.1. La collecte de données statistiques demeure peu contraignante

- [199] Environ 10 % des MDPH persistent à ne pas adresser les données d'activité sur la PCH à la direction de la compensation de la CNSA. *A contrario*, les rapports d'activité, comme les états comptables destinés à la direction financière, sont tous reçus, bien que parfois avec retard⁵⁷.
- [200] La convention type de 2009 prévoit que « la CNSA se réserve le droit de suspendre le versement de ses concours en cas de non transmission du rapport annuel [de la MDPH] ou des états récapitulatifs mentionnés au 2.1.2 [maquette budgétaire consolidant les dépenses liées à la MDPH] et 2.2 [états récapitulatifs annuels des dépenses et nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP] ». Cette stipulation ne s'applique donc pas aux données statistiques mensuelles et annuelles relatives à la PCH.
- [201] Or, il semble que cette contrainte s'avère relativement efficace. 16 départements n'ont pas reçu les acomptes d'août et novembre 2009 pour le fonctionnement de la MDPH, dans l'attente de la signature de la convention bilatérale avec la Caisse, après laquelle leur situation a été régularisée. Deux MDPH ont produit leurs rapports d'activité 2009 après avoir reçu en décembre 2010 des lettres évoquant la possibilité de suspendre les versements des dotations pour le fonctionnement des MDPH en cas de retard persistant. La CNSA a pu utiliser ce levier avec succès ; il serait judicieux de l'étendre à l'ensemble des obligations statistiques des MDPH.

⁵⁶ Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail

⁵⁷ Au moment de la mission, l'intégralité des rapports 2009 a été produite.

3.3.1.2. La diffusion de données est très limitée

[202] La convention type de 2009 prévoit la possibilité, pour les départements qui le souhaitent, de communiquer leurs résultats personnalisés en précisant leur identité (numéro du département). Elle précise les implications du dispositif optionnel pour le département qui le choisit : « *il pourra savoir où se situent les autres départements du groupe ; son propre positionnement sera connu des autres départements du groupe ; son positionnement sera également connu des autres partenaires nationaux du partage de l'information* ». La quasi-totalité des départements (94 sur 100) ont accepté ce principe et accédé à l'option.

[203] La diffusion suit un rythme lent, la CNSA expliquant qu'elle s'efforce de convaincre ses interlocuteurs d'accepter le principe d'une large diffusion. La mission relève deux restrictions majeures à la mise en œuvre de la diffusion de l'information :

- A l'intérieur du cadre prévu par la convention type, la CNSA fait preuve d'une très grande prudence. Les informations diffusées par la direction de la compensation qui identifient le numéro du département portent sur l'ensemble des prestations pour le handicap et ne concernent jamais spécifiquement la PCH⁵⁸. Seule la direction financière diffuse des données relatives à la PCH mais celles-ci sont agrégées, de sorte qu'une MDPH n'est pas aujourd'hui en mesure de savoir où elle se situe dans l'ensemble national de ce point de vue⁵⁹. La CNSA n'a commencé à transmettre des données relatant les numéros des départements à son conseil d'administration qu'en 2011⁶⁰, que de manière très limitée.
- Certaines données disponibles ne sont pas utilisées. La CNSA dispose de données précises issues des enquêtes mensuelles et annuelles de la direction de la compensation auprès des MDPH relatives aux décisions prises en CDAPH. Ces données sont peu exploitées. Ainsi, les informations relatives aux montants attribués par les CDAPH élément par élément de la prestation sont-elles restituées sous la forme agrégée d'une moyenne nationale, mais ne comportent aucun détail par département. Or, une telle information serait susceptible de documenter les inégalités de décisions entre CDAPH. La mission a demandé ces éléments sous la forme de données brutes, puisque la CNSA indique ne pas les exploiter pour l'heure au niveau de chaque département. Elles ne sont pas exploitables en l'état, et nécessitent un traitement par la CNSA permettant de faire apparaître les niveaux d'aides accordées département par département.

⁵⁸ Les données diffusées avec la mention du numéro du département sont : la proportion de personnes accueillies physiquement dans les MDPH, le nombre et la proportion de PPC formalisés, la part des décisions prises en CDAPH plénières, la part des recours et des recours contentieux, le taux de demandes pour des enfants, le taux moyen de demandes pour 1000 habitants, les délais de traitement.

⁵⁹ La circulaire de notification des concours adressée aux départements par la direction financière fait référence au nombre agrégé de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP par département

⁶⁰ Les documents du premier conseil d'administration de 2011 faisaient état du numéro de département pour les données afférentes au taux d'accords PCH, au nombre de demandes de PCH pour 100.000 habitants et à la durée moyenne d'attribution de l'élément 1 de la prestation (aides humaines), à la différence des données diffusées lors des conseils d'administration précédents et a fortiori des données disponibles sur le site Internet

Tableau 2 : Montants de PCH accordés en CDAPH, par élément (moyenne nationale, 2010)⁶¹

Aides humaines (mensuelles)	794 €
Aides techniques (ponctuelles, plafond sur 3 ans)	838 €
Aménagement du logement (ponctuelles, plafond sur 10 ans)	3 333 €
Aménagement du véhicule	2 381 €
Charges spécifiques ou exceptionnelles (mensuelles / ponctuelles)	225 €
Aides animalières (mensuelles)	47 €

Source : CNSA

- Le périmètre de diffusion est volontairement circonscrit, et les données, même dans le cas d'une acceptation de l'option prévue par la convention de 2009, ne sont pas véritablement publiques et sont publiées sous forme agrégée ou sans préciser le numéro du département. Ainsi le site Internet de la CNSA ne comporte-t-il aucune donnée permettant d'identifier le département auquel elle se rapporte⁶².

[204] Deux séries d'arguments de la CNSA viennent à l'appui de cette prudence :

- les données ne seraient pas suffisamment fiables ou harmonisées pour être diffusées et pourraient faire l'objet d'interprétations abusives. Par exemple, les taux d'accord sur demande de PCH apparaissent très différents d'un département à l'autre, mais peuvent être étroitement liés à la politique de filtrage lors de l'instruction des demandes ;
- la diffusion de données pourrait être contestée par certains départements et susciter leur retrait de la démarche coopérative adoptée jusqu'à présent.

[205] Ces arguments pertinents sont insuffisants pour justifier une absence totale de diffusion d'informations susceptibles de situer les pratiques de chaque CDAPH au sein de l'ensemble national. Les données ont été fiabilisées grâce au travail de définition des concepts. Ce cadre étant posé, il est normal que les MDPH soient responsables des données qu'elles saisissent. Il est nécessaire d'aller plus loin dans la publication de comparaisons. Un meilleur accès aux données des autres MDPH permettrait un meilleur pilotage local de la PCH et répondrait au souhait plusieurs fois exprimé par les acteurs locaux de bénéficier d'un retour sur des données dont la saisie est fastidieuse. Les principes de transparence dans l'utilisation des fonds publics⁶³ comme d'égalité de traitement des citoyens supposent de disposer d'informations mieux assises et mieux diffusées.

[206] Par ailleurs que, dans le cadre de leurs obligations d'information financière, il serait utile que les départements aient dans le cadre de leurs documents budgétaires, à faire apparaître certains indicateurs relatifs à leurs dépenses de PCH et d'ACTP ainsi qu'au nombre de bénéficiaires de ces prestations.

⁶¹ La répartition de ces montants ne représente pas celle du coût total des décisions prises par la CDAPH puisqu'il s'agit du montant mensuel accordé par élément, indépendamment du nombre de mois pour lequel l'élément est accordé. Ainsi, les montants ne représentent pas la dépense mais la répartition moyenne des montants au sein d'une prestation de compensation au moment de la décision de l'attribution. La diffusion d'un tel tableau avec le détail départemental ne permettrait pas de comparer les montants dépensés par élément au sein de chaque département (point de vue du contribuable) mais bien les différences entre les montants accordés par les CDAPH d'un département à l'autre (point de vue de l'utilisateur).

⁶² A l'exception, anecdotique, de la liste des départements ayant désigné un référent SipaPH.

⁶³ Conformément aux articles 14 et 15 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen

3.3.2. Les référentiels sont parfois considérés comme purement indicatifs

- [207] Les procédures partagées constituent de fait, aujourd'hui, un vecteur essentiel d'égalisation des pratiques sur le territoire. Ainsi, le GEVA est il « *un support majeur de la mise en place de l'égalité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire* »⁶⁴.
- [208] Si le périmètre couvert par les éléments de doctrine diffusés par la CNSA tend à s'élargir, il demeure toutefois encore partiel, et la Caisse s'emploie à compléter ses interprétations. Il est apparu toutefois que ce travail, matérialisé par exemple par les « questions / réponses » juridiques ou le guide « Attribution et calcul du la PCH logement » n'étaient pas toujours utilisés par les MDPH, et que certaines d'entre elles pouvaient préférer conserver leurs propres interprétations, parfois plus restrictives et guidées par le souci d'être économe des deniers publics. C'était particulièrement le cas pour l'un des départements visités par la mission, dans lequel les montants moyens de PCH versés, tant pour l'ensemble de la prestation que pour le seul élément aide humaine, étaient de moitié inférieurs aux montants servis par les autres départements visités, ainsi que par rapport à la moyenne nationale⁶⁵.
- [209] De ce point de vue, il apparaît que la simple édition de référentiels communs est insuffisante pour assurer l'égalité de traitement sur le territoire national.

3.4. Recommandations

3.4.1. Faire de la transmission de données une obligation pour les départements et les MDPH

- [210] La fiabilisation des données est un préalable essentiel, qu'il convient de lever pour améliorer le niveau d'information disponible. Certains moyens en sont évoqués *supra*. Il est toutefois possible d'aller plus loin dans la confection d'indicateurs dans le périmètre et les modalités actuels de remontées d'informations.
- [211] La CNSA devrait assurer un meilleur taux de réponse à ses questionnaires statistiques en les intégrant dans les données pour lesquelles des sanctions financières peuvent être prononcées en cas de non réponse à ses questionnaires.

Recommandation n°10 : Etendre la possibilité de prononcer des sanctions financières à l'ensemble des obligations de restitutions statistiques des MDPH (CNSA)

3.4.2. Diffuser par principe les données disponibles en identifiant les départements auxquelles elles se rapportent et élargir leur périmètre de communication au grand public

- [212] A moins de renoncer aux objectifs de transparence dans l'emploi des fonds publics et d'égalisation des pratiques sur le territoire, la CNSA se doit de communiquer plus largement les données dont elle dispose.
- [213] Cet effort implique, en premier lieu, de communiquer la répartition par MDPH, avec l'identification du numéro des départements, des données diffusées sous forme de moyenne nationale. Les montants moyens de PCH décidés par les CDAPH pour chacun des éléments de la PCH devraient être diffusés sous cette forme.
- [214] Plusieurs membres de CDAPH interrogés par la mission ont exprimé le souhait d'être en capacité de situer les pratiques de leur département au niveau national. Ainsi, les données relatives aux décisions des CDAPH devraient elles être systématiquement adressées aux membres de ces commissions.

⁶⁴ Rapport sur l'appropriation du GEVA, janvier 2010

⁶⁵ Données DREES, voir la partie consacrée à la mise en œuvre de la prestation

- [215] Si le travail de fiabilisation des données est un préalable évident, la mission constate qu'il a été entamé et que le niveau de fiabilité actuel n'empêche pas la Caisse de diffuser des chiffres agrégés. Il est par ailleurs toujours possible d'accompagner les données des commentaires nécessaires à leur interprétation.
- [216] Il suppose en second lieu de ne plus restreindre cette diffusion aux « *autres départements du groupe* » ayant accepté l'option de diffusion des informations départementales et aux « *partenaires nationaux du partage de l'information* »⁶⁶, mais de l'étendre plus largement aux citoyens par leur publication sur le site Internet de la CNSA.
- [217] En ce qui concerne les conseils généraux, la publication de données relatives à leurs dépenses de PCH et d'ACTP, ainsi qu'au nombre des bénéficiaires de ces prestations, serait utilement ajoutés aux indicateurs budgétaires devant être publiés.

Recommandation n°11 : Communiquer aux départements, aux MDPH et aux CDAPH les données relatives à la PCH en identifiant les numéros des départements (CNSA)

Recommandation n°12 : Publier régulièrement des données statistiques issues des remontées départementales, permettant de situer les résultats départementaux identifiés dans l'ensemble national (CNSA)

Recommandation n°13 : Prévoir la publication de certains indicateurs dans les documents budgétaires des départements (Etat)

3.4.3. Réexaminer les conditions d'une meilleure application des prescriptions nationales en matière de PCH

- [218] L'édition de référentiels partagés est une étape décisive dans l'égali-sation des pratiques départementales. La mission a toutefois pu constater qu'elle n'était pas suffisante pour éviter des pratiques disparates se situant parfois aux frontières de la légalité. Le contrôle de légalité est inexistant dans le domaine de la PCH. Cet état de fait est d'autant plus problématique que la PCH concerne des publics fragiles, qui ne sont pas les mieux armés pour effectuer des recours contentieux contre les décisions de l'administration.
- [219] La CNSA a mis en point dès 2006 un référentiel de procédures pour les MDPH. Une nouvelle étape pourrait être franchie à cet égard, en accompagnant ce référentiel d'une démarche d'audit, soit assurée directement par la Caisse, soit confiée à des prestataires, portant sur l'organisation, les méthodes et l'application des standards juridiques pour l'instruction de la PCH par les MDPH.
- [220] Au-delà, il revient aux services de l'Etat de s'assurer de la bonne application des normes juridiques relatives à la PCH. Une mission récente de l'IGAS a examiné la situation et le fonctionnement des MDPH, il ne revenait donc pas à la mission de traiter à nouveau ce sujet. En revanche elle a constaté la difficulté matérielle qu'ont les services de l'Etat et plus particulièrement les DDCS à tenir la place qui leur revient de droit dans les MDPH.
- [221] Le handicap ne faisait pas partie des compétences initiales des DDCS aussi les agents des DDAS suivant ce sujet ont été affectés majoritairement dans les ARS. Les directeurs des DDCS ont été unanimes à indiquer à la mission qu'ils manquaient de personnel pour assurer une présence aux diverses réunions des CDAPH.
- [222] Cette situation mérite d'être examinée avec attention et revue. Il est essentiel que l'administration centrale et la CNSA puissent s'appuyer sur les observations des services déconcentrés, qui seraient à même de signaler rapidement si des difficultés graves apparaissaient dans le fonctionnement des équipes techniques d'une MDPH ou dans les décisions d'une CDAPH.

⁶⁶ Point 1.1.5 de la convention type de 2009

Recommandation n°14 : Mettre en place des outils de régulation des procédures d'instruction de la PCH par les MDPH et les départements (Etat et CNSA)

4. LA REGULATION DES AIDES TECHNIQUES ET EQUIPEMENTS DESTINES AUX PERSONNES HANDICAPEES EST INSUFFISANTE

[223] L'article L. 10-14-1 du CASF prévoit que la CNSA a pour mission de « contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées, de contribuer à l'évaluation de ces aides et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution ».

[224] La problématique de l'augmentation des prix pratiqués par les professionnels du fait de la solvabilisation de la demande est un élément que la quasi-totalité des interlocuteurs rencontrés par la mission ont évoqué. Elle concernerait tant les aides techniques, dont les dispositifs médicaux (audioprothèses ou fauteuils roulants, par exemple), que l'aménagement du véhicule ou du logement, et tant la question du prix d'achat que celui de la maintenance, ou de la location.

4.1. Une intervention articulée autour de l'observatoire des aides techniques

[225] La CNSA a mis en place deux dispositifs principaux en matière d'aides techniques :

- l'observatoire du marché et des prix des aides techniques ;
- un portail Internet synthétisant les bases de données d'information sur les aides techniques <http://www.aides-techniques-cnsa.fr/>.

[226] L'observatoire du marché et des prix des aides techniques a pour ambition de faire connaître l'offre, d'analyser les conditions de formation des prix et d'informer les professionnels et le public dans ce domaine. Il comprend des organismes universitaires et de recherche, des représentants des administrations publiques (à l'exception notable des départements pourtant financeurs au titre de la PCH), des fabricants et distributeurs et des associations de personnes handicapées. Les MDPH sont invitées.

[227] Quatre actions ont été lancées en 2007 :

- Action 1 : Recueil de données publiques nationales pour définir le marché (besoins et offre) ;
- Action 2 : Élaboration d'un cahier des charges pour une étude comparative européenne des prix ;
- Action 3 : Élaboration de la structure d'un devis type (par type d'aide) ;
- Action 4 : Cartographie territoriale des distributeurs des fauteuils roulants et du service après-vente.

[228] L'observatoire se montre relativement peu actif et sans réels pouvoirs. Les actions prévues en 2007 ont fait l'objet d'une mise en œuvre inégale : au titre de l'action 1, deux études sur les données nationales ont été réalisées en 2006 (appareils auditifs et fauteuils roulants) ; au titre de l'action 2, des monographies nationales et une synthèse (décembre 2009) ; au titre de l'action 3 des devis normalisés pour les appareils auditifs et les aides à la communication pour personnes déficientes visuelles. La cartographie territoriale des distributeurs (action 4) n'a pas été effectuée.

- [229] Surtout, l'observatoire n'a pu se voir assigner de nouveaux objectifs depuis 2007, et les travaux portant sur la décomposition des prix pratiqués par les distributeurs n'ont pu être entamés. La CNSA estime que les réticences des distributeurs vis-à-vis de la diffusion de données qu'ils considèrent comme concurrentielles expliquent la portée limitée des informations diffusées sur les aides techniques. L'observatoire demeure peu connu des directeurs de MDPH (56 % d'opinions positives, 27 % d'opinions négatives, 17 % sans opinion ; contre respectivement 50 %, 28 % et 22 % en 2007).
- [230] Il conviendrait de relancer l'activité de l'observatoire, tout en menant une réflexion sur ses capacités réelles d'action alors que de l'avis de tous les interlocuteurs de la mission, les prix pratiqués pour les équipements destinés aux personnes handicapées tendent à croître fortement.
- [231] Le portail Internet consacré aux aides techniques regroupe trois bases de données préexistantes (celle du Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés du ministère de la défense –CERAH-, celle de la Fondation de Garches et celle de l'association Hacavie). Il s'est avéré peu connu des interlocuteurs de la mission, certains le considérant comme foisonnant et comportant des données redondantes. Consciente de ces limites, la CNSA a indiqué à la mission que le site cesserait prochainement d'être actualisé, faute de travail concerté entre les entités responsables de chacune des bases.
- [232] Cette fermeture prochaine laissera pendante la question de la constitution d'une base de données indépendante et de qualité, qui répondrait aux besoins de l'ensemble des financeurs des aides techniques (assurance maladie, CNSA, départements, fonds de compensation, etc.).
- [233] Enfin, la CNSA mène des expérimentations en matière d'aides techniques. Elle a tenté de mettre en place des plateformes régionales d'information et de conseil sur les aides techniques (PRICATS), devant constituer des centres de ressources. Les quatre expériences régionales n'ont pas réellement répondu aux attentes. Elle a lancé par ailleurs un appel à projets pour la mise en place de quatre centres d'expertise nationaux (CEN), pour établir le lien entre professionnels et usagers en matière d'aides techniques. Ces centres sont opérationnels depuis 2011.

4.2. *Recommandations*

- [234] Même si l'observatoire de la CNSA devait donner pleinement satisfaction, son fonctionnement ne permettrait pas d'apporter une réponse à l'ensemble des questions posées par les modalités actuelles de fixation des prix et de prise en charge socialisée des aides techniques. Les rares éléments disponibles collectés par l'observatoire montrent sans aucune ambiguïté des différences de prix considérables pour un même équipement d'un pays à l'autre, probablement fonction du dispositif de prise en charge des dépenses, et également au niveau national d'une MDPH à l'autre.
- [235] Si la question des fauteuils électriques est en passe de voir ses termes renouvelés prochainement avec la modification de la LPPR pour ces équipements, celle des prothèses auditives, qui concernent l'assurance maladie et les institutions en charge du handicap et de la prise en charge de la dépendance reste encore insuffisamment explorée.

- [236] Ces marchés devraient être plus étroitement régulés. Des options, telles l'instauration de prix limites de vente, la labellisation voire le conventionnement des entreprises prestataires par les départements ou la mise en place de centrales d'achat devraient être étudiées. De même, l'articulation des financements de l'assurance maladie, des départements et d'autres financeurs (Agefiph, FIPHFP, mutuelles, etc.) devrait être intégrée à la réflexion⁶⁷. Enfin, la question de la mise en place d'une base de données indépendante sur les aides techniques demeure entière avec la cessation d'activité en juillet 2011 de la base de données de la CNSA. La mission consacrée à la PCH ne peut explorer ces modalités dans les temps impartis. Elle considère que le sujet est complexe et important, tant pour le handicap que pour la dépendance. Il comporte par ailleurs des enjeux économiques et sociaux déterminants, et devrait à ce titre faire l'objet d'une mission d'inspection spécifique.

Recommandation n°15 : Demander une mission d'inspection spécifiquement destinée à l'évaluation des conditions de régulation de la dépense liée aux équipements destinés aux personnes handicapées, et plus particulièrement aux prothèses auditives (Etat)

- [237] Les travaux relatifs aux aides techniques n'épuisent pas le champ de l'appui attendu par les MDPH. L'aménagement du véhicule et l'aménagement du logement sont également des domaines dans lesquels les équipes pluridisciplinaires ont exprimé des besoins.
- [238] En matière d'aménagement du logement, le guide d'aide à la décision publié en janvier 2010 est très apprécié, mais les équipes ressentent un manque en ce qui concerne les références de prix applicables. Les prix sont logiquement variables d'une zone géographique à l'autre, et plusieurs départements rencontrés ont initié un travail de référencement des prix pratiqués dans leur périmètre. Il semble toutefois que ces travaux seraient utilement coordonnés et compilés sur une base régionale. La CNSA pourrait se charger de la réalisation de ces bases de données régionales. En ce qui concerne l'aménagement du véhicule, la mise en place d'un référencement des prix au niveau national semblerait plus appropriée.

Recommandation n°16 : Coordonner les initiatives locales de référencement des prix pratiqués en matière d'aménagement du logement et du véhicule (CNSA)

⁶⁷ La mission IGAS relative aux dispositifs médicaux a montré sur la base d'un échantillon de 202 dossiers étudiés dans 4 MDPH que pour les audioprothèses étaient prises en charge à 9,1 % par l'assurance maladie et à 23,1 % par la PCH, tandis que les véhicules pour personnes handicapées étaient pris en charge à 42,5 % par l'assurance maladie contre 23,8 % par la PCH. IGAS, *Evolution et maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux*, rapport établi par Annick MOREL, Abdelkrim KIOUR et de docteur Alain GARCIA, RM2010-154P, novembre 2010

Troisième partie – Les aspects financiers et la montée en charge du dispositif

[239] La PCH constitue une extension de la compétence générale en matière d'aide sociale transférée aux départements en 1983, lors de l'acte I de la décentralisation⁶⁸. Le coût de cette prestation reste relativement limité puisqu'il représente 2 % du montant total des dépenses de fonctionnement des départements (1,1 Md d'euros sur 54 Mds d'euros) et 7 % du montant total des principales prestations sociales (APA, RMI-RSA, PCH) versées par les départements. Son évolution est cependant préoccupante car elle est particulièrement dynamique.

[240] La PCH représente aujourd'hui 1/5 du montant total de l'effort des départements en faveur des personnes handicapées (dépenses liées au maintien à domicile ou à l'hébergement) estimé par l'observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS)⁶⁹, à environ 5,2 Mds d'euros en 2009.

Tableau 3 : Evolution des dépenses d'aide sociale des départements de 2006 à 2010 (Mds€) :

	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	Evolution dépenses 2006/2009	Evolution Provisoire dépenses 2009/2010
Dépenses réelles de fonctionnement (DRF)	42,22	45,37	48,63	50,94	53,88	+20,65 %	+5,77 %
Dépenses totales d'aide sociale (DAS) (1)	27,75	29,20	30,39	31,50	32,41	+ 13,51 %	+ 2,88 %
Dépenses APA	4,41	4,74	5,04	5,22	5,40	+ 18,36 %	+ 3,44 %
Dépenses RMI-RSA	7,25	7,43	7,38	7,89	8,45	+ 8,82 %	+ 7,09 %
Dépenses ACTP+PCH	0,83	0,96	1,19	1,42	1,62	+70,54 %	+14,17 %
Dépenses PCH	0,08	0,28	0,57	0,84	1,09	+ 967,42 %	+ 29,01 %
Part dépenses ACTP + PCH dans les DAS	3 %	3,3 %	3,9 %	4,5 %	5 %	-	-

Source : Mission: chiffres DGCL : « les collectivités locales en chiffres » éd. 2011, « les finances des départements » éd. 2006 à 2010 ; CNSA : ACTP et PCH, DGFIP : chiffres provisoires 2010 DAS : dépenses des fonctions : prévention sociale, action sociale, RMI, RSA et APA , ACTP et PCH

⁶⁸ Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

⁶⁹ Lettre de l'ODAS « dépenses départementales d'action sociale en 2009 », juin 2010.

[241] Cette observation générale appelle plusieurs remarques :

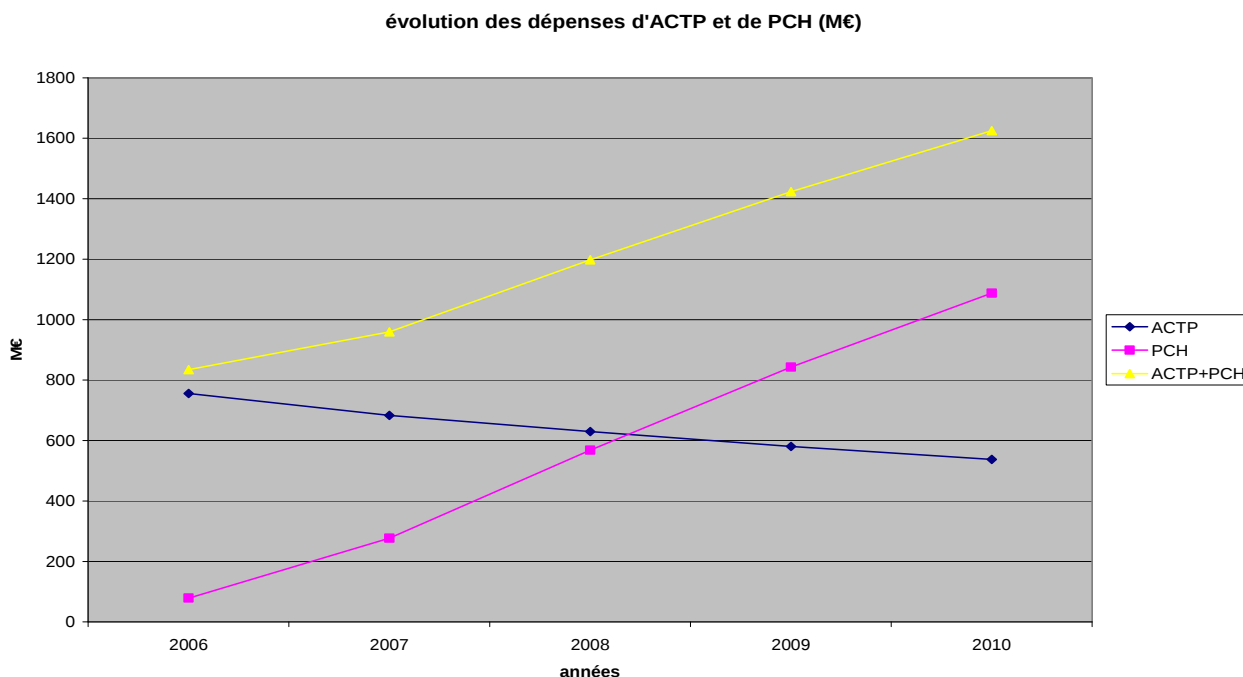
- la dépense de la PCH ne peut pas être dissociée de celle de l'ACTP dans la mesure où la loi a maintenu la coexistence de ces deux prestations. Leur montant cumulé s'élève en 2010 à 1,62 milliard d'euros (Md€) ;
- les dépenses totales ACTP+PCH évoluent depuis 2006 plus rapidement (+70,5 %) que l'ensemble des dépenses de fonctionnement (+20,6 %) et des dépenses d'aide sociale (+13,5 %) des départements. En 2006, ces prestations représentaient 3 % des dépenses d'aide sociale (DAS) des départements, elles en représentent 5 % en 2010 ;
- la dépense d'ACTP a diminué moins fortement qu'attendu. Elle est en 2010 de 537M€ soit 218 millions d'euros (M€) de moins qu'en 2006.

Tableau 4 : Evolution des dépenses d'ACTP et de PCH de 2006 à 2010 (M€) :

	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	Evolution 2006/ 2009 %	évolution 2006 2010 (p) %	évolution 2009/ 2010 (p) %
dépenses totales ACTP + PCH	834,7	959,9	1 198,5	1 423,6	1 625,3	+ 70,54	+ 94,7	+ 14,17
dépenses ACTP	755,7	683	629,7	580,3	537,4	- 23,21	- 28,88	- 7,39
dépenses PCH	79	276,9	568,7	843,2	1 087,9	+ 967,42	+1 277	+ 29,01

Source : Mission, chiffres CNSA

Graphique 1 : Dépenses d'ACTP et de PCH



Source : Mission, données CNSA

[242] Bien que la mise en œuvre de la prestation soit très réglementée, il s'agit d'un dispositif décentralisé et les situations entre départements peuvent être contrastées. La mission a examiné successivement l'évolution des dépenses de l'ACTP (1), de la PCH (2) et de la contribution de la CNSA (3). Enfin elle fait quelques recommandations (4) qui pourraient améliorer le pilotage prospectif et le contrôle des dépenses ainsi qu'éviter des transferts de charges qui ne devraient pas relever des départements.

1. LA DIMINUTION DES DEPENSES D'ACTP RESTE LENTE

[243] D'après les administrations centrales interrogées, lors de la mise en place de la PCH, le sentiment général était que les bénéficiaires de l'ACTP opteraient majoritairement vers la nouvelle prestation. Or, s'il y a bien au niveau national, une diminution régulière des bénéficiaires et des dépenses d'ACTP, elle reste lente et contrastée selon les départements.

1.1. L'évolution des bénéficiaires et des dépenses d'ACTP au niveau national

Tableau 5 : Bénéficiaires de l'ACTP (2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	Evolution 2006-2009	Evolution provisoire 2006-2010
Bénéficiaires	127 575	124 694	112 177	100 608	102 341	- 21,13 %	-19,77 %
Evolution annuelle des bénéficiaires	- 6,5 %	-2,25 %	- 10,03 %	-10,3 %	+1,72 %		
Dépenses⁷⁰	755,73	682,98	629,71	580,32	537,41		
Evolution des dépenses	+0,58 %	- 9,62 %	-7,79 %	-7,84 %	- 7,39 %	-23,21 %	-28,88 %

Source : Mission, chiffres DRESS/ bénéficiaires 2005 (136 524) ; DGFip/ dépenses 2005 (751,3M€) ; CNSA 2006 à 201, chiffres 2010 DGFip.

[244] Depuis 2006, l'ACTP a perdu près de 20 % de ses bénéficiaires pour concerner aujourd'hui un peu plus de 100 000 personnes auxquelles sont versés environ 537 M€.

⁷⁰ Sous réserve de possibles erreurs d'imputation comptable. Jusqu'en 2006 les dépenses d'ACTP sont inscrites dans la nomenclature comptable des départements (M52), sur un compte global « allocations handicapés » n° 65112. Avec la création de la PCH, l'inscription des dépenses d'ACTP est individualisée à partir de 2007 dans un compte spécifique n° 651122.

- [245] Le nombre des bénéficiaires ayant reçu un paiement au cours de l'année n'avait diminué que de 6,5 % en 2006 et 2,25 % en 2007, le rythme est plus soutenu entre 2008 et 2009 (-10 %). Toutefois, en 2010, les données provisoires de la CNSA indiquent une légère augmentation du nombre de ces bénéficiaires (+1,72 %). Ne pouvant plus s'expliquer par l'ouverture de droits à de nouveaux entrants, cette augmentation est peut-être partiellement liée à des réouvertures de droit à des personnes pour lesquelles le paiement avait été suspendu à des titres divers (par exemple pour des conditions de ressources). Cette explication n'est probablement pas suffisante et confirme les limites du dispositif de recueil des données. La CNSA a cependant bien indiqué aux conseils généraux la définition des bénéficiaires à prendre en compte⁷¹. Parallèlement, au niveau national, on constate une diminution des dépenses d'environ 29 % depuis 2006, au rythme annuel constant d'environ 7 % depuis 2008.
- [246] La mission n'a pas pu établir la part respective des principaux motifs de « sortie » des bénéficiaires de l'ACTP : décès, option pour l'APA, option pour la PCH, solde migratoire.
- [247] L'une des MDPH visitées par la mission a estimé que 10 % des bénéficiaires d'ACTP lors du possible renouvellement de leur allocation (tous les cinq ans) ont opté en 2010 pour la PCH (soit 2 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'ACTP) mais cette évaluation ne peut servir de référence à l'échelle nationale.
- [248] L'option pour la PCH a probablement concerné les personnes les plus lourdement handicapées pour lesquelles la nouvelle prestation a constitué une très nette amélioration de la prise en charge non seulement de l'aide humaine mais aussi d'autres dépenses lourdes, non couvertes par l'ACTP (aides techniques, aménagement du logement et du véhicule).
- [249] Ceux qui avaient intérêt à basculer vers la PCH l'ont donc probablement déjà fait. Les actuels bénéficiaires de l'ACTP pourraient être perdants financièrement s'ils optaient pour la PCH. En outre, les bénéficiaires de l'ACTP ne deviendraient pas tous éligibles à la PCH, le taux d'incapacité de 80 % ne correspondant pas obligatoirement à des difficultés suffisantes pour qu'ils soient éligibles à la PCH.
- [250] En tenant compte de l'allongement de l'espérance de vie des bénéficiaires, le dispositif actuel de l'ACTP pourrait rester conséquent trente années et s'éteindre totalement à l'horizon d'environ 60 années (une personne entrée à 16 ans en 2005 peut choisir d'y rester toute sa vie)⁷².

1.2. Ces évolutions sont contrastées dans les départements

- [251] L'examen de l'évolution de l'ACTP dans chacun des départements fait apparaître de grandes disparités dont les facteurs sont difficiles à discerner et qui rendent peu aisées les projections pour l'avenir.
- [252] La baisse régulière des dépenses d'ACTP depuis 2006 s'observe dans la majorité des départements. Elle est toutefois d'intensité inégale.
- [253] A titre d'exemples et hormis le cas de la Martinique qui ne verse plus d'ACTP, l'ensemble de ses bénéficiaires percevant la PCH, les départements qui connaissent, sur la période cumulée 2006-2010 une baisse supérieure à la moyenne nationale (-28,9 %), peuvent aussi bien correspondre à des départements ruraux tels que l'Ariège (-43,8 %) ou la Corrèze (-47,5 %) qu'à des départements urbains tels que Paris (-38,4 %) ou la Gironde (-39,6 %). De la même manière, ceux qui connaissent une baisse plus limitée de leurs dépenses sont tantôt des départements ruraux tels que la Lozère (-14,3 %) tantôt des départements urbains tels que la Seine-Saint-Denis (-17,2 %).

⁷¹ La CNSA rappelle chaque année aux conseils généraux que le « nombre de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP à prendre en compte correspond au nombre de personnes ayant reçu au moins une fois dans l'année un versement au titre de la PCH ou de l'ACTP. Dans ces conditions, le même bénéficiaire est compté une seule fois quel que soit le nombre de versements reçus ». La DREES pour sa part montre une décade régulière du nombre de bénéficiaires ayant un droit ouvert au 31 décembre (de l'ordre de 10 % par an).

⁷² Cf. sur ce point les paragraphes 379 et suivants du rapport

- [254] Quelques départements (11) connaissent des variations annuelles plus aléatoires pouvant présenter ponctuellement, d'une année sur l'autre, des périodes de diminution des dépenses suivies de périodes d'augmentation. Cette évolution peut provenir du fait que les bénéficiaires de l'ACTP changent de départements de résidence.
- [255] Dans de rares cas, les dépenses d'ACTP augmentent alors que le nombre de bénéficiaires diminue. Ces variations sont certainement liées aux mécanismes de révision de l'ACTP : le réexamen des situations individuelles peut conduire à la révision du montant de l'ACTP si les besoins de la personne handicapée et la façon dont ils sont pris en charge ont évolué⁷³.
- [256] Au niveau national, le poids budgétaire de l'ACTP s'élève en 2009 à 40,6 % des dépenses d'ACTP et de PCH cumulées. Il varie toutefois selon les départements entre 15,2 % et 70,6 %. Enregistrent un poids supérieur à la moyenne des départements aussi peu comparables que les Hauts de Seine (53,2 %) ou le Cantal (57,7 %). Connaissent une situation inverse, par exemples, la Gironde (27,9 %) ou le Gers (26,9 %).
- [257] La mission a souhaité examiner si un basculement plus rapide de l'ACTP vers la PCH serait de nature à alléger ou à alourdir les dépenses des départements⁷⁴. Cette étude n'a pu confirmer aucune relation apparente entre le niveau du « basculement » à la PCH et le niveau des charges pesant sur les départements.

2. LES DEPENSES DE PCH SONT EN PROGRESSION RAPIDE, MAIS VARIABLE SELON LES DEPARTEMENTS. LEUR EVOLUTION A VENIR EST DIFFICILE A ESTIMER

- [258] Alors que l'ACTP diminue à un rythme modéré, la montée en charge de la PCH est dynamique au niveau national même si elle reste contrastée entre les départements.
- [259] Quatre années après sa mise en place, il est difficile de déterminer précisément les raisons de cette croissance et de prévoir les évolutions à venir. Il serait d'autant plus nécessaire de disposer d'outils méthodologiques que la nouvelle prestation est atypique.

⁷³ L'allocation est attribuée au taux maximum (830,69 €) si l'état du bénéficiaire nécessite l'aide d'une autre personne pour la plupart des actes essentiels de la vie et si cette personne est rémunérée pour cette aide ou si, faisant partie de l'entourage de la personne handicapée, elle subit de ce fait un manque à gagner (arrêt de travail par exemple). En revanche, elle est attribuée à un taux variable (entre 415,34 € et 726,85 €), si le besoin de l'aide d'une tierce personne répond à un besoin pour quelques actes essentiels de l'existence, ou pour l'ensemble de ces actes essentiels, mais sans que cela entraîne un manque à gagner pour la personne de l'entourage qui apporte cette aide.

