



Inspection générale
des affaires sociales

Evaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

RAPPORT

Établi par

Delphine CORLAY

Hélène BEDEL-TUAL

Didier BOURDET

Dr. Julien EMMANUELLI

Philippe MALLET

Frédéric MAURY

Dominique ROUSSARIE

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Auditeurs de la MNC

- Juillet 2016 -

2015-164R

SYNTHESE

Ce rapport porte sur l'évaluation d'un segment de politique publique, à savoir la gestion de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), considérée tant dans ses composantes administratives, techniques et financières, que sous l'angle du service rendu à l'utilisateur. Pour autant, il ne prétend pas rendre compte de la prise en charge du handicap de l'enfant en général, même s'il prend en compte le contexte de déploiement de l'AEEH et certains de ses aspects connexes (lien avec la scolarité notamment) dans ses analyses et préconisations.

A cette limitation du champ d'investigation, vient s'ajouter la rareté des données disponibles qui réduit les possibilités d'étayage des constats établis par la mission, notamment ses estimations chiffrées des besoins qui nécessitent d'être consolidées, ainsi que la faisabilité immédiate de certaines de ses recommandations, en particulier celles qui proposent des scénarios d'évolution sous réserve de modélisations qui s'avèrent irréalisables en l'état.

Sous réserve de ces avertissements, la mission établit les grands constats suivants :

L'AEEH est une prestation en plein essor, couvrant une large gamme de besoins, dont la complexité en restreint cependant l'adéquation aux situations des familles.

En 2014, 246 968 enfants bénéficiaires de l'AEEH sont dénombrés (régime général et régime agricole) soit une hausse de 33 % par rapport à 2010. D'après les estimations de la mission et sous réserve de consolidation, cette hausse, qui combine augmentation du nombre d'enfants porteurs de handicaps et accroissement de leur visibilité institutionnelle, est amenée à se poursuivre, notamment du fait de la croissance des demandes de prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages (communément dénommés « troubles dys »), laissant augurer des risques de forte mise en tension du dispositif.

La croissance des dépenses qui accompagne cette hausse du nombre de bénéficiaires s'avère plus modérée (+ 25 % depuis 2010), du fait d'une diminution du montant moyen des compléments, dont les plus élevés sont moins souvent et moins longtemps attribués. Trois hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette tendance unanimement observée par les associations : réajustement à la baisse des pratiques d'attribution des compléments par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du fait de l'expérience acquise, s'exerçant toutefois dans certains cas de manière abrupte et sans véritable élément de justification, moindre besoin de compensation pour une partie des nouveaux bénéficiaires (beaucoup de 2ème compléments, notamment pour les troubles des apprentissages), déport d'une partie des bénéficiaires avec haut niveau de complément vers la prestation de compensation du handicap (PCH).

Dans son principe, l'AEEH présente de grands avantages, associant facilité d'accès (pas de conditions de ressources, faible taux de refus des institutions), souplesse de gestion (combinaison possible des niveaux et des durées de compléments offrant une grande modularité des prises en charge et une adaptation de celles-ci aux projets de vie des parents pour leur enfant) et couverture d'une très grande diversité de dépenses (équipements divers, frais de santé, réduction d'activité des parents, recours à une tierce personne). A cet égard, l'AEEH semblerait de plus en plus utilisée pour financer les prises en charge non médicales des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles spécifiques des apprentissages dont les demandes, allant des bilans et séances de rééducation en orthophonie, psychomotricité, neuropsychologie aux approches éducatives, comportementales et développementales, excéderaient les possibilités des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Malgré l'éventail de ses possibilités, l'allocation est difficile à appréhender pour les familles, qui ne comprennent pas toujours ses conditions d'attribution, ainsi que le calcul des montants des compléments éventuellement associés, qui obéit à des règles cumulatives complexes combinant réduction d'activité d'un ou des parents ou recours à une tierce personne et prises en charge de dépenses supplémentaires dues au handicap de l'enfant. A cet égard, l'évolution à la baisse des compléments alors que le taux d'incapacité de l'enfant demeure le même s'avère particulièrement déroutant pour les familles. De même, les compléments n'étant attribués qu'à partir d'un certain niveau de frais, les familles sont parfois confrontées à un reste à charge assez important qu'elles ne s'expliquent pas. Avec six niveaux de compléments, l'architecture de l'allocation crée par ailleurs une série d'effets de seuils liés au taux d'incapacité, au forfait ou au niveau de réduction d'activité pris en compte, et au sein des populations bénéficiaires de chaque complément, des inégalités entre familles. De surcroît, le caractère forfaitaire et mensuel de la prestation ne permet pas une réelle compensation et peut même complexifier la gestion des familles alors que l'objectif est théoriquement l'inverse. Le fait que l'attribution et la liquidation de l'allocation reposent sur l'intervention de plusieurs acteurs différents contribue encore à la lourdeur des procédures et à la confusion des perceptions. Dans ce contexte complexe, l'information et l'accompagnement des familles paraissent insuffisants, alors même que la réglementation prévoit des modalités d'information et des possibilités de dialogue avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) à toutes les étapes de la procédure.

Cette complexité de l'allocation est renforcée par celle du paysage des allocations connexes dans lequel elle s'inscrit, caractérisé par des articulations et des possibilités de cumul difficilement compréhensibles. Parmi elles, la PCH, ouverte aux enfants handicapés, dans le cadre du droit d'option depuis le 1^{er} avril 2008, paraît constituer au premier abord une alternative intéressante à l'AEEH et à ses compléments. Mais sa portée demeure assez limitée dans les faits pour des raisons qui tiennent à la fois aux contraintes d'éligibilité et à l'attractivité de la prestation ainsi qu'à l'usage qu'en font les opérateurs. Au regard des incompréhensions et des difficultés de gestion qu'elle suscite, cette prestation appelle donc une véritable pédagogie de la part des MDPH d'autant qu'elle pourrait être proposée et attribuée plus largement.

Sur la base de ces constats, la mission considère donc que la logique de personnalisation de la réponse au besoin n'est pas aussi aboutie que pourraient l'attendre les usagers. Pour autant, les recours semblent exceptionnels, représentant en moyenne 2,4 % des demandes, quatre sur cinq étant des recours gracieux. Plusieurs explications sont possibles : les familles peu informées et très investies dans la prise en charge de l'enfant n'auraient ni le temps ni l'énergie d'engager de telles procédures en cas de désaccord de leur part ; elles ne connaîtraient pas leurs droits de recours malgré leurs mentions systématiques dans les notifications ; sans exclure que dans un certain nombre de cas, les échanges avec l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) et la CDAPH fonctionnent réellement et que ce dialogue d'amont permet de trouver un accord avec la famille avant notification.

Il existe des risques d'inégalités accrus liés à la diversité des modes de traitement des demandes d'AEEH (gestion, interprétation de la réglementation, contrôles, etc.)

Si la qualité de l'évaluation des besoins est en partie liée à des facteurs contextuels indépendants des MDPH (offre médicosociale locale, moyens dédiés..), les caractéristiques de fonctionnement des EPE (qualité d'instruction des dossiers, niveau d'expertise mobilisée) et les lectures du droit varient d'une MDPH à l'autre. L'hétérogénéité dans l'évaluation des besoins des familles se traduit par des modalités d'attribution de l'AEEH génératrices d'inégalités territoriales.

Chaque MDPH organise l'évaluation des besoins des familles de manière autonome. Les personnels mobilisés pour procéder à ces évaluations peuvent avoir des profils très différents et constituer des équipes plus ou moins étoffées selon la complexité des situations. En termes de fonctionnement, les MDPH se caractérisent par des niveaux d'expertise variable selon les moyens mis à leur disposition et leur capacité à mobiliser de la ressource externe, les délais et la qualité de l'évaluation dépendant notamment des partenariats construits avec les équipes médicales et de travailleurs sociaux. Selon les départements et parfois au sein d'un même département, les échanges avec les familles peuvent être d'intensité très variable (allant de l'existence d'un interlocuteur référent à la quasi absence d'échange avec l'EPE). En outre, il n'existe pas de cadrage national (matrices, tables de correspondance) permettant aux EPE d'harmoniser le niveau des dépenses à couvrir en fonction des besoins exprimés.