⁷⁴ Pour ce faire, la mission a rapproché pour chaque département, pour 2009, la dépense cumulée d'ACTP et de PCH par habitant du pourcentage de bénéficiaires de la PCH

2.1. Au niveau national, une progression dynamique des bénéficiaires et des dépenses avec des montants très différenciés des éléments de la prestation

Tableau 6 : Une progression dynamique de la PCH

Année	2006	2007	2008	2009	2010 (p)
Bénéficiaires PCH					
Total bénéficiaires	8 892	37 260	69 674	102 693	158 978
- dont enfants	-	-	1 270	4 363	10 068
Evolution annuelle (année n/n-1)		+ 319 %	+ 87 %	+ 47,4 %	+ 54,8 %
- dont enfants		-	-	+ 243,5 %	+ 130,7 %
Dépenses PCH (M€)⁷⁵					
Dépenses totales	79	276,9	568,7	843,2	1 087,9
- dont enfants	-	-	3,9	41,5	91,5
Evolution annuelle année n/n-1		+ 250,5 %	+105,4 %	+48,2 %	+29 %
-dont enfants		-	-	+958,7 %	+120,1 %

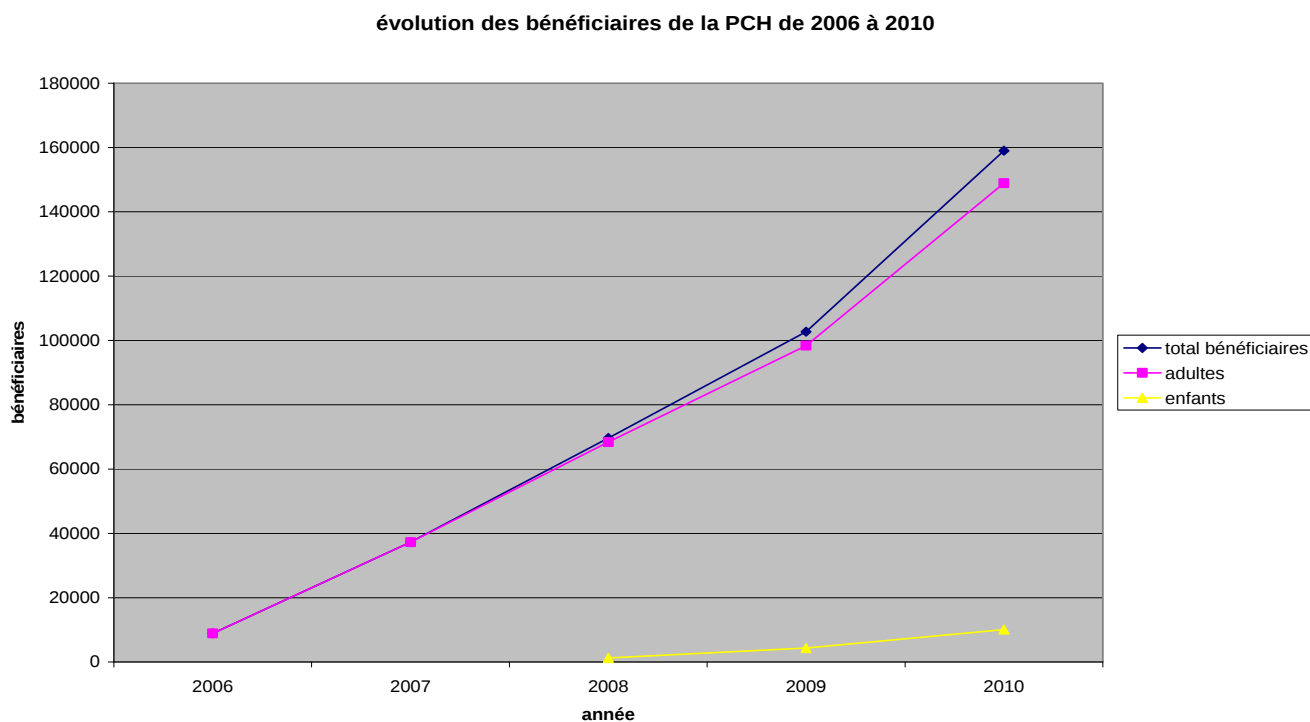
Source : Mission, chiffres CNSA.

[260] Sur la base des données de la CNSA⁷⁶, sont recensés 159 000 bénéficiaires de la PCH (*id est* ayant reçu au moins un paiement dans l'année) soit désormais davantage que de bénéficiaires de l'ACTP (102 300).

⁷⁵ Les dépenses de PCH au sens de la CNSA correspondent à des dépenses nettes des recettes liées à la récupération d'indus et de trop-perçus comme pour l'ACTP, de possibles erreurs d'imputations comptables des dépenses peuvent survenir liées notamment aux changements de nomenclature comptable des départements (M52) : création en 2006 du compte PCH N° 651121 segmenté en 2008 en deux sous-comptes pour individualiser la PCH enfant (N° 65 11212) de la PCH adultes (N°6511211).

⁷⁶ Avec une approche méthodologique à visée différente de celle de la CNSA, la DREES chiffre le nombre de bénéficiaires en 2010 à 112 700. La DREES prend en compte les bénéficiaires s'étant vu reconnaître un droit ouvert à la PCH notifié au 31 décembre de l'année

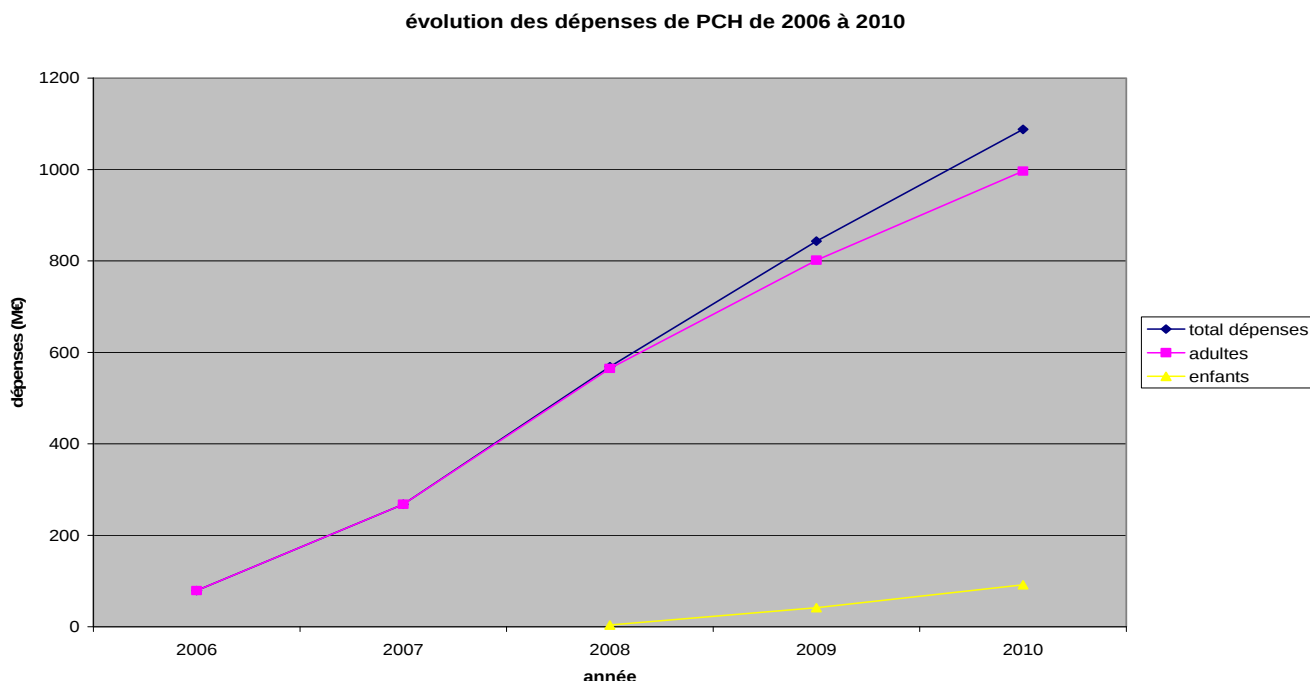
Graphique 2 : Bénéficiaires de la PCH (2006-2010)



Source : Mission chiffres CNSA.

- [261] Après un démarrage lent en 2006, le nombre de bénéficiaires a fortement augmenté à partir de 2007, au fur et à mesure que les structures départementales (MDPH, CDAPH) stabilisaient leur organisation et informaient les publics concernés.

Graphique 3 : Dépenses de PCH (2006-2010)

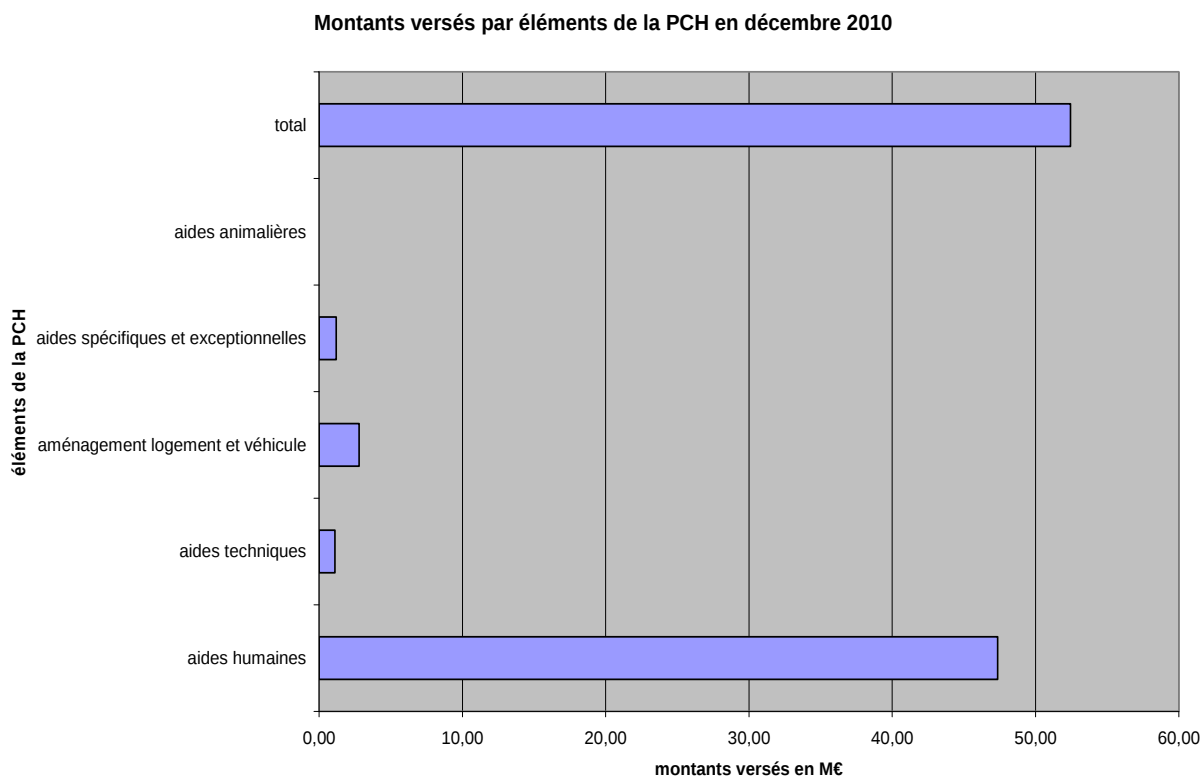


Source : Mission chiffres CNSA.

[262] Cette évolution s'est traduite financièrement par une augmentation importante des dépenses au niveau national pour atteindre en 2010 un peu plus d'un milliard d'euros (1,08 Mds€). Cependant, il est à noter que l'évolution des dépenses suit un rythme qui tend à ralentir progressivement passant de +250 % entre 2006 et 2007 à +29 % entre 2009 et 2010.

[263] Après seulement deux années de mise en œuvre, la PCH enfants ne pèse pas encore de manière significative (8,4 % des dépenses et 6,3 % des bénéficiaires de PCH en 2010) même si son poids au sein de la dépense totale de PCH a tendance à augmenter nettement. Il serait cependant prématuré de considérer que le rythme de progression est lié au seul effet de démarrage de la prestation (depuis 2008, augmentation des dépenses dans un rapport de 1 à 8 et des bénéficiaires dans un rapport de 1 à 23).

Graphique 4 : Des montants très différenciés des éléments de la prestation



Source : Mission, chiffres DREES

- [264] Les aides humaines représentent la part la plus importante des dépenses de PCH.
- [265] Les éléments recueillis par la DREES auprès de 62 départements montrent que sur un montant total de 52,44M€ versés pour le mois de décembre 2010, les aides humaines représentent la part la plus importante des dépenses (90,3 %). Viennent ensuite principalement les aides à l'aménagement du logement et du véhicule (5,3 %), les aides spécifiques et exceptionnelles (2,2 %), les aides techniques (2,1 %) et les aides animales (0,03 %).
- [266] Les dépenses de PCH présentent des montants très différenciés selon les éléments de la prestation. Selon les chiffres DREES, pour le mois de décembre 2010, le montant moyen pour l'ensemble de la PCH est de 800 € avec un coût moyen de 865 € pour l'aide technique, 780 € pour l'aide humaine, 484 € pour l'aménagement du logement ou du véhicule, 94 € pour les dépenses spécifiques et exceptionnelles et 54 € pour l'aide animale.

2.2. Les situations sont contrastées dans les départements⁷⁷

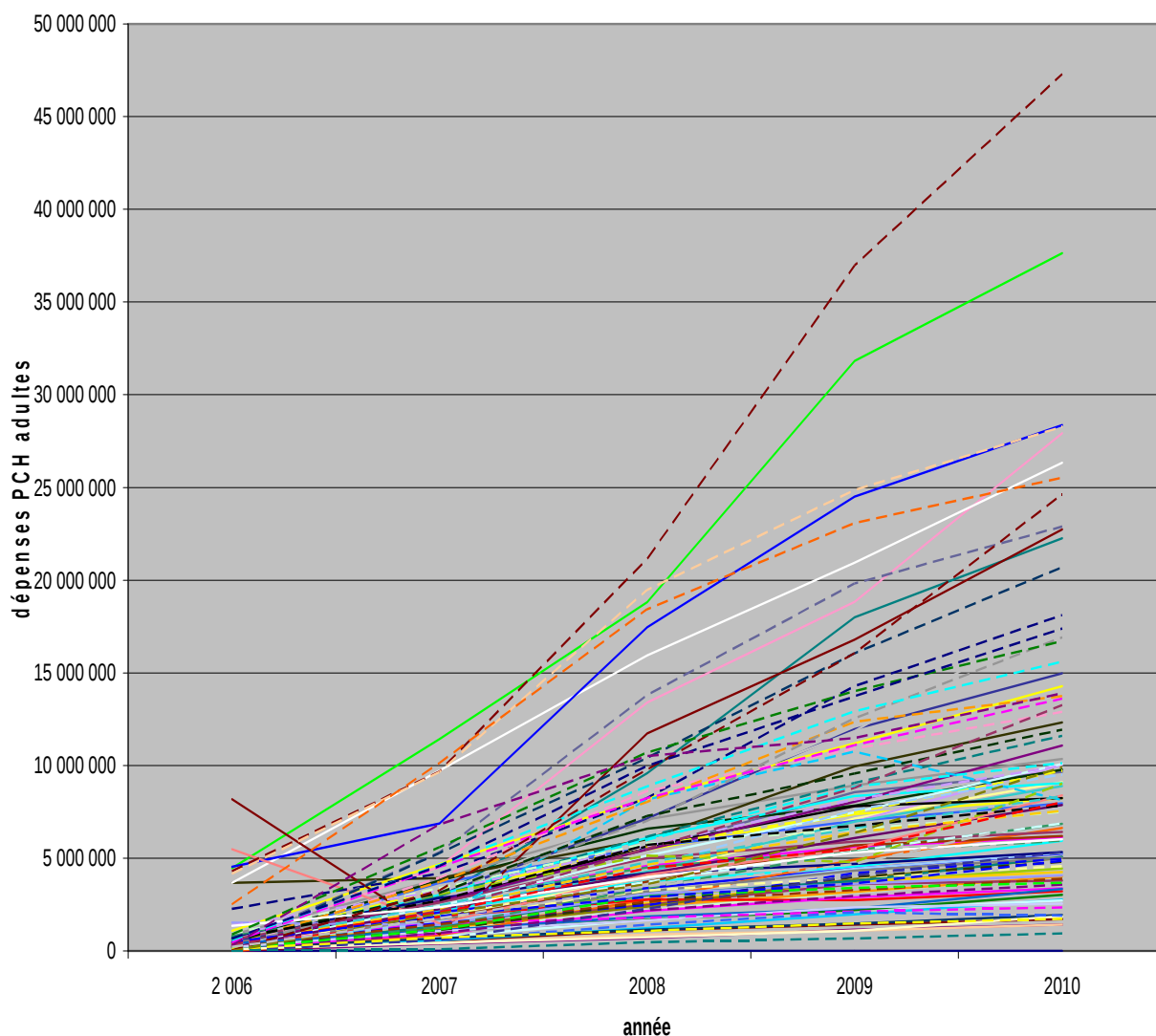
- [267] L'examen de la situation de la PCH dans chacun des départements fait apparaître, elle aussi, de grandes disparités.

2.2.1. Des disparités dans les rythmes de progression des dépenses

- [268] Les données disponibles de la CNSA font apparaître un rythme de progression variable des dépenses de PCH depuis 2006 selon les départements.

⁷⁷ Cf. pièces jointes n°5, 6 et 7

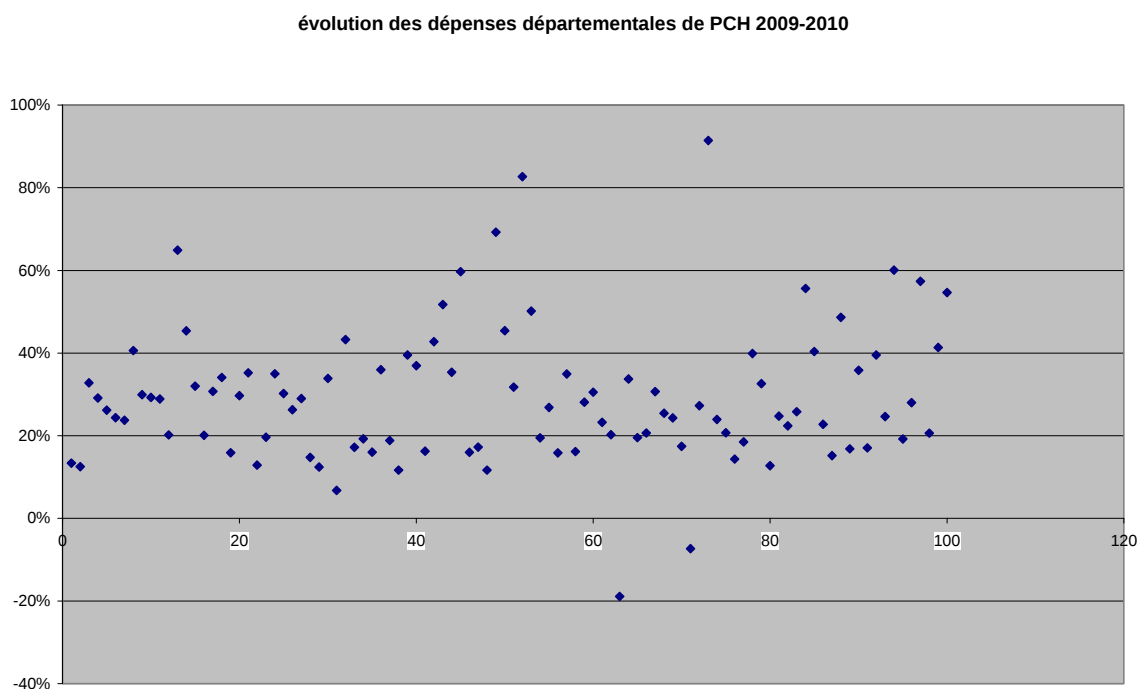
Graphique 5 : Evolution des dépenses de PCH (adultes) observées dans les 99 départements de métropole et d'outre-mer (n°01 à 974), de 2006 à 2010 :



Source : Mission, chiffres CNSA.

- [269] Si l'on considère l'évolution depuis quatre ans (2006-2010) de la dépense de PCH adulte, on constate une diversité de situations. Certains départements semblent avoir atteint un palier tandis que d'autres connaissent encore une phase d'expansion rapide.
- [270] Pour la période récente (2009-2010), deux départements réduisent leurs dépenses, un quart (27) enregistrent une progression de leurs dépenses inférieure à 20 %, la moitié (49) une hausse entre 20 % et 40 %, 16 entre 40 % et 60 %, et deux autres enfin enregistrent une progression supérieure à 80 % passant pour l'un de 6,5M€ en 2009 à 11,9M€ en 2010 et pour l'autre respectivement de 5,3 M€ à 10,2 M€. Les rythmes de dépenses ne sont toutefois pas des révélateurs fiables de la réalité de la « demande » de PCH, puisque des rattrapages de dépenses d'une année sur l'autre ont été signalés.

Graphique 6 : Evolution des dépenses de PCH entre 2009 et 2010 (par département)



Source : CNSA

[271] Le ralentissement de la progression des dépenses que connaissent une vingtaine de départements résulte davantage d'une baisse des montants moyens d'aides que d'une stabilisation du nombre de bénéficiaires. Cette baisse des montants moyens d'aide est probablement liée à la prise en charge des handicaps les plus lourds lors de la mise en place de la PCH, à la plus grande expérience des équipes techniques, à la stabilisation des décisions des CDAPH et à une meilleure connaissance des aides techniques.

[272] Ces constats qui portent sur une période relativement courte devront être confortés par une étude complémentaire d'identification des facteurs d'évolution différenciée des bénéficiaires et des dépenses qui complèterait utilement les travaux conduits par la DREES⁷⁸, par exemple sur la base de monographies départementales.

Recommandation n°17 : Réaliser une étude permettant d'affiner le diagnostic sur les disparités départementales de PCH (dépenses et bénéficiaires) (Etat, CNSA)

2.2.2. Des disparités dans le coût par habitant des dépenses de PCH

[273] En euro par habitant, les dépenses de PCH représentent en moyenne 13,53 € en 2009 et 17,37 € en 2010⁷⁹. Il existe cependant de très grands écarts de situation entre départements dans un rapport de 1 à 10.

⁷⁸ Publications de la DREES « Etudes et résultats » sur les dépenses d'aide sociale départementale, sur la PCH et l'ACTP.

⁷⁹ L'indicateur retenu par la mission de la « dépense exprimée en euro par habitant » ne prétend pas refléter l'effort des départements dans la politique du handicap, qui comprend outre les dépenses de PCH, celles d'ACTP ainsi que d'autres dépenses de fonctionnement et d'investissement liées aux structures d'hébergement.

Tableau 7 : Dépenses de PCH des départements par habitant (en euros) :

	2009	2010 (p)
Montant moyen	13,53	17,37
Minimum	3,23	4,56
Médiane	12,68	17,19
Maximum	30,56	41,32

Source : Mission, chiffres CNSA.

2.2.3. Les dépenses par bénéficiaire sont très variables d'un département à l'autre

[274] Les données issues des recensements de la CNSA font état pour 2009 d'une dépense moyenne annuelle par bénéficiaire de la PCH de 8 212 € mais qui varie, selon les départements, entre 3 356 € et 23 572 €⁸⁰. Ces écarts sont peu significatifs car des montants moyens agrègent cinq éléments de nature hétérogène et des modalités de paiement disparates (versements ponctuels ou réguliers).

[275] Ils résultent du principe même du calcul de la prestation qui repose sur des plans personnalisés de compensation (PPC). Ces derniers comprennent plusieurs volets entraînant chacun des dépenses qui sont en partie fonction de situations locales objectivement diverses et de paramètres appliqués localement :

- les tarifs de l'aide humaine variable selon qu'il s'agit d'un aidant familial ou d'un prestataire ;
- les tarifs des services prestataires « autorisés » par les départements, ou agréés ;
- les coûts des équipements techniques (fauteuils roulants, audioprothèses notamment) et des travaux ;
- l'offre accessible en établissement ;
- la diverse interprétation par les CDAPH de notions difficiles à définir comme celle de « surcoûts », notamment en matière d'aménagement de logements ;
- la capacité à mobiliser d'autres aides par un travail en réseau.

[276] Les disparités interdépartementales perceptibles à travers les données de la CNSA sont confirmées par les données disponibles que la DREES collecte auprès des départements.

⁸⁰ La CNSA collecte à la fois le montant des dépenses annuelles consacrées à la PCH et le nombre de bénéficiaires, mais la CNSA confirme que le rapport entre ces deux données, exprimant le montant moyen de dépense de PCH par bénéficiaire, est fragile, cf. partie consacrée à la CNSA

Tableau 8 : Montants moyens accordés de PCH par élément, par bénéficiaire, en décembre 2010 :

	Aide humaine	aide technique	aménagement du logement et du véhicule	dépense spécifique et exceptionnelle	aide animalière	total
Moyenne	742 €	855 €	677 €	104 €	60 €	756 €
Minimum	435 €	61 €	111 €	53 €	45 €	473 €
Maximum	1 243 €	2 221 €	3 077 €	641 €	450 €	1 266 €

Source : DREES, (éléments provisoires 2010 sur 64 départements), calculs mission

- [277] La dispersion entre les montants servis est moins forte pour l'élément aide humaine que pour les autres éléments de la PCH. Au titre de l'aide humaine, les départements du premier quartile versent à ce titre en moyenne 511 € tandis que les départements du dernier quartile versent en moyenne 1028 €⁸¹.

2.2.4. Les écarts de dépenses ne semblent pas liés à la situation financière des départements

- [278] Une récente étude universitaire sur les dépenses sociales des départements⁸² indique que, sur une période d'observation longue, les montants des dépenses engagées par les conseils généraux pour les actions en faveur du handicap ne sont pas liés à la situation financière des départements, contrairement aux dépenses de RMI-RSA.
- [279] En comparant les dépenses des départements en 2009 selon qu'ils disposent d'un fort potentiel fiscal ou au contraire d'un potentiel fiscal faible, la mission a constaté que la charge de PCH est tout aussi élevée dans les départements à faible potentiel que dans ceux à fort potentiel⁸³.

Tableau 9 : Dépenses de PCH en euro par habitant en 2009

Départements à fort potentiel fiscal par habitant		Départements à faible potentiel fiscal par habitant	
Hauts de Seine	8,36 €	Creuse	13 €
Alpes Maritimes	16,58 €	Côtes d'Armor	15,91 €
Rhône	14,87 €	Deux-Sèvres	15,54 €

Source : Mission, chiffres CNSA (PCH) et DGCL (potentiel fiscal).

⁸¹ Cf. annexe 3. Les départements du premier quartile sont les départements versant les montants les plus faibles, représentant 25 % du total des départements. Les départements du dernier quartile sont les départements versant les montants les plus élevés, représentant 25 % du nombre total de départements.

⁸² Etude sur les dépenses sociales des départements, Guy Gilbert, Alain Guengant, Yvon Rocaboy, Benoît le Maux, Danièle Moret-Bailly, Luc-Alain Vervisch, Juin 2010

⁸³ Le rapport de la Cour des Comptes sur « la conduite par l'Etat de la décentralisation », 2009 souligne que le poids budgétaire et l'évolution de la PCH « risquent de ne pas être en rapport avec la capacité contributive des collectivités »

3. LA CONTRIBUTION DE LA CNSA « DESTINEE A COUVRIR UNE PARTIE DU COUT DE LA PRESTATION »

3.1. *Le rappel des principes*

- [280] Il convient de distinguer l'ACTP qui relève d'un transfert de compétence et la PCH qui relève d'une extension de compétence.
- [281] S'agissant de l'ACTP, la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, a donné aux départements une compétence générale en matière de prestations d'aide sociale parmi lesquelles figuraient l'allocation compensatrice pour tierce personne versée aux personnes handicapées. A l'occasion de ce transfert de compétence et en application de la loi du 7 janvier 1983 précitée, ont été attribuées aux départements « les ressources équivalentes aux dépenses effectuées, à la date du transfert, par l'Etat au titre des compétences transférées. Ces ressources assurent la compensation intégrale des charges transférées ».
- [282] S'agissant de la PCH, extension de compétence, le législateur a prévu une contribution de la CNSA, selon des modalités fixées par les articles, L. 14-10 – 1 à 10 du CASF, issues de la loi du 11 février 2005.
- [283] Dans le contexte plus global d'« effet ciseaux » entre les dépenses et les recettes d'aides sociales des départements souligné par différents rapports et études⁸⁴, plusieurs départements ont invoqué devant les juridictions administratives une question prioritaire de constitutionnalité dirigée contre plusieurs de ces dispositions du CASF, estimant qu'au regard des articles 72 et 72-2 de la Constitution, elles «...ne seraient désormais plus de nature à garantir l'absence d'une... dénaturation... du principe de libre administration de nombre de départements... ». Par décision du 20 avril 2011, le Conseil d'Etat a renvoyé au Conseil constitutionnel la question de la conformité à la Constitution des articles L. 14-10-4, L. 14-10-5, L. 14-10-7 et L. 14-10-8 du CASF.
- [284] La décision du Conseil constitutionnel n'étant pas connue au moment de ses investigations, la mission a estimé qu'elle ne pouvait que rechercher si les ressources affectées influaient sur les dépenses constatées dans les départements. Ces observations devront d'autant plus être relativisées que la mission sera amenée à proposer des recommandations (voir infra) tendant d'une part à diminuer certaines dépenses, d'autre part à examiner la répartition des charges entre les départements et les autres acteurs ayant également vocation à compenser, totalement ou partiellement, le handicap.
- [285] Depuis, par décision du 30 juin 2011 le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution les articles précités du CASF, sous réserve « qu'il appartient au pouvoir réglementaire de fixer le pourcentage (prévu à l'art R. 14-10-33 du CASF) à un niveau qui permette, compte tenu de l'ensemble des ressources des départements, que le principe de la libre administration des collectivités territoriales ne soit pas dénaturé ; qu'en outre, si l'augmentation des charges nettes faisait obstacle à la réalisation de la garantie prévue par l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles, il appartiendrait aux pouvoirs publics de prendre les mesures correctrices appropriées » ;

⁸⁴ Notamment, rapport de M. Pierre Jamet sur « les finances départementales », 2010 ; rapport de l'observatoire des finances locales 2010.

3.2. La contribution versée par la CNSA pour la PCH et la réduction de la dépense ACTP

3.2.1. La contribution de la CNSA au financement de la PCH⁸⁵

[286] La contribution de la CNSA est alimentée par une fraction (fixée à 26 % en 2010) du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie et une fraction (50 %) des produits financiers réalisés par la caisse. Ses recettes sont donc liées à des éléments de conjoncture, qui depuis 2008 sont défavorables et expliquent la diminution de la contribution de la CNSA au titre de la PCH, ramenée à 501,9 M€ en 2010.

Tableau 10 : Concours de la CNSA au titre de la PCH 2006-2010 (en M€)

2006	2007	2008	2009	2010 (p)
523,31	530,49	550,76	509,69	501,92

Source : CNSA

[287] La répartition entre les départements des concours dus au titre de la PCH est effectuée en fonction de quatre critères, auxquels s'applique un taux de pondération⁸⁶.

[288] Trois critères de charge :

- la population âgée de 20 à 59 ans (pondération à 60 %),
- le nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) et de la pension d'invalidité (30 %),
- le nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) (30 %),
- et un critère péréquisiteur de ressource : le potentiel fiscal des départements⁸⁷ (-20 %).

[289] Calqué sur celui de l'APA, un critère correctif, dont le taux est fixé par décret⁸⁸, est également prévu selon lequel les charges nettes de PCH ne peuvent être supérieures à 30 % du potentiel fiscal de chaque département⁸⁹. Celui-ci reste pour l'heure théorique, n'ayant pas trouvé à s'appliquer.

3.2.2. La prise en compte de la diminution des dépenses d'ACTP

[290] Comme rappelé précédemment, la substitution des dépenses de la PCH à celles de l'ACTP s'opère progressivement.

⁸⁵ La CNSA participe par ailleurs au financement des MDPH (60 M€ en 2010).

⁸⁶ Articles L. 14-10-7 et R. 14-10-32 du CASF

⁸⁷ Indicateur défini à l'article L. 3334-6 al 1er du CGCT, le potentiel fiscal évalue la « richesse » financière potentielle des départements indépendamment du niveau d'effort fiscal demandé aux contribuables.

⁸⁸ Article R. 14-10-33 du CASF

⁸⁹ Articles L. 14-10-7 et R. 14-10-33 du CASF.

Tableau 11 : Evolution pluriannuelle des dépenses d'ACTP :

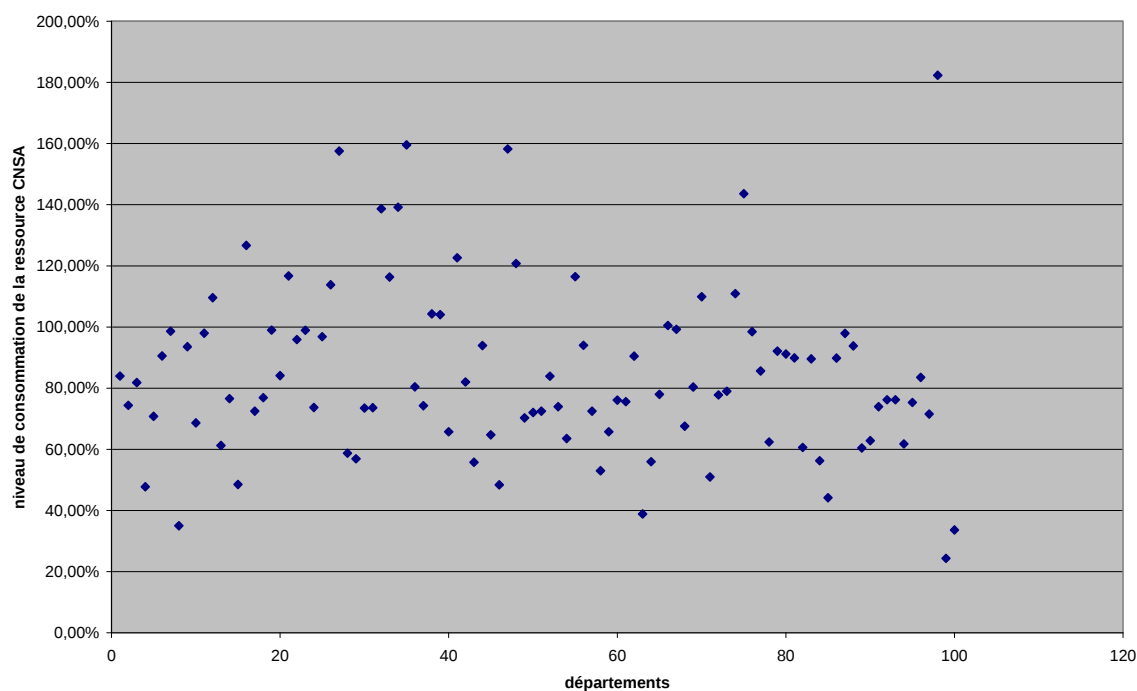
	2006	2007	2008	2009	2010(p)
dépenses d'ACTP (M€)	755,7	683	629,7	580,3	537,4
Evolution annuelle des dépenses d'ACTP (M€)	-	-72,7	-53,3	-49,4	-42,9

Source : Mission, Chiffres CNSA.

3.3. Dans les départements, le montant des dépenses n'est pas corrélé à la ressource

- [291] La contribution de la CNSA en 2006 et en 2007 a été nettement supérieure à la dépense de PCH.
- [292] La CNSA s'est interrogée dès 2008 sur la possibilité de plafonner la contribution au niveau de la dépense. L'analyse juridique de la DGCL a conclu que ce n'était pas possible sans modification législative car cette contribution est pour les départements une recette non affectée. Il est à noter que le différentiel s'est réduit au fur et à mesure de la montée en charge de la PCH et a quasiment disparu en 2010.
- [293] Le graphique suivant indique le taux de consommation de la contribution CNSA⁹⁰ par les départements pour la période cumulée 2006 à 2009. Il montre que sur la période d'étude, 80 départements ont dépensé moins que la contribution de la CNSA.

Graphique 7 : Taux de consommation de la ressource CNSA (période cumulée 2006 à 2009)



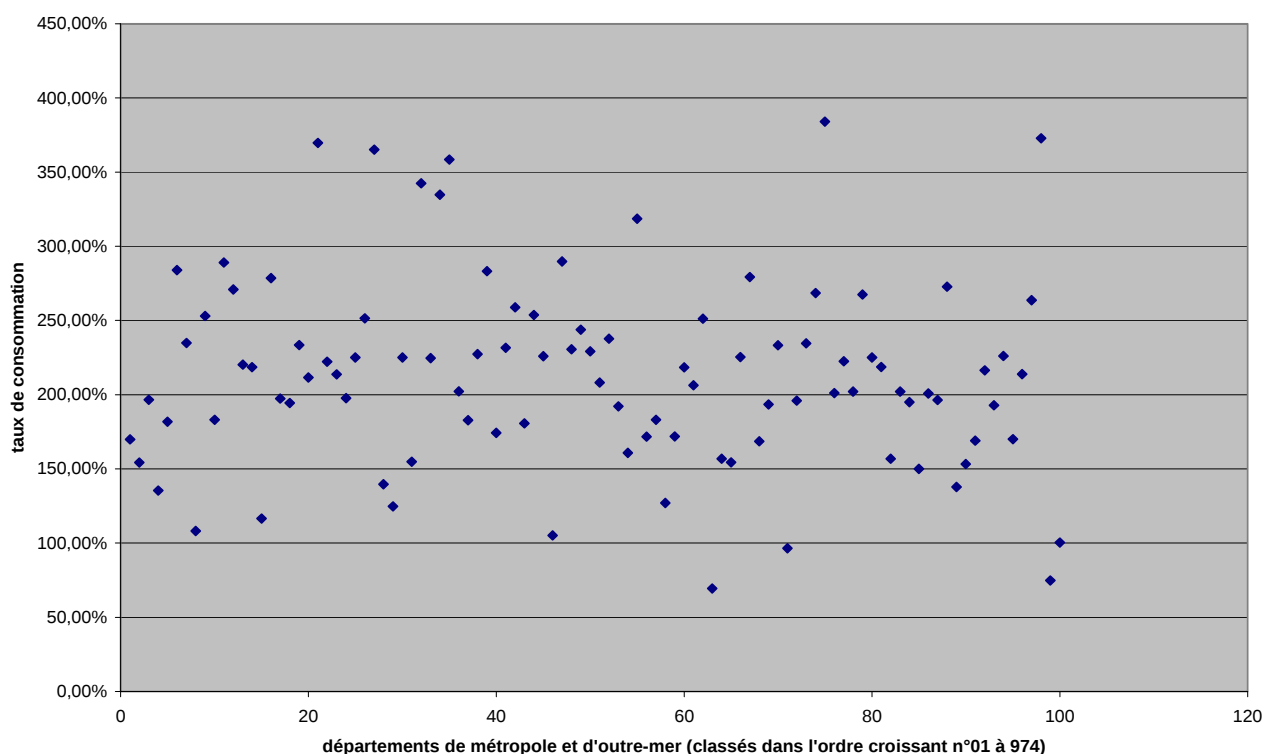
Source : Mission, chiffres CNSA. La ligne 100 % correspond à une dépense de PCH équivalente à la contribution CNSA.