Pour pallier ce manque, plusieurs EPE rencontrées par la mission se sont dotées d'outils de calcul des frais spécifiques leur permettant d'établir leurs propres critères financiers à partir de leur connaissance empirique des secteurs et des tarifs pratiqués. S'agissant du recours à une tierce personne ou de la réduction d'activité d'un ou des parents, les MDPH s'appuient sur un faisceau d'informations fournies par les familles. Mais, à l'instar de ce qui est observé pour les frais, il n'existe pas d'arbre de décision harmonisé au niveau national.

Par manque de procédures et d'outils standardisés, des inégalités de traitement sont parfois observées au sein d'une même MDPH. D'après le témoignage d'associations, à situations de handicap comparables entre deux enfants, l'analyse de l'EPE et les décisions de la CDAPH n'aboutissent pas toujours aux mêmes décisions. Cette différence d'appréciation est parfois rapportée pour un même enfant dont la situation n'a aucunement évolué mais qui voit son niveau de complément diminuer sans explication entre deux évaluations (ex : le taux d'incapacité de la surdité évalué à 79 % après l'avoir été jusqu'alors à 80 %, ce dernier taux correspondant au seuil d'attribution de l'AEEH dans certains cas, l'appareillage d'amplification vibratoire non renouvelé, le complément 6 pour partir en vacances qui n'est plus accordé, etc.).

En termes de contrôle, on retrouve les mêmes inégalités. L'AEEH est une prestation familiale considérée à faible risque de fraude par les organismes débiteurs des prestations familiales (ODPF). Son traitement normé par des procédures nationales ne donne pas lieu à des contrôles ciblés. Le contrôle d'effectivité bien que prévu, est à la fois peu et inégalement mis en œuvre sur le territoire. Dans le réseau des MDPH, des formes de contrôle existent mais les pratiques ne sont pas non plus homogènes.

Le pilotage du dispositif s'avère éclaté, avec pour conséquence des incohérences de gestion et une perte de connaissance statistique

Chaque organisme impliqué assure un pilotage dans le cadre de son champ de compétence. Faute d'articulation, le pilotage national et local du dispositif souffre d'un manque de cohérence et de lisibilité. La méconnaissance statistique qui en résulte rétroagit sur la qualité des politiques menées faute d'indicateurs pertinents pour le pilotage. Aux limites des données d'activité recueillies par les ODPF et les MDPH s'ajoutent enfin celles de la connaissance épidémiologique. Le manque de données sur les prévalences et les caractéristiques des handicaps éligibles à l'AEEH ne permet ni de documenter les modes de prise en charge afin de produire des référentiels susceptibles de réduire les inégalités qu'ils induisent ni d'anticiper les flux de demandes à venir en vue d'adapter le dispositif.

Au total, le système actuel d'AEEH, malgré ses imperfections, constitue une solution de compromis entre approche forfaitaire et sur mesure. L'impression générale de la mission est que, bien qu'utile et légitime aux yeux des usagers, il ne leur donne que partiellement satisfaction, laissant des familles sans réponse adaptée à leurs besoins, dont certaines de manière criante et injustifiée. Ce constat tient moins à la nature de l'AEEH qu'aux pratiques d'évaluation des situations et d'attribution des compléments et qu'aux difficultés observées pour articuler le service avec les autres prestations.

Il convient donc d'étudier de manière prioritaire les pistes d'amélioration de la réponse apportée aux familles avec un maintien de l'AEEH dans ses grandes caractéristiques actuelles et de mettre en place la collecte des données nécessaires à la réflexion générale.

Parmi les actions à mettre en œuvre dès maintenant, la mission retient celle permettant d'améliorer la connaissance de la population des enfants handicapés et des publics éligibles à l'AEEH, ainsi que celles de mieux sensibiliser les professionnels (notamment médecins généralistes) et de mieux repérer et orienter les familles pour assurer une réponse plus rapide à leurs besoins.

Il est par ailleurs nécessaire de clarifier le rôle et les obligations des différentes parties-prenantes (ODPF, familles, établissements sociaux et médico-sociaux, MDPH et leur CDAPH) en procédant le cas échéant à un toilettage de la réglementation et en précisant notamment les circuits d'information et de saisine.

Il faut également veiller à améliorer le service des prestations à toutes les étapes de la procédure via le renforcement de l'accompagnement et de l'information des familles à chaque étape de leur parcours, l'amélioration de la gestion administrative et l'élaboration d'outils pour optimiser la gestion des flux par les MDPH et l'harmonisation des décisions des CDAPH sur le territoire national. A ce titre, il paraît nécessaire, eu égard aux flux croissants de demandes concernant les « Dys », et aux questions relayées par la mission s'agissant des modalités d'intervention et de la dimension potentiellement médicale de leur prise en charge (soins préventifs de la déficience, et impact en termes de financement des dépenses), d'organiser une réflexion collégiale (incluant notamment la haute autorité de santé -HAS- et l'agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale -ANESM-) pour définir les bonnes pratiques en la matière.

De manière plus générale, il convient de s'assurer d'un égal accès aux soins des personnes (notamment bilans et séances de rééducation en orthophonie, psychomotricité, neuropsychologie, approches éducatives, comportementales et développementales), étant observé que dans un certain nombre de situations, l'AEEH n'apparaît pas être le vecteur le plus adapté. L'absence de statistiques disponibles en matière de prévalence et de type de frais couverts par l'AEEH empêche l'élaboration de scénarios documentés. A ce stade, deux pistes peuvent toutefois être explorées :

- le remboursement par l'assurance maladie des soins aurait l'avantage de diminuer largement les inégalités sociales actuelles (en fonction des tarifs de remboursement). Il permettrait l'application des bonnes pratiques professionnelles qui préconisent la mise en œuvre de soins précoces, dès les premiers signes de difficultés. Il se heurte cependant à la difficulté d'évaluer les dépenses actuelles et futures, dans la mesure où il ne peut s'agir d'un simple transfert de la prise en charge financière sans augmentation de l'enveloppe consacrée à ces soins. Ce scénario présenterait cependant l'avantage de diminuer les flux de demandes vers les MDPH motivées par la recherche d'une couverture pour les frais de soins, faisant jouer aux MDPH le rôle de porte d'entrée vers une prise en charge médicale ;
- le développement d'une prise en charge par des « pôles de compétences et de prestations externalisées » tels que préconisés dans la circulaire n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 afin de permettre l'intervention de professionnels dans un cadre salarié ou libéral (hors nomenclature des actes de l'assurance maladie) tels que par exemple psychologues, ergothérapeutes ou psychomotriciens mais également éducateurs spécialisés.

De même, avant d'envisager des évolutions plus profondes de l'architecture institutionnelle, un objectif pourrait être de faciliter l'accès à la PCH des familles qui y renoncent pour une variété de raisons. Dans cette perspective, et sous réserve de pouvoir en appréhender l'impact financier, plusieurs assouplissements juridiques pourraient être envisagés pour atténuer les freins au recours à la PCH par les familles et les MDPH tels que :

- supprimer l'exigence d'une éligibilité à un complément d'AEEH pour accéder à la PCH ;
- supprimer le principe de la fiscalisation du dédommagement de l'aidant familial (financé par la PCH) quand celui-ci est membre du foyer fiscal de la personne aidée ;
- clarifier les modalités de présentation aux familles du droit d'option entre complément d'AEEH et PCH.