⁹⁰ Le taux de consommation = montant des dépenses de PCH / montant de la contribution CNSA

[294] Pour la période cumulée 2006 à 2010, compte-tenu de la légère baisse de la contribution et de l'augmentation des dépenses, le niveau de consommation progresse mais il reste encore 41 départements qui ont consommé moins que la contribution CNSA qui leur a été attribuée. En revanche pour la seule année 2010, seuls quatre départements ont dépensé moins que la contribution de la CNSA.

[295] Ces taux de consommation ne tiennent cependant pas compte de la diminution de la dépense d'ACTP. En outre, la mission estime et le développe infra qu'une rationalisation des dépenses actuelles est possible et que certaines dépenses pourraient relever de la compétence d'autres organismes que les départements.

Graphique 8 : Taux de consommation de la ressource CNSA en 2010



Source : CNSA

4. LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION POUR AMELIORER LE PILOTAGE PROSPECTIF ET LA GESTION DES DEPENSES

[296] La PCH est une prestation encore relativement mal connue. Contrairement à l'APA, ses évolutions sont difficilement prévisibles, ce qui donne le sentiment partagé par les acteurs concernés (Etat, départements) d'un pilotage « à vue » du dispositif.

[297] Le nombre des demandeurs devrait logiquement augmenter à mesure de l'information et du repérage des publics éligibles et de la mise en œuvre des droits d'option par les actuels bénéficiaires de l'ACTP ou de l'AEEH. Ces facteurs contribueront à l'augmentation de la dépense mais le rythme d'augmentation et le niveau futur de la dépense sont difficiles à prévoir.

- [298] Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de doter les acteurs d'outils d'analyse prospective afin d'améliorer le pilotage de la prestation. La mission s'est en outre attachée à analyser les pistes pouvant améliorer l'équilibre financier de la PCH en proposant la rationalisation de certaines dépenses ou la mobilisation de recettes supplémentaires.

4.1. Des outils d'analyse prospective pour améliorer le pilotage du dispositif

- [299] Les études prospectives menées aux plans national et local sur la montée en charge de la PCH sont peu nombreuses. Au niveau national, la CNSA manque de moyens pour se livrer au travail pourtant stratégique de prévision des besoins financiers des départements. La direction financière se limite à chiffrer les montants des concours prévisionnels pour l'année suivante selon les critères de répartition prédéfinis sans s'intéresser au niveau des dépenses. Au niveau local, les départements semblent tout autant désarmés pour se prêter à cet exercice pourtant indispensable pour prévoir la dépense.
- [300] Ce type d'étude est difficile à mener car la collecte des données financières doit être en mesure de distinguer les dépenses engagées qui relèvent des décisions des CDAPH des dépenses réalisées qui relèvent des conseils généraux.
- [301] Cependant ce qui est le plus préoccupant est de ne pas pouvoir appréhender les évolutions à venir du nombre de bénéficiaires.
- [302] A supposer que l'on puisse disposer de données précises sur le nombre de personnes handicapées (par département, par type de handicap, selon la prévalence et la gravité du handicap), au-delà des deux sources actuelles de recensement (le déclaratif, le nombre de bénéficiaires de prestations), la population potentiellement éligible et le coût de la PCH resteront toujours difficiles à prévoir car il faut tenir compte de certaines limites, notamment :
- le critère d'éligibilité à la PCH ne se présume pas par le seul handicap ;
 - le vieillissement de la population handicapée ;
 - la sous déclaration potentielle du handicap psychique ou mental et l'émergence de nouveaux publics qui ne bénéficiaient auparavant d'aucune compensation de leur handicap (maladies invalidantes) ;
 - la difficulté à anticiper l'évolution des besoins pour l'aide humaine.
- [303] Sous ces réserves, il serait utile d'approcher statistiquement l'évolution future des dépenses, en réduisant la marge d'incertitude, qui est actuellement forte. Ce travail, que la mission n'a pas les moyens techniques de mener, devrait être entrepris et poursuivi par la CNSA en liaison avec les représentants des départements.

Recommandation n°18 : Constituer un groupe de travail afin d'élaborer des outils méthodologiques d'aide à la prévision de la montée en charge de la PCH à l'attention des administrations centrales et locales (CNSA)

4.2. Des pistes de rationalisation de la dépense

4.2.1. L'amélioration du fonctionnement du dispositif actuel

[304] Ont été identifiées par la mission comme susceptibles d'apporter des économies non négligeables bien que difficilement chiffrables, les recommandations suivantes (voir *infra*) qui n'appellent d'ailleurs pas toutes une modification du droit :

- la mise en place rapide d'un référentiel pour le calcul des aides au logement et à l'aménagement du véhicule et le lancement d'une mission d'étude sur les aides techniques. L'ensemble des intervenants ont indiqué à la mission que les prix avaient très fortement augmenté depuis la mise en place de la PCH ;
- la mise en place d'un agent au sein des MDPH chargé de la cohérence et de la conformité réglementaire des évaluations faites par les équipes techniques⁹¹ ;
- le recours pour l'aide humaine au paiement direct au prestataire permettant de financer les heures réellement réalisées dans la limite du plan d'aide. Selon un département visité par la mission, cette pratique lui a évité d'avoir à réclamer aux bénéficiaires 1,7 M€ de trop-perçus sur une année ;
- l'amélioration des contrôles d'effectivité, par l'échange d'informations avec les autres organismes payeurs et des contrôles plus réguliers et plus ciblés, y compris sur place, devraient permettre d'éviter des « trop-versés » de sommes parfois très lourdes à recouvrer. Un des départements visités par la mission a ainsi constaté lors d'un contrôle ciblé sur deux années que l'équivalent de 10 % de la dépense 2010 de PCH avait été indûment versée au titre de l'aide humaine soit la somme de 3 M€.
- la suppression partielle de la PCH en établissement (ce qui représente 0,37 % des dépenses de PCH dans l'un des départements visités par la mission)⁹².

4.2.2. Le réexamen des relations financières entre la CAF et les départements

[305] Le basculement des compléments de l'AEEH vers la PCH enfants entraîne une augmentation nette des dépenses pour les départements car certaines de ces dépenses étaient jusqu'alors prises en charge par les CAF.

[306] Des informations transmises à la mission par la CNAF⁹³, il ressort qu'en 2010, 347 M€ ont été versés par les CAF à titre de compléments de l'AEEH à 75 627 bénéficiaires, ce qui représente un montant moyen de 4588 €. Rapporté au nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH qui ont fait le choix de la PCH (4500) la même année, cela équivaldrait pour l'année de référence, approximativement à une somme de 20,65 M€ que les CAF n'auraient plus à verser au titre des compléments de l'AEEH.

[307] Ce sujet mérite d'être approfondi en concertation avec les autorités de tutelle, la CNSA, la CAF, la MSA et la représentation des départements.

⁹¹ Cf. paragraphe 349 et recommandation n°26

⁹² Cf. paragraphes 368 et suivants et recommandation n°28

⁹³ Il convient d'ajouter aux données de la CNAF, celles de la MSA.

4.2.3. La clarification de l'articulation entre les acteurs des champs relevant du sanitaire et du médico-social

[308] S'il est extrêmement difficile d'établir un lien au niveau départemental, entre la dépense PCH et le taux d'équipement en places d'hébergement des personnes handicapées dans la mesure où les établissements accueillent des personnes handicapées qui ne sont pas originaires des départements où ils sont implantés, se pose en revanche clairement la question des transferts financiers entre prise en charge à domicile, financée par la PCH, et prise en charge en établissement.

[309] En effet, les pratiques de certains établissements ont été signalées à plusieurs reprises à la mission, tendant à facturer le coût de certaines prestations ou d'équipements (protections urinaires, aides soignants voire infirmiers à domicile, plus rarement transports au domicile puisque désormais l'assurance maladie les prend en charge pour les accueils de jour) que les personnes handicapées supporteraient indûment au titre de la PCH.

4.3. Des pistes pour éviter le transfert vers les départements de charges financières qui relèvent d'autres organismes ayant compétence pour compenser le handicap

[310] En première partie du présent rapport, il a été proposé des modifications législatives et réglementaires concernant la compensation du handicap d'origine accidentelle avec tiers responsable. Sans attendre cette éventuelle réforme, au moment où les départements s'inquiètent de la montée en charge de la PCH au regard de la contribution de la CNSA, il faut éviter qu'ils assument des charges de compensation, qui pour certaines d'entre elles, pourraient relever de la compétence d'autres acteurs. Les prestations de PCH, cumulées avec l'ensemble des aides attribuées par ailleurs, ne doivent pas excéder les frais finalement engagés.

[311] Reposant sur la seule déclaration du bénéficiaire, la vérification que les montants attribués au titre de la PCH n'excèdent pas les frais supportés par la personne handicapée, est difficile à réaliser. Certaines aides financières sont souvent attribuées postérieurement à la décision d'attribution voire de mise en paiement de la prestation. Aucun circuit partagé de l'information des différents financeurs n'est en outre prévu. Dès lors, l'ajustement du montant de la prestation servie par le conseil général risque d'être tardif ou de ne pas intervenir en l'absence de déclaration du bénéficiaire.

[312] Les cas où la globalité des aides excéderait les frais engagés par les bénéficiaires de la PCH sont certainement rares pour ce qui concerne les aides légales ou extra légales, d'autant que les dossiers présentés au fond de compensation montrent qu'il y a souvent un reste à charge, parfois très important pour la personne handicapée. Ce reste à charge est parfois tel que le bénéficiaire renonce à exécuter certains éléments du plan personnalisé.

[313] L'ONIAM déduit le montant de la PCH des indemnisations des victimes d'accidents médicaux. Son rapport annuel 2010, constate une baisse globale des montants d'indemnisations payés en 2010 (-16,5 M€ par rapport à 2009) qui « traduit un transfert important du coût de la tierce personne sur les départements en raison de la montée en charge des maisons du handicap (MDPH) et de la nouvelle prestation de compensation du handicap géré par les départements (PCH) ».

Tableau 12 : Les indemnisations versées par l'ONIAM

	2008	2009	2010
Montants engagés (en M€)	73,88	62,59	46,05

Source : Rapport d'activité de l'ONIAM 2010.

- [314] Une attention particulière doit aussi être portée à la situation, au regard de la PCH, des personnes handicapées à la suite d'un accident.
- [315] Lorsque le handicap est lié à un accident avec tiers responsable, il s'agit souvent de handicaps lourds et les enjeux financiers sont très importants. Les victimes sollicitent souvent en premier recours la solidarité alors que des mécanismes indemnitaires, avec avances provisionnelles, pourraient compenser rapidement tout ou partie de leur handicap.
- [316] Selon le rapport de la FFSA (2008)⁹⁴, chaque année, les assureurs indemnisent environ 250 000 victimes de dommages corporels résultant d'accidents causés par un tiers, dont 186 000 d'accidents de la circulation. Plus de 6 milliards d'euros d'indemnités par an sont versés dont la moitié allouée aux victimes de dommages corporels les plus graves.
- [317] Outre le préjudice, moral et matériel, les indemnités assurantielles doivent compenser le handicap. Cependant elles sont accordées le plus souvent après l'attribution de la PCH. En raison de ce décalage dans le temps la PCH serait dans certains cas déduite du montant de l'indemnisation ce qui conduit à faire supporter par le conseil général une charge qui ne lui revient pas. Par ailleurs, dans les cas où la PCH n'est pas déduite du calcul de l'indemnité assurantielle, le bénéficiaire de l'indemnisation ne déclare pas toujours la part d'indemnisation dédiée à la compensation du handicap ce qui ne permet par alors au conseil général de déduire ce montant de son versement au titre de la PCH.
- [318] A titre d'exemple, pour tenter d'illustrer l'enjeu financier, la mission a constaté qu'un département incite les victimes d'accident à demander une avance provisionnelle dans le cadre d'une procédure d'indemnisation à la charge du tiers responsable de l'accident ou de son assureur. Sans que ce soit la seule cause identifiée, il est intéressant de noter que les dépenses moyennes d'aide humaine de ce département sont près de moitié moindres que celles des autres départements visités par la mission.
- [319] Aussi, au moment où les départements s'inquiètent de la montée en charge de la PCH au regard de la contribution de la CNSA, il importe qu'ils soient parfaitement informés de toute intervention d'autres organismes qui compensent le handicap afin que les montants attribués au titre de la PCH n'excèdent pas les frais supportés par la personne.

Recommandation n°19 : Rappeler aux bénéficiaires de la PCH leur obligation d'informer la CDAPH et le président du conseil général de toute modification de sa situation de nature à affecter ses droits (MDPH)

Recommandation n°20 : Imposer aux organismes publics et privés compensant le handicap d'informer du montant de l'aide accordée la MDPH et le président du conseil général du lieu de résidence du bénéficiaire (Etat)

Recommandation n°21 : Compléter le formulaire de demande de PCH par une rubrique mentionnant que le handicap est d'origine accidentel (Etat et CNSA)

Recommandation n°22 : Animer une concertation avec les assureurs et les MDPH pour harmoniser les modalités de calcul des montants d'indemnisations et d'évaluation du handicap (CNSA)

4.4. Une réflexion doit être menée sur la répartition du concours de la CNSA

- [320] Sous la réserve essentielle que soient mises préalablement en œuvre les mesures permettant de mieux réguler les dépenses, une réflexion sur les modalités de la répartition du concours de la CNSA pourrait être engagée. Elle contribuerait à une meilleure prise en compte des disparités départementales.

⁹⁴ Rapport « sur l'indemnisation des préjudices corporels », FFSA-GEMA, avril 2008.

- [321] D'ores et déjà, deux éléments méritent d'être signalés :
- le taux correctif fixé à 30 % apparaît élevé pour trouver à s'appliquer au regard des montants des dépenses de PCH ;
 - l'élargissement du critère démographique actuellement fixé entre 20 et 59 ans, pourrait être envisagé pour tenir compte de l'ouverture de la PCH aux enfants.

Recommandation n°23 : Engager une réflexion, associant les élus et les administrations concernées, sur les modalités de répartition de la contribution de la CNSA (Etat)

Quatrième partie – La mise en œuvre de la PCH par les MDPH et les départements

- [322] Instance décisionnelle de la MDPH, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) attribue une prestation de compensation du handicap après vérification de l'éligibilité de la personne handicapée et de la justesse du plan de compensation élaboré par l'équipe technique. La commission est garante de la prise en compte des souhaits et des besoins du bénéficiaire.
- [323] La décision de la commission est l'aboutissement d'une procédure organisée selon le schéma suivant: formulation de la demande, évaluation de la situation du demandeur et de ses besoins de compensation, acceptation par la personne du plan d'aide proposé. Cette décision doit ensuite être notifiée à la personne handicapée, pour éventuellement donner lieu à un recours. Les services du conseil général se chargent ensuite de la mise en paiement et du contrôle d'effectivité de la prestation. Enfin, un troisième acteur, le fonds départemental de compensation, peut être sollicité lorsque la personne handicapée se voit ouvrir un droit à une aide comportant un reste à charge trop important, pour obtenir des financements complémentaires.
- [324] Le plan d'aide peut être révisé à tout moment à la demande du bénéficiaire.
- [325] On tentera dans cette partie de décrire les éléments qui concourent, tout au long de ce parcours, à la qualité du service rendu aux personnes handicapées : précision de l'information, ampleur des besoins couverts, respect de son projet de vie et de ses choix, réalisme du plan d'aide, délais de traitement. On évoquera aussi la complexité du dispositif tant pour les professionnels que pour les usagers et leurs familles, ainsi que ses coûts de gestion élevés, qui apparaissent comme la contrepartie du caractère fortement individualisé de la prestation voulu par le législateur.
- [326] La diversité des organisations des cinq MDPH visitées par la mission, ainsi que du positionnement des acteurs et des décisionnaires se traduit *in fine* par des montants moyens de PCH perçus assez proches, à l'exception d'un département qui sert des montants deux fois inférieurs aux autres départements visités et à la moyenne nationale⁹⁵ :

Tableau 13 : Montants moyens de PCH versée par personne dans les départements visités par la mission (2009)

	Montant moyen versé dans le mois au titre de l'aide humaine (en euros)	Montant moyen de la PCH versé dans le mois (en euros)
Moyenne nationale	752 €	800
Département 1	348 €	385 €
Département 2	822 €	752 €
Département 3	833 €	829 €
Département 4	795 €	732 €
Département 5	700 €	676 €

Source : DREES, données pour le mois de décembre 2009

⁹⁵ Ces 5 départements ne se retrouvent pas tous dans l'échantillon de la DREES qui a permis d'établir des montants moyens par élément figurant dans le tableau 8 du présent rapport

1. L'OUVERTURE DES DROITS A LA PCH EST UN LONG PARCOURS

- [327] Plus de 15 000 demandes de PCH sont déposées chaque mois dans les MDPH. Depuis 2007 leur nombre a doublé. Elle représente 6,4 % de l'ensemble des demandes de prestation formulées en 2010 auprès des MDPH. La PCH enfants constitue seulement 11 % des demandes de PCH.

1.1. La demande de prestation

- [328] Le nombre de demandes de PCH par habitant varie fortement selon les départements : de 1 à 5 (source CNSA, 2010⁹⁶). Dans les cinq départements visités par la mission, le chiffre va de 400 pour 100 000 habitants à 950. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette diversité.

1.1.1. Des modes de réception de la demande divers

- [329] La demande peut se faire par courrier, par Internet⁹⁷, ou être déposée à la MDPH ou dans un lieu proche du domicile de la personne handicapée (service social départemental ou CCAS ou établissement d'accueil...). Cette demande pourra ou non donner lieu à un premier entretien avec un agent d'accueil ou un travailleur social ou encore avec un représentant d'association. Cette étape préalable aide le demandeur à mieux formuler son « projet de vie ».
- [330] Concentrant son action en direction des professionnels, la CNSA n'a pas rédigé de brochure explicative propre à la PCH à destination des particuliers, mais seulement une dizaine de lignes spécifiques dans le formulaire général de demande des prestations délivrées par la MDPH. Aussi cette information écrite est-elle souvent lacunaire, et inégalement disponible. Les sites Internet des MDPH sont succincts. Le statut de l'aidant familial ainsi que les aspects fiscaux de la PCH notamment devraient être explicités par écrit. Dans une MDPH visitée, un guide d'information, élaboré avec un groupe d'usagers, a été finalisé en mai 2011.

Recommandation n°24 : Mettre à la disposition des MDPH un guide d'information du grand public sur la PCH, comportant notamment une fiche sur le statut de l'aidant familial (y compris les aspects fiscaux et les conséquences sur des droits connexes soumis à conditions de ressources⁹⁸) (CNSA)

1.1.2. Des demandes non recevables administrativement peuvent être écartées dès ce stade

- [331] Pour être enregistrée et datée, toute demande de prestation doit comporter : le formulaire commun, un certificat médical, une pièce d'identité et un justificatif de domicile.
- [332] L'adoption d'un formulaire unique pour toutes les demandes de prestations délivrées par la MDPH a engendré des demandes « pour voir ». Il suffit en effet de cocher la case correspondant à la PCH pour solliciter son bénéfice.
- [333] Un premier accueil pourra éventuellement dissuader le demandeur potentiel en lui faisant valoir sa situation administrative (absence de titre de séjour, âge supérieur à 60 ans...). Dans le Rhône, la barrière d'âge n'est pas invoquée, car il incombera au médecin d'évaluer si la personne peut prouver qu'elle réunissait les conditions d'éligibilité avant 60 ans.
- [334] Les modalités de réception de la demande de PCH ont donc une incidence sur le « taux d'accord », qui comporte au dénominateur le nombre de demandes dûment enregistrées.

⁹⁶ Echantillon de 70 MDPH

⁹⁷ Certains sites intègrent la langue des signes

⁹⁸ RSA, prestations familiales, aides au logement...

1.1.3. Toutes les personnes potentiellement éligibles ne demandent pas la PCH

- [335] La prestation de compensation du handicap peut bénéficier à des personnes malades qui manifestent des troubles de santé invalidants depuis plus d'un an, telles celles atteintes d'un cancer ou du VIH qui répondraient aux critères d'éligibilité de la PCH. Or il est avéré que l'information donnée à ces malades notamment par les services sociaux et les établissements sanitaires demeure limitée. Celle-ci repose avant tout sur des initiatives associatives. L'association Aides a par exemple réalisé en octobre 2010 un guide, cofinancé par la CNSA, pour faciliter le remplissage du dossier de demande de PCH. Les associations représentées à la CDAPH relaient l'information auprès de personnes souffrant de handicaps traditionnellement recensés comme tels. Les MDPH, confrontées à un afflux de demandes, ne prospectent pas cette catégorie d'ayants droits. On peut donc affirmer qu'un potentiel d'ayants droits non quantifiable existe encore aujourd'hui.
- [336] Par ailleurs, les personnes atteintes d'un handicap psychique ne sollicitent pas toujours la prestation. La nature de leur handicap rend cette démarche difficile, voire impossible. Certaines MDPH ont entrepris un travail d'accompagnement à la demande en liaison avec les secteurs psychiatriques, ou les groupes d'entraide mutuelle. L'UNAFAM a élaboré un DVD à leur intention.
- [337] Les fichiers des MDPH ne comportent pas de mention relative au type de handicap. Il serait utile, pour connaître la répartition des bénéficiaires de la PCH par type de handicap, de procéder à des enquêtes ponctuelles sur échantillon de dossiers de bénéficiaires, enquêtes anonymes qui pourraient être confiées à la DREES. Pour connaître par ailleurs et suivre le « taux de pénétration » de la prestation, il faudrait rapprocher cette répartition de celle recensée dans la population générale. La DREES envisage d'adopter une approche de la population potentielle plus précise, qui consisterait à traduire les réponses à l'enquête handicap-santé en critères d'éligibilité à la PCH, même si une telle méthode paraît peu fiable car les questions posées sont éloignées des critères réglementaires.

Recommandation n°25 : Réaliser des enquêtes pour connaître la répartition de la PCH par type de handicap (DREES)

1.1.4. Des demandes de renouvellement croissantes

- [338] La durée d'attribution variant selon les éléments, les demandes partielles se font aujourd'hui plus nombreuses, ainsi que les simples demandes de reconduction. Pour éviter toute rupture, certaines MDPH envoient spontanément un formulaire de demande de renouvellement six mois avant l'échéance. Le vieillissement de la population handicapée, susceptible de se traduire par une éligibilité à la prestation, entraîne des demandes supplémentaires.
- [339] Sur un échantillon de 32 départements seulement ayant répondu à la CNSA en 2010, le taux de première demande de PCH adulte serait en moyenne de 82 %, avec des taux allant de 63 à 98 %.
- [340] Il serait intéressant de connaître avec précision, outre le nombre d'entrants dans la prestation, le nombre de personnes demandant un nouvel élément, le nombre de personnes demandant une révision à la hausse du plan d'aide ou une simple reconduction. Ces données, qui permettraient non seulement de mieux prévoir l'évolution des dépenses (voir *supra*), ainsi que du coût de gestion de la prestation, mais aussi de mesurer l'adaptation qualitative de l'aide à des besoins évolutifs, n'ont pas été fournies à la mission au niveau départemental. A cet égard, il importe de voir si les demandes de renouvellement sont traitées de façon administrative, ou si elles sont l'occasion de mettre en place un suivi de la mise en œuvre des plans d'aide attribués.

1.2. L'évaluation de l'éligibilité, primordiale, comporte des marges d'appréciation

- [341] Le médecin joue un rôle souvent primordial dans cette évaluation, même si elle est élaborée collectivement par l'équipe pluridisciplinaire, éventuellement grâce à une visite à domicile (visite systématique dans certaines MDPH). Le certificat médical rempli par un médecin extérieur à la MDPH, généraliste ou spécialiste, sert souvent de base à cette évaluation. Cependant, certains médecins insuffisamment formés continuent à se référer aux taux d'incapacité plutôt qu'aux difficultés.
- [342] Pour évaluer le droit d'accès à la prestation de compensation et donc coter les difficultés de la personne, les professionnels estiment disposer d'une marge d'appréciation non négligeable. Il leur est souvent malaisé de discriminer entre une difficulté modérée et une difficulté grave⁹⁹.
- [343] Le guide de cotation des capacités fonctionnelles, élaboré puis testé en 2008 par la CNSA¹⁰⁰, constitue un référentiel largement utilisé, et de mieux en mieux grâce aux formations progressivement mises en place. Sa version définitive, enrichie par l'expérience de MDPH, et un souci de « reproductibilité », date de juin 2011.
- [344] L'évaluation se révèle particulièrement délicate lorsqu'il s'agit de personnes souffrant d'un handicap psychique, parce que les répercussions du handicap peuvent varier en peu de temps. La présence à la MDPH d'un psychiatre ou d'un infirmier psychiatrique, à même de recevoir l'intéressé, peut faciliter l'accès à la PCH. Deux des départements visités par la mission ont mis au point en liaison avec des équipes psychiatriques une grille spécifique comportant des items supplémentaires. La CNSA cherche à élaborer un outil national, en liaison avec certaines MDPH, dont aussi celle des Yvelines qui a élaboré des fiches permettant d'associer les équipes soignantes et l'entourage.

1.3. L'élaboration du plan d'aide

1.3.1. La composition de l'équipe pluridisciplinaire

- [345] Le plan d'aide, dit plan personnalisé de compensation du handicap (PPC), est le plus souvent conçu par une équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE). Parfois, grâce à des recrutements récents, ces équipes peuvent s'enrichir de compétences nouvelles. Elles sont composées, au sein de la MDPH, de médecins, de travailleurs sociaux, d'administratifs, d'ergothérapeutes, parfois d'infirmiers et de psychologues. Elles peuvent se concerter, surtout lorsqu'elles sont réparties en deux pôles, adulte et enfant, avec les référents « orientation professionnelle » ou « orientation scolaire » de la MDPH, éventuellement intégrés dans l'équipe. Il arrive qu'une cellule spécialisée ait été créée pour la transition 16-22 ans.
- [346] Il arrive aussi que ces personnels, notamment les médecins, participent à l'évaluation de l'APA si le conseil général et la MDPH ont décidé une intégration ; cette formule peut enrichir les méthodes d'évaluation et permettre de mieux utiliser une ressource médicale rare. Il est possible que pareille intégration ait des effets sur l'évaluation des droits à la PCH, hypothèse que la mission n'a pas pu vérifier.

⁹⁹ Contrairement à l'APA, la difficulté doit s'apprécier sans recours à aucune aide technique.

¹⁰⁰ Voir les arbres décisionnels en pièce jointe n°8

- [347] Certaines évaluations peuvent être aussi déléguées à des partenaires (gratuitement le plus souvent) qui recourent à des équipes spécialisées (CPAM, CRAMIF¹⁰¹, établissements médico-sociaux, secteurs psychiatriques)¹⁰². La MDPH peut aussi y associer pour l'aménagement du logement des ergothérapeutes ou des bureaux d'étude ou l'appui des services techniques du conseil général.
- [348] Certaines MDPH, comme l'une de celles visitées par la mission, ont mis en place la territorialisation des équipes pluridisciplinaires. Cette formule permet une plus grande proximité avec les usagers et les prestataires de service et limite les déplacements des professionnels. Mais elle peut allonger les délais de transmission des dossiers, et accroît le risque d'une inégalité de traitement, risque qui peut être atténué par des fiches de procédure, et surtout par des formations communes. Une enquête de l'ODAS de 2010 sur les organisations départementales en matière de soutien à l'autonomie recense six départements où la déconcentration va jusqu'à l'étape du suivi et de l'accompagnement des situations¹⁰³.
- [349] Dans deux départements visités, un agent (dénommé contrôleur de gestion dans un département, expert en compensation dans un autre) a été recruté pour passer en revue tous les dossiers inscrits à l'ordre du jour de la CDAPH, afin de vérifier la correcte application de la réglementation, et de mesurer l'impact financier des plans d'aide. Cette pratique permet aux équipes pluridisciplinaires de s'assurer du respect de règles de gestion complexes tout en prenant en compte le suivi économique de la prestation. Elle constitue ainsi un moyen précieux de maîtrise du dispositif.

Recommandation n°26 : Intégrer dans les MDPH une supervision juridique et économique des plans d'aide (MDPH)

- [350] Par ailleurs, la mission a pu constater que la proximité des EPE avec les services du conseil général pouvait constituer un facteur de maîtrise de la dépense à la fois par un partage des préoccupations budgétaires et la diffusion d'une culture commune concernant notamment le contrôle d'effectivité et le suivi de la mise en œuvre de la prestation.

1.3.2. A domicile

1.3.2.1. Plan personnalisé et projet de vie

- [351] Le guide d'évaluation des besoins de compensation, dit GEVA¹⁰⁴, mis au point par la CNSA est utilisé par trois quarts des MDPH, quoique le plus souvent partiellement ou sous forme simplifiée. Ce guide est destiné à être un instrument d'échange d'informations entre professionnels, aussi bien en interne qu'en externe. Il doit contribuer à rendre plus homogènes les méthodes et donc à instaurer plus d'égalité de traitement.
- [352] Certaines MDPH ont fabriqué des outils qui leur sont propres¹⁰⁵. Ces adaptations peuvent avoir des conséquences sur les droits des personnes : dans un département visité, l'élaboration d'un guide du logement propre conduit à une interprétation plus restrictive de la réglementation.

¹⁰¹ La CRAMIF intervient dans un département visité par la mission auprès de personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une indemnité journalière)

¹⁰² Voir l'étude de janvier 2009 menée par le cabinet Deloitte pour la CNSA sur les pratiques d'évaluation

¹⁰³ Le Rhône est le département qui a poussé le plus loin cette déconcentration, pour la PCH adultes, mais envisage de recentrer l'intervention de ses 54 maisons du Rhône sur une vingtaine d'unités territoriales.

¹⁰⁴ Publié au JO par arrêté en mai 2008

¹⁰⁵ Telle équipe rencontrée préfère calibrer les temps d'aide humaine selon quatre critères de besoins s'inspirant directement de l'annexe 2.5 du CASF : suppléance totale ou partielle, aide à l'accomplissement de l'activité, accompagnement (cf. pièce jointe n°1)

- [353] La démarche cohérente préconisée par la CNSA est d'utiliser le GEVA dès le début de la procédure d'instruction d'une demande, afin de cerner tous les besoins de la personne, pour déterminer dans un deuxième temps, en cotant ses difficultés, son éligibilité à la PCH, et aboutir à un plan d'aide susceptible d'englober l'attribution d'une PCH. Cette démarche logique et ambitieuse n'est pas celle suivie dans tous les départements visités par la mission pour tous les dossiers.
- [354] Le plan personnalisé de compensation (PPC), inspiré par le projet de vie de la personne (exprimé oralement sinon par écrit¹⁰⁶) devrait comporter deux colonnes : le plan souhaitable (orientation vers un établissement même s'il n'a pas de place disponible, recours à un prestataire...) et le plan réalisable tenant compte des besoins immédiats de la personne et des ressources locales disponibles. Même si les CDAPH tiennent souvent à formuler une orientation « idéale », le PPC se réduit souvent à un plan d'aide, réaliste, qui servira de base au calcul de la prestation compensatrice.
- [355] L'association des directeurs de MDPH rencontrée par la mission a constaté que les plans ont tendance à devenir moins ambitieux, dans le souci d'éviter des restes à charge non supportables ou de se heurter à des indisponibilités de services prestataires.
- [356] Le plan d'aide, surtout s'il occasionne une visite à domicile, est cependant l'occasion de dresser le bilan de la situation de la personne dans son environnement et de lui prodiguer des conseils qui vont au-delà du chiffrage de la prestation. Ceci est vécu par les professionnels et par les usagers (d'après les associations rencontrées par la mission) comme un réel progrès vers plus d'intégration et de reconnaissance. La visite à domicile doit aussi permettre de déceler des risques de maltraitance, même si aucun cas n'a été signalé à la mission.
- [357] Le plan d'aide doit être adressé au bénéficiaire, qui dispose de 15 jours pour l'accepter. Ce plan est souvent difficile à appréhender (le temps d'aide humaine converti en temps journalier peut être exprimé en centièmes). Un département visité ne respecte pas cette procédure afin de ne pas allonger les délais, en n'envoyant le projet de plan au bénéficiaire que lorsque ce dernier conteste l'exposé qui lui en est fait avant la CDAPH.

1.3.2.2. Les types d'aide

- [358] Chaque type d'aide soulève des questions particulières.
- [359] Les aides humaines sont encadrées par des temps plafonds propres à chaque item, journaliers, mensuels ou annuels¹⁰⁷. Mais les besoins doivent être finement mesurés, au cas par cas.
- [360] L'aide familiale est la plus difficile à calibrer, puisqu'il faut mesurer le supplément d'aide qu'appelle le handicap au sein d'une famille, surtout s'agissant des enfants.
- [361] Plus généralement, les professionnels et les membres des CDAPH ne sont pas unanimes à approuver le dédommagement de l'aidant familial. Ils en soulignent les risques : risque d'« enfermement », risque d'aller à l'encontre de l'autonomie, ou d'éviter de préparer un placement en établissement lorsque les parents vieillissent, risque de dissuader une orientation bénéfique vers un établissement adapté, risque de détourner la mère, l'épouse ou la sœur du marché du travail.
- [362] La place relative de l'aide familiale dans l'ensemble des aides humaines financées par la PCH diffère d'un département à l'autre (elle va de 13 à 75 %, se situant le plus souvent entre 20 et 40 %, avec un taux médian de 30 %)¹⁰⁸. Cette diversité est sans doute, plus que le reflet de différences doctrinales entre CDAPH, la conséquence de facteurs locaux : taux d'équipement, offres de prestataires, situation de l'emploi, habitudes de vie ...

¹⁰⁶ Le projet de vie, prévu par la loi, est parfois difficile à exprimer.

¹⁰⁷ Exemples : toilette 70 minutes par jour, habillage 40 minutes, alimentation 1h 45, élimination 50 minutes

¹⁰⁸ Voir en pièce jointe n°9 enquête trimestrielle DREES

- [363] Les interlocuteurs de la mission insistent sur la responsabilité que constitue la décision de confirmer dans leur rôle les aidants familiaux, notamment lorsque ces derniers voient leur capacité physique diminuer avec l'âge. Par respect pour le libre choix, et pour éviter une chute brutale de revenus, la mission écarte l'hypothèse de limiter le statut d'aidant familial, par exemple en déterminant une limite d'âge. Cependant, les MDPH devraient s'organiser pour prendre l'initiative d'une visite à domicile aboutissant éventuellement à une révision du plan d'aide : elles devraient prédéfinir des signaux d'alerte : lourdeur du handicap, vulnérabilité ou isolement de la personne, âge des aidants familiaux...

Recommandation n°27 : En cas de risque identifié, s'organiser pour diligenter une équipe technique à domicile en l'absence de toute demande de la personne handicapée, et en informer le président du Conseil général (MDPH)

- [364] En revanche, il est indéniable que le dédommagement institué par la loi de 2005 constitue une reconnaissance du travail accompli notamment auprès des enfants. Cependant, pour améliorer la qualité de cette prise en charge, et rompre l'isolement de certains aidants, leur formation devrait être plus systématiquement organisée, en fonction du handicap¹⁰⁹. Des moments de répit devraient aussi être prévus dans le plan. Par ailleurs leur assurance vieillesse (limitée à deux ans pour 20 ans de présence auprès d'un enfant) peut, d'après des témoignages recueillis, paraître insuffisante¹¹⁰.
- [365] La notion de surveillance régulière est jugée difficile à appliquer, tant pour certains adultes que pour les enfants, et ce d'autant qu'elle est plafonnée à 3 heures par jour.
- [366] Pour les aides techniques, la notion de surcoût est parfois difficile à cerner. Or toutes les MDPH rencontrées par la mission déplorent une inflation forte des coûts de ces aides (fauteuils roulants, accessoires de véhicule...) consécutive à la création de la prestation. Elles regrettent également que la CNSA ne leur fournisse pas de commentaires sur ces matériels. Elles souhaitent que la location de matériels se développe, ainsi que les offres de maintenance locale, et les périodes d'essai.
- [367] L'aide à l'aménagement du logement (plafonné à 10 000 euros sur 10 ans) exige des compétences techniques que les équipes des MDPH possèdent rarement en interne. Le guide de la CNSA, qui date de janvier 2010, est un outil reconnu. Il donne des contenus précis à la notion d'adaptation, et encadre les volumes autorisés. Dans les dossiers qu'elle a consultés, la mission n'a pas constaté d'abus concernant la nature de ces aménagements. Toutefois, elle a relevé dans certains dossiers l'absence de devis comparatifs pour des montants élevés : les MDPH gagneraient à se doter de règles en la matière. D'autre part, les équipes souhaiteraient disposer de fourchettes de prix basiques (par exemple pour 1 m² de carrelage).

1.3.3. En établissement

- [368] Lorsque la personne handicapée est accueillie dans un établissement médico-social ou à l'hôpital, elle a droit au titre de la PCH à une aide humaine qui, au terme de 45 ou 60 jours, est réduite à 10 % du montant de l'aide qui lui serait attribuée si elle demeurait à domicile. Le montant de l'aide humaine en établissement est cependant encadré réglementairement par un plancher (1,44 euros) et un plafond (2,88 euros) journaliers. Durant ses éventuels retours au domicile, la personne a droit à la PCH à domicile (voir *supra* : première partie)
- [369] Confrontées à la complexité du droit régissant la prestation en établissement, certaines MDPH l'appliquent partiellement, attribuant systématiquement le plancher ou le plafond du forfait journalier, ou ne l'appliquent pas quand la personne entre directement en établissement.

¹⁰⁹La loi de 2005 prévoyait que des décrets viendraient définir les modalités de cette formation. Un décret relatif au financement de ces formations, notamment par la CNSA, a été pris le 15 juillet 2011.

¹¹⁰ Par ailleurs, un décret du 27 mai 2011 améliore les droits à retraite des parents d'enfants handicapés allocataires de l'AEEH et de son complément ou de la PCH, à travers une majoration de leur durée d'assurance.

- [370] Les données nationales disponibles ne permettent pas d'identifier par élément les montants versés au titre de la PCH en établissement, ni même globalement. Mais on sait que tous éléments confondus, elle est versée à moins de 3 000 bénéficiaires¹¹¹.
- [371] Bon nombre des professionnels rencontrés par la mission estiment que l'élément aide humaine de la prestation due pour les séjours en établissement (sinon à l'hôpital, peu adapté à l'accueil de personnes handicapées) n'est pas justifiée : elle constitue un simple complément de ressources qui s'ajoute à celui conservé par les mêmes bénéficiaires au titre de l'aide sociale à l'hébergement ou de l'AAH, tout en créant des inégalités entre résidents. Elle leur paraît contraire à l'esprit même de la loi de 2005, celui d'une prestation individualisée. Elle peut nécessiter de solliciter des équipes souvent éloignées de la MDPH.
- [372] Pour ces diverses raisons, dans un souci de simplicité et d'équité, plus que dans un souci de maîtrise des dépenses (l'économie serait minime¹¹²), la mission propose d'envisager de réduire le champ d'application de la composante aide humaine de la PCH en établissement. Cette éventualité devra prendre en compte le versement actuel de l'ACTP en établissement.