Au regard des constats de la mission portant sur l'architecture de l'allocation, sa gestion par les organismes et son pilotage, il pourrait être tentant par la suite de remettre à plat l'ensemble du système de compensation des dépenses dues au handicap de l'enfant. En tout état de cause, la modélisation de scénarios d'évolutions plus conséquentes de l'architecture de la prise en charge des compensations des dépenses des familles dues aux enfants handicapés, se heurte à la faiblesse des statistiques disponibles. A moyen et long termes, l'élaboration de scénarios d'évolution plus ambitieux serait donc possible mais nécessiterait des travaux d'études d'impact préalables. Dans les grandes lignes, il s'agirait d'explorer les trois pistes suivantes :

- revoir l'architecture de l'AEEH, en distinguant un complément attribué pour recours à une tierce personne ou pour réduction d'activité, le montant de celui-ci étant lissé complètement en fonction du temps jugé nécessaire, et des compléments attribués pour frais, avec maintien des seuils forfaitaires qui facilitent la gestion des organismes comme des familles ;
- s'assurer que les allocations (AEEH, allocation journalière de présence parentale -AJPP-, PCH) soient exclusives les unes des autres, ou qu'une seule articulation puisse intervenir. L'AEEH serait ainsi articulée avec le congé parental (l'AJPP ne s'adressant alors plus aux enfants handicapés), et l'attribution du complément 6 de l'AEEH pourrait être attribué jusqu'à un certain plafond de dépenses, avec une prise de relais par la PCH au-delà de ce plafond, entraînant de fait la disparition du droit d'option. Pour être mise en œuvre dans de bonnes conditions, cette option nécessiterait une évaluation des conditions de faisabilité assortie d'une estimation des transferts financiers nécessaires, non réalisable en l'état ;
- basculer l'ensemble du dispositif vers un système unique de PCH enfant. Cette mesure nécessiterait au préalable une adaptation aux spécificités de l'enfant des critères d'éligibilité à la PCH sous peine d'exclure une grande partie des enfants handicapés de l'accès à la prestation. Il faudrait également adapter les frais pris en charge aux besoins d'intervention de professionnels libéraux, définir plus exhaustivement les frais compensés et réviser le financement de la PCH pour les enfants dans la mesure où l'AEEH est actuellement financée sur crédits de la sécurité sociale.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	13
1 UNE PRESTATION EN PLEIN ESSOR, COUVRANT UNE LARGE GAMME DE BESOINS, DONT LA COMPLEXITE EN RESTREINT CEPENDANT L'ADEQUATION AUX SITUATIONS DES FAMILLES....	16
1.1 L'allocation associe simplicité de gestion et compensation de dépenses très diverses.....	16
1.1.1 Par son caractère mensuel et forfaitaire, cette prestation familiale présente une simplicité de gestion pour les usagers et pour les organismes payeurs	16
1.1.2 L'allocation répond à un large spectre de situations	18
1.2 S'ajoutant à la complexité du paysage d'allocations connexes, le caractère composite de l'AEEH ne permet pas toujours une réponse adaptée aux besoins des familles	18
1.2.1 Les conditions d'attribution visent l'adaptation sur mesure à la situation des familles sans toujours y parvenir.....	19
1.2.2 Bien que large, la couverture des frais de santé est subordonnée à l'existence d'une offre suffisante et aux interprétations possibles des textes	21
1.2.3 L'allocation s'inscrit dans un dispositif complexe de prestations aux objectifs similaires mais aux principes de fonctionnement distincts avec diverses possibilités de cumul	23
1.3 Au regard des nombreux éléments de complexité, l'information et l'accompagnement des familles apparaissent insuffisants	29
1.3.1 L'attribution de l'allocation repose sur l'intervention de plusieurs acteurs différents	29
1.3.2 L'information disponible pour les familles et ceux qui les accompagnent est insuffisante	30
1.4 Combinant plusieurs éléments d'explication, l'augmentation du recours à l'AEEH observée depuis sa création risque de se poursuivre à moyen terme.....	32
1.4.1 La hausse continue des bénéficiaires de l'AEEH tient à plusieurs facteurs	32
1.4.2 Les estimations de la mission amènent à envisager une poursuite de la hausse du nombre de demandes d'allocation à court et à moyen terme	34
1.4.3 La hausse des dépenses n'est pas aussi forte que la hausse du nombre de bénéficiaires	35
2 UNE DIVERSITE DES MODALITES DE GESTION QUI PEUT ACCROITRE LES RISQUES D'INEGALITES.....	36
2.1 Des inégalités territoriales découlent de l'hétérogénéité de fonctionnement des MDPH dans l'évaluation des besoins et dans la gestion des flux.....	36
2.1.1 L'hétérogénéité dans l'évaluation des besoins des familles se traduit par des modalités d'attribution de l'AEEH génératrices d'inégalités territoriales	36
2.1.2 La régulation des flux est insuffisante alors même que ceux-ci sont appelés à augmenter.....	39
2.1.3 Des inégalités de traitement peuvent exister au sein d'un même département selon les familles.....	42
2.2 L'AEEH est une prestation familiale considérée à faible risque par les ODPF et le contrôle d'effectivité est faiblement et inégalement mis en œuvre, et en tout état de cause, mal conçu	43
2.2.1 Le versement de cette prestation par les CAF et les caisses de MSA n'apporte pas toute la sécurisation escomptée	43
2.2.2 Source d'inégalité de traitement supplémentaire, le contrôle de l'effectivité des dépenses par les ODPF dépend surtout d'informations transmises de manière aléatoire.....	45
2.2.3 Des formes de contrôle existent dans le réseau des MDPH mais les pratiques ne sont pas homogènes.....	47
3 UN PILOTAGE DU DISPOSITIF ECLATE, AVEC POUR CONSEQUENCE DES INCOHERENCES DE GESTION ET UNE PERTE DE CONNAISSANCE STATISTIQUE.....	48
3.1 Chaque organisme impliqué assure un pilotage dans le cadre de son champ de compétence	48
3.1.1 La CNAF et la CCMSA n'assurent pas de pilotage particulier pour l'AEEH	48

3.1.2	La CNSA assure son rôle d'appui et de diffusion de bonnes pratiques vers les MDPH mais sans ciblage marqué de l'AEEH.....	49
3.2	Le pilotage global n'est pas articulé et il en résulte un manque de cohérence et une méconnaissance statistique pénalisante.....	50
3.2.1	Faute d'articulation, le pilotage national et local du dispositif souffre d'un manque de cohérence et de lisibilité.....	50
3.2.2	La méconnaissance statistique qui en résulte rétroagit sur la qualité des politiques menées faute d'indicateurs pertinents pour le pilotage.....	52
4	AMELIORER LE DISPOSITIF DE L'AEEH.....	55
4.1	Améliorer la connaissance, mieux sensibiliser les professionnels, mieux repérer et orienter pour assurer une réponse plus rapide aux besoins.....	55
4.1.1	Améliorer la connaissance au plan épidémiologique et technique.....	55
4.1.2	Assurer une sensibilisation des partenaires des MDPH et diffuser une information générale plus précise.....	56
4.1.3	Repérer plus précocement les handicaps et mieux orienter les familles.....	56
4.2	Améliorer le service des prestations à toutes les étapes de la procédure en maintenant l'architecture globale du dispositif.....	57
4.2.1	Accompagner les familles et les informer à chaque étape.....	57
4.2.2	Améliorer la gestion administrative.....	58
4.2.3	Construire les outils pour tendre vers une meilleure gestion des flux par les MDPH et l'harmonisation des décisions des CDAPH sur le territoire national.....	58
4.2.4	Clarifier le rôle des ODPF et améliorer le contrôle d'effectivité.....	61
4.3	Faire évoluer l'existant dans son architecture générale.....	63
4.3.1	Plusieurs scénarios d'évolution sont possibles mais des initiatives préalables sont nécessaires.....	63
4.3.2	Faciliter l'accès à la PCH.....	66
4.3.3	Assurer l'accès aux soins.....	68
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	71
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	75
	ANNEXE 1 : APPROCHE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DU HANDICAP DE L'ENFANT, ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS ELIGIBLES A L'AEEH.....	85
	ANNEXE 2 : DESCRIPTION DE L'AEEH.....	95
	ANNEXE 3 : EVOLUTION FINANCIERE DE L'AEEH.....	115
	ANNEXE N°4 - LE TRAITEMENT DE L'AEEH PAR LES ODPF.....	133
	SIGLES UTILISES.....	167
	PIECES JOINTES.....	171
	PIECE JOINTE N°1 FORMULAIRE DE DEMANDE (S) AUPRES DE LA MDPH - CERFA N°13788*01.....	173
	PIECE JOINTE N°2 CERTIFICAT MEDICAL – CERFA N°13788*01.....	183
	PIECE JOINTE N°3 ARBRE DE DECISION – AEEH (SOURCE : CNSA).....	189
	PIECE JOINTE N°4 SCHEMA INSTITUTIONNEL D'ATTRIBUTION DE L'AEEH, DE LA PCH ET DE L'AJPP.....	193

PIECE JOINTE N°5 REGLES DE CUMUL ENTRE ALLOCATIONS AEEH, PCH, AJPP.....	197
PIECE JOINTE N°6 MONTANTS DE L’AEEH DE BASE, DES COMPLEMENTS ET DE LA MPI AU 1 ^{ER} AVRIL 2016	201
PIECE JOINTE N°7 CIRCULAIRE N° DSS/SD2B/2016/77 DU 15 MARS 2016 RELATIVE A LA REVALORISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES SERVIES EN METROPOLE AU 1 ^{ER} AVRIL 2016.....	205
PIECE JOINTE N°8 NOMBRE TOTAL D’ENFANTS BENEFICIAIRES DE L’AEEH 2010-2014	215
PIECE JOINTE N°9 CARTES DEPARTEMENTALES 2010-2014 RELATIVES AU NOMBRE DE BENEFICIAIRES ET AUX DEPENSES DE COMPLEMENTS D’AEEH.....	219
PIECE JOINTE N°10 FORMULAIRE DE DEMANDE EXPERIMENTAL DIT « IMPACT ».....	225
PIECE JOINTE N°11 TABLEAU DES TARIFS PCH – AVRIL 2016.....	245

RAPPORT

Par lettre de mission du 23 décembre 2015, le chef de l'IGAS a chargé Delphine Corlay et le Dr Julien Emmanuelli, inspecteurs à l'IGAS, d'analyser, conjointement avec la mission nationale de contrôle (MNC) de la direction de la sécurité sociale (DSS) représentée par Hélène Bedel-Thual, Didier Bourdet, Philippe Mallet, Dominique Roussarie et Frédéric Maury¹, les conditions d'attribution et de suivi de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), ainsi que la qualité du service rendu aux usagers en termes d'accessibilité au dispositif et d'adéquation à leurs besoins. Cette mission relevant du programme de travail de l'IGAS était motivée par une relative méconnaissance institutionnelle des caractéristiques de la prestation dans un contexte de progression des bénéficiaires et d'évolution des modes de prise en charge du handicap de l'enfant.

Remplaçant l'allocation d'éducation spéciale (AES) depuis 2006², l'AEEH est une prestation sociale versée par les organismes débiteurs de prestations familiales (ODPF : Caisse d'allocations familiales –CAF- et caisses de la Mutualité sociale agricole –CMSA-) sans condition de ressources, destinée à aider les familles à faire face aux frais supplémentaires qu'entraîne le handicap d'un enfant à charge de moins de 20 ans³.

L'octroi de l'AEEH est subordonné à l'examen des conditions administratives (résidence, enfant à charge, etc.) et à la situation de handicap du demandeur. Ce dernier point relève de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), chargée, selon les termes de l'article L.146-8 du code de l'action sociale et des familles, d'évaluer « les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et [de] proposer un plan personnalisé de compensation du handicap ». Deux guides sont nécessaires pour l'attribution de l'allocation : le guide barème (figurant en annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles)⁴, pour déterminer le taux d'incapacité, et un guide *ad hoc* établi par l'arrêté du 24 avril 2002 définissant les critères d'éligibilité aux compléments. Pour l'appréciation des besoins de compensation un guide d'évaluation (GEVA) a été établi par arrêté en 2008⁵, qui vise à prendre en compte l'ensemble de la situation notamment matérielle, familiale, sanitaire, scolaire, professionnelle et psychologique de la personne handicapée.

Sur la base des propositions de l'EPE, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instituée au sein des MDPH, fixe le taux d'incapacité de l'enfant, les besoins en aide humaine et le niveau de la prestation. L'AEEH est composée d'un montant de base⁶ auquel peuvent s'ajouter :

- soit un complément d'AEEH, dont le montant est gradué en 6 catégories en fonction du coût du handicap de l'enfant, de la cessation ou réduction d'activité professionnelle d'un des parents (nécessitée par le handicap de l'enfant), ou de l'embauche d'une tierce personne ;

¹ En plus des agents des antennes locales de la MNC désignés pour auditer les caisses de sécurité sociale ciblées.

² En 2006, le nom de l'allocation a été modifié et il lui a été adjoint une majoration pour parent isolé (MPI), mais l'architecture de l'allocation, composée d'une prestation de base complétée de 6 compléments est restée la même.

³ Ayant un handicap entraînant une incapacité permanente de plus de 80 % ou entre 50 et moins de 80 % si l'enfant fréquente un établissement spécialisé ou si son état exige le recours à un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile L'AEEH n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale, à l'exception des périodes de congés ou de suspension de la prise en charge.

⁴ L'annexe 2-4 du CASF a été modifiée par le décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007.

⁵ Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles.

⁶ L'allocation de base de l'AEEH peut également être cumulée avec l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), qui constitue une autre prestation entrant dans le champ de la compensation des conséquences du handicap pour les parents d'enfants handicapés, ainsi qu'avec la majoration parent isolés.

- soit, depuis le 1^{er} avril 2008, l'intégralité des éléments composant la prestation de compensation du handicap (PCH) qui se substitue aux compléments d'AEEH, ajoutant un niveau de complexité à un système de complément de lecture déjà peu aisée ;
- soit le cumul du complément AEEH avec le seul 3^{ème} élément de la PCH relatif aux frais engagés pour l'aménagement du logement ou du véhicule, ou aux surcoûts liés au transport.

En 2014, l'AEEH a bénéficié à 240 480 enfants⁷ dont 153 000 pour la seule AEEH de base⁸. Le nombre de familles ayant opté pour le cumul entre le complément de l'AEEH et la PCH se situe à un niveau relativement modeste (16 400 enfants en décembre 2015). Depuis 2006, le nombre de bénéficiaires de l'AEEH a augmenté de 75 %, soit en moyenne de 6,4 % par an (source PLFSS 2014) et sur la seule année 2014 de près de 5 %, portant le montant versé sur l'année à 825 millions d'euros. L'AEEH est une prestation financée par la sécurité sociale.

La mise en œuvre de l'AEEH n'ayant jamais fait l'objet d'un suivi particulier, la mission s'est donné pour objectif d'éclairer la dynamique et les caractéristiques de son déploiement et d'évaluer son adaptation aux besoins des usagers. Malgré une insuffisance flagrante de données, elle a tenté d'apporter des éléments de réponse aux points suivants :

S'agissant des bénéficiaires

- l'enjeu était d'abord de mieux connaître le public servi (caractéristiques, couverture), et d'analyser les différents facteurs d'évolution de sa volumétrie (flux, stock) et des dépenses d'AEEH associées ;
- il était aussi question de décrire les modalités de son repérage, de son information et de son accompagnement dans les différentes étapes du processus menant à l'octroi éventuel de l'AEEH, en détaillant les modalités d'attribution de ses compléments, et son articulation avec les autres prestations proposées aux familles d'enfant handicapés : prestation de compensation du handicap (PCH) dans le cadre du droit d'option, allocation journalière de présence parentale (AJPP), majoration pour parent isolé (MPI) ;
- il s'agissait enfin d'analyser, au-delà des éventuels recours engagés après notification de la décision, la manière dont les usagers utilisaient et percevaient cette allocation et ce qu'ils en attendaient.

S'agissant des institutions en charge de l'attribution et de la gestion de l'allocation

- le but premier était de décrire le pilotage d'ensemble du dispositif et les interactions entre, d'une part les organismes de sécurité sociale, et d'autre part l'ensemble des acteurs (financeurs, collectivités territoriales, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) ;
- il était également prévu d'apprécier les pratiques professionnelles dans les MDPH, notamment les conditions d'évaluation et les processus de décision (moyens dédiés, conditions de déroulement, hétérogénéité éventuelle des pratiques...) ;
- ce travail sur les processus visait parallèlement à identifier les difficultés rencontrées par les ODPF dans le traitement administratif (instruction, contrôle, liquidation) des demandes d'AEEH et des prestations associées, ainsi que leurs liens avec les MDPH.