Recommandation n°28 : Etudier la suppression, pour les nouveaux entrants, de la partie forfaitaire de l'aide humaine en établissement (Etat)

1.4. L'exercice du droit d'option avec l'AEEH ou l'ACTP

1.4.1. Avec l'ACTP

- [373] Les personnes bénéficiaires de l'ACTP peuvent demander à bénéficier de la PCH à tout moment, même si la loi ne prévoit explicitement un droit d'option qu'au moment du renouvellement de l'ACTP¹¹³
- [374] Les MDPH visitées ne proposent ce droit d'option qu'au renouvellement de l'ACTP (qui a lieu tous les cinq ans), en se contentant d'attendre la demande expresse du bénéficiaire pour établir un plan personnalisé de compensation (PPC) et lui adresser le bilan détaillé et chiffré de l'alternative. La notice explicative jointe au formulaire unique de demandes établie par la CNSA fournit en effet l'information suivante : « si vous êtes bénéficiaire de l'ACTP, vous pouvez demander la PCH et un comparatif de vos droits sera établi par la MDPH et vous pourrez choisir sur cette base » ; le formulaire lui-même ne se prête pas à l'expression d'une interrogation. On comprend que les MDPH, s'efforçant de faire face à l'afflux de demandes de PCH, ne sont pas enclines à prendre l'initiative en la matière.
- [375] Les professionnels estiment que les personnes handicapées préfèrent la liberté d'utilisation inhérente à l'ACTP, qu'elles ont tendance à considérer comme un complément de ressources. Cependant les quelques visites effectuées par la mission dans les départements laissent à penser que le contrôle d'effectivité de cette allocation, explicitement prévu par les textes¹¹⁴ en tant que contrôle *a posteriori*, est inexistant : il s'agit d'un contrôle formel (adresse, RIB, ressources...), parce que « l'énorme majorité de cette allocation est destinée à dédommager une aide familiale non contrôlable ». La mission rappelle cependant la nécessité de vérifier au moins la présence effective et la disponibilité de la tierce personne désignée.

La PCH ne devient attractive que lorsqu'une aide technique est nécessaire ou lorsque le besoin en aides humaines est élevé : l'ACTP peut atteindre 848 euros mensuels, ou 1 060 euros pour couvrir des frais professionnels, alors que la PCH peut atteindre, si l'aide humaine est fournie 24 heures sur 24 par un prestataire, 12 840 euros¹¹⁵ et même davantage si la CDAPH le décide.

¹¹¹ 2885 bénéficiaires en 2008 selon la DREES.

¹¹² Non chiffrable, mais dans un département visité elle correspond à 0,37 % de la dépense totale de PCH.

¹¹³ Le vade-mecum de la DGCS le rappelle clairement

¹¹⁴ CASF art 245-3 anc.

¹¹⁵ Plafond fixé par arrêté ministériel. Le prix de journée moyen d'une MAS par exemple dans la région Centre pour 2011 est inférieur : 257,78 euros, soit par mois 7733 euros.

[376] De fait, en 2009, le montant moyen mensuel de PCH payée au titre de l'aide humaine était de 881 euros¹¹⁶, alors que le montant moyen de l'ACTP était de 473 euros. L'ACTP peut être plus avantageuse en établissement. La condition de ressources, stricte pour l'ACTP (qui tient compte des revenus professionnels, des pensions de retraite, des revenus du conjoint et des pensions alimentaires), et quasiment inexistante pour la PCH, ne paraît guère déterminante dans ce choix.

[377] Les professionnels soulignent avant tout l'attachement à l'ACTP des bénéficiaires actuels, ne serait ce que par crainte du changement, ou parce qu'ils appréhendent des procédures d'évaluation « intrusives ».

Recommandation n°29 : Soumettre l'ACTP à un contrôle d'effectivité, et offrir systématiquement à la date d'échéance de l'ACTP le droit d'option avec la PCH, montants comparés à l'appui (MDPH et départements)

[378] En l'état actuel de nos connaissances, il ne peut être envisagé d'instituer (par la loi) un basculement automatique de l'ACTP vers la PCH. Plusieurs considérations sont à prendre en compte :

- la coexistence de deux prestations visant le même objet et reposant sur des logiques si différentes pose une question de principe : la PCH a pour vocation de garantir l'attribution effective d'aides à l'autonomie et un suivi par les travailleurs sociaux au bénéfice de la personne handicapée ;
- du point de vue de l'intérêt des usagers, il ne fait guère de doute que l'existence des deux prestations est un élément favorable, sous réserve cependant que ces derniers soient effectivement mis en situation de choisir (voir supra) ;
- du point de vue de la charge administrative, le fait que les deux prestations subsistent n'apparaît pas comme une difficulté, l'hypothèse d'un basculement massif de bénéficiaires de l'ACTP vers la PCH représenterait une charge plus lourde d'après les interlocuteurs de la mission ;
- d'un point de vue budgétaire pour les départements, enfin, les conséquences sont difficiles à évaluer, les données disponibles ne montrent pas de relation entre le niveau des charges budgétaires pesant sur les départements et la répartition des bénéficiaires entre PCH et ACTP (voir supra).

[379] La question de la coexistence des deux prestations devrait donc faire l'objet d'études plus approfondies. Une partie de ceux qui avaient intérêt à basculer vers la PCH l'ont sans doute déjà fait, et il serait nécessaire de mesurer le nombre de bénéficiaires de l'ACTP dont le taux d'invalidité ne se traduirait pas par des difficultés absolues ou graves au regard de la loi de 2005. L'enquête de la DREES, portant sur environ 5000 bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP, dont la publication est prévue en 2011, devrait fournir des éléments précieux sur les motivations des personnes concernées.

[380] Il conviendra par ailleurs de tenir compte des demandes d'aides domestiques (aides ménagères, dédommagement des aidants familiaux notamment), ainsi que d'AAH, que ne manquerait pas de susciter un projet de basculement vers la PCH.

Recommandation n°30 : Se donner les moyens de connaître les motifs de sortie de l'ACTP, ainsi que les différences objectives de ressources et de situations de handicap des deux populations (ACTP et PCH), tout en demeurant attentif aux conséquences de la coexistence des deux dispositifs : conséquences pour les bénéficiaires, pour les gestionnaires et pour les finances départementales (DGCS et DREES)

¹¹⁶ Le montant de l'ACTP va de 1 à 3 selon les départements

1.4.2. Avec les compléments d'AEEH

- [381] Ce droit d'option, ouvert depuis 2008, est encore plus complexe à évaluer et à exposer aux familles¹¹⁷. Les deux prestations semblent ne pas avoir la même valeur symbolique aux yeux des bénéficiaires, l'AEEH étant une prestation familiale versée par la CAF moins connotée au handicap.
- [382] Ce droit d'option, ouvert en cas de changement de situation, semble plus spontanément offert par les travailleurs sociaux des lors qu'ils estiment que la PCH peut être avantageuse pour l'enfant et la famille¹¹⁸.

1.5. La décision de la CDAPH est la clef de voûte du dispositif

1.5.1. Un positionnement des acteurs en cours de stabilisation

- [383] La CDAPH est présidée par un membre désigné en son sein. Cette présidence est assurée dans les faits par un représentant du conseil général (élu ou fonctionnaire), ou par un représentant d'association (non responsable d'un service ou d'un établissement), plus rarement par un représentant de la sécurité sociale¹¹⁹. La mission a constaté la participation ou non d'élus, comme celle ou non de l'ARS (qui peut préférer réserver sa présence à la commission d'orientation). Les représentants d'associations témoignent d'un sens des responsabilités, confirmé par les représentants de l'Etat ou des départements rencontrés par la mission.
- [384] La présence de l'Etat dans la CDAPH est actuellement problématique. En effet il appartient à la DDSCS(PP) de l'y représenter, et de rappeler au besoin le droit en la matière. Cependant cette direction déconcentrée estime manquer d'effectifs et a de fait souvent perdu l'expertise qu'elle possédait avant le transfert à l'ARS du secteur médico-social et des ressources humaines correspondantes.
- [385] Si la présence de l'ARS paraît nécessaire au sein des MDPH (elles la souhaitent), c'est avant tout parce qu'elle permet de faire le lien entre les besoins d'orientation des personnes handicapées qui peuvent y être plus ou moins satisfaits et la planification des services et des places en établissement qui incombe à l'ARS. L'ordonnance du 23 février 2010 prévoit la participation des ARS à la CDAPH. La circulaire DGCS du 23 mars 2010 est venue rappeler les missions au sein des MDPH de la DDSCS(PP), de l'ARS, de l'unité territoriale de la DIRECCTE et de l'inspection d'académie. Elle insiste sur le rôle des DDSCS en matière d'accès aux droits, de citoyenneté, de prévention de la maltraitance, d'insertion sociale. Certains des préfets rencontrés par la mission s'efforcent aujourd'hui d'organiser la participation effective de la DDSCS et de l'ARS au sein des instances collégiales de la MDPH.

Recommandation n°31 : Organiser la présence de l'Etat au sein des CDAPH en définissant les rôles respectifs de la DDSCS et de l'ARS (Etat)

¹¹⁷ Par exemple, pour les aidants familiaux, la prestation PCH devient imposable. La CNSA et la DGCS ont rédigé en 2008 une plaquette d'information, insuffisamment connue (voir en pièce jointe).

¹¹⁸ Cf. pièce jointe n°11 relative à l'évaluation comparative des droits ouverts au titre de la PCH et au titre d'un complément de l'AEEH.

¹¹⁹ Dans un département visité, par un membre du conseil d'administration de la MSA.

1.5.2. Une procédure qui oblige à de nombreux questionnements et conciliations pour forger une doctrine permettant d'assurer une égalité de traitement

[386] La décision de la Commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée (CDAPH) se réfère toujours à la double évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, éligibilité et plan de compensation. Ses conclusions sont rapportées par un médecin ou par un coordinateur travailleur social ou encore par un cadre administratif. Il est certain que la CDAPH se trouve mieux informée et peut davantage motiver ses décisions quand elle peut nouer un dialogue direct avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

[387] La présence d'un médecin membre de la CDAPH permettait d'éclairer certaines situations et donc d'orienter utilement sa décision. La circulaire de mars 2010 annonce la suppression prochaine de la présence médicale de l'Etat. Il est donc d'autant plus important que la MDPH se dote d'un médecin apte à connaître des dossiers médicaux au sein de la CDAPH.

[388] L'éligibilité est moins souvent débattue que le contenu du plan d'aide. Les débats les plus approfondis, qui peuvent se conclure par des rejets ou des sursis à statuer dans l'attente d'une évaluation complémentaire, portent sur :

- la reconnaissance de certains «non handicaps » (le nanisme dans un département visité),
- l'équilibre à trouver entre le libre choix de la personne handicapée et ses besoins objectifs : maintien à domicile, surtout s'il est coûteux, recours à un prestataire non patenté (par exemple pour l'éducation d'un jeune autiste, en l'absence d'une recommandation attendue de la Haute Autorité de la Santé),
- l'équilibre à trouver entre les souhaits d'aide de la personne (elle peut préférer une aide humaine à une aide technique...) et l'égalité de traitement de personnes dont les situations sont objectivement proches ; égalité à la quelle les associations sont attachées,
- évaluation du surcoût d'une aide technique (le financement d'un ordinateur même lorsqu'un logiciel spécifique doit y être intégré devient moins acceptable)
- acceptation de financer certains produits ne figurant pas dans la liste LPPR de la sécurité sociale, jugée obsolète ou trop restrictive (prothèses esthétiques, matelas),
- l'absence d'un nombre de devis suffisants pour aménager un logement,
- le surcoût de transport, et sa prise en charge ; le surcoût d'un logement adapté,
- le nombre d'heures de dédommagement d'une aide familiale (« le Code civil prévoit que des époux doivent s'apporter une assistance mutuelle », « handicapé ou pas, elle l'aurait accompagné dans ses repas »).

[389] Des exemples montrent que certaines CDAPH ne se privent pas de la faculté d'attribuer des « charges exceptionnelles » non récurrentes, tels des séjours de vacances, ou le recours à des psychologues.

[390] Avec l'expérience acquise, et parfois la « codification » de leurs décisions, les CDAPH ont tendance à appliquer une doctrine, confortée ou non par les actions de formation et les réponses de la CNSA. En conséquence, certaines CDAPH appliquent une procédure simplifiée pour les dossiers non complexes, entérinant sur liste les propositions des équipes techniques. La CDAPH détermine alors des critères de complexité (premières demandes, plans contestés, montants élevés...).

1.5.3. Une procédure qui soulève des questions de déontologie

- [391] La mission a pu constater que des représentants de service ou d'établissement s'abstiennent de prendre part au vote sur un dossier qui les concerne de trop près.
- [392] La question de l'anonymat des dossiers de PCH examinés en CDAPH, qui comportent souvent des indications sur les pathologies, et des informations d'ordre privé sur la vie quotidienne des personnes et pas seulement sur les répercussions du handicap, mérite d'être posée. Les personnes handicapées désignées peuvent, surtout dans de petits départements, être connues de certains représentants d'associations. Que les membres de la Commission soient tenus au respect du secret partagé (la charte ou le règlement intérieur le leur rappellent) ne constitue pas une garantie suffisante du respect de l'intimité de la personne et de l'objectivité de la décision. Certains souhaiteraient que la CNSA prenne parti clairement sur ce point.
- [393] De fait, l'anonymat apporterait une réponse partielle aux regrets parfois exprimés par les membres de la CDAPH de n'avoir pas accès à un niveau d'information suffisant sur la situation d'une personne du fait de l'opposition du secret médical.

Recommandation n°32 : Rendre anonymes les dossiers examinés en CDAPH (MDPH)

- [394] Conformément à la loi¹²⁰, la personne handicapée peut être entendue par la Commission et doit être informée par écrit de ce droit. Cette possibilité ne lui est pas toujours indiquée. Elle peut l'être avec l'envoi du plan d'aide et parfois de vive voix lors des rencontres préalables avec les professionnels. Certaines CDAPH ont choisi d'instituer une commission restreinte pour éviter un effet « tribunal », et pour éviter de mobiliser longuement la vingtaine de membres de la CDAPH. Le bénéficiaire potentiel se saisit rarement de cette possibilité (1 à 2 % semble-t-il). La possibilité pour lui d'être présent en CDAPH constitue néanmoins une garantie essentielle, certains membres de la commission ayant indiqué avoir pu modifier sensiblement leur point de vue à la suite de cette procédure. Il convient d'en adresser systématiquement une notification écrite.

Recommandation n°33 : Informer systématiquement par écrit les usagers de leur droit d'être entendus par la CDAPH (MDPH)

1.5.4. Taux d'accord et montants moyens attribués ont plutôt tendance à diminuer.

- [395] Se réunissant au besoin chaque semaine, les CDAPH font face à l'afflux des dossiers instruits qui leur sont soumis, le nombre de leurs décisions en 2010 étant proche de celui des demandes enregistrées.
- [396] Le taux d'accord de la PCH par la CDAPH, tel que recueilli par la CNSA auprès de 69 MDPH en 2010, diminue régulièrement depuis deux ans, passant de 69 % à 54 % entre le premier semestre 2009 et le deuxième semestre 2010. Cette baisse peut résulter de plusieurs phénomènes : une « sévérité » plus grande des CDAPH, ou une augmentation des demandes « pour voir » (tendance qui peut être contrecarrée par une organisation des MDPH permettant un travail d'explication en amont de la demande).
- [397] Les statistiques de la CNSA montrent aussi une baisse des montants moyens attribués depuis 2007. La baisse a été nette en 2008. Baisse qui touche surtout les aides techniques et les aménagements de logement¹²¹.

¹²⁰ Articles L. 241-7 et R. 241-24 du CASF

¹²¹ Voir en pièce jointe n°12 le tableau de la CNSA : évolution des montants moyens de la PCH par élément

Tableau 14 : Montants moyens d'aides accordées par les CDAPH, par élément de PCH

Elément de la PCH / Année	2007	2010
Elément 1 aide humaine	1088 €	828 €
Elément 2 aide technique	1372 €	833 €
Elément 3 aménagement du logement	3808 €	3332 €
Elément 4 aménagement du véhicule	2248 €	2377 €

Source : CNSA

1.6. Les recours sont très peu nombreux

[398] La personne handicapée se voit indiquer avec la notification de la décision de la CDAPH, plus ou moins clairement, trois voies de recours : la conciliation, confiée à des personnes qualifiées¹²² bénévoles, le recours gracieux instruit par un agent administratif, le recours contentieux devant le TCI. La MDPH peut demander l'avis d'un autre médecin ou organiser une visite à domicile. L'inéligibilité semble plus souvent contestée que le plan d'aide, notamment par ceux qui ont dépassé 60 ans. Les modalités d'instruction des différents types de recours semblent rarement définies (exemple : nécessité de demander l'avis d'une autre EPE en cas de recours gracieux). Pour garantir rigueur et égalité de traitement, la CNSA pourrait utilement élaborer un guide de procédure dont s'inspirerait la MDPH.

[399] La PCH est moins contestée que les autres prestations délivrées par la MDPH. Dans l'un des départements visités, où les voies de recours sont clairement indiquées, on décompte en 2010 18 demandes de conciliation et 14 recours pour près de 4 700 décisions. D'aucuns sont enclins à voir là une preuve de la richesse du dialogue qui se déroule lors de l'évaluation, d'autres le signe de la fragilité de ces publics.

Recommandation n°34 : Concernant les voies de recours, élaborer une fiche informant l'usager sur ses droits et sur les procédures ainsi qu'un guide que pourraient utiliser les MDPH (CNSA)

Recommandation n°35 : Informer systématiquement la CNSA des recours déposés devant les Tribunaux du Contentieux de l'Incapacité, la CNITAAT¹²³ et la Cour de Cassation.. afin que la CNSA en dresse le bilan pour la DGCS, chargée de suivre l'application du droit. Qu'elle soit intervenante au litige (MDPH)

¹²² La liste des personnes qualifiées est arrêtée par le président du conseil général, en tant que président de la COMEX de la MDPH.

¹²³ Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail

1.7. Les procédures sont rarement formalisées

- [400] L'accueil des demandeurs, le fonctionnement des équipes pluridisciplinaire d'évaluation, l'audition des personnes par la CDA, le traitement des recours, le suivi des prestations allouées, même s'ils sont correctement pensés et organisés par les responsables de la MDPH, donnent trop rarement lieu à des guides de procédure internes, seuls à même de garantir la clarté, la lisibilité et la stabilité de ces procédures. De tels guides peuvent aussi concourir à une plus grande égalité de traitement des personnes¹²⁴

Recommandation n°36 : Rédiger des guides de procédure (MDPH), et appuyer les MDPH dans cette démarche (CNSA)

2. LA LIQUIDATION ET LE PAIEMENT DE LA PRESTATION

- [401] Ils sont de la compétence du conseil général. Les personnels administratifs qui en sont chargés peuvent être localisés dans la MDPH ou en être éloignés, ce qui n'est pas sans conséquences sur la qualité du service rendu à l'utilisateur.

2.1. La condition de ressources n'est pas partout appliquée

- [402] Au-dessus de 25 444 euros de revenus annuels (revenus professionnels exclus), le bénéficiaire a droit à 80 % du montant de la prestation attribuée par la CDAPH. Cette disposition de nature législative n'est pas toujours appliquée, soit que l'avis d'imposition¹²⁵ ne soit pas utilisé par le service du conseil général, soit même qu'il ne soit pas exigé. La raison invoquée est le très petit nombre de bénéficiaires concernées (une dizaine dans un département moyen, aucun dans un petit département).
- [403] Avant toute décision concernant la nécessité de faire appliquer, voire de faire évoluer cette condition de ressources, il conviendrait de mieux connaître la situation financière des demandeurs. On pourrait notamment recourir à des échantillons de bénéficiaires de la PCH, et recouper les dossiers PCH avec ceux de l'AAH¹²⁶.

Recommandation n°37 : Faire une étude sur le profil socio-économique des bénéficiaires de la PCH (DREES)

2.2. Les droits sont ouverts à la date de la demande

- [404] Le président du conseil général, au vu des droits ouverts par la CDAPH, signe un arrêté de mise en paiement de la prestation, paiement ponctuel ou mensuel.
- [405] Le paiement est effectué rétroactivement pour couvrir la période entre la date de la demande et la date d'attribution de la prestation par la CDAPH. Il permet ainsi de solvabiliser des aides humaines déjà mises en place (aides familiales inscrites dans le plan et autres aides humaines sur factures). Contrairement aux prestations familiales, les droits sont ouverts au premier jour du mois de la demande.
- [406] L'âge de 20 ans comporte un risque d'interruption du paiement si le bénéficiaire de l'AEEH versée par la CAF n'a pas fait valoir ses droits à la PCH et à l'AAH. Certaines MDPH invitent par un courrier la personne à formuler sa demande suffisamment tôt.

¹²⁴ Constat déjà dressé par le rapport IGAS consacré en novembre 2010 au fonctionnement et au rôle des MDPH

¹²⁵ Avis qui d'ailleurs ne retrace pas tous les revenus du patrimoine en cas de prélèvement libératoire. Leur prise en compte est fort complexe

¹²⁶ Allocation différentielle, minimum social, de 712 euros.

2.3. Le paiement de la prestation s'effectue sur factures pour une partie des aides

- [407] Les aides techniques et celles liées à l'aménagement du véhicule et du logement attribuées sur devis ne peuvent être liquidées que sur factures (factures acquittées ou pro forma selon les départements).
- [408] Concernant les aides humaines, les pratiques sont diverses.
- [409] Les aidants familiaux sont dédommagés via le bénéficiaire, auquel la prestation doit être « versée directement » (art L. 245-8 du CASF). Mais l'aidant familial ne se voit pas toujours reverser sur son propre compte le dédommagement qui lui est dû. Et l'effectivité de sa prestation est évidemment particulièrement difficile à contrôler par l'administration.
- [410] L'emploi de gré à gré, direct ou via un mandataire, peut donner lieu à un CESU (chèque emploi service) préfinancé, formule qui a pour double avantage de correspondre à un contrôle d'effectivité exhaustif et de supprimer tout indu. Le CESU n'était en avril 2010 (étude de la CNSA) utilisé pour la PCH que par 6 conseils généraux (dont 2 pour les seuls emplois directs). Sept autres avaient publié un appel d'offres dans ce sens ou s'apprêtaient à le faire. Le CESU, on le voit, est donc encore peu utilisé pour la PCH, moins que pour l'APA. L'emploi du CESU préfinancé devrait pouvoir être imposé par le conseil général aux bénéficiaires pour les nouveaux entrants dans la prestation.
- [411] Les services prestataires sont payés diversement. Ils peuvent l'être directement par le bénéficiaire. Le tiers payant, à condition que la personne handicapée l'accepte (ce qui ne semble pas le cas majoritaire), est pratiqué. Mais la formule ne prouve la présence effective de l'auxiliaire de vie que si elle est couplée avec la télégestion qui permet de vérifier cette présence, et qui conduit par ailleurs à des économies de gestion. Elle commence à être organisée dans certains départements. Le CESU est également utilisé, dans quatre départements seulement¹²⁷.

Recommandation n°38 : Recourir davantage au CESU préfinancé pour l'emploi de gré à gré (départements), et permettre, par une modification législative, au conseil général d'imposer aux nouveaux bénéficiaires un mode de paiement : CESU ou paiement direct par le conseil général pour l'aidant familial ou pour le prestataire (Etat)

- [412] La situation des parents séparés est révélatrice de la complexité de cette prestation destinée à couvrir des besoins identifiés. C'est le parent allocataire de la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA) qui perçoit la PCH dans sa totalité. Il devra reverser à l'autre parent la part qui lui revient, part évaluée par l'équipe de la MDPH et détaillée dans le compromis préparé par la MDPH et signé par les deux parents. Il serait sans doute plus simple pour les usagers car source de moins de conflit d'ouvrir un droit pour chacun des parents.

2.4. L'écart entre montants versés et montants attribués aurait tendance à se réduire

- [413] Les services liquidateurs ont le droit de réviser d'eux-mêmes le plan d'aide, à condition de ne pas dépasser le nombre d'heures d'aides humaines figurant au plan et d'appliquer les tarifs, si bien que des aides familiales peuvent être converties en aides prestataires ou en emploi direct. Cette souplesse est appréciable tant pour les usagers que pour les services. En revanche le bénéficiaire ne peut pas obtenir le montant accordé s'il a réduit son nombre d'heures pour faire face à un tarif horaire plus coûteux que celui inscrit au plan d'aide, et il doit rembourser la différence.

¹²⁷ Le rapport d'octobre 2010 IGAS-IGF préconise un recours au CESU préfinancé et plus encore à la télégestion, qui garantit davantage la réalité de la prestation et se traduit par des économies, tant de prestation que de gestion.

- [414] Un département a signalé un écart important¹²⁸, entre les montants versés et les montants attribués. Cet écart aurait tendance à se réduire du fait d'un plus grand réalisme des plans d'aide. Il peut s'expliquer par les difficultés rencontrées par la personne handicapée pour mettre en place le plan d'aide jugé utile. L'absence de prestataire de services à domicile est la cause la plus fréquente, où les délais d'aménagement d'un logement ou d'achat d'un matériel. Des personnes souffrant d'un handicap psychique notamment peuvent avoir des droits ouverts sans paiement. Il peut révéler aussi une évolution des besoins de la personne, évolution souvent négative qui la rend incapable de mobiliser les aides prescrites.
- [415] C'est pourquoi il est important que les services du conseil général se rapprochent des équipes techniques pour signaler les cas les plus discordants, afin qu'elles puissent proposer une visite à domicile et éventuellement une révision du plan d'aide. Comme l'a souligné le rapport de l'IGAS-IGF précité, le contrôle d'effectivité doit être couplé avec un contrôle de qualité.

2.5. Le contrôle d'effectivité après paiement est essentiellement sur pièces

- [416] L'article D. 245-58 du CASF prévoit que « le président du conseil général peut à tout moment procéder à un contrôle sur place ou sur pièces en vue de vérifier si... le bénéficiaire de la PCH a consacré la prestation à la compensation des charges pour lesquelles elle lui a été attribuée ». Or dans les quelques départements visités par la mission, ce contrôle a posteriori s'effectue avant tout sur pièces. Ce dernier est d'une périodicité variable: mensuel dans deux départements, semestriel dans un troisième ou annuel dans un quatrième.
- [417] Les statistiques d'indus font défaut. Le département qui pratique un contrôle annuel enregistre en 2009 seulement 23 indus, qui concernent 3 % des bénéficiaires de PCH, principalement pour des aides humaines non mises en place.
- [418] Un département visité par la mission a cherché à mesurer la performance de ces contrôles a posteriori, qui est loin d'être négligeable : sur 500 dossiers (soit 11 % de ceux ayant des droits ouverts), examinés sur deux années, 20 % ont donné lieu à des rappels après production de pièces justificatives jusqu'alors non transmises, pour un montant moyen de 2 700 euros. Pour 73 % des dossiers, un trop perçu a été constaté, pour un montant moyen de 5 247 euros (hors 13 dépassant 50 000 euros). Au total, 3 millions d'euros, soit l'équivalent de 10 % de la dépense de PCH du département en 2010, ont été récupérés. Ce montant important s'explique par la période contrôlée (deux années) et par son champ d'application principal : les heures en mode prestataire, qui représentent l'aide la plus coûteuse.
- [419] Un contrôle mensuel peut sembler inadéquat pour l'aide humaine, dont le nombre d'heures attribuées peut être lissé par le service liquidateur sur une année. Mais la périodicité de ce contrôle, effectué par enquêtes déclaratives, doit être suffisante pour ne pas se retrouver face à des montants d'indus trop importants, notamment concernant la majoration pour tierce personne (MTP) qui dépasse mensuellement 1000 euros. Aussi certains dossiers sont-ils contrôlés plus fréquemment en fonction de leur montant ou de la présence d'indus antérieurement constatés.
- [420] Le respect de l'interdiction de cumuler aide humaine de la PCH enfant et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) versée par la CAF n'est pas systématiquement vérifié, et il n'est pas certain qu'elle soit connue des usagers.
- [421] Certains des départements visités, pour éviter des indus, ont conclu un accord avec la CAF pour que celle-ci poursuive le paiement des compléments d'AEEH. jusqu'à la date de mise en paiement de la PCH (et non de la date d'ouverture du droit). Des simplifications similaires peuvent porter sur l'ACTP au sein des services du conseil général, ce qui n'a été constaté partout par la mission (un département est contraint de demander le remboursement de l'ACTP qu'il a trop versée).

¹²⁸Il y est estimé en moyenne à 20 % des montants accordés.

Recommandation n°39 : 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 (départements)

Recommandation n°40 : Adopter un rythme de contrôles d'effectivité sur dossiers après paiement adapté au risque d'indu, en fonction du type de prestation et du montant, et recourir davantage aux contrôles sur place (départements)

- [422] Les forfaits d'aide humaine cécité (50 heures par mois au tarif de l'emploi direct), et surdité (30 heures), ne sont pas soumis à contrôle d'effectivité, depuis le décret du 7 janvier 2010. Or certaines MDPH le regrettent, estimant que dans bien des cas, le nombre d'heures correspondant à ces forfaits n'est pas de fait utilisé (voir supra).

2.6. Les usagers font difficilement le lien entre droits ouverts et paiements reçus

- [423] Le plan d'aide est exprimé pour partie en aides journalières (en centièmes d'heures). Les notifications d'ouvertures de droits comportent des montants mensuels ou ponctuels. Les versements sont effectués mensuellement et dépendent de la réalisation effective des aides attribuées. Ils peuvent varier de façon importante d'un mois sur l'autre (en fonction des retours au domicile par exemple). Il est donc souvent difficile pour un bénéficiaire de s'y retrouver.
- [424] Pour sa complète information, et aussi pour mettre en lumière l'aide apportée par la MDPH et le département, il serait utile que le conseil général lui adresse en début d'année un récapitulatif des sommes versées l'année précédente.
- [425] Ce récapitulatif devrait être conçu également à des fins fiscales. En effet, lors de la déclaration des sommes versées pour l'emploi d'un salarié à domicile, les montants perçus par les bénéficiaires de la PCH au titre de l'aide humaine doivent être déduits de ces sommes (voir supra). Or les services fiscaux ne sont pas informés par les départements des sommes versées au titre de l'élément aide humaine de la PCH. Cette question s'est déjà posée pour l'APA mais sa faisabilité se heurte à des difficultés techniques.
- [426] Par conséquent, non seulement cette information gagnerait à être explicitée dans les formulaires de déclaration d'impôts sur le revenu, mais aussi un état récapitulatif des montants versés au cours de l'année écoulée au titre de la PCH, par type d'aide, devrait être adressé aux bénéficiaires par les conseils généraux.

Recommandation n°41 : Adresser aux bénéficiaires de la PCH un état récapitulatif des sommes perçues dans l'année, par type d'aide, au titre de la PCH, en précisant les incidences fiscales liées aux sommes perçues au titre de l'aide humaine (départements)

3. DELAIS ET COUTS DE GESTION SONT ELEVES

3.1. Des délais qui exc dent les délais réglementaires

- [427] Pour être appréhendé, le délai qui s'écoule entre le dépôt d'une demande complète et la mise en paiement de la prestation doit être décomposé en plusieurs phases : instruction technique, parfois précédée dans certaines MDPH d'une instruction administrative succincte, délai de 15 jours accordé aux bénéficiaires pour réagir au PPC, puis décision de la CDAPH, délai de notification de la décision d'attribution, délai de mise en paiement (qui pour certains éléments peut dépendre de la production de factures).

- [428] La loi prévoit quatre mois pour le traitement d'une demande en MDPH, délai entre la demande et la décision de la CDAPH. Les autres délais ne sont pas normés. Ce délai est le plus souvent dépassé, et parfois très largement. Le délai moyen constaté dans les cinq départements visités est en 2010 de 3 mois, 5 mois (pour deux d'entre eux), 6 mois et même 8 mois, avec des délais extrêmes qui peuvent atteindre 2 ans. Selon l'enquête 2010 de la CNSA, seulement 30 % des départements ayant répondu (soit 51) déclarent pour les enfants un délai moyen égal ou inférieur à ce délai légal, et pour les adultes 18 % (sur 72 départements). Près de 40 % auraient des délais moyens supérieurs à 6 mois pour les deux prestations.
- [429] Les responsables de MDPH rencontrés sont soucieux de raccourcir les délais, mais ils n'ont guère de prise sur les délais de liquidation et de paiement. Or ces derniers, pas toujours comptabilisés, peuvent dépasser plusieurs semaines, voire des mois.
- [430] Le choix peut être entre rapidité et qualité du traitement de la demande. La phase d'instruction technique peut gagner à être prolongée, pour permettre un mûrissement du plan d'aide. Certains délais sont incompressibles, car ils résultent de facteurs étrangers à l'administration : production de devis ou de factures par le bénéficiaire. En revanche, les délais de notification des décisions doivent être raccourcis au maximum, notamment en organisant des transmissions rapides informatisées entre le centre et la périphérie (un département visité s'en inquiète), entre services administratifs et services techniques, qui relèvent de deux administrations, comme dans un autre département visité.
- [431] La procédure d'évaluation peut naturellement être ralentie par un manque de personnels, notamment de médecins ou d'ergothérapeutes.
- [432] Des délais trop importants peuvent avoir des conséquences négatives sur l'acquisition de matériels techniques, sur l'aménagement du véhicule ou du logement, puisque les devis doivent être produits, pour que ces types d'aides soient attribuées, et les factures acquittées pour qu'elles soient mises en paiement. Lorsque le fonds départemental de compensation est sollicité, le délai d'obtention de l'aide technique ou de l'aménagement du logement, comportant un reste à charge important, peut se prolonger plusieurs mois, dans l'attente de l'accord de plusieurs financeurs.
- [433] La procédure d'urgence prévue par les textes¹²⁹ semble respectée, qui permet au président du conseil général d'attribuer à tout moment de la procédure une aide, éventuellement forfaitaire, pour permettre un maintien ou un retour à domicile. Les hôpitaux savent désormais, semble-t-il, contacter la MDPH.

3.2. Des coûts de gestion de la prestation particulièrement élevés

- [434] Un département a bien voulu calculer le coût complet de la prestation de compensation du handicap (voir en annexe). Il représente 7,5 % du montant attribué¹³⁰.
- [435] Il est évidemment nettement plus élevé que celui de l'ACTP dont le montant est forfaitaire. C'est l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé qui est le plus coûteux en ressources humaines, contrepartie de la qualité recherchée. Les MDPH acquièrent progressivement un savoir-faire qui leur permet d'effectuer un tri parmi les dossiers pour apprécier la nécessité d'une visite.
- [436] L'instruction des dossiers présentés au fonds de compensation peut également exiger beaucoup de temps administratif. Ce temps s'accroît évidemment si l'administration de la MDPH se substitue à la personne handicapée pour rechercher des financements complémentaires.
- [437] Il est certain que le caractère « cousu main » de la prestation de compensation contraste avec le traitement de masse des prestations et droits (délivrance de cartes) gérés par une MDPH.

¹²⁹ Article L.245-2 de 2005 et CASF

¹³⁰ Frais de fonctionnement inclus. Un autre département visité déclare un coût d'environ 4 % PCH et ACTP confondus.

4. LA SATISFACTION DES USAGERS N'EST PAS ACTUELLEMENT MESUREE

- [438] 50 % des allocataires de la PCH sont des femmes¹³¹. 5 % des allocataires ont moins de 20 ans, 40 % entre 20 et 44 ans, 38 % entre 45 et 59 ans, et 17 % 60 ans ou plus. La tranche d'âge entre 45 et 59 ans est donc surreprésentée par rapport à la population générale¹³².
- [439] Les bénéficiaires de la PCH sont dans leur énorme majorité des bénéficiaires d'une aide humaine 92 % d'entre eux en 2010¹³³. Par ailleurs, 18 % d'entre eux ont perçu une aide exceptionnelle ou spécifique, 9 % une aide à l'aménagement de leur logement ou du véhicule, et seulement 2 % une aide technique.
- [440] Le questionnaire de satisfaction élaboré par la CNSA n'est pas spécifique à la PCH, et reste peu utilisé par les MDPH. Ce qui n'exclut pas que des MDPH aient pu prendre des initiatives en la matière pour recueillir leur point de vue, telle la création d'une plate-forme des bénéficiaires dans un département visité.
- [441] Le nombre de recours est faible (voir supra). La longueur des délais reste un point préoccupant, dont les conséquences peuvent être mieux acceptées par l'utilisateur si on accuse réception de son dossier, si on lui donne les moyens d'en suivre l'avancement par Internet, si on lui indique un référent. La notification, parfois sibylline, de droits complexes non commentés verbalement, peut aussi engendrer désarroi et inquiétudes chez des personnes fragilisées par leur handicap.
- [442] Les représentants des associations rencontrés soulignent spontanément les progrès apportés par la prestation, notamment pour les personnes les plus lourdement handicapées. Elles se félicitent des besoins désormais couverts (notamment pour les personnes lourdement handicapées qui peuvent désormais plus souvent rester à domicile, pour les personnes sourdes, non éligibles à l'ACTP, pour la prise en charge des transports vers un accueil de jour, pour l'aménagement du logement), mais relèvent aussi des besoins non couverts, qui peuvent être propres à certains handicaps : aides ménagères, aides à la parentalité¹³⁴, aides à la communication, tarifs insuffisants pour l'emploi direct (non conformes aux conventions collectives), surveillance régulière au delà de 3 heures par jour, protection juridique, frais de transport des personnes accueillies en internat, coûts excessifs des matériels techniques¹³⁵.
- [443] Le libre choix de la personne handicapée peut être contredit tant par l'absence, l'indisponibilité ou le défaut de qualification des ressources locales (prestataires à domicile ou établissement) que par des limites financières (restes à charge trop importants).
- [444] Pour mesurer la distance qui sépare projets de vie et aides ou orientations effectivement mises en place, il faut consulter des dossiers, tous singuliers, et interroger les personnes. Des enquêtes ponctuelles, avec une dimension qualitative, s'imposent six ans après le vote d'une loi ambitieuse. Elles pourraient être conçues et sous-traitées par la DREES.

Recommandation n°42 : Mener des études pour mieux connaître les écarts (et les causes de ces écarts) entre les attentes et les besoins évalués de la personne d'une part, et la mise en œuvre du plan d'aide d'autre part (DREES)

¹³¹ Source DREES enquête trimestrielle (décembre 2010), 73 départements

¹³² La population générale présente les taux suivants en 2009 : 24 % ont moins de 20 ans, 33 % de 20 à 44 ans, 20 % de 45 à 60 ans, et 23 % plus de 60 ans.