Le recoupement de ces analyses avait pour ambition ultime de proposer des voies d'amélioration réalistes du service rendu en conciliant contraintes objectives des institutions et attentes légitimes des usagers.

⁷ 246 968 enfants bénéficiaires si le régime agricole est pris en compte, mais celui-ci ne distingue pas l'AEEH de base seule du versement des compléments dans les statistiques transmises.

⁸ Selon le Programme de qualité et d'efficience (PQE) pour 2016, ne recensant que les données issues de la CNAF.

Il convient de préciser que, faute de données exploitables (expérimentation non mise en œuvre ou en cours de déploiement), la mission n'a pas pu, comme la lettre de mission l'y invitait, apprécier la gestion de l'AEEH dans les territoires expérimentant un fonctionnement en dispositif « Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques » (ITEP).

La mission s'est déroulée de janvier à juillet 2016. Pour documenter les caractéristiques de l'AEEH (pilotage, coordination des acteurs, population servie...) et les enjeux associés, la mission a d'abord rencontré les instances nationales concernées par le sujet : caisse nationale des allocations familiales -CNAF- et caisse centrale de la mutualité sociale agricole -CCMSA-, caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés -CNAMTS-, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie -CNSA-, association des départements de France -ADF-, DSS, direction générale de la cohésion sociale -DGCS-, direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques -DREES-, direction générale des finances publiques -DGFIP-, direction générale de la scolarité -DGSCO-, direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'éducation nationale -DEPP-.

Elle a également interrogé les principaux représentants d'utilisateurs pour connaître leur perception du dispositif, et identifier, le cas échéant, des points d'amélioration : union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis -UNAPEI-, association des paralysés de France -APF-, association française contre les myopathies -AFM-, fédération française des Dys -FFDYS-, Autisme-France, Sésame Autisme, association nationale des parents d'enfants aveugles -ANPEA-, association nationale des parents d'enfants déficients auditifs -ANPEDA-.

De février à mai, elle s'est rendue au sein des 6 CAF⁹ et 2 CMSA¹⁰ sélectionnées dans le cadre d'une démarche d'échantillonnage raisonné¹¹, en couplant l'audit de processus AEEH réalisé par la MNC sur chaque site et des échanges avec les acteurs impliqués dans l'instruction et la gestion technique de cette prestation (conseils départementaux, MDPH, services de l'Etat présents au sein des CDAPH et autres parties prenantes telles qu'associations d'utilisateurs, acteurs des champs sanitaire et médico-social contribuant au processus d'évaluation et de prise en charge).

Sur chaque site, les audits menés par la MNC au sein des ODPF ont donné lieu à des rapports (état des lieux, analyse des risques encourus) avec procédures contradictoires dont la synthèse nationale a alimenté le rapport d'évaluation conjoint IGAS-MNC.

Le rapport présente le résultat des investigations en trois temps¹². Dans la partie 1, la mission analyse l'allocation en elle-même, son intérêt et ses limites, ainsi que l'évolution du nombre de ses bénéficiaires et des dépenses associées. La partie 2 est consacrée aux modalités de gestion et de contrôle de la prestation par les organismes concernés (ODPF et MDPH) et les risques d'inégalités de traitement qu'elles emportent. Dans la partie 3 qui porte sur le pilotage mis en œuvre par les institutions nationales (CNSA, CNAF et CCMSA) et territoriales (CAF, CMSA et MDPH), la mission souligne les conséquences du manque d'articulation entre les acteurs, notamment en termes de données statistiques nécessaires à une meilleure réponse aux besoins. Les recommandations de la mission pour améliorer le dispositif existant sans en modifier l'architecture, ou pour le faire évoluer plus en profondeur, figurent en partie 3.

⁹ CAF du Var, CAF du Nord, CAF de Paris, CAF de Saône-et Loire, CAF de l'Orne, CAF de Haute-Garonne.

¹⁰ CMSA du Nord-Pas-de-Calais et CMSA Alpes-Vaucluse.

¹¹ Le panel des caisses locales à auditer a été constitué à partir des critères suivants : nombre de bénéficiaires de la prestation (choix de caisses avec un nombre important de bénéficiaires et un nombre plus limité...), évolution des dépenses (à la hausse ou à la baisse, en tenant compte des dynamiques croisées entre attribution des compléments et de la PCH), montant moyen des dépenses par foyer bénéficiaire et part que représentent les compléments de catégorie 4 à 6 dans la dépense AEEH en 2014 ainsi que la présence d'un ou plusieurs dispositifs ITEP.

¹² Au total, la mission a rencontré 280 personnes et s'est déplacée dans 9 départements (9 MDPH et 10 ODPF).

1 UNE PRESTATION EN PLEIN ESSOR, COUVRANT UNE LARGE GAMME DE BESOINS, DONT LA COMPLEXITE EN RESTREINT CEPENDANT L'ADEQUATION AUX SITUATIONS DES FAMILLES

1.1 L'allocation associe simplicité de gestion et compensation de dépenses très diverses

1.1.1 Par son caractère mensuel et forfaitaire, cette prestation familiale présente une simplicité de gestion pour les usagers et pour les organismes payeurs

Succédant à l'allocation d'éducation spéciale (AES) dans le cadre de l'article 68 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, l'AEEH est une prestation familiale composée d'une base de 130,12€ et de compléments s'échelonnant de 97,59 € à 1104,18€ versés forfaitairement de manière mensuelle. L'allocation de base forfaitaire et les 5 premiers compléments de l'allocation sont revus chaque année lors de la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), dont le taux a été fixé à 0,1 %¹³ en 2016¹⁴.

L'existence de six catégories de compléments permet de répondre à une multiplicité de situations, leur attribution prenant en compte à la fois les niveaux de frais, de recours à une tierce personne et de réduction de l'activité professionnelle d'un ou des parents¹⁵. La loi de 2005 met en place une nouvelle majoration de l'allocation pour les parents isolés, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2006, permettant encore d'affiner la réponse en prenant en compte la situation spécifique des familles monoparentales (elle s'échelonne, à compter du 2nd complément, de 52,86€ à 435,08 € pour le 6^{ème} complément).

¹³ Le montant de cette base mensuelle, en pourcentage duquel sont fixées les prestations familiales, est donc porté de 406,21 € à 406,62 € au 1^{er} avril 2016.

¹⁴ Seule exception à cette règle, le complément de catégorie 6 qui n'est pas calculé par rapport à un pourcentage de la BMAF. Il est égal au montant de la majoration pour tierce personne accordée aux invalides de la 3^{ème} catégorie définis à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale. Au 1^{er} avril 2016, il a fait l'objet d'une revalorisation de 0,1 %, le portant à 1 104,18 € par mois.

¹⁵ La réduction d'activité d'un ou des parents signifie l'arrêt complet ou partiel de l'activité professionnelle d'un ou des parents. A titre d'exemple, passage à 80 % d'un parent et à 50 % de l'autre, soit une diminution de 70 % de l'activité des parents.

Tableau 1 : Conditions d'attribution et montant de l'AEEH et des différents compléments pour les avis CDAPH à compter du 1er avril 2016 (BMAF* = 406,62€)

	Montant du complément en % de la BMAF	Réduction /arrêt activité parent	Embauche tierce personne	Coût handicap en % de la BMAF	Majoration spécifique pour parent isolé
Allocation de base	32 % soit 130,12 €	-	-	-	-
Complément n°1	24 % soit 97,59 €	-	-	≥ à 56% soit 227,71 €	-
Complément n°2	65 % soit 264,30 €	20%	ou 8 heures/semaine	ou ≥ à 97 % soit 394,42 €	MPI : 13 % soit 52,86 €
Complément n°3	92 % soit 374,09 €	50%	ou 20 heures/semaine	-	MPI : 18 % soit 73,19 €
		20%	-	et ≥ à 59% soit 239,91 €	
		-	ou 8 heures	et ≥ à 59% soit 239,91 €	
Complément n°4	142,57 % soit 579,72 €	100%	-	-	MPI : 57 % soit 231,77 €
		-	ou Temps plein	et ≥ à 82,57% soit 335,75 €	
		50%	ou 20 heures / semaine	et ≥ à 82,57% soit 335,75 €	
		20%	ou 8 heures/semaine	et > à 109,57% soit 445,53 €	
Complément n°5	182,21 % soit 740,90 €	100%	-	et > à 109,57% soit 445,53 €	MPI : 73 % soit 296,83 €
		-	ou Temps plein	et > à 71,64% soit 291,30 €	
Complément n°6	1104,18 €	100%	-	et Contraintes permanentes de surveillance et de soins	MPI : 435,08 €
		-	Temps plein	et Contraintes permanentes de surveillance et de soins	

Source : Direction de la sécurité sociale. *Barème mensuel des allocations familiales.

La prestation présente plusieurs facilités de gestion pour les familles comme pour les organismes payeurs :

- son caractère forfaitaire permet d'éviter des ajustements constants en gestion pour les ODPF (ce qui serait le cas si les montants devaient être revus en fonction des dépenses effectivement engagées par la famille dans le mois) et assure une compréhension immédiate des familles quant aux montants perçus ;
- son absence d'affectation à une destination particulière permet aux parents d'ajuster les dépenses en fonction de l'évolution des besoins de l'enfant ;
- son versement mensuel facilite la planification financière des familles et des organismes payeurs ;
- un versement pour retour au foyer¹⁶ est possible mensuellement sous condition, si bien que les familles peuvent recevoir une aide régulière pour faire face aux frais engagés même si l'enfant bénéficie d'une prise en charge en établissement.

L'AEEH n'est pas conditionnée aux ressources des familles, ni modulée en fonction de celles-ci, si bien que l'instruction et le paiement comportent moins de vérifications (nécessaires dans le cadre d'autres allocations) qui pourraient aussi alourdir la charge et la durée de l'instruction pour les familles en termes de documents à fournir notamment.

Le caractère familial de la prestation emporte des conséquences symboliques et pratiques importantes. La conception de l'AEEH comme prestation familiale, et la compensation de frais dus notamment à la réduction d'activité des parents, peuvent représenter, pour les familles, une reconnaissance de l'impact de la prise en charge d'un enfant en situation de handicap, sur l'ensemble de la famille (parents et fratrie). En outre, les prestations familiales ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu ni comptées comme ressources supplémentaires pour le foyer dans le calcul des conditions d'accès à d'autres allocations soumises, elles, à conditions de ressources.

¹⁶ Retour au foyer : L.541-4 du CSS. Le calcul des sommes est minoré proportionnellement du temps passé en institution (internat, externat, semi-internat, etc.).

1.1.2 L'allocation répond à un large spectre de situations

Les dépenses engagées par les familles susceptibles de faire l'objet d'une compensation ne font pas l'objet d'un encadrement précis. Le code de la sécurité sociale (CSS) prévoit simplement (Art. L.541-1) qu' « *un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des **dépenses particulièrement coûteuses** ou nécessite **le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne**. Son montant varie suivant l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire* ».

La partie réglementaire du CSS ne précise pas plus les types de dépenses compensées mais fixe les seuils de dépenses et/ou de réduction d'activité des familles déterminant l'attribution des compléments. Cette souplesse distingue l'AEEH de la PCH dont les 5 éléments sont clairement énoncés par la loi (Art. L. 245-3 du CASF) : besoin d'aides humaines, besoins d'aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles comme celles relatives à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap, entretien des aides animalières.

Seuls l'arrêté du 24 avril 2002 et la circulaire afférente¹⁷ précisent à titre indicatif les dépenses éventuellement compensées : les aides techniques et les aménagements de logement, les frais de formation de membres de la famille à certaines techniques, les surcoûts liés aux vacances et aux loisirs, les frais médicaux ou paramédicaux non pris en charge par l'assurance maladie, les surcoûts liés au transport, ou encore les frais vestimentaires ou d'entretien supplémentaires liés au handicap de l'enfant.

La catégorie de dépenses « frais médicaux ou paramédicaux » ne fait l'objet d'aucune explicitation, le document se bornant à suggérer quelques exemples à l'usage des familles dans la formulation de leur demande incluant les « *rééducations non remboursées mais faisant partie du projet individuel de l'enfant* ». Cette possibilité semble largement utilisée par les MDPH afin de couvrir une grande diversité de frais non couverts par l'assurance maladie.

Au total, par sa souplesse, l'AEEH permet de couvrir la diversité des situations qui émerge d'une plus grande modularité des prises en charge et d'une adaptation (progressive) de celles-ci aux projets de vie des parents pour leur enfant : scolarisation en milieu ordinaire à temps plein ou à temps partiel, développement des services ambulatoires, et meilleure prise en compte des souhaits des familles. Elle constitue en outre la seule possibilité de prise en charge de certains types de demandes en croissance quand l'offre médico-sociale institutionnelle s'avère inadaptée ou insuffisante, les parents étant alors contraints soit à une diminution forte de leur activité, soit à des frais très lourds (recours à des professionnels libéraux non remboursés par l'assurance maladie, allers-retours pour une prise en charge éloignée, frais techniques d'adaptation de l'environnement de l'enfant, etc.).

1.2 S'ajoutant à la complexité du paysage d'allocations connexes, le caractère composite de l'AEEH ne permet pas toujours une réponse adaptée aux besoins des familles

Malgré ces facilités de gestion, l'allocation, du fait de sa nature composite, est complexe à appréhender et s'inscrit dans un paysage de prestations aux objectifs relativement similaires.

¹⁷ DGAS/3C/DSS/2B/DES n° 2002-290 du 3 mai 2002 relative aux modalités d'attribution et de versement des six catégories de complément à l'allocation d'éducation spéciale (AES).

1.2.1 Les conditions d'attribution visent l'adaptation sur mesure à la situation des familles sans toujours y parvenir

1.2.1.1 En voulant compenser forfaitairement des besoins très hétérogènes, l'allocation cumule les effets de seuils à l'origine d'inégalités de traitement et n'est pas toujours bien comprise

L'AEEH associe, dans le cadre de versements forfaitaires mensuels, plusieurs composantes : d'une part, un aspect familial avec la reconnaissance de la spécificité des charges de famille dans le cas d'un enfant handicapé (AEEH de base) et de l'impact de l'isolement du parent (majoration parent isolé ou MPI) ; d'autre part, un aspect centré sur la compensation personnalisée du handicap (couverture des charges et de la diminution ou perte de revenus) dans le cadre des compléments.

La prise en compte de la réduction d'activité des parents peut être considérée au croisement de la logique familiale de la prestation et de la logique de compensation du handicap¹⁸. Il s'agit en effet de mieux adapter la réponse aux besoins de l'enfant (logique de compensation personnalisée), mais cette mesure prend aussi en compte l'impact du handicap sur la vie des parents (logique familiale) : non seulement il est tenu compte du temps passé par le parent à accomplir des aides liées au handicap de son enfant, mais aussi de l'impact de celles-ci sur son activité professionnelle existante ou envisagée.

Par ailleurs, si les compléments d'AEEH doivent permettre de prendre en compte l'ensemble des frais, il peut apparaître surprenant que la MPI croisse avec le niveau de complément. L'isolement étant une donnée familiale, ses conséquences sur les dépenses engagées devraient déjà être prises en compte dans la décision d'attribution du niveau de complément.