¹³³ Source DREES enquête trimestrielle (juin 2010), 73 départements

¹³⁴ Certaines MDPH, selon l'APF, ont pris la responsabilité d'accorder cette aide humaine à des parents d'enfants handicapés. Des techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) peuvent aussi intervenir, en dehors du plan d'aide.

¹³⁵ Plafonnées à 3960 euros sur 3 ans.

Cinquième partie – Les fonds départementaux de compensation couvrent inégalement les restes à charge

[445] Les fonds départementaux de compensation (FDC) sont un dispositif créé par la loi du 11 février 2005 en complément de la PCH. Ils sont destinés, en mobilisant différents financeurs, à accorder des aides financières extra-légales pour permettre aux personnes handicapées de supporter les frais de compensation restant à leur charge. Les FDC se substituent à partir de 2006 aux sites pour la vie autonome (SVA)¹³⁶.

1. LE CADRE DE L'ACTIVITE DES FONDS DE COMPENSATION SE CARACTERISE PAR SA GRANDE SOUPLESSE

1.1. Un dispositif très souple

[446] Le cadre législatif des FDC apparaît très souple. Il est fixé par l'article L.146-5 du CASF issu de la loi de 2005, qui prévoit : « *Chaque maison départementale des personnes handicapées gère un fonds départemental de compensation du handicap chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la [PCH]. Les contributeurs au fonds départemental sont membres du comité de gestion. Ce comité est chargé de déterminer l'emploi des sommes versées par le fonds. La maison départementale des personnes handicapées rend compte aux différents contributeurs de l'usage des moyens du fonds départemental de compensation.*

Les frais de compensation restant à la charge du bénéficiaire de la [PCH] ne peuvent, dans la limite des tarifs et montants [prévus pour la PCH], excéder 10 % de ses ressources personnelles nettes d'impôts dans des conditions définies par décret.

Le département, l'Etat, les autres collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les organismes régis par le code de la mutualité, l'association [de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph)], le fonds [d'insertion des personnes handicapées] et les autres personnes morales concernées peuvent participer au financement du fonds. Une convention passée entre les membres de son comité de gestion prévoit ses modalités d'organisation et de fonctionnement ».

[447] Le décret prévoyant les conditions dans lesquelles les frais de compensation restant à la charge du bénéficiaire ne pouvaient excéder 10 % de ses ressources personnelles nettes d'impôts, « dans la limite des tarifs et montants » de la PCH, n'a pas été pris. En son absence, cette disposition législative est difficilement applicable, puisque les conditions de détermination du revenu n'ont pas été fixées.

¹³⁶ Les dispositifs pour la vie autonomes, le plus fréquemment dénommés sites pour la vie autonome (SVA) ont été mis en place sur une base expérimentale dans 4 départements entre 1997 et 1999 puis généralisés entre 2000 et 2003. Pilotés par les DDASS et financés au premier chef par l'Etat, les SVA étaient constitués par la réunion de financeurs au sein d'une commission chargée d'attribuer des aides techniques aux personnes handicapées.

- [448] Il importerait de baliser les conditions de détermination d'un plafond de reste à charge en fonction du niveau de revenu des personnes handicapées. En effet, des restes à charge trop importants peuvent dissuader de recourir à la PCH elle-même. Il importe que la CNSA fasse un travail d'évaluation préalable de la mise en œuvre de ce seuil de 10 %, afin de maîtriser le coût d'une telle mesure pour les FDC.

Recommandation n°43 : Prendre le décret d'application de l'article L. 146-5 du CASF pour déterminer les conditions de calcul des restes à charge des personnes handicapées après intervention des fonds départementaux de compensation (Etat)

1.2. Des modalités d'intervention diverses

- [449] Les modalités d'association des partenaires, de travail commun et d'intervention relèvent de conventions départementales, dont les stipulations sont très diverses.

Tableau 15 : Modalités d'intervention des fonds départementaux de compensation dans les 5 départements visités

	Participants	Publics éligibles : bénéficiaires de...	Mode de saisine	Activité du FDC	Ordre d'intervention	Types d'aide servie	Barème fonction des ressources
Deux Sèvres	Etat, CG, CPAM, MSA, CAF, un CCAS	PCH; par exception bénéficiaires d'autres prestations handicap	Sur demande du bénéficiaire	Financement seulement	Après les aides légales et avant les autres aides extra-légales	Tous	non
Essonne	Etat, CG, CPAM, MSA	PCH hors aides humaines	Automatique si éligibilité	Financement seulement	Après les autres aides légales et extra-légales	Aides techniques, logement, véhicule, charges spécifiques et loisirs	Oui
Loiret	Etat, CG, CPAM, MSA	PCH	Sur demande du bénéficiaire	Financement et sollicitation des autres financeurs	Après les autres aides légales et extra-légales et les assurances	Aides techniques, logement, véhicule	Oui
Rhône	Etat, CG, CPAM, ARS	PCH hors aides humaines, complément AEEH, MTP < 75 ans	Automatique si éligibilité	Financement et sollicitation des autres financeurs	Après les autres aides légales et extra-légales	Aides techniques (sauf appareillage visuel et dentaire), logement, véhicule, aide animalière	Oui (condition d'isolement pour un 2 ^{ème} niveau d'aide)

Côtes d'Armor	Etat, CG, CPAM, MSA, CAF	PCH, AEEH, ACTP, MTP < 60 ans, personnes ayant eu rejet de PCH	Sur demande du bénéficiaire	Financement seulement	Après les autres aides légales et extra-légales	Aides humaines enfants et frais de licenciement, aides techniques, véhicule, logement, réparation fauteuil	non, sauf bénéficiaires autres que PCH
---------------	--------------------------	--	-----------------------------	-----------------------	---	--	--

Source : Mission

[450] Le tableau illustre une situation très disparate, à tous points de vue, que mettent également en évidence les résultats partiels de l'enquête spécifique diligentée en 2011 par la CNSA :

- Les financeurs intégrés au comité de gestion comportent un noyau dur formé de l'Etat, des départements et des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). D'autres acteurs s'y joignent parfois (caisses de mutualité sociale agricole –MSA-, caisses d'allocations familiales –CAF-, parfois un centre communal d'action sociale –CCAS-). La présidence est assurée de manière tournante chaque année entre membres du comité de gestion.
- Les publics ayant accès aux concours des FDC sont également hétérogènes : si les bénéficiaires de la PCH le sont systématiquement, les FDC peuvent être ouverts aux bénéficiaires de l'AEEH, de l'ACTP, de la MTP ou encore de l'APA. A l'intérieur de l'ensemble PCH, les aides versées sur un mode récurrent (aides humaines, frais de transport, charges spécifiques) sont généralement exclues du bénéfice du FDC, mais ce n'est pas systématique.
- Les modalités de saisine traduisent une plus ou moins grande intégration avec le processus d'instruction de la PCH. Les équipes pluridisciplinaires peuvent dès le stade d'instruction de la PCH donner une information plus exhaustive aux personnes handicapées en indiquant des montants pouvant être attribués par le FDC. La saisine du FDC peut soit être automatique lorsque l'éligibilité à la PCH a été constatée, soit nécessiter la constitution d'un second dossier par les demandeurs.
- L'activité des FDC peut être limitée au seul financement des dépenses qui lui sont soumises ; certains FDC vont jusqu'à solliciter les autres financements possibles, et parfois en étant subrogés aux personnes handicapées.
- Le FDC intervient généralement en aval de l'ensemble des autres financements possibles, que ceux-ci soient légaux (assurance maladie, PCH) ou extra-légaux (Agefiph¹³⁷ et FIPHFP¹³⁸, ANAH¹³⁹, mutuelles, caisses de retraite, action sociale facultative des CPAM, etc.). Un FDC vu par la mission intervient cependant clairement en amont de versements extra-légaux, et notamment de l'action sociale facultative de la CPAM.
- Enfin, l'existence d'un barème de ressources (qu'il s'agisse d'un pourcentage de reste à charge par rapport à la dépense ou d'un ticket modérateur imputé sur un plafond d'intervention variables selon le niveau des revenus) n'est pas systématique.

¹³⁷ Association pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

¹³⁸ Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

¹³⁹ Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat

- [451] La CNSA a indiqué à la mission que de nombreux départements avaient mis en place des FDC fonctionnant comme une conférence de financeurs, chacun d'entre eux intervenant avec ses fonds propres sur la base des décisions de financements prises en commun. Dans les départements visités, la mission n'a pas constaté de telles pratiques, les contributions y étant réellement mutualisées.

2. UNE ANIMATION NATIONALE ENCORE LIMITEE DES FONDS DEPARTEMENTAUX DE COMPENSATION

2.1. La CNSA a privilégié jusqu'à présent la réalisation d'enquêtes ponctuelles

- [452] La CNSA ne dispose pas d'un suivi régulier des FDC. L'article L. 247-1 du CASF dispose : *« La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est destinataire, dans des conditions fixées par décret, des données comptables relatives aux dépenses nettes de la prestation de compensation (...) et de celles relatives à l'activité des fonds départementaux de compensation du handicap (...) »*. A ce jour, aucune remontée régulière ne permet à la CNSA de connaître précisément de l'exécution des dépenses correspondant aux FDC.
- [453] Le niveau national opère par réalisation d'enquêtes ponctuelles. Un document de travail a été réalisé par la DGAS (actuelle DGCS) en août 2008 sur la mise en place et la situation financière des FDC. Les données collectées par la CNSA à partir des rapports d'activité demeurant incomplètes, la CNSA utilise également depuis 2010 les « maquettes budgétaires » des MDPH pour rédiger la partie de son rapport de synthèse sur les MDPH explicitement consacrée aux FDC.
- [454] Le caractère insuffisant de ces éléments a conduit la Caisse à mener une enquête spécifique en 2011 auprès des MDPH pour mieux connaître la situation des fonds. Ses résultats provisoires, portant sur 51 départements ayant répondu à l'enquête au 21 avril 2011, ont été communiqués à la mission. A ce jour, la CNSA ne dispose pas de manière fiable et exhaustive de la liste précise des FDC qui fonctionnent, ou encore le montant des réserves de chacun d'entre eux. Le rapport de synthèse des rapports d'activité des MDPH estime à une douzaine le nombre de FDC qui ont cessé de fonctionner¹⁴⁰.

2.2. La gestion des fonds ne fait pas l'objet d'une démarche d'animation par la CNSA

- [455] Le réseau des gestionnaires des FDC n'est pas identifié par la CNSA en tant que tel. La possibilité de mettre en place des échanges entre pairs constitue une attente exprimée par certains d'entre eux.
- [456] Les outils de gestion sont propres à chaque MDPH. Dans les départements visités, les gestionnaires ont mis au point des fichiers Excel aux périmètres divers. Les renseignements qui y sont apportés sont parfois rudimentaires, parfois très détaillés, constituant ainsi des bases de données comportant des éléments sensibles et peu sécurisés d'un point de vue juridique (nature de handicap, situation professionnelle, situation familiale, revenus, éléments de patrimoine, etc.). La gestion financière de ces fonds est donc relativement autonome, peu balisée et assez peu sécurisée.

¹⁴⁰ CNSA, MDPH, un nouveau service public reconnu, synthèse des rapports d'activité 2009 des maisons départementales des personnes handicapées, décembre 2010

2.3. *Recommandations*

- [457] Le texte du CASF prévoit que la CNSA est destinataire des données comptables sur les opérations de dépense et de recettes des FDC. Pour la première fois, la Caisse a disposé via la centralisation des « maquettes budgétaires » de données exhaustives qui lui ont permis de connaître de la situation des fonds en 2009. Il convient de poursuivre dans cette direction afin de disposer d'une information comptable fiable et régulière sur les FDC, permettant à la CNSA de produire des analyses en temps utiles sur ce sujet.
- [458] Par ailleurs, les premiers éléments d'une animation du réseau des gestionnaires de FDC devraient être mis en place par la CNSA (constitution d'un répertoire des correspondants, organisation de réunions, diffusion d'informations dédiées). Cette première étape permettrait à la Caisse de mieux connaître ce réseau, de répondre à ses besoins et d'envisager la constitution d'outils ou de procédures partagés.

Recommandation n°44 : Créer un réseau des gestionnaires de fonds départementaux de compensation (CNSA)

3. LE TARISSEMENT DES FINANCEMENTS SE TRADUIT PAR UN RESSERREMENT DES DISPOSITIFS

3.1. La suspension de la participation de l'Etat en 2008 est ressentie comme une difficulté majeure

- [459] L'Etat a apporté aux FDC des dotations budgétaires de 14 M€ en 2007 et en 2008. Ces dotations ont été doublées par la CNSA pour le seul exercice 2007. Cette contribution de 14 M€ correspond à ce que l'Etat apportait aux SVA avant la mise en place des FDC. Elle a été répartie entre départements sur la base de leur démographie¹⁴¹.
- [460] L'Etat est intervenu de manière irrégulière dans le financement des FDC. La suspension de son financement depuis 2008 est particulièrement mal ressentie par les interlocuteurs de la mission au sein des conseils généraux, des MDPH et des CDAPH. Elle fragilise le positionnement des DDSCS et DDSCSP au sein des MDPH. Elle motive des stratégies relativement aléatoires des conseils généraux : certains considèrent que les réserves constituées sont une ressource à consommer sur plusieurs années, d'autres ont d'ores et déjà consommé l'intégralité des dotations passées. Dans un département visité, les représentants de la MDPH ont expliqué avoir élargi le public éligible au FDC afin de hâter la consommation des réserves constituées et adresser ainsi un signal aux autres financeurs quant à leur engagement, ces derniers considérant ou risquant de considérer que l'existence de réserves les dispensaient de l'obligation de contribuer.
- [461] Si l'un des départements visités a choisi l'option inverse, la stratégie adoptée dans trois départements visités est un resserrement des dépenses. Celui-ci prend diverses formes : modification des règlements intérieurs dans le sens d'une restriction de l'éligibilité au FDC, mise en place de conditions de ressources plus strictes, adoption d'une politique discrétionnaire plus restrictive par les comités de gestion.
- [462] Les données nationales confirment très largement ce constat. Certains FDC ont considérablement réduit le niveau des interventions, d'autres les ont maintenues, d'autres enfin ont continué leur montée en charge¹⁴².

¹⁴¹ Les départements ont été répartis en 8 catégories, chaque département de chacune des catégories se voyant attribuer un montant forfaitaire. La mission ne dispose pas des éléments détaillés pour ces calculs.

¹⁴² Cf. CNSA, MDPH, un nouveau service public reconnu, synthèse des rapports d'activité 2009 des maisons départementales des personnes handicapées, décembre 2010

3.2. *Recommandation*

- [463] L'urgence est de rétablir la confiance dans un outil qui, au vu du niveau des restes à charge sur certains équipements, demeure essentiel. La réintégration de l'Etat dans le financement des FDC, annoncée lors de la Conférence nationale du handicap du 8 juin, devrait se traduire par un engagement pluriannuel, de manière à adresser un signe clair de sa volonté de les pérenniser.
- [464] Afin d'éviter les comportements d'anticipation constatés par le passé, les modalités de répartition de la participation de l'Etat aux FDC devraient par ailleurs suivre de manière homogène un ou plusieurs critères tenant aux caractéristiques des départements (population générale, niveau de revenu de la population par exemple) et non à la politique adoptée par le passé par les comités de gestion, puisque des caisses aujourd'hui vides peuvent correspondre soit à de vrais besoins, soit à une stratégie de consommation de crédits.

Recommandation n°45 : Rétablir et sécuriser dans le temps la participation de l'Etat aux fonds départementaux de compensation, et répartir ce concours en fonction de données tenant aux caractéristiques objectives des départements (Etat)

4. UN DISPOSITIF RESPECTUEUX DES PARTENARIATS LOCAUX MARQUE PAR DE FORTES INEGALITES DE TRAITEMENT

4.1. *Une marge de manœuvre appréciable pour les acteurs locaux*

- [465] Le faible cadrage juridique des FDC présente l'avantage de permettre la mise en place de coopérations locales, adaptées aux territoires et aux relations concrètes entre les institutions. Il constitue par ailleurs une réponse aux critiques liées à l'absence de marge de manœuvre locale sur la PCH : les acteurs territoriaux ont toute latitude pour calibrer les interventions.
- [466] Il faut toutefois relever que si les périmètres des parties prenantes aux FDC sont variables, certains organismes comme l'Agefiph, le FIPHFP ou l'ANAH ne participent jamais aux tours de table, alors qu'ils ont vocation à financer des aides proches de celles que peuvent offrir les FDC.
- [467] En outre, cette grande liberté d'organisation a pour contrepartie un très fort niveau d'inégalités entre départements.

4.2. *De très fortes inégalités interdépartementales*

4.2.1. Des niveaux d'intervention disparates des fonds de compensation

Tableau 16 : Niveau d'intervention des fonds départementaux de compensation des départements visités (2010)

	Dépense PCH / habitant ¹⁴³	Dépense ACTP / Habitant	Dépense PCH + ACTP / habitant	Dépense FDC / Habitant	Réserves du FDC au 31/12 ¹⁴⁴
Département 1	7,86 €	6,82 €	14,68 €	0,29 €	43 ¹⁴⁵
Département 2	14,02 €	6,14 €	20,16 €	0,26 €	12
Département 3	16,84 €	6,83 €	23,67 €	0,36 €	19
Département 4	17,53 €	7,53 €	25,07 €	0,43 €	36
Département 5	16,80 €	9,01 €	25,81 €	0,27 €	92

Source : Mission

¹⁴³ Population totale INSEE 2010

¹⁴⁴ En mois

¹⁴⁵ Approximation à partir des éléments communiqués à la mission

- [468] L'exemple des départements visités par la mission révèle des niveaux d'intervention disparates des FDC, mais dans un écart proche de celui qui peut être constaté par ailleurs en ce qui concerne la dépense de compensation légale (ACTP et PCH). Ces dernières ramenées à la population des départements s'étagent dans un rapport de 1 à 1,76 tandis que les dépenses de FDC sont dans un rapport de 1 à 1,65.
- [469] Le niveau des dépenses de FDC semble peu corrélé au niveau des réserves disponibles au sein des départements visités.
- [470] En revanche, ils ont un profil de dépense de FDC proche de celui de la dépense de compensation légale : lorsque les dépenses de PCH et d'ACTP sont élevées, les dépenses de FDC le sont aussi. Seul le département 5 présente un niveau de prestations légales élevé pour une dépense de FDC faible.
- [471] L'ensemble des données disponibles au niveau national montrent la très grande hétérogénéité des fonds de compensation. Selon la composition du comité de gestion, les publics éligibles, les éléments couverts ou le niveau et le calcul des restes à charge, les modalités d'intervention du FDC, la réalité des droits des personnes handicapées s'avère très différentes. D'après les résultats provisoires de l'enquête menée par la CNSA en 2011, 5 départements sur 51 répondants ont suspendu le FDC, qui n'a donc aucune activité.
- [472] Les données nationales disponibles sur les montants décidés et servis confirment ce diagnostic. L'enquête partielle de la CNSA montre que les montants décidés pour des aides techniques varient entre une moyenne de 90 € et de 2350 € et pour les aménagements de logement entre 72 € et 2701 €.
- [473] Qu'il s'agisse du nombre d'interventions, du montant des dépenses ou du rapport entre ces deux données, la CNSA montre des écarts très importants sur la base de la synthèse des rapports départementaux. Elle précise : « *force est de reconnaître que les fonds départementaux de compensation présentent des situations extrêmement hétérogènes, tant pour leurs recettes que pour leurs dépenses* ». ¹⁴⁶.

4.2.2. Un impact non négligeable mais variable sur les restes à charge individuels

- [474] La mission a pu obtenir le niveau de reste à charge moyen pour deux départements visités pour les dépenses ayant fait l'objet d'une prise en charge par le FDC. Il se situe à 13-14 % du total de la dépense dans les deux cas, alors que la part du FDC varie sensiblement. Dans le premier département, le FDC a non seulement vocation à financer la dépense, mais également à assurer la recherche de financements externes : il ne couvre que 13 % de la dépense, alors que les financeurs externes assument 20 % de celle-ci. Dans le second cas, le FDC n'assure qu'une fonction de financement direct, sans recherche de fonds complémentaires : il prend à sa charge 26 % de la dépense alors que les autres financeurs interviennent à hauteur de 7 % seulement.

Tableau 17 : Couverture des dépenses ayant fait l'objet d'une prise en charge par le fonds de compensation dans deux départements visités

	PCH	Sécurité sociale	FDC	Autres	Reste à charge
Département 1	42 %	11 %	13 %	20 %	14 %
Département 2	46 %	8 %	26 %	7 %	13 %

Source : Mission

¹⁴⁶ CNSA, MDPH : un nouveau service public reconnu. Synthèse des rapports d'activité 2009 des maisons départementales des personnes handicapées, décembre 2010

- [475] Le niveau des restes à charge constatés par la mission recoupe celui que la CNSA met en évidence dans les résultats provisoires de son enquête (14 % en moyenne nationale), mais avec de forts écarts entre départements (de 2 % à 59 %).
- [476] Une étude de l'Association française de lutte contre la myopathie (AFM)¹⁴⁷ portant sur 611 dossiers d'aides techniques pour des malades neuromusculaires souligne que dans la moitié des départements, sur 90 figurant dans son échantillon, le reste à charge des familles est supérieur à 739 €. 10 % des départements ont des restes à charge moyens inférieurs à 12 € et 10 % supérieurs à 3 018 €. 40 % des départements affichent des restes à charge moyens supérieurs à 1 140 €. L'étude ne croise pas le reste à charge avec le niveau de revenu des bénéficiaires, et ne permet donc pas d'estimer le niveau des restes à charge en pourcentage du revenu disponible.
- [477] Les FDC ciblent très rarement les aides humaines, de sorte que les données disponibles ne permettent pas de connaître des restes à charge liés à ces aides répétitives et donc représentant une charge potentiellement plus élevée que celles qui sont liées aux autres éléments de la PCH. Par ailleurs, aucun élément de suivi n'exprime les restes à charge des familles en pourcentage de leurs ressources, alors qu'il s'agit d'un élément prévu par la loi essentiel pour s'assurer de l'équité de traitement et du recours effectif aux prestations.

4.3. Des délais généralement longs

- [478] La problématique des délais est particulièrement prégnante (le plus souvent supérieure à 12 mois) dans les deux départements qui assurent en plus du financement FDC une fonction de sollicitation des autres financeurs externes.

4.4. Recommandations

4.4.1. Conforter les fonds départementaux de compensation comme « ensemblier » des financements extra-légaux pour le handicap

- [479] Les FDC qui assurent à la fois la mission de financement direct des restes à charge et de recherche de financements complémentaires offrent aux personnes handicapées un service précieux en les dispensant de démarches administratives complexes tout en créant les conditions d'une meilleure équité. Ils peuvent être en outre une source de coordination de la prise en charge des dépenses par les divers financeurs. Une telle démarche, permettant d'éviter d'éventuels sur-financements, est potentiellement une source d'économies pour les FDC.

Recommandation n°46 : Faire des FDC des instances de coordination des financements (FDC)

- [480] Une difficulté liée à l'adoption de ce type de dispositif tient à l'allongement des délais d'instruction. Pour pallier ces retards tout en offrant aux usagers une meilleure anticipation de leurs droits, il importe d'intégrer le plus possible l'instruction des concours des FDC avec celle de la PCH. La mise en place d'un dispositif d'avances sur FDC est également un moyen de ne pas différer la l'achat de matériels ou la réalisation de travaux parfois urgents.

Recommandation n°47 : Mettre en place un système d'avances au profit des bénéficiaires des fonds départementaux de compensation (FDC)

¹⁴⁷ AFM, *Aides techniques et fauteuils roulants – les restants à charge pour les familles*, décembre 2010 ; voir pièce jointe

- [481] Les difficultés de coordination tiennent notamment à la multiplicité des financeurs. Toutefois, la mission observe que certains d'entre eux sont très fréquemment actionnés, tout en étant des organismes de service public percevant des prélèvements obligatoires (Agefiph, FIPHFP, ANAH). Leur implication dans les FDC serait logique, et éviterait d'avoir recours à des procédures relativement lourdes d'instructions parallèles pour des dossiers partagés. Cette implication ne suppose pas forcément un financement des FDC par les organismes précités, dont l'implantation est régionale et non départementale. En revanche, la mise en place de procédures partagées, sous la forme d'un dossier unique, permettrait de simplifier et de fluidifier le dispositif.

Recommandation n°48 : L'Agefiph, le FIPHFP et l'ANAH devraient s'impliquer au sein des fonds départementaux de compensation

4.4.2. Mieux tenir compte de la situation sociale des bénéficiaires

- [482] La question des inégalités ne devrait pas être traitée par la mise en place d'une réglementation commune contraignante. Les FDC offrent aujourd'hui une marge d'appréciation aux acteurs locaux, et créent les conditions de leur coopération. Un encadrement national plus affirmé des interventions ne constitue donc probablement pas une réponse adaptée pour cet outil qui a démontré sa souplesse.
- [483] Toutefois, les FDC ayant pour vocation de limiter les restes à charge lorsque ceux-ci sont importants au regard des ressources des bénéficiaires, il importe de leur permettre d'intervenir d'abord en fonction de ce critère. Or, nombre de règlements intérieurs limitent les concours des FDC en fonction du statut des bénéficiaires, certains se limitant aux seuls bénéficiaires de la PCH¹⁴⁸. Ces restrictions *a priori* sont susceptibles d'écarter du bénéfice des FDC des personnes handicapées dont la situation sociale nécessiterait tout particulièrement l'intervention¹⁴⁹. Il importe de les éviter en ouvrant le champ d'intervention des FDC, une telle ouverture n'impliquant pas nécessairement un niveau plus élevé de dépenses, si ces dernières sont déterminées par ailleurs avec rigueur en fonction du niveau des ressources des bénéficiaires. Il s'agit tant d'une question d'équité que d'efficacité des FDC eu égard à leur vocation.

Recommandation n°49 : Privilégier le critère de ressources pour le bénéfice des fonds départementaux de compensation tout en évitant de restreindre l'accès aux fonds en fonction du statut des bénéficiaires (FDC)

- [484] Dans un département visité, il n'existe aucun barème établi d'intervention du fonds, de sorte que son adéquation avec la situation particulière des bénéficiaires (niveau de revenu, patrimoine financier, niveau de charges de la vie courante) relève de la seule appréciation des membres du comité de gestion. Par exemple, le niveau des restes à charge n'est pas encadré. De fait, le travail avec les partenaires, ainsi que l'augmentation des exigences administratives (des justificatifs sont demandés pour toutes les dépenses courantes) ont eu pour effet de limiter le nombre de demandes d'interventions du fonds. Le risque de cette dernière pratique est d'écarter du bénéfice du FDC les personnes en situation de fragilité face à la complexité administrative. La mission recommande de privilégier un ciblage clair, fonction du niveau de revenu, et se traduisant par une barémisation explicite.

Recommandation n°50 : Mettre en place des barèmes de restes à charge ou des tickets modérateurs fonction du niveau de revenu des personnes handicapées (FDC)

¹⁴⁸ Ainsi d'après les résultats partiels de l'enquête menée par la CNSA en 2011 (sur 51 départements), 66 % des FDC sont accessibles aux bénéficiaires d'un complément d'AEEH, 49 % à des bénéficiaires de la MTP, 54 % à des bénéficiaires de l'ACTP et 14 % à des bénéficiaires de l'APA.

¹⁴⁹ Les bénéficiaires de l'ACTP, par exemple, n'ont pas accès aux aides techniques, et peuvent se trouver confrontés à des restes à charge significatifs.

- [485] Les restes à charge des familles ne sont pas systématiquement suivis dans les départements, et surtout ils ne font généralement pas l'objet d'un croisement avec des données relatives à leur niveau de revenu. La vocation première des FDC étant de limiter les restes en charge en fonction des ressources des bénéficiaires, il conviendrait de systématiser ce suivi par la publication des restes à charge moyens exprimés en pourcentage de leurs revenus.

Liste des recommandations

<u>Recommandation n°1 :</u>	Supprimer la limite d'âge actuellement fixée à 75 ans pour demander la PCH, pour les personnes qui étaient éligibles avant 60 ans (Etat)
<u>Recommandation n°2 :</u>	Améliorer l'information des contribuables concernant les aides à déduire des sommes versées pour l'emploi d'un salarié à domicile (Etat, MDPH, départements, associations)
<u>Recommandation n°3 :</u>	Modifier l'article R. 245-40 du CASF afin que les sommes versées au titre de la compensation du handicap par des organismes de protection sociale et par l'ONIAM puissent être déduites du montant attribué au titre de la PCH (Etat)
<u>Recommandation n°4 :</u>	Permettre de déduire les sommes versées au titre de l'indemnisation du handicap par un tiers (ou son assureur) du montant attribué au titre de la prestation de compensation et prévoir que les assureurs ne puissent déduire la PCH de leurs indemnisations (Etat)
<u>Recommandation n°5 :</u>	Prévoir l'obligation pour les bénéficiaires de la PCH d'informer la MDPH de toute indemnisation perçue de la part d'un tiers responsable ou de son assureur ¹⁵⁰ (Etat)
<u>Recommandation n°6 :</u>	Permettre aux départements d'engager, s'il y a lieu, une action subrogatoire contre le tiers responsable (ou son assureur) d'un handicap justifiant le versement d'une prestation de compensation, comme le fait la sécurité sociale (Etat)
<u>Recommandation n°7 :</u>	Compléter les états annuels transmis à la direction financière de la CNSA d'une ventilation des dépenses de PCH et des bénéficiaires par élément (Etat)
<u>Recommandation n°8 :</u>	Confier à la CNSA la charge d'effectuer l'ensemble des remontées régulières de données effectuées auprès des MDPH et des départements en matière de PCH et d'ACTP (Etat)
<u>Recommandation n°9 :</u>	Organiser la transmission des données relatives aux paiements de la PCH dans le cadre de la mise en œuvre de SipaPH (départements)

¹⁵⁰ Dans le cas où le total des sommes perçues dépasserait les frais engagés, cette obligation existe déjà mais est rarement mise en œuvre (voir infra)

<u>Recommandation n°10 :</u>	Etendre la possibilité de prononcer des sanctions financières à l'ensemble des obligations de restitutions statistiques des MDPH (CNSA)
<u>Recommandation n°11 :</u>	Communiquer aux départements, aux MDPH et aux CDAPH les données relatives à la PCH en identifiant les numéros des départements (CNSA)
<u>Recommandation n°12 :</u>	Publier régulièrement des données statistiques issues des remontées départementales, permettant de situer les résultats départementaux identifiés dans l'ensemble national (CNSA)
<u>Recommandation n°13 :</u>	Prévoir la publication de certains indicateurs dans les documents budgétaires des départements (Etat)
<u>Recommandation n°14 :</u>	Mettre en place des outils de régulation des procédures d'instruction de la PCH par les MDPH et les départements (Etat et CNSA)
<u>Recommandation n°15 :</u>	Demander une mission d'inspection spécifiquement destinée à l'évaluation des conditions de régulation de la dépense liée aux équipements destinés aux personnes handicapées, et plus particulièrement aux prothèses auditives (Etat)
<u>Recommandation n°16 :</u>	Coordonner les initiatives locales de référencement des prix pratiqués en matière d'aménagement du logement et du véhicule (CNSA)
<u>Recommandation n°17 :</u>	Réaliser une étude permettant d'affiner le diagnostic sur les disparités départementales de PCH (dépenses et bénéficiaires) (Etat, CNSA)
<u>Recommandation n°18 :</u>	Constituer un groupe de travail afin d'élaborer des outils méthodologiques d'aide à la prévision de la montée en charge de la PCH à l'attention des administrations centrales et locales (CNSA)
<u>Recommandation n°19 :</u>	Rappeler aux bénéficiaires de la PCH leur obligation d'informer la CDAPH et le président du conseil général de toute modification de sa situation de nature à affecter ses droits (MDPH)
<u>Recommandation n°20 :</u>	Imposer aux organismes publics et privés compensant le handicap d'informer du montant de l'aide accordée la MDPH et le président du conseil général du lieu de résidence du bénéficiaire (Etat)
<u>Recommandation n°21 :</u>	Compléter le formulaire de demande de PCH par une rubrique mentionnant que le handicap est d'origine accidentel (Etat et CNSA)

<u>Recommandation n°22 :</u>	Animer une concertation avec les assureurs et les MDPH pour harmoniser les modalités de calcul des montants d'indemnisations et d'évaluation du handicap (CNSA)
<u>Recommandation n°23 :</u>	Engager une réflexion, associant les élus et les administrations concernées, sur les modalités de répartition de la contribution de la CNSA (Etat)
<u>Recommandation n°24 :</u>	Mettre à la disposition des MDPH un guide d'information du grand public sur la PCH, comportant notamment une fiche sur le statut de l'aidant familial (y compris les aspects fiscaux et les conséquences sur des droits connexes soumis à conditions de ressources ¹⁵¹) (CNSA)
<u>Recommandation n°25 :</u>	Réaliser des enquêtes pour connaître la répartition de la PCH par type de handicap (DREES)
<u>Recommandation n°26 :</u>	Intégrer dans les MDPH une supervision juridique et économique des plans d'aide (MDPH)
<u>Recommandation n°27 :</u>	En cas de risque identifié, s'organiser pour diligenter une équipe technique à domicile en l'absence de toute demande de la personne handicapée, et en informer le président du Conseil général (MDPH)
<u>Recommandation n°28 :</u>	Etudier la suppression, pour les nouveaux entrants, de la partie forfaitaire de l'aide humaine en établissement (Etat)
<u>Recommandation n°29 :</u>	Soumettre l'ACTP à un contrôle d'effectivité, et offrir systématiquement à la date d'échéance de l'ACTP le droit d'option avec la PCH, montants comparés à l'appui (MDPH et départements)
<u>Recommandation n°30 :</u>	Se donner les moyens de connaître les motifs de sortie de l'ACTP , ainsi que les différences objectives de ressources et de situations de handicap des deux populations (ACTP et PCH), tout en demeurant attentif aux conséquences de la coexistence des deux dispositifs : conséquences pour les bénéficiaires, pour les gestionnaires et pour les finances départementales (DGCS et DREES)
<u>Recommandation n°31 :</u>	Organiser la présence de l'Etat au sein des CDAPH en définissant les rôles respectifs de la DDCS et de l'ARS (Etat)
<u>Recommandation n°32 :</u>	Rendre anonymes les dossiers examinés en CDAPH (MDPH)

¹⁵¹ RSA, prestations familiales, aides au logement...

<u>Recommandation n°33 :</u>	Informier systématiquement par écrit les usagers de leur droit d’être entendus par la CDAPH (MDPH)
<u>Recommandation n°34 :</u>	Concernant les voies de recours, élaborer une fiche informant l’usager sur ses droits et sur les procédures ainsi qu’un guide que pourraient utiliser les MDPH (CNSA)
<u>Recommandation n°35 :</u>	Informier systématiquement la CNSA des recours déposés devant les Tribunaux du Contentieux de l’Incapacité, la CNITAAT ¹⁵² et la Cour de Cassation, afin que la CNSA en dresse le bilan pour la DGCS, chargée de suivre l’application du droit. Qu’elle soit intervenante au litige (MDPH).
<u>Recommandation n°36 :</u>	Rédiger des guides de procédure (MDPH), et appuyer les MDPH dans cette démarche (CNSA)
<u>Recommandation n°37 :</u>	Faire une étude sur le profil socio-économique des bénéficiaires de la PCH (DREES)
<u>Recommandation n°38 :</u>	Recourir davantage au CESU préfinancé pour l’emploi de gré à gré (départements), et permettre, par une modification législative, au conseil général d’imposer aux nouveaux bénéficiaires un mode de paiement : CESU ou paiement direct par le conseil général pour l’aidant familial ou pour le prestataire (Etat)
<u>Recommandation n°39 :</u>	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 (départements)
<u>Recommandation n°40 :</u>	Adopter un rythme de contrôles d’effectivité sur dossiers après paiement adapté au risque d’indu, en fonction du type de prestation et du montant, et recourir davantage aux contrôles sur place (départements)
<u>Recommandation n°41 :</u>	Adresser aux bénéficiaires de la PCH un état récapitulatif des sommes perçues dans l’année, par type d’aide, au titre de la PCH, en précisant les incidences fiscales liées aux sommes perçues au titre de l’aide humaine (départements)
<u>Recommandation n°42 :</u>	Mener des études pour mieux connaître les écarts (et les causes de ces écarts) entre les attentes et les besoins évalués de la personne d’une part, et la mise en œuvre du plan d’aide d’autre part (DREES)

¹⁵² Cour nationale de l’incapacité et de la tarification de l’assurance des accidents du travail

<u>Recommandation n°43 :</u>	Prendre le décret d'application de l'article L. 146-5 du CASF pour déterminer les conditions de calcul des restes à charge des personnes handicapées après intervention des fonds départementaux de compensation (Etat)
<u>Recommandation n°44 :</u>	Créer un réseau des gestionnaires de fonds départementaux de compensation (CNSA)
<u>Recommandation n°45 :</u>	Rétablir et sécuriser dans le temps la participation de l'Etat aux fonds départementaux de compensation, et répartir ce concours en fonction de données tenant aux caractéristiques objectives des départements (Etat)
<u>Recommandation n°46 :</u>	Faire des FDC des instances de coordination des financements (FDC)
<u>Recommandation n°47 :</u>	Mettre en place un système d'avances au profit des bénéficiaires des fonds départementaux de compensation (MDPH)
<u>Recommandation n°48 :</u>	L'Agefiph, le FIPHFP et l'ANAH devraient s'impliquer au sein des fonds départementaux de compensation
<u>Recommandation n°49 :</u>	Privilégier le critère de ressources pour le bénéfice des fonds départementaux de compensation tout en évitant de restreindre l'accès aux fonds en fonction du statut des bénéficiaires (FDC)
<u>Recommandation n°50 :</u>	Mettre en place des barèmes de restes à charge ou des tickets modérateurs fonction du niveau de revenu des personnes handicapées (FDC)

Brigitte JOSEPH-JEANNENEY

Frédéric LALOUE,

Thierry LECONTE

Nacera HADDOUCHE

Patrice O'MAHONY

Lettre de mission



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHESION SOCIALE

MINISTÈRE CHARGÉ
DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES



Paris, le 8 FEV. 2011

Messieurs les chefs de service,

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette prestation est un des éléments de la mise en œuvre du droit à compensation des conséquences du handicap.

La PCH est attribuée par les commissions des droits et de l'autonomie (CDAPH) au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), après évaluation par une équipe pluridisciplinaire. Elle est financée par les conseils généraux qui reçoivent pour ce faire un concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Après un démarrage progressif en 2006, les dépenses au titre de la PCH ont fortement augmenté dès 2007. Dans le même temps, le concours versé par la CNSA, initialement de 523 millions d'euros, a peu progressé et même diminué en 2009 (509 millions d'euros) et en 2010 (506 millions d'euros).