Du caractère composite de la prestation présentée *supra*, il résulte pour les familles des difficultés à appréhender les conditions d'attribution de l'allocation sous plusieurs angles :

- la détermination du taux d'incapacité est l'élément essentiel de la procédure dans la mesure où il ouvre l'accès à la prestation, avec cependant deux seuils distincts (50 % et 80 %) comme l'illustre l'arbre de décision construit par la CNSA (Cf. annexe 2 relative à la description de l'allocation et la pièce jointe n°3) ; le handicap étant l'élément déterminant de l'accès à la prestation, les familles ne comprennent pas les baisses de compléments¹⁹ décidées par les MDPH alors que le taux d'incapacité de l'enfant demeure le même. Or ce critère ne sert à ouvrir le droit qu'à la seule AEEH ;
- les dépenses engagées par les familles évaluées selon des conditions cumulatives complexes à comprendre, combinant réduction d'activité d'un ou des parents ou recours à une tierce personne et prises en charge de dépenses supplémentaires dues au handicap de l'enfant, permettent de déterminer le niveau de complément. Ainsi, une multitude d'agencements est possible (Cf. tableau n°1) ;
- les compléments, qui ne sont attribués qu'à partir d'un certain niveau de frais engagés par les familles, peuvent parfois impliquer un reste à charge assez important. Ainsi les familles ne comprennent pas toujours que l'AEEH n'a pas vocation à couvrir l'ensemble des frais pas plus qu'elles ne connaissent le niveau de frais qui déclenche l'accès au complément supérieur. La logique de personnalisation de la réponse au besoin n'est donc pas aussi aboutie que pourraient l'attendre les familles.

¹⁸ Les droits à la retraite des parents d'enfants handicapés n'ont pas été traités par la mission. Il lui a cependant été signalé que les majorations prévues dans le cadre de l'AEEH ne s'appliquaient qu'à la condition d'avoir bénéficié d'un complément. Cette contrainte supplémentaire peut interroger dans la mesure où la prise en charge de l'enfant peut effectivement avoir un impact sur les carrières même si les parents n'ont pas réduit leur activité.

¹⁹ La baisse du complément peut être motivée par une diminution des frais à la charge des familles ou une reprise d'activité de l'un ou des parents.

Avec 6 niveaux de compléments, l'architecture de l'allocation crée par construction des effets de seuils, et au sein des populations bénéficiaires de chaque complément, des inégalités entre familles (l'AEEH couvre mieux les dépenses de certaines familles parce qu'elles dépassent à peine le montant du complément qui leur est attribué, tandis que d'autres dépenses frôlent le seuil de la catégorie de complément supérieure sans pour autant en déclencher l'attribution). A cet égard, le calcul du complément repose sur des niveaux dont la logique peut interpeller. Ainsi, concernant la réduction d'activité d'un ou des parents, seuls trois taux sont pris en compte dans le calcul (20 %, 50 % et 100 %) alors que le travail à temps partiel ne se prête pas toujours à ce découpage, ce qui peut également générer des inégalités dans l'attribution du complément²⁰.

Le caractère forfaitaire et mensuel de la prestation ne permet pas une réelle compensation et peut même complexifier la gestion des familles alors que l'objectif est théoriquement l'inverse. En effet, le besoin de tierce personne ou les frais peuvent être lissés sur l'année pour déterminer le complément attribué. En cas de frais ponctuels importants, la compensation ne se fera pas par un paiement en une fois sur présentation de la facture ou du devis, ce qui obligera la famille à anticiper des dépenses et à mettre en conséquence de côté une partie de la somme attribuée mensuellement.

1.2.1.2 Le formulaire *cerfa* n'est pas très explicite sur les données à apporter à la connaissance des MDPH par les familles

La demande d'AEEH est présentée dans le cadre du formulaire *cerfa* n°13788*01 en pièce jointe à ce rapport. Ce document interroge notamment les familles sur les difficultés rencontrées par leurs enfants, les besoins à pourvoir pour y remédier (case B « *expression des attentes et besoins de la personne concernée* ») et les dépenses engagées du fait du handicap de l'enfant, (case C- « *demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé* »).

Dans la pratique, le remplissage de ces rubriques ne va pas de soi. La case B, également intitulée « projet de vie », suscite généralement la perplexité des familles qui, ne comprenant pas bien ce qui est attendu d'elles, fournissent souvent des réponses au contenu trop général, dont certaines s'avèrent peu ou pas exploitables par les EPE. Le flou de l'intitulé, et le spectre large des réponses qu'il induit, mêlant besoins en termes d'orientation et éléments sur l'emploi du temps de la famille, est une source de complexité supplémentaire pour les familles.

En plus d'offrir un espace de réponse assez restreint, la case C qui permet de lister les frais supplémentaires liés au handicap fait également l'objet de peu d'explicitations quant au contenu attendu.

1) Extrait du formulaire n° 13788*01 case C

Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou paramédicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

Nature des frais	Coûts			Périodicité Semaine, mois, année, occasionnelle
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	
TOTAL				

²⁰ Des parents ayant choisi de réduire leur temps de travail de 40 % percevront le même niveau de complément que ceux ayant une réduction d'activité de 20 %.

Il ressort des entretiens menés par la mission que les primo-demandeurs non accompagnés sont parfois très démunis pour renseigner ces cases, notamment en raison d'un mauvais maniement de la langue française qui s'ajoute à la complexité des libellés. En outre, au fil de leur prise en charge, les familles identifient progressivement plus de frais qu'elles n'en appréhendaient lors de leur première demande. Enfin, elles demeurent ignorantes des critères utilisés par les EPE pour décider, au final, du montant de dépenses retenu pour calculer leur droit à complément.

En conséquence de ces difficultés rencontrées par les demandeurs, les EPE doivent procéder à des évaluations sur la foi de documents parfois incomplets ou inutilisables, ne disposant que d'informations éparses sur lesquelles fonder leurs préconisations. Dans ce contexte, elles s'appuient, pour proposer des niveaux de complément, à la fois sur leur expertise propre des retentissements fonctionnels des handicaps et sur leur capacité à mobiliser celle des secteurs sanitaire et médico-social. Conscientes des lourdeurs des étapes administratives à franchir pour les familles, et du grand nombre de documents exigés, elles ne relancent pas toujours les demandeurs pour obtenir les compléments de précisions dont elles ont besoin.

1.2.2 Bien que large, la couverture des frais de santé est subordonnée à l'existence d'une offre suffisante et aux interprétations possibles des textes

La couverture par l'AEEH de certains frais de santé non remboursés par l'assurance maladie a fortement augmenté du fait d'une demande accrue de soins de rééducation, ou d'interventions socio-éducatives et/ou cognitivo-comportementales. Elle est cependant subordonnée à deux grands paramètres pourvoyeurs d'inégalités de traitement : d'une part, la ressource sanitaire et médico-sociale dans les territoires, d'autre part, la manière dont les textes encadrant l'attribution de l'AEEH sont interprétés.

Ce constat est particulièrement marqué pour certains troubles (TSA et Dys) dont le diagnostic et le retentissement fonctionnel doivent faire l'objet d'explorations d'amont. La réalisation de celles-ci peut se heurter à des problèmes de faisabilité et engendrer de fortes insatisfactions de la part de certaines associations d'usagers. L'expertise et les compétences mobilisables dans le secteur public pour ces troubles apparaissent souvent insuffisantes en regard des besoins, qu'il s'agisse des infrastructures dédiées (centres de ressources autisme, centres de références des troubles des apprentissages) ou des professionnels formés (neuro-pédiatres, pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciens, neuropsychologues formés) exerçant dans les structures hospitalières ou les établissements et services médicaux-sociaux (centre médico-psychologique - CMP- , centre médico-psycho-pédagogique -CMPP-, service d'éducation spéciale et de soins à domicile -Sessad-).

Ces insuffisances tiennent en partie au retard pris par les institutions médicales et médico-sociales pour prendre la mesure des besoins et développer l'offre de soins psycho-éducatifs et d'interventions neurocognitives aujourd'hui préconisées par les pouvoirs publics²¹. Outre qu'elles engendrent des inégalités territoriales (problème de l'accessibilité physique aux centres de références et/ou aux structures publiques), elles induisent également des délais d'attente parfois très importants (jusqu'à 18 mois pour avoir un rendez-vous) sans toujours garantir une expertise de qualité (et donc une prise en charge appropriée²²). Ces délais interrogent d'autant plus qu'un diagnostic et une prise en charge précoce sont recommandés pour favoriser les apprentissages et limiter les retentissements fonctionnels des troubles.