Par ailleurs, les données 2009 de la CNSA pour le calcul du concours définitif aux conseils généraux font état d'une dépense moyenne annuelle par bénéficiaire de la PCH de 8 210 €, mais qui couvre des écarts interdépartementaux très importants allant de 3 356 euros à 23 572 euros. La mission de l'IGAS d'octobre 2010 sur les dispositifs médicaux dont certains, en complément de l'assurance maladie, peuvent être pris en charge au titre de la PCH (aides techniques, dont fauteuils roulants, audioprothèses), a mis en évidence les pratiques hétérogènes des conseils généraux pour l'attribution de cette prestation mais aussi des capacités de mobilisation inégales des fonds départementaux de compensation du handicap.

Enfin, les associations représentant les personnes handicapées font état de besoins non couverts ou insuffisamment couverts par la prestation de compensation du handicap.

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection Générale
des Affaires Sociales

Monsieur Michel SAPPIN
Chef de l'Inspection Générale
de l'Administration

- 2 -

Compte tenu de ce qui précède, nous souhaitons que l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'administration conduisent conjointement une mission ayant pour objet :

- d'une part, d'évaluer la mise en œuvre et la montée en charge de la PCH, notamment au regard du droit d'option avec l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), d'identifier les limites de ce dispositif et de proposer des pistes d'évolution ;
- d'autre part, d'apprécier la capacité financière des conseils généraux à soutenir durablement la compensation du handicap, au regard de son cadre actuel et des éventuelles évolutions qu'il pourrait nécessiter.

A cet effet, la mission conjointe analysera les disparités entre départements afin d'en expliquer les raisons et sera amenée à formuler des propositions pour favoriser un égal traitement des personnes handicapées sur le territoire national.

La mission appréciera en outre l'intérêt du recours aux fonds départementaux de compensation pour la réduction des restes à charge des bénéficiaires de la PCH, les disponibilités actuelles et le calibrage souhaitable de ces fonds. Elle fera également toute proposition utile permettant d'en assurer la pérennité et d'en améliorer la gestion.

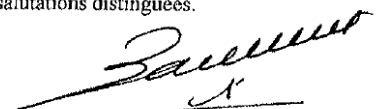
La mission examinera également le niveau et la qualité du suivi des données relatives à la PCH par la CNSA d'une part, et, d'autre part, sa capacité à garantir une juste allocation du financement de cette prestation.

Nous souhaitons, enfin, que les travaux de la mission la conduisent à évaluer l'accompagnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour favoriser l'égal accès à la PCH et à l'ACTP. Cette évaluation devra s'appuyer sur l'examen d'un échantillon significatif de dossiers relevant de plusieurs départements aux caractéristiques démographiques et économiques contrastées.

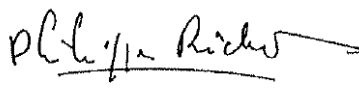
Pour accomplir ses travaux, la mission conjointe pourra s'appuyer sur la direction générale de la cohésion sociale ainsi que la direction générale des collectivités locales. Les membres de la mission pourront également solliciter les services de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle veillera par ailleurs à consulter le Secrétaire général du comité interministériel du handicap (CHI) ainsi que les principales associations représentatives des personnes handicapées ou de leurs familles.

Nous souhaitons qu'un rapport d'étape nous soit rendu pour le 15 avril 2011. Le rapport définitif devra être restitué le 1^{er} juin prochain au plus tard.

Nous vous prions de bien vouloir agréer, Messieurs les chefs de service, l'expression de nos salutations distinguées.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN



Philippe RICHERT

Copies à :

- monsieur le directeur général de la cohésion sociale,
- monsieur le directeur général des collectivités locales,
- monsieur le directeur de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie.

Liste des personnes rencontrées

Cabinet de la Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale

Monsieur Grégoire François-Dainville, conseiller chargé du handicap et de la politique de la dépendance

Cabinet du Ministre chargé des collectivités territoriales

Monsieur Jean-Michel Rapinat, conseiller chargé de la fonction publique territoriale et de l'action sociale

Comité interministériel du handicap (CIH)

Monsieur Thierry Dieuleveux, secrétaire général

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Madame Caroline Bachschmidt, adjointe au sous directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Madame Chantal Erault, chef du bureau des droits et aides à la compensation

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Monsieur Ronan Mahieu, sous directeur de l'observation de la solidarité

Madame Joëlle Chazal, chef du bureau établissements sociaux, action sociale locale et professions

Madame Sylvie Eghbal, bureau famille, handicap, dépendance

Direction générale des collectivités locales (DGCL)

Madame Anne Archambault, chargée de mission auprès du directeur général

Monsieur David Philot, sous directeur des finances locales et de l'action économique

Monsieur Frédéric Garnier, chef du bureau des budgets locaux et de l'analyse financière

Monsieur Alaric Malves, chef du bureau du financement des transferts de compétences

Monsieur Sébastien Tres, adjoint au chef du bureau des financements des transferts de compétences

Monsieur Yvan Cordier, adjoint au sous directeur des compétences et des institutions locales

Monsieur Mathieu Duhamel, chef du bureau des services publics locaux

Madame Alice Lapray, chargée de mission

Madame Brigitte Belloc, chef du département des études et statistiques locales

Direction générale des finances publiques (DGFIP)

Monsieur Cédric Saint-Antoine

Madame Marie André

Monsieur Pierre Loubradou

Direction de la législation fiscale (DLF)

Madame Céline d'Argent de Deux-Fontaines

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Monsieur Laurent Vachey, directeur général

Madame Bernadette Moreau, directrice de la compensation et de la perte d'autonomie

Madame le docteur Pascale Gilbert, direction de la compensation et de la perte d'autonomie

Madame Estelle Pelletier, statistiques et économie de la santé

Madame Emmeline Salis, juriste

Madame Julie Reynaud, direction financière

Monsieur Cherbane Sarri, statisticien

Monsieur Aurélien Taconnet, chef de projet informatique décisionnelle

Caisse nationale d’allocations familiales (CNAF)

Monsieur Frédéric Marinacce, directeur des politiques familiales et sociales
Madame Mariette Daval, responsable du pôle Solidarités
Monsieur Stéphane Donne, direction des statistiques

Observatoire national de l’action sociale décentralisée (ODAS)

Monsieur Jean-Louis Sanchez, directeur général
Monsieur Didier Lesueur, directeur général adjoint
Madame Marie Janicot, études autonomie

Office national d’indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

Monsieur Dominique Martin, directeur
Madame Sabine Gibert, directrice juridique
Madame Agathe Subercasaux

Assemblée des départements de France (ADF)

Monsieur Jean-Christophe Moraud, secrétaire général
Monsieur Jean-Pierre Hardy, chef du service des politiques sociales

Association des directeurs de MDPH

Madame Christine Dupré, Présidente, directrice de la MDPH de Seine et Marne
Monsieur Yannick Deimat, Vice-président, directeur adjoint de la MDPH du Finistère
Monsieur Didier Malnoury, administrateur, directeur de la MDPH de l’Aube

Association des paralysés de France (APF)

Monsieur Jean-Marie Barbier, président
Madame Malika Boubekour, conseillère nationale politiques de compensation

Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (CFPSAA)

Monsieur Philippe Chazal, président

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)

Monsieur Jean Canneva, président

Union nationale pour l’insertion sociale du déficient auditif (UNISDA)

Monsieur Cédric Lorant, président
Monsieur René Bruneau, vice-président
Madame Françoise Quérel, secrétaire générale

Union nationale des associations de parents d’enfants inadaptés (UNAPEI)

Monsieur Thierry Nouvel, directeur général
Madame Cindia Martin, conseillère en droit de la compensation et des familles

Comité de liaison et d’action des parents d’enfants et d’adultes atteints de handicaps associés (CLAPEAHA)

Monsieur Henri Faivre, président

Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Monsieur Patrick Gohet, président

Côtes d'Armor

Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP)

Madame Guyader, directrice

Monsieur Buzzi, directeur adjoint

Monsieur Renard, attaché principal,

Inspection académique :

Monsieur Jérôme Feillel, secrétaire général

CAF :

Monsieur Raoult Alain, administrateur CAF

Conseil général

Madame Marie-Christine Cleret, Vice-présidente du conseil général et de la MDPH

Monsieur Daniel Mace, directeur général adjoint en charge des solidarités

Madame Geneviève Bothorel, chef du service liquidation-contrôle

Maison départementale des personnes handicapées

Monsieur Bernard Le Patezour, directeur de la MDPH

Madame Annie-Laure Prido, coordonnatrice adjointe

Madame Rozenn Salmon, coordonnatrice adjointe

Madame Celine Maire, coordonnatrice adjointe

Madame Sylvie Beuzit, assistante sociale

Membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Madame Monique Hameon, présidente de la CDAPH

Monsieur Jean-Yves Herviou, membre du CDCPH

Monsieur Alain Gaudin, représentant associatif

Madame Florence Bourel, représentante associative

Madame Valérie Meurou, personne qualifiée

Fonds départemental de compensation

Madame Sandrine Bouffort, responsable

Deux-Sèvres

Préfecture

Madame Christiane Barret, préfète

Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP)

Monsieur Christian Jeanne, directeur

Madame Maryse Piat, cheffe adjointe du pôle de cohésion sociale

Madame Jocelyne Bailliere, assistante de service social

Délégation territoriale de l'agence régionale de santé (DTARS)

Madame Marie-France Petorin

Conseil général

Monsieur Eric Gautier, président

Monsieur Patrick Lecomte, directeur général des services

Madame Mariannig Hall, directrice générale adjointe

Monsieur Pierre Bellecullee, chef de bureau comptabilité du service établissements

Madame Anita Baudu, agent en charge de la PCH

Monsieur Jean-Pierre Belin, mission qualité contrôle de gestion

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Madame Claire Deat, directrice

Monsieur René Peron, directeur adjoint

Monsieur Alain Gontan, responsable adjoint de l'unité d'accès aux droits

Madame Françoise Vivier, unité d'accès aux droits

Madame Jacqueline Huet, enseignante spécialisée

Madame le docteur Marylène Bertrand, médecin

Madame le docteur Nadine de Villedon, médecin

Monsieur le docteur Paul Boleis, médecin

Madame Géraldine Landry, ergothérapeute

Madame Nathalie Aubineau, infirmière

Monsieur Laurent Geoget, infirmier secteur psychiatrique

Madame Véronique Bitaud, assistante sociale

Madame Isabelle Cheverry, assistante sociale

Madame Marie Lefebvre, assistante sociale

Madame Alice Mouille, assistante sociale

Membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Madame Françoise Sorel-Bernard, présidente de la CDAPH, GPA 79

Monsieur Jean-Marie Baudoin, Autisme 79

Monsieur Michel Bonneau, UNAFAM

Monsieur Stéphane Pagnon, FNATH

Monsieur Patrice Pain, APF

Monsieur Christian Legac, association V. Hauy

Monsieur Mario San martin Zbinden, AFM

Monsieur Thierry Favriere, ADAPEI

Essonne

Préfecture

Monsieur Pascal Sanjuan, secrétaire général

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)

Monsieur Bernard Ziegler, directeur

Conseil général

Monsieur Jean-François Benevise, directeur général des services

Monsieur Jean-Paul Raymond, directeur général adjoint Solidarité

Monsieur François Guyomarch, directeur personnes âgées et handicapées

Monsieur Jean-Philippe Horreard, directeur adjoint personnes âgées et handicapées

Madame Fabienne Decroix, direction des personnes âgées et handicapées

Maison départementale des personnes handicapées

Madame Maryse Manigot, directrice

Madame Pascale Prevotel, directrice adjointe

Monsieur Méki Menidjel, directeur adjoint

Madame Stéphanie Magnain-Thill, responsable juridique

Monsieur Dominique Leroux, chargé de mission en appui à l'équipe des travailleurs sociaux et ergothérapeute

Monsieur le Docteur Néji Trabelsi, médecin

Madame Véronique Goumy, travailleur social

Madame Florence Garzaro, travailleur social

Madame Céline Lambert, ergothérapeute

Madame Laetitia Genin, assistante du fonds départemental de compensation du handicap

Membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Madame le docteur Sylvie Merville, médecin chef du service médico-social du Conseil général

Madame Marjolaine Morriot, coordinatrice service de l'aide sociale du Conseil général

Madame Cécile Leaute, travailleur social de la MDPH

Monsieur Claude Masseboeuf, CPAM

Madame Elisabeth Reygades, CAF

Madame Martine Colmant, APF

Madame Micheline Huilizen, UNAFAM

Madame Françoise Vedel, association AIDERA (autisme)

Monsieur Jean Paul Lemaitre, association la Chalouette Essonne autisme

Monsieur Gilles Baudier, directeur IME Le Petit Tremblay

Loiret

Préfecture

Monsieur Michel Camux, préfet

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)

Monsieur Patrick Donnadieu, directeur

Madame Nadine Laplanche, directrice adjointe

ARS

Monsieur Eric Van Wassenhove, chef du département médico-social

Conseil général

Monsieur Martel, directeur général adjoint solidarité

Monsieur Susgin, directeur de l'autonomie

Madame Billard, responsable de l'unité prestation PAPH

Maison départementale des personnes handicapées

Madame Habiba Karaoui, experte en compensation, coordinatrice des équipes pluridisciplinaires

Docteur Solange Leloup, responsable de l'équipe pluridisciplinaire

Madame Elise Deniel, travailleur social

Madame Aïcha Levachoff, infirmière

Madame Claire Courtille, infirmière

Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Monsieur Vaultier, président (MSA)

Monsieur Lambert, vice-président (CPAM), membre du comité de gestion du fonds départemental de compensation

Représentants des associations de personnes handicapées

Madame Sergent, ADPEP 45, membre de la CDAPH

Madame Van Boxam, ADPEP 45, membre de la CDAPH

Monsieur Jean-Marc Bouchard, Président de l'association AEFH (association d'Entraide de Familles d'Handicapés)

Monsieur Jean-Claude Dion, Président de l'association APHL (association pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans le Loiret), membre de la CDAPH

Madame Maud Legendre, Délégation du Loiret de l'AFM

Monsieur Etienne Dubron, secrétaire général de l'AFM Centre

Madame Bernier, vice-présidente de l'association A.I.D.A.P.H.I. (association interdépartementale pour le développement des actions en faveur des personnes handicapées et inadaptées), membre de la CDAPH

Monsieur Monchot, AIDAPHI

Monsieur Thierry Nicolle, Président de l'association APADVOR (association promotion aveugle déficient visuel Orléans région Orléans), membre de la CDAPH

Rhône

Préfecture du Rhône

Monsieur Alain Marc, Préfet délégué pour l'égalité des chances

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)

Monsieur Gilles May-Carle, directeur départemental

Monsieur Arnoult, cadre en charge du handicap

Agence régionale de santé

Madame Muriel Lejeune, directrice du handicap et du grand âge

Madame Frédérique Chavagneux, responsable du pôle handicap du Rhône

Conseil général

Monsieur François Baraduc, président délégué du conseil général auprès de la MDPH

Monsieur Paul Laffly, président de la commission affaires sociales du conseil général, vice-président délégué auprès du président chargé des services à la personne

Madame Jacqueline Vottero, conseillère générale du canton de St Fons, commission Affaires sociales

Madame Nicole Berlière-Merlin, directrice générale adjointe, pôle personnes âgées et handicapées au sein du Conseil Général, et ses collaborateurs

Maison départementale des personnes handicapées

Madame Nathalie Thomas, directrice de la MDPH

Madame Sandrine Suissa, adjointe de direction

Madame Louise de Beaulieu, responsable des prestations

Madame Sylvie Dumard, responsable développement des expertises

Madame Martine Juenet-Nore, médecin coordonnateur - secteur enfants

Madame Estelle Charpy, médecin coordonnateur - secteur adultes

Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Monsieur Jean Simon

Maison du Rhône, 6^{ème}

Madame Sylvie Atamer, directrice

Ariane Debaye, DAP

Jean-Daniel Demenge, instructeur

Guillaume Guiraud, instructeur

Myriam Richier, instructrice

Philippe Sagnol, assistant social

Véronique Aymard, médecin

Françoise Salmon, responsable santé

Annexe 1 : Les conditions d'éligibilité liées au handicap

Les conditions d'éligibilité liées au handicap

19 activités sont définies dans le référentiel figurant en annexe 2-5 du CASF

Elles sont réparties en 4 domaines

- **Mobilité :**
se mettre debout, faire ses transferts, marcher, se déplacer (dans le logement, à l'extérieur), avoir la préhension de la main dominante, avoir la préhension de la main non dominante, avoir des activités de motricité fine
- **Entretien personnel :**
se laver, assurer l'élimination et utiliser les toilettes, s'habiller, prendre ses repas
- **Communication :**
parler, entendre (percevoir les sons et comprendre), voir (distinguer et identifier), utiliser des appareils et techniques de communication
- **Tâches et exigences générales, relations avec autrui :**
s'orienter dans le temps, s'orienter dans l'espace, gérer sa sécurité, maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui

Annexe 2 : Les éléments de la PCH autres que les aides humaines

- [1] Outre les aides humaines, le plan personnalisé de compensation permet de prendre en compte d'autres formes d'aide afin de répondre à un besoin global de compensation.

1. LES AIDES TECHNIQUES

- [2] Les aides techniques qui peuvent être prises en compte par le plan personnalisé de compensation sont « 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 »¹⁵³.
- [3] Pour être prises en compte, ces aides doivent contribuer soit :
- à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne pour une ou plusieurs activités ;
 - à assurer la sécurité de la personne ;
 - à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne.
- [4] Les aides techniques qui figurent sur la liste des produits et prestations remboursables doivent faire l'objet d'une prescription médicale (le montant pris en charge par la sécurité sociale doit être déduit du montant accordé au titre de la PCH). Les aides techniques qui ne figurent pas sur cette liste doivent être prises en compte à hauteur de la solution la moins onéreuse. Enfin, les surcoûts des équipements d'utilisation courante doivent s'apprécier par rapport au coût d'un équipement de base.¹⁵⁴

2. L'AMENAGEMENT DU LOGEMENT

- [5] Les frais d'aménagement du logement principal de la personne handicapée ou de la personne qui l'héberge à titre gratuit, qui concourent à maintenir ou à améliorer l'autonomie de la personne handicapée par l'adaptation et l'accessibilité du logement, peuvent être pris en compte au titre de la prestation de compensation.¹⁵⁵
- [6] Pour autant, la PCH n'a pas vocation à compenser des difficultés d'accès qui résulteraient d'un manquement aux dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accessibilité du logement.¹⁵⁶ De même, les aménagements ou travaux qui relèvent d'une mise aux normes du fait d'installations défectueuses ou vétustes ne sont pas pris en compte au titre de la PCH.
- [7] Lorsque le logement ne peut pas être réaménagé de manière adapté, la prestation de compensation peut prendre en compte les frais relatifs à une extension du logement ou une partie des frais de déménagement et d'installation vers un logement répondant aux normes d'accessibilité.¹⁵⁷

¹⁵³ Article D. 245-10 du CASF

¹⁵⁴ Annexe 2-5 du CASF

¹⁵⁵ Articles D. 245-14 et D. 245-16 du CASF

¹⁵⁶ Article D. 245-17 du CASF

¹⁵⁷ Annexe 2-5 du CASF

3. L'AMENAGEMENT DU VEHICULE ET SURCOUTS LIES AUX TRANSPORTS

- [8] L'aménagement du véhicule habituellement utilisé par la personne handicapée (conducteur ou passager) et les surcoûts liés au transport peuvent être pris en compte au titre de la PCH.¹⁵⁸
- [9] Ces derniers doivent être liés à des transports réguliers, fréquents ou correspondants à un départ annuel en congés. Toujours dans l'esprit de la prestation de compensation, ils ne doivent pas résulter du non-respect « des obligations mises à la charge des autorités compétentes pour l'organisation du transport public afin de mettre à disposition des personnes handicapées ou à mobilité réduite des moyens de transport adaptés en cas d'impossibilité technique avérée de mise en accessibilité des réseaux existants ». ¹⁵⁹

4. LES CHARGES SPECIFIQUES OU EXCEPTIONNELLES

- [10] Cet élément de la PCH permet de prendre en compte les dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap (charges spécifiques) et les dépenses ponctuelles liées au handicap (charges exceptionnelles) qui n'ouvrent pas droit à une prise en charge au titre des autres éléments de la prestation de compensation.

5. LES AIDES ANIMALIERES

- [11] Ce dernier élément de la PCH est destiné à prendre en compte les charges liées à l'attribution et à l'entretien des aides animalières qui concourent à maintenir ou à améliorer l'autonomie de la personne handicapée dans la vie quotidienne.¹⁶⁰

¹⁵⁸ Article D. 245-18 du CASF

¹⁵⁹ Article D. 245-22 du CASF

¹⁶⁰ Article D. 245-24 du CASF

Annexe 3 : Montants moyens d'aides humaines par bénéficiaire versés, par quartiles, en décembre 2010

Moyenne servie tous départements	742 €
Moyenne servie par les départements du dernier quartile (les départements qui versent les montants les plus faibles, représentant 25 % du total des départements de l'échantillon)	1 028 €
Moyenne servie par les départements du premier quartile (les départements qui versent les montants les plus élevés, représentant 25 % du total des départements de l'échantillon)	511 €

Source : DREES, (éléments provisoires 2010 sur 64 départements), calculs mission

Pièces jointes

Pièce jointe n°1	L'annexe 2.5 du CASF
Pièce jointe n°2	Les barèmes de l'AEEH
Pièce jointe n°3	Exemple de simulation PCH/AEEH
Pièce jointe n°4	Tarifs et montants applicables aux différents éléments de la PCH au 1 ^{er} janvier 2011
Pièce jointe n°5	Evolution des bénéficiaires de la PCH (par département)
Pièce jointe n°6	Evolution des dépenses de PCH 2006-2010 (par département)
Pièce jointe n°7	Montants moyens de PCH 2009 et 2010 (par département)
Pièce jointe n°8	Arbres décisionnels du guide de cotation des capacités déterminant l'éligibilité à la PCH (document de travail juillet 2008)
Pièce jointe n°9	Répartition des montants mensuels versés pour l'aide humaine, par département. (enquête trimestrielle DREES, 9 mars 2011)
Pièce jointe n°10	Complément de l'AEEH ou PCH : comment choisir ? (CNSA-DGCS, 2008)
Pièce jointe n°11	Les atouts et limites des prestations AEEH et PCH (étude de CRP Consulting-novembre 2009)
Pièce jointe n°12	Evolution des montants moyens attribués par élément de la PCH (document CNSA, mars 2011)

Pièce jointe n°1 : L'annexe 2.5 du CASF

Détail d'un article de code

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=9B...>



Legifrance.gouv.fr
LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT

Code de l'action sociale et des familles

► Annexe

Article Annexe 2-5

Modifié par Décret n°2006-669 du 7 juin 2006 - art. 1 (V)
Modifié par Décret n°2006-1311 du 25 octobre 2006 - art. 2 (V)
Modifié par Décret n°2008-451 du 7 mai 2008 - art. 3

ANNEXE 2-5 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation

Chapitre 1er : Conditions générales d'accès à la prestation de compensation

1. Les critères de handicap pour l'accès à la prestation de compensation

Les critères à prendre en compte sont les suivants :

a) Présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux des activités dont la liste figure en note de bas de page (1).

La difficulté est qualifiée de :

-difficulté absolue lorsque l'activité ne peut pas du tout être réalisée par la personne elle-même ;

-difficulté grave lorsque l'activité est réalisée difficilement et de façon altérée par rapport à l'activité habituellement réalisée ;

b) Les difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an. Il n'est cependant pas nécessaire que l'état de la personne soit stabilisé.

2. Détermination du niveau des difficultés

La détermination du niveau de difficulté se fait en référence à la réalisation de l'activité par une personne du même âge qui n'a pas de problème de santé. Elle résulte de l'analyse de la capacité fonctionnelle de la personne, capacité déterminée sans tenir compte des aides apportées, quelle que soit la nature de ces aides. Elle prend en compte les symptômes (douleur, inconfort, fatigabilité, lenteur, etc.), qui peuvent aggraver les difficultés dès lors qu'ils évoluent au long cours.

Concernant les enfants, il est nécessaire de faire référence aux étapes du développement habituel d'un enfant, définies par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées. Lorsqu'une activité ne peut être réalisée compte tenu des étapes du développement habituel d'un enfant du même âge, celle-ci est sans objet.

3. Détermination personnalisée du besoin de compensation

Pour déterminer de manière personnalisée les besoins de compensation, quel que soit l'élément de la prestation, il convient de prendre en compte :

a) Les facteurs qui limitent l'activité ou la participation (déficiences, troubles associés, incapacités, environnement) ;

b) Les facteurs qui facilitent l'activité ou la participation : capacités de la personne (potentialités et aptitudes), compétences (expériences antérieures et connaissances acquises), environnement (y compris familial, social et culturel), aides de toute nature (humaines, techniques, aménagement du logement, etc.) déjà mises en oeuvre ;

c) Le projet de vie exprimé par la personne.

Chapitre 2 : Aides humaines

Les besoins d'aides humaines peuvent être reconnus dans les trois domaines suivants :

1° Les actes essentiels de l'existence ;

2° La surveillance régulière ;

Détail d'un article de code

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=9B...>

3° Les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective.

Section 1

Les actes essentiels

L'équipe pluridisciplinaire identifie les besoins d'aide humaine pour l'entretien personnel, les déplacements et la participation à la vie sociale. Elle procède à une quantification du temps d'aide humaine nécessaire pour compenser le handicap.

Pour les enfants, ces besoins sont appréciés en tenant compte des activités habituellement réalisées par une personne du même âge, selon les indications mentionnées au second alinéa du 2 du chapitre Ier de la présente annexe.

1. Les actes essentiels à prendre en compte

a) L'entretien personnel

L'entretien personnel porte sur les actes suivants :

Toilette (2) : le temps quotidien d'aide pour la toilette, y compris le temps nécessaire pour l'installation dans la douche ou la baignoire, peut atteindre 70 minutes.

Habillage (3) : le temps quotidien d'aide pour l'habillage et le déshabillage peut atteindre 40 minutes.

Alimentation (4) : le temps quotidien d'aide pour les repas et assurer une prise régulière de boisson peut atteindre 1 heure et 45 minutes. Ce temps d'aide prend aussi en compte l'installation de la personne. Il ne comprend pas le portage des repas ni le temps pour la préparation du repas lorsque ce temps est déjà pris en charge ou peut l'être à un autre titre que la compensation du handicap.

Elimination (5) : le temps d'aide quotidien pour aller aux toilettes comprend le temps nécessaire pour l'installation, y compris les transferts entre les toilettes et le fauteuil. Il peut atteindre 50 minutes. Les actes concernant l'élimination qui relèvent d'actes infirmiers ne sont pas pris en compte.

b) Les déplacements

Le temps quotidien d'aide humaine pour les déplacements dans le logement peut atteindre 35 minutes. Il s'agit notamment d'une aide aux transferts, à la marche, pour monter ou descendre les escaliers ou d'une aide pour manipuler un fauteuil roulant.

Les déplacements à l'extérieur exigés par des démarches liées au handicap de la personne et nécessitant la présence personnelle de celle-ci peuvent majorer le temps d'aide attribué au titre des déplacements à concurrence de 30 heures par an.

Le temps de déplacement à l'extérieur pour d'autres motifs que ceux énoncés à l'alinéa précédent est contenu dans le temps de participation à la vie sociale.

c) La participation à la vie sociale

La notion de participation à la vie sociale 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.

Le temps d'aide humaine pour la participation à la vie sociale peut atteindre 30 heures par mois. Il est attribué sous forme de crédit temps et peut être capitalisé sur une durée de 12 mois. Ce temps exclut les besoins d'aide humaine qui peuvent être pris en charge à un autre titre, notamment ceux liés à l'activité professionnelle, à des fonctions électives, à des activités ménagères, etc.

d) Les besoins éducatifs :

La prise en compte des besoins éducatifs des enfants et des adolescents soumis à l'obligation scolaire pendant la période nécessaire à la mise en œuvre d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie d'orientation à temps plein ou à temps partiel vers un établissement mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du présent code donne lieu à l'attribution d'un temps d'aide humaine de 30 heures par mois.

2. Les modalités de l'aide humaine

L'aide humaine peut revêtir des modalités différentes :

1° Suppléance partielle, lorsque la personne peut réaliser une partie de l'activité mais a besoin d'une aide pour l'effectuer complètement ;

2° Suppléance complète, lorsque la personne ne peut pas réaliser l'activité, laquelle doit être entièrement réalisée par l'aidant ;

3° Aide à l'accomplissement des gestes nécessaires à la réalisation de l'activité ;

Détail d'un article de code

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=9B...>

4° Accompagnement, lorsque la personne a les capacités physiques de réaliser l'activité mais qu'elle ne peut la réaliser seule du fait de difficultés mentales, psychiques ou cognitives.

L'aidant intervient alors pour la guider, la stimuler, l'inciter verbalement ou l'accompagner dans l'apprentissage des gestes pour réaliser cette activité.

3. Les facteurs pouvant avoir un impact sur le temps requis

Les temps indiqués au 1 de la présente section sont des temps plafonds dans la limite desquels peuvent être envisagées des majorations des temps ordinaires dès lors que les interventions de l'aidant sont rendues plus difficiles ou sont largement entravées par la présence au long cours de facteurs aggravants. Certains facteurs sont mentionnés ci-dessous, à titre d'exemples. D'autres peuvent être identifiés.

Facteurs en rapport avec le handicap de la personne

Des symptômes tels que douleurs, spasticité, ankylose de grosses articulations, mouvements anormaux, obésité importante, etc., tout autant que certains troubles du comportement, peuvent avoir un impact et rendre plus difficiles les interventions des aidants pour la réalisation de tout ou partie des actes essentiels.

Facteurs en rapport avec l'environnement

Un logement adapté ou, au contraire, un logement inadapté, de même que le recours à certaines aides techniques, notamment lorsqu'elles ont été préconisées pour faciliter l'intervention des aidants, peuvent avoir un impact sur le temps de réalisation des activités.

4. Compensation et autres modes de prise en charge financière

L'ensemble des réponses aux différents besoins d'aide humaine identifiés qui doivent être mentionnées dans le plan personnalisé de compensation, y compris celles qui ne relèvent pas de la prestation de compensation.

Section 2

La surveillance régulière

La notion de surveillance s'entend au sens de veiller sur une personne handicapée afin d'éviter qu'elle ne s'expose à un danger menaçant son intégrité ou sa sécurité. Pour être pris en compte au titre de l'élément aide humaine, ce besoin de surveillance doit être durable ou survenir fréquemment et concerne :

-soit les personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques ;

-soit les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne. Il n'est pas nécessaire que l'aide mentionnée dans cette définition concerne la totalité des actes essentiels.

1. Les personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques

Le besoin de surveillance s'apprécie au regard des conséquences que des troubles sévères du comportement peuvent avoir dans différentes situations :

- s'orienter dans le temps ;
- s'orienter dans l'espace ;
- gérer sa sécurité ;
- utiliser des appareils et techniques de communication ;
- maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui.

Il s'apprécie aussi, de façon complémentaire, au regard de la capacité à faire face à un stress, à une crise, à des imprévus, ou d'autres troubles comportementaux particuliers comme ceux résultant de troubles neuropsychologiques.

Le besoin de surveillance peut aller de la nécessité d'une présence sans intervention active jusqu'à une présence active en raison de troubles importants du comportement.

L'appréciation de ce besoin au titre de la prestation de compensation nécessite de prendre en considération les accompagnements apportés par différents dispositifs qui contribuent à répondre pour partie à ce besoin. Ainsi, certaines des difficultés présentées par la personne handicapée relèvent d'une prise en charge thérapeutique, d'autres difficultés peuvent appeler un accompagnement par un service ou un établissement médico-social ou un groupe d'entraide mutuelle pour personnes présentant des troubles psychiques.

Les réponses de tout ordre au besoin de surveillance doivent être mentionnées dans le plan personnalisé de compensation y compris lorsqu'elles ne relèvent pas d'une décision de la Commission des droits et de

Détail d'un article de code

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=9B...>

l'autonomie des personnes handicapées.

Le temps de surveillance attribué au titre de la prestation de compensation peut atteindre 3 heures par jour.

Lorsque le handicap d'une personne requiert une surveillance régulière, il est possible de cumuler le temps d'aide qui lui est attribué au titre de la surveillance avec celui qui peut éventuellement lui être attribué au titre des actes essentiels. Toutefois, il faut considérer dans ce cas que le temps de présence d'un aidant pour la réalisation des actes essentiels répond pour partie au besoin de surveillance. Ainsi, le cumul des temps est autorisé à concurrence du temps maximum attribué au titre des actes essentiels.

2. Les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne

La condition relative à l'aide totale pour la plupart des actes essentiels est remplie dès lors que la personne a besoin d'une aide totale pour les activités liées à l'entretien personnel définies au a du 1 de la section 1.

La condition relative à la présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne est remplie dès lors que des interventions itératives sont nécessaires dans la journée et que des interventions actives sont généralement nécessaires la nuit.

Les éléments relatifs aux soins dans la journée comme dans la nuit comprennent notamment des soins liés à la prévention d'escarres ou des aspirations endotrachéales, dès lors que ces aspirations sont réalisées en conformité avec les dispositions prévues dans le décret n° 99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endotrachéales.

Dans ce cas, le cumul des temps d'aide humaine pour les actes essentiels et la surveillance peut atteindre 24 heures par jour.

Section 3

Frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective

L'aide liée spécifiquement à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective est apportée directement à la personne. Elle peut porter notamment sur des aides humaines assurant des interfaces de communication lorsque des solutions d'aides techniques ou d'aménagements organisationnels n'ont pas pu être mis en place. Toutefois, elle exclut :

- d'une part, les besoins d'aide humaine pour l'accomplissement des actes essentiels sur le lieu de travail, ces besoins étant pris en charge au titre de l'aide pour les actes essentiels quel que soit le lieu où cette aide est apportée ;

- d'autre part, les frais liés aux aides en lien direct avec le poste de travail.

Le nombre maximum d'heures est fixé à 156 heures pour 12 mois. Les heures peuvent être réparties dans l'année, en fonction des besoins. Dans ce cas, le programme prévisionnel doit figurer dans le plan de compensation.

Section 4

Dispositions communes aux aides humaines

1. Accès aux aides humaines

Cet accès est subordonné :

- à la reconnaissance d'une difficulté absolue pour la réalisation d'un des actes ou d'une difficulté grave pour la réalisation de deux des actes figurant aux a et b du 1 de la section 1 ou, à défaut

- à la constatation que le temps d'aide nécessaire apporté par un aidant familial pour des actes relatifs aux a et b du 1 de la section 1 ou au titre d'un besoin de surveillance atteint 45 minutes par jour.

Dans des situations exceptionnelles, la commission des droits et de l'autonomie ou le président du conseil général statuant en urgence dans les conditions fixées par l'article R. 245-36 peut porter le temps d'aide attribué au titre des actes essentiels ou de la surveillance au-delà des temps plafonds.

2. Quantification des temps d'aide

Pour déterminer de façon personnalisée le temps d'aide à attribuer, il convient de prendre en compte la fréquence quotidienne des interventions ainsi que la nature de l'aide, sans préjudice des facteurs communs mentionnés au 3 de la section 1.

Le temps d'aide est quantifié sur une base quotidienne. Toutefois, lorsque la fréquence de réalisation de l'activité n'est pas quotidienne ou lorsque des facteurs liés au handicap ou au projet de vie de la personne sont susceptibles d'entraîner, dans le temps, des variations de l'intensité du besoin d'aide, il convient de procéder à un calcul permettant de ramener ce temps à une moyenne quotidienne.

Détail d'un article de code

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=9B...>

La durée et la fréquence de réalisation des activités concernées sont appréciées en tenant compte des facteurs qui peuvent faciliter ou au contraire rendre plus difficile la réalisation, par un aidant, des activités pour lesquelles une aide humaine est nécessaire.

L'équipe pluridisciplinaire est tenue d'élaborer le plan personnalisé de compensation en apportant toutes les précisions nécessaires qui justifient la durée retenue, notamment en détaillant les facteurs qui facilitent ou au contraire compliquent la réalisation de l'activité concernée.

Chapitre 3 : Aides techniques

1. Définition

Les aides techniques qui peuvent être prises en compte au titre de la prestation de compensation sont 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.

Les équipements qui concourent à l'aménagement du logement ou du véhicule ainsi que les produits consommables liés au handicap sont pris en compte respectivement dans les 3e et 4e éléments de la prestation de compensation.

Les dispositifs médicaux à caractère thérapeutique figurant dans la liste des produits et prestations remboursables (6) (LPPR) autres que ceux mentionnés dans l'arrêté fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 245-3 ne sont pas des aides techniques prises en compte au titre de la prestation de compensation.

2. Préconisations

a) Conditions d'attribution des aides

Les aides techniques inscrites dans le plan personnalisé de compensation doivent contribuer soit :

-à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne pour une ou plusieurs activités ;

-à assurer la sécurité de la personne handicapée ;

-à mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne handicapée.

L'aide attribuée doit être suffisante et appropriée aux besoins de la personne compte tenu de ses habitudes de vie et de son environnement ou, le cas échéant, de l'aidant lorsque l'aide est destinée à favoriser son intervention. Son usage doit être régulier ou fréquent. La personne doit être capable d'utiliser effectivement la plupart des fonctionnalités de cette aide technique.

Dans le cas de pathologies évoluant par poussées, après avis d'un médecin spécialiste ou du centre de référence lorsqu'il s'agit d'une maladie rare, la préconisation des aides techniques requises pour maintenir l'autonomie dans l'accomplissement des actes essentiels de l'existence peut être envisagée, même si la durée prévisible des limitations d'activité est difficile à apprécier.

b) Dispositions communes aux aides techniques (qu'elles figurent ou non dans la liste des produits et prestations remboursables)

La possibilité et les conditions de périodes d'essai (essais comparatifs, essais en situation, etc.) sont prévues dans le plan de compensation lorsqu'elles sont jugées nécessaires par l'équipe pluridisciplinaire. Si tel est le cas, la prise en compte de l'aide technique considérée est subordonnée à une évaluation favorable de cette période d'essai, constatée par l'équipe pluridisciplinaire, par tout moyen qu'elle aura précisé.

De même, l'équipe pluridisciplinaire peut proposer le recours à une structure spécialisée de réadaptation fonctionnelle afin que la personne handicapée puisse développer toutes ses potentialités et appréhender, si besoin, des techniques spécifiques de compensation, avant la préconisation d'une aide technique.

Les accessoires ou options ne sont pris en charge que lorsqu'ils répondent à des besoins directement liés à la compensation de l'activité ou des activités concernées.

3. Catégories d'aides techniques

a) Aides techniques figurant sur la liste des produits et prestations remboursables

La prise en compte, au titre de la prestation de compensation, d'aides techniques appartenant à une catégorie de produits figurant sur la liste des produits et prestations remboursables, est subordonnée aux mêmes critères que ceux mentionnés dans cette liste. Cette aide technique devra faire l'objet d'une prescription médicale dans les conditions prévues au code de la sécurité sociale.

Lorsqu'il existe une liste nominative de produits dans la liste des produits et prestations remboursables, seuls les produits figurant dans cette liste sont pris en charge. Les produits écartés de la liste des produits et prestations remboursables ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge au titre de la prestation de compensation.

Détail d'un article de code

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=9B...>

Le cas échéant, la possibilité et les conditions de périodes d'essai sont identiques à celles prévues dans la liste des produits et prestations remboursables pour les aides techniques concernées.

b) Aides techniques hors liste des produits et prestations remboursables

A efficacité égale, lorsqu'un choix est possible entre plusieurs solutions équivalentes pour compenser l'activité concernée, c'est la solution la moins onéreuse qui est inscrite dans le plan personnalisé de compensation.

Toutefois, la personne conserve la possibilité de choisir l'aide technique qu'elle préfère dès lors que les caractéristiques de celle-ci correspondent aux préconisations figurant dans le plan personnalisé de compensation et notamment que l'aide technique considérée apporte une réponse à ses besoins et ne met pas en danger sa sécurité.

c) Dispositions concernant les équipements d'utilisation courante ou comportent des éléments d'utilisation courante

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.

Lorsque les équipements d'utilisation courante comportent des adaptations spécifiques, seules sont prises en compte les adaptations spécifiques. Toutefois, dans le 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, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées peut prendre en compte l'ensemble de la combinaison, y compris l'élément d'utilisation courante.

Chapitre 4 : Aménagement du logement

L'attribution du troisième élément de la prestation de compensation peut porter sur des charges de nature différente : aménagement du logement, du véhicule et surcoût résultant du transport. Ce chapitre porte exclusivement sur l'aménagement du logement.

Les aménagements pris en compte sont destinés à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne handicapée. Ils doivent lui permettre de circuler, d'utiliser les équipements indispensables à la vie courante, de se repérer et de communiquer, sans difficulté et en toute sécurité. Ils visent également à faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent une personne handicapée à domicile pour la réalisation des actes essentiels de l'existence.

1. Facteurs en rapport avec le handicap de la personne

Les aménagements doivent répondre à des besoins directement liés aux limitations d'activités de la personne. Celles-ci peuvent être définitives ou provisoires. Dans le second cas, elles doivent être suffisamment durables (7) pour donner droit à la prise en charge des aménagements du logement.

En cas d'évolution prévisible du handicap, le projet d'adaptation et d'accessibilité du logement peut comprendre des travaux destinés à faciliter des aménagements ultérieurs. Dans le cas d'un handicap lié à une pathologie évolutive, des aménagements du logement peuvent être anticipés dès lors qu'un médecin spécialiste ou un centre de référence lorsqu'il s'agit de cas de maladie rare atteste, en les précisant, que des limitations d'activité vont nécessiter, dans un délai inférieur à un an, de tels aménagements pour améliorer l'autonomie de la personne.

2. Facteurs en rapport avec les aménagements du logement

a) Les adaptations et aménagements concernés

Les aménagements concourant à l'adaptation et à l'accessibilité du logement peuvent concerner les pièces ordinaires du logement : la chambre, le séjour, la cuisine, les toilettes et la salle d'eau. Toutefois, la prestation de compensation peut aussi prendre en compte des aménagements concourant à l'adaptation et à l'accessibilité d'une autre pièce du logement permettant à la personne handicapée d'exercer une activité professionnelle ou de loisir et des pièces nécessaires pour que la personne handicapée assure l'éducation et la surveillance de ses enfants.

Les aménagements des pièces définies ci-dessus peuvent porter sur :

- l'adaptation de la ou des pièces concernées ;
- la circulation à l'intérieur de cet ensemble ;
- les changements de niveaux pour l'accès à l'ensemble des pièces constituant cet ensemble lorsque celui-ci s'organise sur deux niveaux et qu'il n'est pas possible de l'organiser sur un seul niveau faute d'espace nécessaire ;
- la domotique ;
- la création d'une extension si cela s'avère indispensable pour procéder à l'accessibilité requise du fait du

Détail d'un article de code

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=9B...>

handicap de la personne.

Lorsque le logement est une maison individuelle, les aménagements du logement et de l'environnement privatif peuvent également concerner : l'accès au logement depuis l'entrée du terrain et le cas échéant l'accès du logement au garage ; la motorisation extérieure (portail, porte de garage).

L'évaluation des caractéristiques du logement peut conduire à identifier d'autres types d'aménagements ou de travaux à envisager qui ne relèvent pas d'une prise en charge au titre de la prestation de compensation : travaux du fait de l'insalubrité ; mises aux normes du fait d'installations vétustes, défectueuses ou hors normes ; aménagements des parties communes d'une copropriété ; demandes d'aménagements résultant d'un manquement aux dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accessibilité du logement.

Lorsque l'équipe pluridisciplinaire a connaissance de tels besoins, elle les mentionne dans le plan personnalisé de compensation.

b) Les frais pris en compte

Les frais pris en compte diffèrent selon qu'il s'agit de l'aménagement d'un logement existant ou d'une extension ou d'une construction neuve pour ce qui concerne des aménagements spécifiques ne relevant pas des réglementations en vigueur sur l'accessibilité.

Les frais relatifs à une extension sont pris en compte lorsque le logement ne peut être réaménagé de manière adaptée.

Lorsqu'il s'agit de l'aménagement d'un logement existant, sont pris en compte le coût des équipements de second oeuvre, dès lors qu'ils apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée ou celui des équipements spécifiques liés au handicap, ainsi que les frais liés à leur installation.

Lorsqu'il s'agit d'une extension ou d'une construction neuve, sont pris en compte le coût des équipements spécifiques liés au handicap ou le surcoût des équipements de second oeuvre, 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 second oeuvre de base.

L'équipe pluridisciplinaire fournit, en s'appuyant sur les compétences nécessaires, une description détaillée des adaptations qu'elle préconise, afin de permettre à la personne handicapée ou son représentant de faire établir des devis.

Lorsque la personne juge que l'adaptation du logement n'est pas techniquement ou financièrement possible et qu'elle fait le choix d'un déménagement vers un logement répondant aux normes réglementaires d'accessibilité, elle peut bénéficier d'une aide à la prise en charge des frais de déménagement et des frais liés à l'installation des équipements nécessaires.

(1) Liste des activités à prendre en compte pour l'ouverture du droit à la prestation de compensation : (Concernant des informations complémentaires sur les activités, se reporter à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.) Domaine 1 : mobilité. Activités : se mettre debout ; faire ses transferts ; marcher ; se déplacer (dans le logement, à l'extérieur) ; 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. Activités : se laver ; assurer l'élimination et utiliser les toilettes ; s'habiller ; prendre ses repas. Domaine 3 : communication. Activités : 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. Activités : s'orienter dans le temps ; s'orienter dans l'espace ; gérer sa sécurité ; maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui.

(2) Toilette : comprend les activités "se laver", "prendre soin de son corps". Le temps d'aide humaine pour la réalisation d'une toilette au lit, au lavabo, par douche ou bain, comprend le temps nécessaire pour l'installation dans la douche ou la baignoire (y compris les transferts entre la douche ou la baignoire et le fauteuil roulant). Il prend aussi en compte d'autres éléments contribuant à prendre soin de son corps, notamment l'hygiène buccale (le cas échéant l'entretien de prothèses dentaires), le rasage, le coiffage... Il convient, concernant la nature de l'aide, de tenir compte du fait qu'il peut s'agir d'une aide pour la toilette complète ou d'une aide pour la toilette pour une partie du corps.

(3) Habillage : comprend les activités "s'habiller" et "s'habiller selon les circonstances". "S'habiller" comprend l'habillage et le déshabillage et, le cas échéant, le temps pour installer ou retirer une prothèse. Il convient, concernant la nature de l'aide, de tenir compte du fait que l'aide peut porter sur la totalité de l'habillage ou seulement sur une partie (aide pour l'habillage du haut du corps ou au contraire du bas du corps).

(4) Alimentation : comprend les activités "manger" et "boire". Le temps d'aide prend aussi en compte l'installation de la personne pour prendre le repas, y compris couper les aliments et/ou les servir et assurer une prise régulière de boisson hors des repas. Des facteurs tels que l'existence de troubles de la déglutition, notamment s'ils nécessitent le recours à une alimentation spéciale, hachée ou mixée, peuvent être de nature à justifier un temps d'aide quotidien important.

(5) Elimination : comprend les activités suivantes : "assurer la continence" et "aller aux toilettes". "Aller aux toilettes" comprend notamment le fait de se rendre dans un endroit approprié, de s'asseoir et de se relever des toilettes, le cas échéant de réaliser les transferts entre les toilettes et le fauteuil. Les actes

Détail d'un article de code

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=9B...>

concernant l'élimination qui relèvent d'actes infirmiers ne sont pas pris en compte.

(6) Prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

(7) Leur durabilité prévisible doit être d'au moins un an.

Cite:

Décret n°99-426 du 27 mai 1999 (V)

Code de l'action sociale et des familles - art. L245-3 (V)

Code de l'action sociale et des familles - art. L312-1 (V)

Code de l'action sociale et des familles - art. R245-36 (V)

Cité par:

Arrêté du 7 mai 2008 - art. 1, v. init.

Pièce jointe n°2 : Les barèmes de l'AEEH

L'AEEH n'est pas soumise à la CRDS

Date d'effet	Allocation de base	Alloc. de base + Compl. 1° Catégorie	Alloc. de base + Compl. 2° Catégorie	Alloc. de base + Complément 3° Catégorie	Alloc. de base + Complément 4° Catégorie	Alloc. de base + Complément 5° Catégorie	Alloc. de base + Complément 6° Catégorie
	32 %	56 %	97%	124%	174,57%	214,21%	Tierce personne
avril 2011	126,41	221,22	383,19	489,85	689,62	846,21	1186,58

Montants des compléments seuls

Date d'effet	1° catégorie	2° catégorie	3° catégorie	4° catégorie	5° catégorie	6° catégorie
	24%	65%	92%	142,57%	182,21%	(Tierce personne)
avril 2011	94,81	256,78	363,44	563,21	719,80	1060,17

Majoration personne isolée (Date d'effet 01.2006)

Date d'effet	1° catégorie	2° catégorie	3° catégorie	4° catégorie	5° catégorie	6° catégorie
		13%	18%	57%	73%	107%
janvier 2011	---	51,36	71,11	225,17	288,38	422,69

Source : CNAF

Pièce jointe n°3 : Exemple de simulation PCH/AEEH



EVALUATION DES BESOINS DANS LE CADRE DE LA PCH

NOM :	Prénom :	N° DOSSIER :
-------	----------	--------------

Droits ouverts au titre de la PCH	Droits ouverts au titre du complément de l'AAEH
Elément 1 : Aide humaine	Période d'ouverture des droits :
Période : Du 01/11/2009 au 31/10/2011	Du 01/09/2008 au 31/10/2011
Durée journalière :	Complément : 3 358,06 €
Actes essentiels : 2,55 h/jour Surveillance régulière : h/jour Total : 2,55 h/jour	Motivation :
	Tierce personne : 50 % Frais mensuels: €
Modalités de mise en œuvre : Aidant Familial Non Dédommagé (Mr son papa)	
Du 01/11/2009 au 31/12/2009 2,55 h/jour soit un montant attribuable PCH de 301,63 € / mois Du 01/01/2010 au 31/10/2011 2,55 h/jour soit un montant attribuable PCH de 304,29 € / mois	
Elément 2 : Aides techniques	
Période : Du 01/11/2009 au 31/10/2012	
Type : Achat d'un Fauteuil Roulant Manuel	
Devis TTC : 1 290,00 € Montant LPPR : 558,99 € Montant attribuable PCH : 0,00 € Reste à Charge : 731,01 €	
Versement mensuel PCH :	Montant AEEH de base 124,54 €
Attribution de l'AAEH 124,54 € / Mois Aide Humaine Période du 01/11/2009 au 31/12/2009 301,63 € / Mois Période du 01/01/2010 au 31/10/2011 304,29 € / Mois Montant attribuable PCH + AEEH 428,83 € / Mois	Montant du complément 358,06 €
	Montant mensuel total attribuable 482,60 €
Versement Ponctuel PCH :	
Aide Technique Période du 01/11/2009 au 31/10/2012 0,00 € Reste à Charge : 731,01 €	

Je soussigné,
responsable légal de

Reconnais avoir été informé, conformément aux dispositions de la loi du 11 février 2005 et de ses décrets d'application relatifs à la
Prestation de Compensation du Handicap, de l'existence d'un droit d'option pour les bénéficiaires de l'Allocation d'Education d'Enfant
Handicapé,

ET : OPTÉ POUR L' AEEH et son Complément (1)
 OPTÉ POUR LA PCH et L'AAEH de Base (1)

Fait à _____ (1) : rayer la mention inutile
le _____

Signature _____

**Le demandeur ou son représentant légal a un délai de 1 mois après la notification de la décision pour modifier son option
auprès de la commission.**

Pièce jointe n°4 : Tarifs et montants applicables aux différents éléments de la PCH au 1^{er} janvier 2011

Tarifs et montants applicables aux différents éléments de la prestation de compensation (PCH)

Document d'information actualisé au 1^{er} janvier 2011

I - Tarifs et montants applicables au 1^{er} élément de la prestation de compensation

Tableau 1 : Tarifs horaires applicables au 1^{er} élément de la prestation de compensation

Modalité de l'aide humaine	Tarif horaire PCH	Modalité de calcul
Emploi direct	11,96 €/h	130% du salaire horaire brut sans ancienneté d'une assistante de vie pour personne dépendante de niveau 3, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999
Service mandataire	13,16 €/h	Majoration de 10% du tarif emploi direct
Service prestataire	Tarif du service ou 17,59 €/h	En cas de service autorisé : Tarif fixé par le PCG en application de l'article L. 314-1 du CASF En cas de service à la personne agréé au sens du L. 7231-1 du code du travail : - soit le prix prévu dans la convention entre le PCG et le service - soit 170 % du salaire horaire brut d'une auxiliaire de vie ayant moins d'un an d'ancienneté, au sens de l'accord de la branche aide à domicile du 29 mars 2002 relatif aux emplois et rémunérations
Aidant familial dédommagé	3,47 €/h	50 % du SMIC horaire net applicable aux emplois familiaux
Aidant familial dédommagé - si celui-ci cesse ou renonce totalement ou partiellement à une activité professionnelle	5,20 €/h	75 % du SMIC horaire net applicable aux emplois familiaux

Tableau 2 : Montant mensuel maximum du dédommagement de chaque aidant familial

Dispositions	Montant	Modalité de calcul
Montant mensuel maximum	893,41 €/ mois	85% du SMIC mensuel net, calculé sur la base de 35 h/ semaine applicable aux emplois familiaux (1)
Montant mensuel maximum majoré (arrêté du 25/05/2008)	1072,09 €/ mois	Majoration de 20% du montant (1)

Tableau 3 : Montant du 1^{er} élément de la PCH pour les personnes hébergées à temps complet dans un établissement

Dispositions	Montant	Modalité de calcul
Montant mensuel	Minimum	42,75 €/ mois
	Maximum	85,50 €/ mois
Montant journalier	Minimum	1,44 €/ jour
	Maximum	2,88 €/ jour

Tableau 4 : Montant des forfaits (art D.245-9 du CASF)

Dispositions	Montant	Modalité de calcul
Forfait cécité	598 €/ mois	50 heures sur la base du tarif emploi direct
Forfait surdité	358,80 €/ mois	30 heures sur la base du tarif emploi direct

II - Tarifs et montants applicables aux autres éléments de la prestation de compensation (janvier 2011)

Tableau 5 : Montants maximums, durées d'attribution et tarifs des éléments 2, 3, 4 et 5 de la prestation de compensation

Elément de la prestation de compensation		Montant maximal attribuable	Durée maximale*	Montant mensuel maximum	Tarif	
2^{ème} élément	Règle générale	3960 €	3 ans	110 €	Selon les aides techniques : tarif détaillé ou 75% du prix dans la limite du montant maximal attribuable	
	aides techniques si une aide technique (AT), et le cas échéant, ses accessoires, ont un tarif PCH à au moins 3000€	3960 €, auquel s'ajoute le montant du tarif PCH de l'AT et de ses accessoires, après déduction du tarif LPP				
3^{ème} élément	Aménagement du logement aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux transports	10 000 €	10 ans	83,33 €	Tranche de 0 à 1500 € :	100% du coût
					Tranche au delà de 1500 € :	50%** du coût
					Déménagement :	3000 €
	Aménagement du véhicule, Surcoût lié aux transports	5 000 € ou 12 000 € sous conditions***	5 ans	83,33 € ou 200 €	Véhicule : tranche de 0 à 1500 € :	100 % du coût
					Véhicule : tranche au delà de 1500 € :	75%** du coût
					Transport :	75 %** ou 0,5€/km
4^{ème} élément	Charges spécifiques	100 €/mois	10 ans	100 €	Selon les produits : tarif détaillé ou 75% du coût dans la limite du montant maximal attribuable	
	Charges exceptionnelles	1 800 €	3 ans	50 €	75% du prix dans la limite du montant maximal attribuable	
5^{ème} élément	Règle générale	3 000 €	5 ans	50 €	Si versement mensuel	50 € /mois

* Durée maximale d'attribution de l'élément (article D.245-33 du CASF)

** Dans la limite du montant maximal attribuable

*** Pour les trajets entre domicile et lieu de travail ou domicile et établissement médico-social : soit en cas de transport par un tiers, soit déplacement aller et retour supérieur à 5

Pièce jointe n°5 : Evolutions des bénéficiaires de la PCH (par département)

chiffres : CNSA mai 2011		Evolutions des bénéficiaires de la PCH													
Départements	2006	2007	ADULTE 2008	ENFANT 2008	TOTAL 2008	ADULTE 2009	ENFANTS 2009	TOTAL 2009	ADULTE 2010	ENFANT 2010	TOTAL 2010	Variation 06/07	Variation 07/08	Variation 08/09	Variation 09/10
01 AIN	94	357	586	39	625	837	77	914	0	0	0	280%	75%	46%	-100%
02 AISNE	112	554	937	20	957	1 349	33	1 382	1 469	27	1 496	395%	73%	44%	8%
03 ALLIER	62	275	504	14	518	605	38	643	750	51	801	344%	88%	24%	25%
04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	20	58	182	8	190	262	9	271	347	21	368	190%	228%	43%	36%
05 HAUTES-ALPES	2	75	137	0	137	150	19	169	0	0	0	3650%	83%	23%	-100%
06 ALPES-MARITIMES	43	360	742	2	744	1 463	18	1 481	2 105	37	2 142	737%	107%	99%	45%
07 ARDÈCHE	122	335	390	9	399	698	36	734	751	51	802	175%	19%	84%	9%
08 ARDENNES	25	126	208	5	213	421	18	439	467	18	485	404%	69%	106%	10%
09 ARIÈGE	21	88	221	7	228	378	28	406	348	40	388	319%	159%	78%	-4%
10 AUBE	25	196	304	12	316	593	17	610	0	0	0	684%	61%	93%	-100%
11 AUDE	65	422	630	13	643	931	39	970	1 289	75	1 364	549%	52%	51%	41%
12 AVEYRON	61	186	420		420	625	74	699	775	102	877	205%	126%	66%	25%
13 BOUCHES-DU-RHÔNE	39	496	1 263	0	1 263	2 166	83	2 249	2 794	283	3 077	1172%	155%	78%	37%
14 CALVADOS	141	360	541	27	568	645	100	745	889	140	1 029	155%	58%	31%	38%
15 CANTAL	7	88	143		143	216	12	227	0	0	0	1157%	63%	59%	-100%
16 CHARENTE	90	499	772	26	798	1 015	46	1 061	1 173	97	1 270	454%	60%	33%	20%
17 CHARENTE-MARITIME	34	371	723	11	734	934	44	978	1 438	112	1 550	991%	98%	33%	58%
18 CHER	38	314	538	7	545	585	63	648	821	139	960	726%	74%	19%	48%
19 CORRÈZE	69	122	229	3	232	445	5	450	0	0	0	77%	90%	94%	-100%
20a CORSE-DU-SUD	22	82	218	1	219	320	5	325	0	0	0	273%	167%	48%	-100%
20b HAUTE-CORSE	0	70	183	0	183	209	0	209	378	11	389	#DIV/0!	161%	14%	86%
21 CÔTE-D'OR	78	371	839	43	882	1 096	0	1 096	1 319	109	1 428	376%	138%	24%	30%
22 CÔTES-D'ARMOR	89	619	1 109	27	1 136	1 420	68	1 488	1 621	87	1 708	596%	84%	31%	15%
23 CREUSE	37	110	186	3	189	243	25	268	323	42	365	197%	72%	42%	36%
24 DORDOGNE	164	428	599	8	607	766	42	808	1 073	55	1 128	161%	42%	33%	40%
25 DOUBS	104	449	1 191	0	1 191	1 161	54	1 215	1 375	94	1 469	332%	165%	2%	21%
26 DRÔME	468	339	688	19	707	779	34	813	1 102	103	1 205	-28%	109%	15%	48%
27 EURE	21	327	594	2	596	623	5	628	939	22	961	1457%	82%	5%	53%
28 EURE-ET-LOIR	65	240	423	0	423	573	0	573	619	27	646	269%	76%	35%	13%
29 FINISTÈRE	74	327	1 023	0	1 023	1 847	82	1 929	2 006	193	2 199	342%	213%	89%	14%
30 GARD	78	427	823	0	823	1 072	32	1 104	1 250	48	1 298	447%	93%	34%	18%
31 HAUTE-GARONNE	82	584	1 117		1 117	1 840		1 840	2 458	0	2 458	612%	91%	65%	34%

chiffres : CNSA mai 2011		Evolutions des bénéficiaires de la PCH													
Départements	2006	2007	ADULTE 2008	ENFANT 2008	TOTAL 2008	ADULTE 2009	ENFANTS 2009	TOTAL 2009	ADULTE 2010	ENFANT 2010	TOTAL 2010	Variation 06/07	Variation 07/08	Variation 08/09	Variation 09/10
32 GERS	80	230	208	6	214	375	16	391	0	0	0	188%	-7%	83%	-100%
33 GIRONDE	199	1 371	1 434	0	1 434	2 003	0	2 003	4 143	68	4 211	589%	5%	40%	110%
34 HÉRAULT	166	477	1 085	0	1 085	1 633	48	1 681	2 021	49	2 070	187%	127%	55%	23%
35 ILLE-ET-VILAINE	64	549	872	44	916	1 037	53	1 090	0	0	0	758%	67%	19%	-100%
36 INDRE	31	212	299	1	300	445	8	453	565	22	567	584%	42%	51%	30%
37 INDRE ET LOIRE	85	362	712	26	738	1 156	35	1 191	1 191	59	1 250	326%	104%	61%	5%
38 ISÈRE	162	689	1 255	0	1 255	2 198	100	2 298	2 276	134	2 410	325%	82%	83%	5%
39 JURA	48	202	359	0	359	452	35	487	588	64	632	321%	78%	36%	30%
40 LANDES	93	407	451	16	467	475	42	517	691	56	747	338%	15%	11%	44%
41 LOIR-ET-CHER	58	195	342	4	346	529	38	567	610	78	688	236%	77%	64%	21%
42 LOIRE	25	412	816	27	843	1 232	115	1 347	1 303	203	1 506	1548%	105%	60%	12%
43 HAUTE-LOIRE	52	218	242	0	242	367	15	382	540	32	572	319%	11%	58%	50%
44 LOIRE-ATLANTIQUE	74	482	1 147	7	1 154	2 018	130	2 148	3 318	227	3 545	551%	139%	86%	65%
45 LOIRET	202	381	939		939	1 048	32	1 080	0	0	0	89%	146%	15%	-100%
46 LOT	66	154	386	5	391	407	24	431	0	0	0	133%	154%	10%	-100%
47 LOT-ET-GARONNE	138	409	678	2	680	793	17	810	868	32	900	196%	66%	19%	11%
48 LOZÈRE	25	220	134	1	135	184	8	192	301	11	312	780%	-39%	42%	63%
49 MAINE-ET-LOIRE	64	503	948	57	1 005	1 163	210	1 373	15 780	3 562	19 342	686%	100%	37%	1309%
50 MANCHE	47	330	344	12	356	622	10	632	844	37	881	602%	8%	78%	39%
51 MARNE	35	130	473	14	487	625	98	723	976	225	1 201	271%	275%	48%	66%
52 HAUTE-MARNE	33	121	294		294	385	38	423	405	39	444	267%	143%	44%	5%
53 MAYENNE	14	171	268	16	284	347	113	460	466	170	636	1121%	66%	62%	38%
54 MEURTHE-ET-MOSELLE	765	638	1 147	17	1 164	1 476	51	1 527	2 181	95	2 276	-17%	82%	31%	49%
55 MEUSE	104	255	328	5	333	323	18	341	0	0	0	145%	31%	2%	-100%
56 MORBIHAN	210	500	762	33	795	817	30	847	1 427	106	1 533	138%	59%	7%	81%
57 MOSELLE	125	583	927	0	927	1 470	7	1 477	1 795	27	1 822	366%	59%	59%	23%
58 NIÈVRE	7	130	336	0	336	445	3	448	556	22	578	1757%	158%	33%	29%
59 NORD	266	1 046	2 388		2 388	4 184	129	4 313	5 268	149	5 417	293%	128%	81%	26%
60 OISE	355	629	1 556	92	1 648	2 005	256	2 261	2 586	387	2 973	77%	162%	37%	31%
61 ORNE	31	132	248	14	262	514	70	584	630	96	726	326%	98%	123%	24%
62 PAS-DE-CALAIS	6	327	1 132		1 132	1 598	27	1 625	0	0	0	5350%	246%	44%	-100%
63 PUY-DE-DÔME	53	307	473	0	473	622	35	657	982	78	1 060	479%	54%	39%	61%
64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	93	332	588	9	597	815	41	856	983	74	1 057	257%	80%	43%	23%
65 HAUTES-PYRÉNÉES	114	202	311	6	317	412	13	425	0	0	0	77%	57%	34%	-100%
66 PYRÉNÉES-ORIENTALES	73	302	470	9	479	753	35	788	964	81	1 045	314%	59%	65%	33%
67 BAS-RHIN	48	655	1 025	0	1 025	1 947	0	1 947	0	0	0	1265%	56%	90%	-100%

chiffres : CNSA mai 2011		Evolutions des bénéficiaires de la PCH													
Départements	2006	2007	ADULTE 2008	ENFANT 2008	TOTAL 2008	ADULTE 2009	ENFANTS 2009	TOTAL 2009	ADULTE 2010	ENFANT 2010	TOTAL 2010	Variation 06/07	Variation 07/08	Variation 08/09	Variation 09/10
66 HAUT-RHIN	152	511	774	41	815	885	56	941	1 325	92	1 417	236%	59%	15%	51%
69 RHÔNE	90	999	1 586	47	1 633	2 623	39	2 662	3 268	112	3 380	1010%	63%	63%	27%
70 HAUTE-SAÔNE	25	163	331	8	339	449	0	449	376	18	394	552%	108%	32%	-12%
71 SAÔNE-ET-LOIRE	69	465	826	25	851	1 096	47	1 143	1 340	59	1 399	574%	83%	34%	22%
72 SARTHE	101	429	714	88	802	895	91	986	0	0	0	325%	87%	23%	-100%
73 SAVOIE	69	317	646	0	646	917	27	944	1 000	54	1 054	359%	104%	46%	12%
74 HAUTE-SAVOIE	113	465	829	18	847	1 309	118	1 427	1 600	232	1 832	312%	82%	68%	28%
75 PARIS	199	759	1 964	10	1 974	2 474	58	2 532	0	0	0	281%	160%	28%	-100%
76 SEINE-MARITIME	98	736	1 545	24	1 569	2 320	97	2 417	2 762	167	2 929	651%	113%	54%	21%
77 SEINE-ET-MARNE	24	250	498	151	649	1 145	210	1 355	0	0	0	942%	160%	109%	-100%
78 YVELINES	53	534	987	2	989	1 824	17	1 841	2 317	53	2 370	908%	85%	86%	29%
79 DEUX-SÈVRES	9	109	379	8	387	526	33	559	624	42	666	1111%	255%	44%	19%
80 SOMME	159	372	950	0	950	1 167	0	1 167	1 314	126	1 440	134%	155%	23%	23%
81 TARN	23	235	412	1	413	629	20	649	791	38	829	922%	76%	57%	28%
82 TARN-ET-GARONNE	32	280	356	10	366	478	24	502	607	36	643	775%	31%	37%	28%
83 VAR	44	309	704	1	705	1 123	25	1 148	0	0	0	602%	128%	63%	-100%
84 VAUCLUSE	2	115	367	11	378	594	15	609	810	42	852	5650%	229%	61%	40%
85 VENDÉE	159	576	1 099	0	1 099	1 425	90	1 515	1 763	161	1 924	262%	91%	38%	27%
86 VIENNE	63	295	640	0	640	859	40	899	1 015	84	1 099	368%	117%	40%	22%
87 HAUTE-VIENNE	61	317	564	14	578	722	79	801	944	116	1 060	420%	82%	39%	32%
88 VOSGES	39	186	494		494	657	23	680	711	40	751	377%	166%	38%	10%
89 YONNE	48	270	522	6	528	657	41	698	623	40	663	463%	96%	32%	-5%
90 TERRITOIRE DE BELFORT	67	302	210	0	210	442	0	442	373	0	373	351%	-30%	110%	-16%
91 ESSONNE	137	550	799		799	1 310	123	1 433	1 650	275	1 925	301%	45%	79%	34%
92 HAUTS-DE-SEINE	88	453	889	5	894	1 454	17	1 471	1 835	31	1 866	415%	97%	65%	27%
93 SEINE-SAINT-DENIS	30	381	957	21	978	1 492	18	1 510	0	0	0	1170%	157%	54%	-100%
94 VAL-DE-MARNE	94	660	1 065	0	1 065	1 473	0	1 473	32 625	0	32 625	602%	61%	38%	2115%
95 VAL-D'OISE	157	589	996	7	1 003	1 400	23	1 423	2 154	60	2 214	275%	70%	42%	56%
971 GUADELOUPE	0	73	420	0	420	460	5	465	0	0	0	#DIV/0!	475%	11%	-100%
972 MARTINIQUE	309	1 422	1 496	13	1 509	1 620	6	1 626	1 810	14	1 824	360%	6%	8%	12%
973 GUYANE	0	4	42	0	42	61	0	61	0	0	0	#DIV/0!	950%	45%	-100%
974 RÉUNION	15	216	503	30	533	703	15	718	1 156	9	1 165	1340%	147%	35%	62%
TOTAL	8 892	37 260	68 404	1 270	69 674	98 330	4 363	102 693	148 910	10 068	158 978	319%	87%	47%	55%

Estimation DREES (T4 2010) :
112 700 bénéficiaires

Pièce jointe n°6 : évolution des dépenses de PCH 2006-2010 (par département)

chiffres : CNSA mai 2011		Evolutions des dépenses de PCH								
Départements		2006	2007	2008	2009	2010	Variation 06/07	Variation 07/08	Variation 08/09	Variation 09/10
1	01 AIN	657 445	2 693 003	4 681 348	6 124 242	6 941 545	310%	74%	31%	13%
2	02 AISNE	566 085	3 147 711	5 473 807	7 493 019	8 430 023	454%	74%	37%	13%
3	03 ALLIER	148 575	2 205 675	3 817 760	4 836 174	6 421 848	1365%	73%	27%	33%
4	04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	7 075	399 456	717 247	1 234 517	1 594 289	5546%	80%	72%	29%
5	05 HAUTES-ALPES	4 566	534 970	1 122 320	1 566 674	1 964 569	11616%	110%	39%	26%
6	06 ALPES-MARITIMES	367 953	2 922 041	9 604 343	18 041 077	22 439 764	694%	229%	83%	24%
7	07 ARDÈCHE	340 241	2 086 216	3 413 063	4 697 839	5 813 948	514%	63%	33%	24%
8	08 ARDENNES	142 255	572 182	1 252 878	2 052 690	2 885 967	302%	119%	64%	41%
9	09 ARIÈGE	184 750	750 774	1 680 393	2 421 998	3 146 687	306%	124%	44%	30%
10	10 AUBE	119 403	1 119 255	2 223 505	3 229 839	4 175 984	837%	99%	45%	29%
11	11 AUDE	377 315	1 811 834	4 059 089	7 577 053	9 765 167	380%	124%	67%	29%
12	12 AVEYRON	286 037	1 581 720	3 149 555	5 245 908	6 304 580	453%	99%	67%	20%
13	13 BOUCHES-DU-RHÔNE	455 496	4 534 211	13 397 802	19 706 592	32 495 930	895%	195%	47%	65%
14	14 CALVADOS	907 097	2 775 485	5 758 935	8 180 854	11 892 800	206%	107%	42%	45%
15	15 CANTAL	218 112	432 250	883 000	1 151 984	1 520 614	98%	104%	32%	32%
16	16 CHARENTE	417 830	3 671 299	5 678 953	7 601 694	9 129 163	779%	55%	34%	20%
17	17 CHARENTE MARITIME	371 633	2 375 740	4 326 157	7 336 732	9 590 407	539%	82%	70%	31%
18	18 CHER	237 228	1 909 599	3 054 843	4 365 718	5 854 905	705%	60%	43%	34%
19	19 CORRÈZE	400 438	1 255 483	2 592 123	3 801 222	4 405 173	214%	106%	47%	16%
20a	20a CORSE-DU-SUD	204 531	1 205 349	2 431 941	3 221 455	4 178 628	489%	102%	32%	30%
	20b HAUTE-CORSE	0	850 015	2 772 963	4 926 637	6 662 126	#DIV/0!	226%	73%	35%
	21 CÔTE-D'OR	409 129	2 610 480	5 480 977	8 558 536	9 663 901	538%	110%	53%	13%
22	22 CÔTES-D'ARMOR	872 853	3 873 265	7 207 996	9 417 353	11 266 553	344%	86%	31%	20%
23	23 CREUSE	165 585	672 593	1 162 961	1 670 048	2 253 978	306%	71%	45%	35%
24	24 DORDOGNE	804 655	2 673 335	4 522 667	5 692 359	7 412 822	232%	69%	25%	30%
25	25 DOUBS	494 424	3 795 499	6 596 765	8 367 372	10 566 229	668%	74%	27%	26%
26	26 DRÔME	3 671 081	3 926 949	6 077 959	10 484 502	13 525 623	7%	55%	73%	29%
27	27 EURE	631 320	1 745 888	3 747 796	5 908 924	6 781 040	177%	115%	58%	15%
28	28 EURE-ET-LOIR	223 690	1 290 271	2 496 186	3 610 881	4 060 281	477%	93%	45%	12%
29	29 FINISTÈRE	457 503	3 048 129	7 135 730	12 694 694	16 995 361	566%	134%	78%	34%
30	30 GARD	287 510	2 668 840	5 644 651	8 036 350	8 579 078	828%	112%	42%	7%
31	31 HAUTE-GARONNE	3 677 797	9 724 381	15 938 461	20 947 624	30 013 569	164%	64%	31%	43%
32	32 GERS	223 917	1 851 574	2 784 291	2 900 948	3 399 333	727%	50%	4%	17%
33	33 GIRONDE	4 469 174	11 439 179	18 808 206	31 819 330	37 943 562	156%	64%	69%	19%
34	34 HÉRAULT	4 548 407	6 868 583	17 457 192	24 991 365	29 000 000	51%	154%	43%	16%
35	35 ILLE-ET-VILAINE	1 084 232	4 689 479	8 363 335	11 848 411	16 110 832	333%	78%	42%	36%
36	36 INDE	157 029	951 227	2 181 301	2 977 468	3 538 939	506%	129%	36%	19%
37	37 INDE ET LOIRE	639 070	3 042 396	6 181 927	8 700 332	9 714 566	376%	103%	41%	12%
38	38 ISÈRE	8 176 503	905 827	11 723 733	18 329 241	25 573 313	-89%	1194%	56%	40%
39	39 JURA	228 854	1 050 129	1 690 626	2 562 770	3 510 113	359%	61%	52%	37%
40	40 LANDES	697 770	2 860 086	4 255 824	5 016 872	5 833 738	310%	49%	18%	16%
41	41 LOIR-ET-CHER	217 848	1 276 531	2 410 317	4 270 936	6 097 888	486%	89%	77%	43%
42	42 LOIRE	319 973	2 685 239	5 561 746	8 826 226	13 393 871	739%	107%	59%	52%
43	43 HAUTE-LOIRE	94 659	1 362 828	3 010 289	3 770 033	5 102 228	1340%	121%	25%	35%
44	44 LOIRE-ATLANTIQUE	616 023	3 150 987	7 527 545	12 890 892	20 589 452	412%	139%	71%	60%
45	45 LOIRET	456 222	1 719 940	3 196 723	4 514 993	5 235 506	277%	86%	41%	16%

chiffres : CNSA mai 2011		Evolutions des dépenses de PCH							
Départements	2006	2007	2008	2009	2010	Variation 06/07	Variation 07/08	Variation 08/09	Variation 09/10
46 46 LOT	1 531 261	1 408 043	3 181 833	3 875 079	4 544 064	-8%	126%	22%	17%
47 47 LOT-ET-GARONNE	618 884	2 615 568	5 015 284	6 041 811	6 748 228	323%	92%	20%	12%
48 48 LOZÈRE	101 634	443 259	745 321	1 169 500	1 979 556	336%	68%	57%	69%
49 49 MAINE-ET-LOIRE	235 617	2 426 858	5 293 852	9 093 500	13 223 377	930%	118%	72%	45%
50 50 MANCHE	202 375	2 254 222	4 212 801	6 299 584	8 299 514	1014%	87%	50%	32%
51 51 MARNE	5 492 403	1 491 516	4 186 394	6 519 542	11 911 146	-73%	181%	56%	83%
52 52 HAUTE-MARNE	406 998	1 125 141	1 865 605	2 479 855	3 723 879	176%	66%	33%	50%
53 53 MAYENNE	205 877	1 079 872	1 720 993	3 130 019	3 739 946	425%	59%	82%	19%
54 54 MEURTHE-ET-MOSELLE	2 272 633	4 174 367	8 263 037	15 055 666	19 100 007	84%	98%	82%	27%
55 55 MEUSE	470 077	1 503 696	1 834 674	2 288 726	2 651 626	220%	22%	25%	16%
56 56 MORBIHAN	505 457	3 315 111	5 722 041	7 889 734	10 647 464	556%	73%	38%	35%
57 57 MOSELLE	482 980	3 168 717	5 987 950	8 955 547	10 404 416	556%	89%	50%	16%
58 58 NIÈVRE	87 812	968 333	2 184 389	3 062 843	3 924 308	1003%	126%	40%	28%
59 59 NORD	4 307 238	9 684 737	21 139 645	37 629 351	49 122 715	125%	118%	78%	31%
60 60 OISE	691 287	2 976 987	6 290 645	11 823 971	14 670 195	331%	111%	88%	23%
61 61 ORNE	218 036	1 490 812	2 635 795	5 109 476	6 144 671	584%	77%	94%	20%
62 62 PAS-DE-CALAIS	24 008	1 838 629	8 173 364	10 856 661	8 805 845	7558%	345%	33%	-19%
63 63 PUY-DE-DÔME	377 374	1 970 211	3 717 939	6 060 696	8 104 774	422%	89%	63%	34%
64 64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	927 031	3 385 780	5 884 705	6 862 800	8 203 400	265%	74%	17%	20%
65 65 HAUTES-PYRÉNÉES	440 631	1 766 120	3 293 767	4 087 198	4 930 799	301%	86%	24%	21%
66 66 PYRÉNÉES-ORIENTALES	572 844	2 358 142	4 609 108	7 997 886	10 450 449	312%	95%	74%	31%
67 67 BAS-RHIN	166 048	3 955 499	8 622 480	11 739 738	14 723 975	2282%	118%	36%	25%
68 68 HAUT-RHIN	1 378 572	3 225 116	5 807 001	9 062 898	11 267 811	134%	80%	56%	24%
69 69 RHÔNE	4 170 037	9 656 159	19 682 153	25 282 612	29 685 907	132%	104%	28%	17%
70 70 HAUTE-SAÔNE	70 015	594 598	1 423 724	2 086 272	1 933 147	749%	139%	47%	-7%
71 71 SAÔNE-ET-LOIRE	417 945	2 457 857	4 910 655	7 197 174	9 160 248	488%	100%	47%	27%
72 72 SARTHE	563 305	3 066 614	5 366 372	5 347 462	10 236 289	444%	75%	0%	91%
73 73 SAVOIE	416 646	2 237 994	4 648 483	6 637 630	8 227 224	437%	108%	43%	24%
74 74 HAUTE-SAVOIE	416 091	3 719 432	8 152 249	13 820 534	16 684 936	794%	119%	70%	21%
75 75 PARIS	2 505 597	10 141 365	18 439 692	23 942 603	27 371 755	305%	82%	30%	14%
76 76 SEINE-MARITIME	412 104	5 321 519	13 872 110	21 203 948	25 131 921	1191%	161%	53%	19%
77 77 SEINE-ET-MARNE	304 400	3 121 733	7 212 318	13 101 467	18 326 076	926%	131%	82%	40%
78 78 YVELINES	304 381	5 277 180	10 425 251	16 214 096	21 498 156	1634%	98%	56%	33%
79 79 DEUX-SÈVRES	33 303	1 331 434	3 389 935	5 775 970	6 513 672	3898%	155%	70%	13%
80 80 SOMME	514 244	3 133 773	7 282 851	9 566 318	11 933 800	509%	132%	31%	25%
81 81 TARN	215 512	1 114 387	2 644 543	4 250 722	5 203 121	417%	137%	61%	22%
82 82 TARN-ET-GARONNE	258 943	1 434 542	2 699 983	3 449 890	4 340 760	454%	88%	28%	26%
83 83 VAR	300 818	2 145 464	5 522 424	8 932 492	13 900 001	613%	157%	62%	56%
84 84 VAUCLUSE	13 439	594 424	2 340 100	4 242 260	5 955 733	4323%	294%	81%	40%
85 85 VENDÉE	656 755	2 727 870	5 726 986	7 490 459	9 194 546	315%	110%	31%	23%
86 86 VIENNE	1 353 967	2 368 790	3 966 347	5 816 844	6 701 154	75%	67%	47%	15%
87 87 HAUTE-VIENNE	424 016	2 069 846	4 508 502	6 221 789	9 248 231	388%	118%	38%	49%
88 88 VOSGES	125 187	1 151 643	2 962 927	3 547 278	4 144 596	820%	157%	20%	17%
89 89 YONNE	485 324	1 872 566	2 933 687	3 952 110	5 368 761	286%	57%	35%	36%
90 90 TERRITOIRE DE BELFORT	107 774	729 625	1 095 185	1 483 134	1 736 367	577%	50%	35%	17%
91 91 ESSONNE	478 805	4 545 737	8 241 603	12 236 652	17 073 372	849%	81%	48%	40%

chiffres : CNSA mai 2011

Evolutions des dépenses de PCH									
Départements	2006	2007	2008	2009	2010	Variation 06/07	Variation 07/08	Variation 08/09	Variation 09/10
92 HAUTS-DE-SEINE	577 665	4 634 593	8 898 899	12 978 199	16 175 985	702%	92%	46%	25%
93 SEINE-SAINT-DENIS	38 312	3 256 573	9 883 388	16 264 466	26 034 473	8400%	203%	65%	60%
94 VAL-DE-MARNE	906 317	5 591 172	10 706 063	14 022 318	16 712 946	517%	91%	31%	19%
95 VAL-D'OISE	669 654	4 582 839	10 039 226	14 093 033	18 043 335	584%	119%	40%	28%
971 GUADELOUPE	0	2 010 467	3 596 798	6 503 028	10 233 487	#DIV/0!	79%	81%	57%
972 MARTINIQUE	284 175	6 825 296	10 575 879	11 521 408	13 897 907	2302%	55%	9%	21%
973 GUYANE	0	100 704	471 168	671 756	949 492	#DIV/0!	368%	43%	41%
974 RÉUNION	218 092	1 761 234	3 538 917	4 720 762	7 300 672	708%	101%	33%	55%
TOTAL	79 001 213	276 924 047	568 793 869	843 278 945	1 087 916 127	251%	105%	48%	29%

Pièce jointe n°7 : Montants moyens de PCH 2009 et 2010 (par département)

chiffres : CNSA mai 2011

Départements	dépenses PCH 2009	Bénéficiaires PCH payés cumulés 2009	dépense moyenne par bénéficiaire PCH 2009	population départementale 2009 INSEE	dépense PCH en €/habitant 2009	dépenses PCH 2010	dépense PCH en €/habitant 2010
01 AIN	6 124 242	914	6700	583 595	10,49	6 941 545	11,89
02 AISNE	7 493 019	1 382	5422	552 277	13,57	8 430 023	15,26
03 ALLIER	4 836 174	643	7521	354 231	13,65	6 421 848	18,13
04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	1 234 517	271	4555	159 681	7,73	1 594 289	9,98
05 HAUTES-ALPES	1 556 674	169	9211	135 824	11,46	1 964 569	14,46
06 ALPES-MARITIMES	18 041 077	1 481	12182	1 087 863	16,58	22 439 764	20,63
07 ARDÈCHE	4 697 839	734	6400	316 221	14,86	5 813 948	18,39
08 ARDENNES	2 052 690	439	4676	294 635	6,97	2 885 967	9,80
09 ARIÈGE	2 421 998	406	5966	151 593	15,98	3 146 687	20,76
10 AUBE	3 229 839	610	5295	308 503	10,47	4 175 984	13,54
11 AUDE	7 577 053	970	7811	350 196	21,64	9 765 167	27,88
12 AVEYRON	5 245 908	699	7505	285 211	18,39	6 304 580	22,10
13 BOUCHES-DU-RHÔNE	19 706 592	2 249	8762	1 963 988	10,03	32 495 930	16,55
14 CALVADOS	8 180 854	745	10981	687 348	11,90	11 892 800	17,30
15 CANTAL	1 151 984	227	5075	155 998	7,38	1 520 614	9,75
16 CHARENTE	7 601 694	1 061	7165	360 170	21,11	9 129 163	25,35
17 CHARENTE MARITIME	7 336 732	978	7502	616 708	11,90	9 590 407	15,55
18 CHER	4 365 718	648	6737	323 579	13,49	5 854 906	18,09
19 CORRÈZE	3 801 222	450	8447	249 000	15,27	4 405 173	17,69
20a CORSE-DU-SUD	3 221 455	325	9912	138 334	23,29	4 178 628	30,21
20b HAUTE-CORSE	4 926 637	209	23572	161 218	30,56	6 662 126	41,32
21 CÔTE-D'OR	8 558 536	1 096	7809	531 286	16,11	9 663 901	18,19
22 CÔTES-D'ARMOR	9 417 353	1 488	6329	591 915	15,91	11 266 553	19,03
23 CREUSE	1 670 048	268	6232	128 492	13,00	2 253 978	17,54
24 DORDOGNE	5 692 359	808	7045	417 011	13,65	7 412 822	17,78
25 DOUBS	8 367 372	1 215	6887	531 607	15,74	10 566 229	19,88
26 DRÔME	10 484 502	813	12896	483 120	21,70	13 525 623	28,00
27 EURE	5 908 924	628	9409	582 034	10,15	6 781 040	11,65
28 EURE-ET-LOIR	3 610 881	573	6302	433 053	8,34	4 060 281	9,38
29 FINISTÈRE	12 694 694	1 929	6581	913 484	13,90	16 995 361	18,60
30 GARD	8 036 350	1 104	7279	698 698	11,50	8 579 078	12,28
31 HAUTE-GARONNE	20 947 624	1 840	11385	1 207 813	17,34	30 013 569	24,85

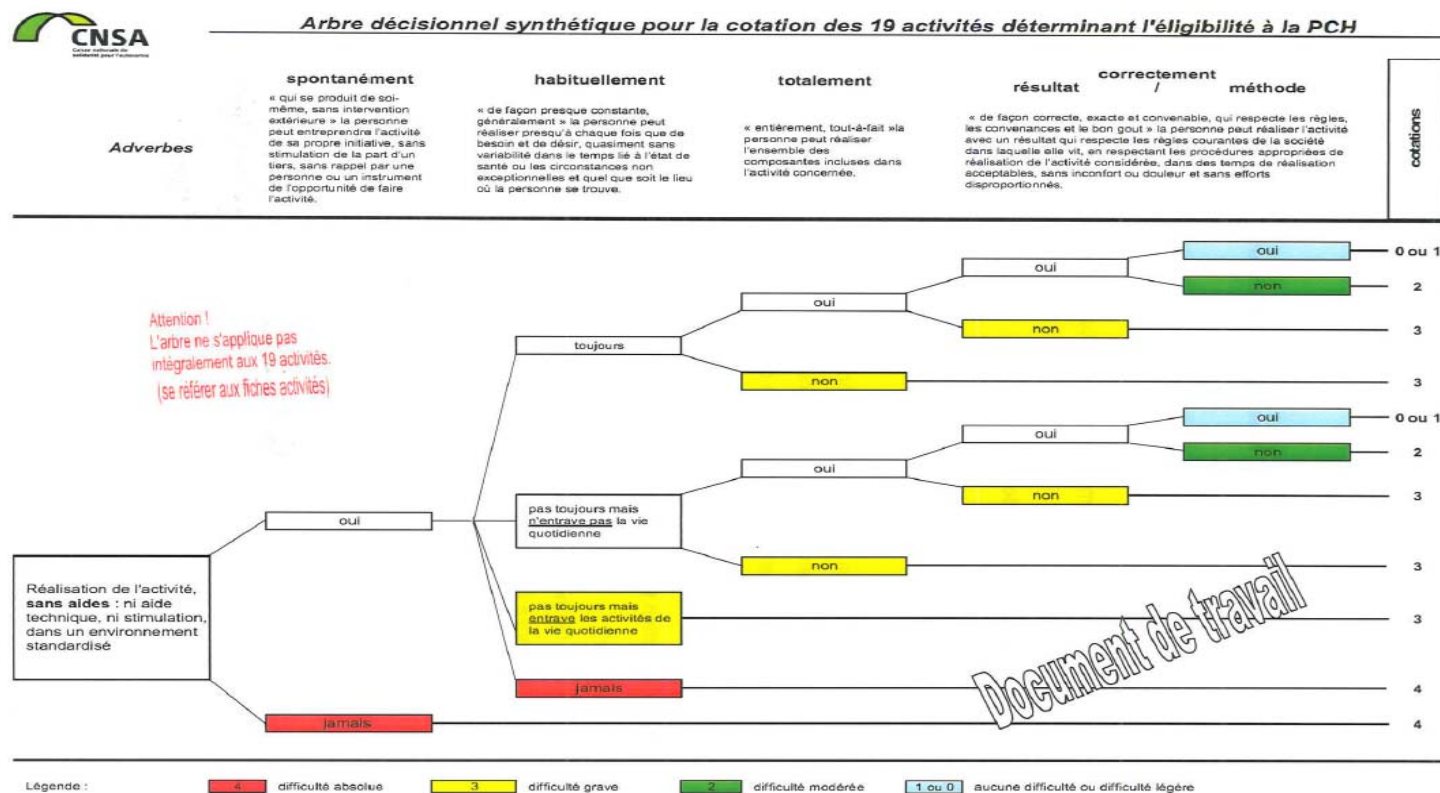
chiffres : CNSA mai 2011

Départements	dépenses PCH 2009	Bénéficiaires PCH payés cumulés 2009	dépense moyenne par bénéficiaire PCH 2009	population départementale 2009 INSEE	dépense PCH en €/habitant 2009	dépenses PCH 2010	dépense PCH en €/habitant 2010
32 GERS	2 900 948	391	7419	188 576	15,38	3 399 333	18,03
33 GIRONDE	31 819 330	2 003	15886	1 422 276	22,37	37 943 562	26,68
34 HÉRAULT	24 991 365	1 681	14867	1 018 958	24,53	29 000 000	28,46
35 ILLE-ET-VILAINE	11 848 411	1 090	10870	970 659	12,21	16 110 832	16,60
36 INDRE	2 977 468	453	6573	240 565	12,38	3 538 939	14,71
37 INDRE ET LOIRE	8 700 332	1 191	7305	595 100	14,62	9 714 566	16,32
38 ISÈRE	18 329 241	2 298	7976	1 195 599	15,33	25 573 313	21,39
39 JURA	2 562 770	487	5262	267 941	9,56	3 510 113	13,10
40 LANDES	5 016 872	517	9704	375 910	13,35	5 833 738	15,52
41 LOIR-ET-CHER	4 270 936	567	7533	335 749	12,72	6 097 888	18,16
42 LOIRE	8 826 226	1 347	6553	759 605	11,62	13 393 871	17,63
43 HAUTE-LOIRE	3 770 033	382	9869	227 741	16,55	5 102 228	22,40
44 LOIRE-ATLANTIQUE	12 890 892	2 148	6001	1 268 257	10,16	20 589 452	16,23
45 LOIRET	4 514 993	1 080	4181	663 219	6,81	5 235 506	7,89
46 LOT	3 875 079	431	8991	176 041	22,01	4 544 064	25,81
47 LOT-ET-GARONNE	6 041 811	810	7459	333 750	18,10	6 748 228	20,22
48 LOZÈRE	1 169 500	192	6091	80 965	14,44	1 979 556	24,45
49 MAINE-ET-LOIRE	9 093 500	1 373	6623	790 659	11,50	13 223 377	16,72
50 MANCHE	6 299 584	632	9968	510 933	12,33	8 299 514	16,24
51 MARNE	6 519 542	723	9017	580 390	11,23	11 911 146	20,52
52 HAUTE-MARNE	2 479 855	423	5863	194 828	12,73	3 723 879	19,11
53 MAYENNE	3 130 019	460	6804	309 106	10,13	3 739 946	12,10
54 MEURTHE-ET-MOSELLE	15 055 666	1 527	9860	738 976	20,37	19 100 007	25,85
55 MEUSE	2 288 726	341	6712	200 201	11,43	2 651 626	13,24
56 MORBIHAN	7 889 734	847	9315	717 968	10,99	10 647 464	14,83
57 MOSELLE	8 955 547	1 477	6063	1 058 466	8,46	10 404 416	9,83
58 NIÈVRE	3 062 843	448	6837	229 780	13,33	3 924 308	17,08
59 NORD	37 629 351	4 313	8725	2 607 476	14,43	49 122 715	18,84
60 OISE	11 823 971	2 261	5230	812 679	14,55	14 570 195	17,93
61 ORNE	5 109 476	584	8749	303 027	16,86	6 144 671	20,28
62 PAS-DE-CALAIS	10 856 661	1 625	6681	1 481 603	7,33	8 805 845	5,94
63 PUY-DE-DÔME	6 060 696	657	9225	641 168	9,45	8 104 774	12,64
64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	6 862 800	856	8017	657 720	10,43	8 203 400	12,47
65 HAUTES-PYRÉNÉES	4 087 198	425	9617	236 510	17,28	4 930 799	20,85
66 PYRÉNÉES-ORIENTALES	7 997 886	788	10150	440 885	18,14	10 450 449	23,70
67 BAS-RHIN	11 739 738	1 947	6030	1 096 711	10,70	14 723 975	13,43

chiffres : CNSA mai 2011

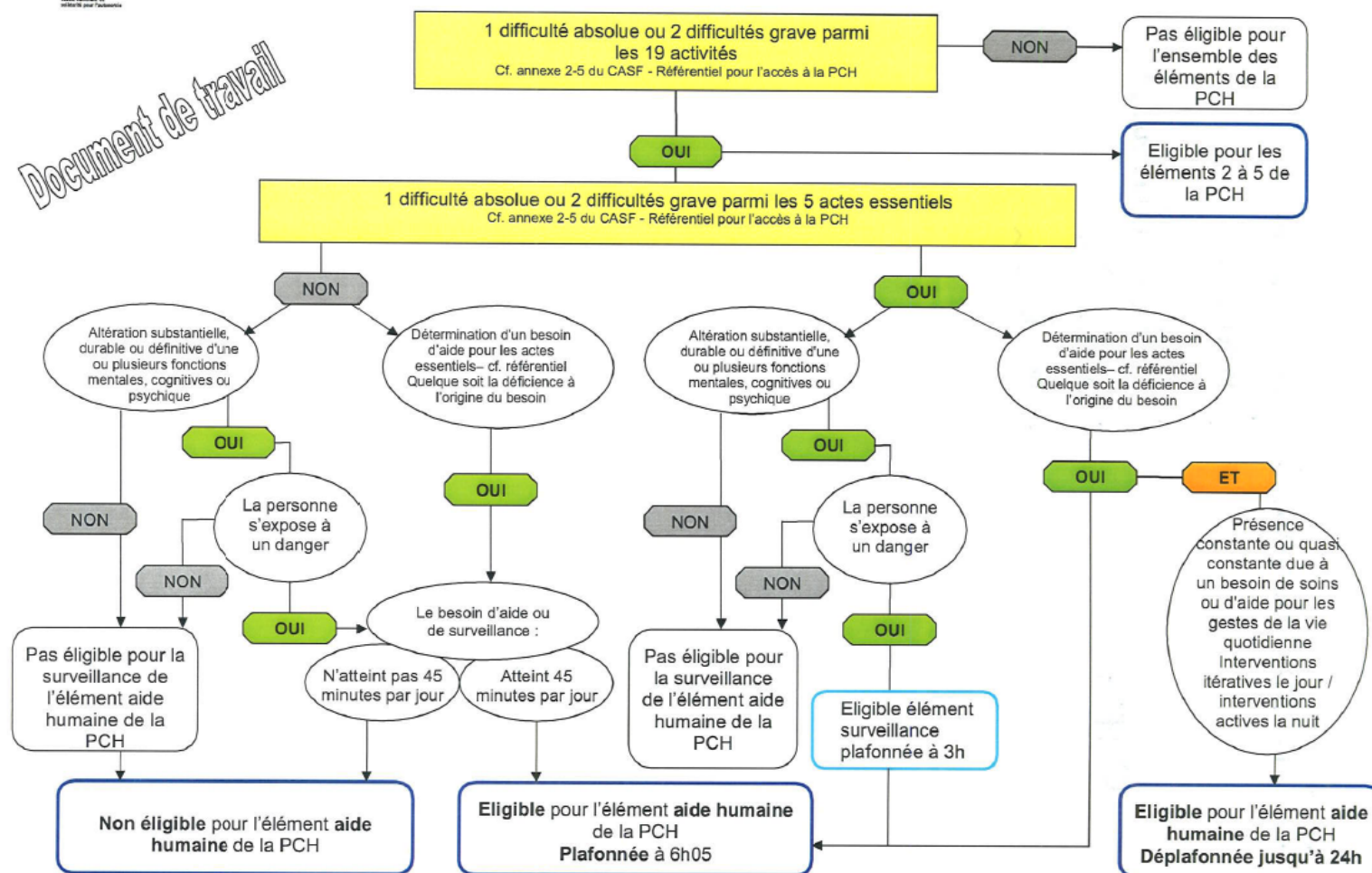
Départements	dépenses PCH 2009	Bénéficiaires PCH payés cumulés 2009	dépense moyenne par bénéficiaire PCH 2009	population départementale 2009 INSEE	dépense PCH en €/habitant 2009	dépenses PCH 2010	dépense PCH en €/habitant 2010
68 HAUT-RHIN	9 062 898	941	9631	750 893	12,07	11 267 811	15,01
69 RHÔNE	25 282 612	2 662	9498	1 700 438	14,87	29 685 907	17,46
70 HAUTE-SAÔNE	2 086 272	449	4646	243 458	8,57	1 933 147	7,94
71 SAÔNE-ET-LOIRE	7 197 174	1 143	6297	569 169	12,65	9 160 248	16,09
72 SARTHE	5 347 462	986	5423	568 708	9,40	10 236 289	18,00
73 SAVOIE	6 637 630	944	7031	416 123	15,95	8 227 224	19,77
74 HAUTE-SAVOIE	13 820 534	1 427	9685	717 735	19,26	16 684 936	23,25
75 PARIS	23 942 603	2 532	9456	2 203 817	10,86	27 371 755	12,42
76 SEINE-MARITIME	21 203 948	2 417	8773	1 269 310	16,71	25 131 921	19,80
77 SEINE-ET-MARNE	13 101 467	1 355	9669	1 294 762	10,12	18 326 076	14,15
78 YVELINES	16 214 096	1 841	8807	1 421 484	11,41	21 498 156	15,12
79 DEUX-SÈVRES	5 775 970	559	10333	371 747	15,54	6 513 672	17,52
80 SOMME	9 566 318	1 167	8197	577 611	16,56	11 933 800	20,66
81 TARN	4 250 722	649	6550	377 518	11,26	5 203 121	13,78
82 TARN-ET-GARONNE	3 449 890	502	6872	233 381	14,78	4 340 760	18,60
83 VAR	8 932 492	1 148	7781	1 002 739	8,91	13 900 001	13,86
84 VAUCLUSE	4 242 260	609	6966	546 755	7,76	5 955 733	10,89
85 VENDÉE	7 490 459	1 515	4944	616 707	12,15	9 194 546	14,91
86 VIENNE	5 816 644	899	6470	430 231	13,52	6 701 154	15,58
87 HAUTE-VIENNE	6 221 789	801	7768	376 045	16,55	9 248 231	24,59
88 VOSGES	3 547 278	680	5217	393 875	9,01	4 144 596	10,52
89 YONNE	3 952 110	698	5662	351 414	11,25	5 368 761	15,28
90 TERRITOIRE DE BELFORT	1 483 134	442	3356	144 659	10,25	1 736 367	12,00
91 ESSONNE	12 236 652	1 433	8539	1 214 290	10,08	17 073 372	14,06
92 HAUTS-DE-SEINE	12 978 199	1 471	8823	1 552 943	8,36	16 175 985	10,42
93 SEINE-SAINT-DENIS	16 264 466	1 510	10771	1 503 536	10,82	26 034 473	17,32
94 VAL-DE-MARNE	14 022 318	1 473	9520	1 310 345	10,70	16 712 946	12,75
95 VAL-D'OISE	14 093 033	1 423	9904	1 172 742	12,02	18 043 335	15,39
971 GUADELOUPE	6 503 028	465	13985	407 719	15,95	10 233 487	25,10
972 MARTINIQUE	11 521 408	1 626	7086	403 820	28,53	13 897 907	34,42
973 GUYANE	671 756	61	11012	208 171	3,23	949 492	4,56
974 RÉUNION	4 720 762	718	6575	791 321	5,97	7 300 672	9,23
TOTAL	843 278 945 €	102 693	8 212 €	64 628 151	13,05 €	1 087 916 127 €	16,83 €

Pièce jointe n°8 : Arbres décisionnels du guide de cotation des capacités déterminant l'éligibilité à la PCH (document de travail juillet 2008)



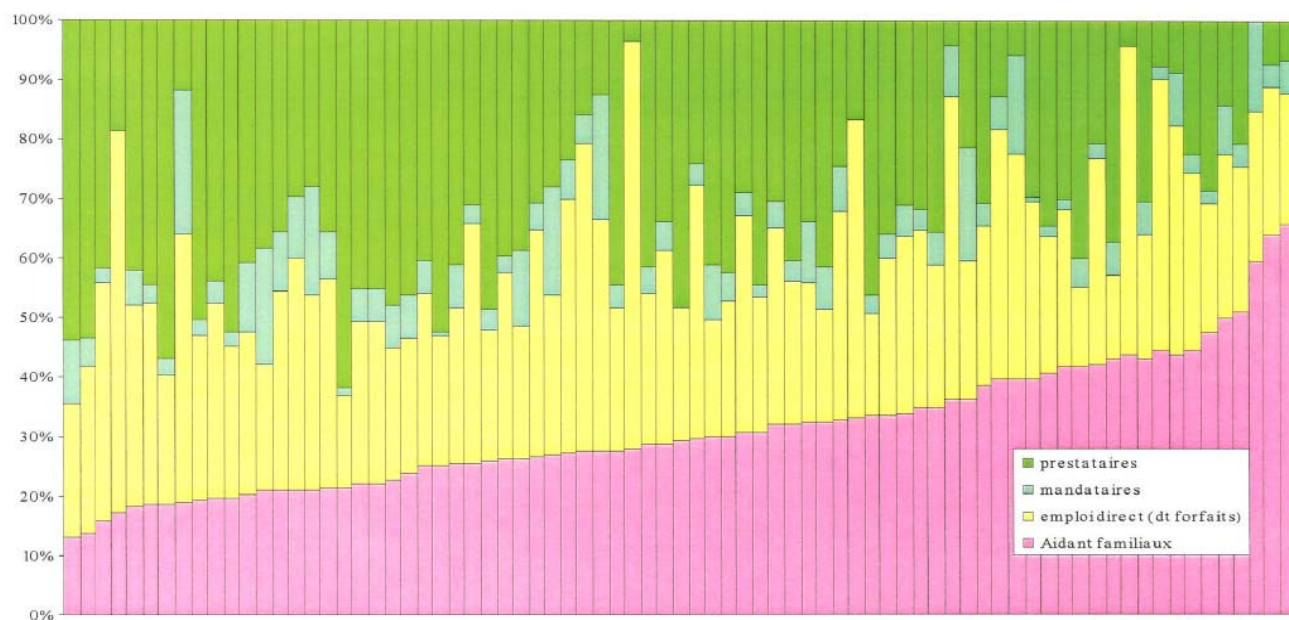


Document de travail



Pièce jointe n°9 : Répartition des montants mensuels versés pour l'aide humaine, par département (enquête trimestrielle DREES, 9 mars 2011)

Répartition des montants mensuels versés pour l'aide humaine, par département



Source: enquête trimestrielle-DREES

Pièce jointe n°10 : Complément de l'AEEH ou PCH : comment choisir ? (CNSA-DGCS , 2008)

Complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé Ou prestation de compensation Comment CHOISIR

Vous avez un enfant handicapé de moins de 20 ans et vous avez besoin d'aide pour compenser les besoins particuliers de votre enfant, qu'il s'agisse de besoins d'aide ou d'accompagnement humain ou de frais liés au handicap.

Vous pouvez, sous conditions, bénéficier de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). A cette allocation de base peut s'ajouter, en fonction de l'importance des besoins liés au handicap, un complément à l'AEEH. Si un droit au complément de l'AEEH est reconnu, vous pouvez maintenant choisir entre le bénéfice de ce complément de l'AEEH et la prestation de compensation (PCH).

Ces 2 prestations prennent en compte le même type de dépenses liées au handicap, mais les conditions d'attribution, les modes de calcul et de contrôle sont différents.

La PCH était initialement destinée aux adultes à l'exception du 3^{ème} élément déjà ouvert aux enfants (cet élément porte sur les dépenses liées à l'aménagement du logement ou du véhicule et les surcoûts liés aux transports).

La PCH est désormais ouverte aux enfants de moins de 20 ans. Telle qu'elle existe actuellement, elle peut dans certains cas améliorer les réponses apportées aux familles, même si elle ne permet pas de couvrir la totalité des besoins spécifiques d'un enfant handicapé.

Il est prévu dans un 2^{ème} temps d'adapter la PCH afin de mieux répondre aux besoins particuliers d'accompagnement des enfants.

Qu'est-ce que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ?

L'AEEH est une prestation familiale destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant handicapé.

Elle est composée d'une allocation de base à laquelle peut s'ajouter un complément.

Le complément est attribué en tenant compte de l'ensemble des besoins qu'il s'agisse d'aide humaine ou de frais liés au handicap. Il existe 6 compléments.

Qu'est-ce que la prestation de compensation (PCH) ?

La PCH est une prestation destinée à aider à financer certains frais liés au handicap. Elle comporte 5 éléments distincts et cumulables :

- les aides humaines
- les aides techniques
- l'aménagement du logement ou du véhicule et les frais de surcoût de transport
- les dépenses exceptionnelles ou spécifiques
- les aides animalières

En règle générale pour la prise en charge des besoins d'aides humaines :

- ☞ Le complément de l'AEEH sera plus intéressant que la PCH :
 - pour un très jeune enfant (car les critères d'accès à la PCH sont mal adaptés),
 - ou si vous avez réduit ou arrêté de travailler :
 - compte tenu des difficultés liées au handicap pour l'accueil en crèche ou par une assistante maternelle,
 - ou vous devez consacrer beaucoup de temps pour l'accompagner lors de soins ou pour mettre en œuvre des actions éducatives.

☞ Le montant de la PCH sera généralement supérieur à celui du complément de l'AEEH lorsque le temps d'aide pour les actes essentiels ou la surveillance est important ou en cas de recours, pour ces besoins d'aides, à un salarié.

Quelles sont les principales différences entre le complément de l'AAEH et la PCH ?

Quelles sont les conditions d'accès liées au handicap pour chacune de ces deux prestations ?

Dans les deux cas, la situation de votre enfant est évaluée par rapport à celle d'un enfant du même âge.

Complément de l'AAEH	PCH
Condition préalable : le taux d'incapacité de votre enfant doit être de 80 %, ou d'au moins 50 % en cas de besoin d'une prise en charge particulière. Condition pour le complément d'AAEH : Le besoin d'aide de votre enfant doit : - avoir un retentissement sur votre activité professionnelle ou entraîner l'intervention d'une personne extérieure salariée. - et/ou entraîner d'autres frais liés au handicap.	Condition préalable : Avoir droit à un complément d'AAEH Condition spécifique pour la PCH : Avoir une difficulté absolue pour exécuter une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités fixées dans une liste énoncée par la réglementation (marcher, se laver, s'habiller, ...)

Comment est déterminé le montant pour les besoins d'aide humaine ?

Complément de l'AAEH	PCH
L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH évalue de façon globale les différents besoins d'aide humaine. Les besoins éducatifs particuliers liés au handicap et les temps d'accompagnement pour différentes prises en charges ou soins sont pris en compte. Le complément de l'AAEH est déterminé en prenant en compte la réduction du temps de travail d'un ou des parents (réduction de 20%, 50 % ou arrêt complet) ou sur le temps d'intervention d'un salarié. Le montant est forfaitaire. Il varie en fonction du complément attribué.	L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH évalue le temps d'aide nécessaire pour accomplir certains actes de la vie quotidienne énoncés par la réglementation : - l'entretien personnel (toilette, habillage, ...) - certains déplacements - la participation à la vie sociale - la surveillance - Les besoins éducatifs sont pris en compte seulement pour les enfants en attente de place dans une structure médico-sociale. Le temps est déterminé dans la limite d'un plafond. Le montant varie en fonction du temps d'aide accordé et du tarif fixé selon le statut de l'aidant (parents, salariés, services...). A signaler : Il existe un forfait pour les personnes atteintes de cécité ou de surdité profonde.

Que se passe-t-il si votre enfant est accueilli en internat dans un établissement ?

AAEH de base et complément	PCH
La prestation n'est pas versée pour les jours où l'enfant est en internat dans un établissement. Les versements sont rétablis pour les périodes de retour à domicile.	Le montant de l'élément "aide humaine" est réduit après 45 jours en internat dans un établissement. Les versements sont rétablis pour les périodes de retour à domicile.

Comment est déterminé le montant pour les autres frais ?

Les deux prestations prennent en compte les mêmes frais, par exemple : aides techniques, aménagements du logement, du véhicule, surcoûts des transports, vacances adaptées, frais d'incontinence...

Complément de l'AAEH	PCH
Les frais portent sur les dépenses prévues ou engagées non prises en charge par ailleurs. Le complément est forfaitaire. Il est déterminé en fonction de tranches de dépenses.	Les frais sont pris en compte sur la base de tarifs réglementés et dans la limite d'un montant maximum fixé pour chaque élément. On déduit de ces montants les sommes remboursées par la sécurité sociale.

Le montant de ces prestations varie-t-il en fonction de vos ressources ?

AAEH de base et complément	PCH
Non	Un taux de prise en charge est appliqué (comme en matière de remboursement des dépenses de santé par la sécurité sociale). Il est soit de 100%, soit de 80% si vos ressources sont supérieures à un montant fixé réglementairement. Ne sont pas pris en compte vos salaires, les autres revenus d'activités, les retraites et d'autres allocations. Seuls les revenus du patrimoine ou de valeurs financières, sont pris en compte.

Qui vous verse la prestation ?

AAEH de base et complément	PCH
La caisse d'allocation familiale (CAF) ou la mutualité sociale agricole (MSA) après vérifications des conditions administratives. Les versements sont mensuels.	Le conseil général, à qui vous devrez communiquer des justificatifs de l'utilisation de la prestation. Les versements peuvent être mensuels ou ponctuels. Les versements ponctuels se font sur présentation de factures.

Bon à savoir : quel que soit votre choix entre le complément de l'AAEH et la PCH, la CAF (ou la MSA) vous versera l'AAEH de base et si vous en remplissez les conditions, une majoration pour personne isolée (MPI).

Ces prestations sont-elles imposables ?

Ces deux prestations ne sont pas imposables.

Toutefois, dans le cas de la PCH, les parents ou les autres personnes de la famille qui perçoivent un dédommagement doivent déclarer les sommes perçues à ce titre.

Que se passe-t-il si les parents sont séparés ?

AAEH de base et complément	PCH
Un seul des deux parents peut bénéficier de l'AAEH.	La PCH est attribuée au parent qui bénéficie de l'AAEH. Toutefois, elle peut prendre en charge les frais auxquels sont soumis les deux parents, sur la base d'un compromis écrit entre eux.

Complément de l'AEEH ou PCH : quand et comment choisir ?

Quand pouvez-vous déposer une demande de PCH ?

Dès la 1^{ère} fois où vous sollicitez une prestation,
ou

Si vous bénéficiez déjà de l'AEEH, lors du renouvellement de cette allocation ou à tout moment si la situation de votre enfant évolue.

Si vous faites une demande de PCH, vous devez déposer en même temps une demande d'AEEH.

Comment est effectué le choix ?

L'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) va évaluer la situation et les besoins de votre enfant, en tenant compte de son projet de vie. Elle vous communiquera ensuite un plan personnalisé de compensation.

Si vous avez demandé la PCH, ce plan comportera les montants de chacune des deux prestations et vous pourrez alors choisir sur cette base, celle qui vous convient le mieux.

Que va décider la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ?

Dans tous les cas, c'est la commission qui prend les décisions concernant l'ensemble de vos demandes.

Elle va décider de l'attribution de l'AEEH et de son complément ainsi que de la PCH en tenant compte du projet de vie de votre enfant, des résultats de l'évaluation par l'équipe pluridisciplinaire et du plan personnalisé de compensation.

La CDAPH sera informée des remarques que vous avez éventuellement faites sur le plan de compensation, ainsi que de la prestation que vous avez choisie.

Si la CDAPH ne suit pas les propositions du plan personnalisé de compensation, vous aurez **un délai de un mois** pour modifier votre choix.

Si je choisis la PCH, ce choix est-il définitif ?

Si vous choisissez la PCH, ce choix n'est pas définitif, vous pourrez changer de prestation lors du prochain renouvellement à l'échéance de l'attribution de la PCH ou en cas de changement de la situation de votre enfant, si le plan de compensation est substantiellement modifié.

A qui faut-il vous adresser pour la réalisation de ces démarches ?

Vous devez vous adresser à la MDPH de votre lieu de résidence.



Pièce jointe n°11 : Les atouts et limites des prestations¹⁶¹ AEEH et PCH (étude de CRP Consulting-novembre 2009)

Les atouts

Le complément	La PCH
- une aide connue par les parents et les professionnels, - la sollicitation fréquente pour une augmentation de complément pour des frais supplémentaires, - une forfaitisation implicite des frais sans besoin de justificatifs mensuels (consommables), - la souplesse : lissage du complément qui permet de prendre en charge des frais de nature très diverse. - La reconnaissance de la tierce personne (garde, soins,...)	- la logique de compensation et du projet de vie, - l'accès à la PCH qui favorise l'évaluation globale de la situation, - les différents éléments de la PCH qui favorisent le fléchage des aides, - une meilleure couverture des besoins en aide humaine liée à des actes essentiels et/ou la surveillance régulière au sens entendu par l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles, - une possibilité d'accès à la prestation pour des parents en activité ou quand l'enfant a un mode d'accueil à temps plein.

Les limites

Le complément	La PCH
- une logique de prestation familiale différente de celle de la compensation, qui correspond dans une moindre mesure à la loi du 11 février 2005, - une logique administrative qui prédomine, - une hétérogénéité dans les prises en compte des frais supplémentaires (non équitables sur le territoire), - une forte influence des éléments médicaux pour l'attribution de l'aide, - un manque de lisibilité sur ce qui est pris en charge, - l'aide humaine qui est prise en compte par le seul angle de la diminution de l'activité professionnelle d'un des parents, - une évaluation souvent parcellaire des besoins, - un formulaire de demande difficilement lisible pour avoir une vision synthétique de la situation.	- l'éligibilité par les capacités fonctionnelles, qui exclut des catégories d'enfants (déficients viscéraux et jeunes enfants en particulier), - la complexité apparente de la prestation, - la crainte pour les familles du contrôle de l'effectivité (justification mensuelle des consommables lourds pour certaines familles), - le plafonnement des charges spécifiques qui limite la prise en charge des accompagnements en rééducation non pris en charge par la sécurité Sociale, - l'inquiétude sur la possibilité des fonds de compensation d'intervenir au-delà des plafonds des éléments 2, 3, - les moyens humains des MDPH pour réaliser une évaluation globale des situations, - le manque d'information la nature juridique de la prestation et ses conséquences.

¹⁶¹ Etude sur les besoins de compensation des jeunes en situation de handicap de 0 à 20 ans, à travers l'AEEH et la PCH – Eléments de synthèse – CRP Consulting – Novembre 2009

Pièce jointe n°12 : Evolution des montants moyens attribués par élément de la PCH (document CNSA, mars 2011)