L'engorgement des centres experts et l'allongement des délais d'attente (qui peuvent s'ajouter au temps d'« errance diagnostique » préalable²³) sont accentués par l'injonction parfois faite aux familles de passer par ces centres alors que ce n'est ni une obligation prévue par les textes ni dans la mission de ces structures que de répondre aux demandes de diagnostic de proximité.

Quand les MDPH acceptent les diagnostics et bilans qui ne sont pas issus des centres de références ou établissements partenaires, certaines familles se tournent vers des spécialistes exerçant en libéral, acceptant parfois des tarifs très élevés, qu'il s'agisse de consultations médicales non conventionnées ou de prestations paramédicales non remboursées par l'assurance maladie²⁴. Outre de renforcer les inégalités sociales de santé en matière de handicap, cette situation constitue d'après certains responsables associatifs, une sorte de « double peine » avec risque de paupérisation de la famille, notamment quand elle est monoparentale.

Une fois le diagnostic posé, l'organisation d'une prise en charge et d'un suivi adaptés supposent un recours plus ou moins fréquent et durable aux professionnels paramédicaux chargés de mettre en œuvre les interventions éducatives et psycho-sociales.

Faute d'avoir été anticipée, la hausse importante des demandes de ce type déborde la capacité de réponse institutionnelle et occasionne l'émergence d'une offre libérale qui échappe à toute forme de régulation, mélangeant interventions classiques de paramédicaux formés selon les critères en vigueur mais non pris en charge par la sécurité sociale (avec des écarts de tarifs parfois très importants) et nouvelles formes de prise en charge au portage et aux effets parfois incertains (à titre d'exemple l'équi-thérapie, la musico-thérapie, etc...). Ceci est particulièrement préoccupant pour les TSA dont la prise en charge donne lieu à des demandes de prestations d'une grande hétérogénéité tant en termes de contenu et de compétences mobilisées que de tarifs pratiqués. Entre l'absence de référentiel de bonnes pratiques, la diversité des interventions proposées et les attentes des familles, les MDPH ont parfois le sentiment de naviguer à vue. En tout état de cause, les associations d'usagers considèrent que les compléments d'AEEH ne suffisent pas toujours à couvrir les frais engagés.

²¹ Recommandations de bonne pratique HAS/ANESM de 2012 « Enfants/adolescents avec troubles envahissants du développement (TED) : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées », Rapport du de Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant de 2013 et avis de l'académie de médecine du 30 juin 2015 sur la prise en charge des troubles des apprentissages. Plus récemment, directive aux ARS de décembre 2015/janvier 2016 sur l'évolution de l'offre médico-sociale expliquant ce qui est attendu dans un établissement ou service.

²² Evaluation des Centres de ressources autisme et appui à leur évolution, rapport IGAS 2016, C Compagnon, PC Pons, G. Fournière.

²³ Notamment du fait du caractère complexe (TSA) ou parfois peu visible (DYS) du handicap entraînant des difficultés à son diagnostic

²⁴ En dehors de l'orthophoniste, les autres professionnels n'ont pas de convention avec la sécurité sociale (ergothérapeutes, psychomotricien, etc.).

S'agissant des troubles spécifiques des apprentissages, dont la prise en charge repose sur des rééducations relativement normées, le problème est plutôt celui des indications. Il y a notamment un risque souligné dans le rapport de la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant²⁵ de « médicaliser » à outrance des retards simples des apprentissages pour lesquels la réponse est d'ordre pédagogique²⁶. Les troubles avérés des apprentissages soulèveraient quant à eux un autre type de problème, plusieurs neuro-pédiatres ayant pointé le caractère composite de la prestation, indiquant qu'elle couvrait indistinctement des aspects de soins et de compensation. D'après ces spécialistes, le repérage et l'intervention précoces en matière de troubles spécifiques des apprentissages ont pour vocation de traiter une atteinte neuro-développementale le plus en amont possible du handicap (qui doit légitimement être compensé par la MDPH quand il s'est installé et qu'il retentit par exemple sur la vie familiale). Dans un certain nombre de cas, les interventions financées par l'AEEH s'apparentent en fait à une forme de prévention qui pourrait relever de l'assurance maladie.

A travers ces exemples, se pose la question plus générale des soins directement liés au handicap de l'enfant, dont la nature a fortement évolué au cours du temps et pour lesquels aucune définition précise n'a jamais été proposée, amenant l'AEEH à pallier en partie une prise en charge qui aurait dû être développée par ailleurs (insuffisance ou inadéquation de l'offre médico-sociale en matière d'interventions éducative et cognitive-comportementale, absence de prise en charge médicale des déficiences à l'origine des troubles des apprentissage)²⁷.

1.2.3 L'allocation s'inscrit dans un dispositif complexe de prestations aux objectifs similaires mais aux principes de fonctionnement distincts avec diverses possibilités de cumul

1.2.3.1 L'AJPP et la PCH ne répondent qu'à certains aspects des besoins des familles

Depuis 2006, l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), qui a remplacé l'allocation de présence parentale (APP), peut être attribuée au parent, ou à la personne qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité, rendant indispensable une présence soutenue auprès de l'enfant et des soins contraignants²⁸.

²⁵ Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant : Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages, 2013.

²⁶ En dehors de l'attribution de l'AEEH, un plan personnalisé de compensation (PPC), qui contient le projet personnalisé de scolarisation (PPS), élaboré par l'équipe pluridisciplinaire peut aussi être proposé, en tant que de besoin, des mesures d'accompagnement et d'aménagement de la scolarité et/ou un accompagnement par différents établissements ou services (CAMPS, Sessad, CMP, ...). Mais les familles ne comprennent pas toujours que la MDPH puisse reconnaître un problème de handicap et proposer aide et orientation sans également attribuer l'AEEH.

²⁷ A signaler aussi la question des autres frais associés aux soins aux handicaps (tels que les temps de transport pour prise en charge médico-sociale), qui faute, d'outils sur les dépenses éligibles pour calculer les compléments, font l'objet d'une prise en compte variable selon les cas.

²⁸ 310 allocations journalières peuvent être versées sur 3 ans. Pour un couple, elle s'élève en 2016 à 43,01€ par jour, pour un parent isolé, le montant est plus élevé (51,11€).

Le périmètre de l'AJPP est donc plus large car elle peut être attribuée à des parents d'enfants qui ne relèvent pas du handicap. De surcroît, l'AJPP permet de maintenir le lien avec l'emploi initial du parent²⁹ dans le cadre d'un congé de présence parentale, alors que la montée en catégorie des compléments de l'AEEH (quand il ne s'agit pas de frais ou de recours à une tierce personne) entérine la nécessité de réduire l'activité ou l'impossibilité de la poursuivre. Par ailleurs, l'AJPP est modulable dans le temps (possibilités de la prendre ponctuellement de manière périodique pendant l'année) contrairement à l'AEEH pour laquelle la réduction d'activité est déterminée pour une durée donnée et continue. En revanche, l'AJPP ne vise qu'à permettre la présence du parent avec son enfant et ne prend généralement pas en charge les dépenses liées au handicap de l'enfant (un complément est toutefois prévu sous certaines conditions de ressources)³⁰.

Par ailleurs et depuis le 1^{er} avril 2008³¹, tout allocataire de l'AEEH peut demander dans le cadre du droit d'option³², le bénéfice de la prestation de compensation du handicap (PCH)³³. Cette demande peut intervenir lors d'une première demande d'AEEH, d'un renouvellement de l'AEEH, ou à l'occasion d'un changement de la situation de l'enfant. Elle ne peut être prise en compte que si l'enfant a droit au complément AEEH et qu'il présente en capacité fonctionnelle une difficulté absolue pour exécuter une activité de la vie quotidienne (pour l'une des 19 activités « colonne A ») ou une difficulté grave pour réaliser au moins deux de ces activités.

S'agissant plus particulièrement des aides humaines, la condition est de présenter une difficulté absolue pour au moins un des cinq actes essentiels (colonne B) ou une difficulté grave pour au moins deux de ces cinq actes essentiels. A défaut de remplir cette condition, le droit pourra néanmoins être ouvert si le temps d'aide nécessaire pour les actes essentiels cités précédemment, ou au titre de la surveillance du fait d'une mise en danger, atteint quarante-cinq minutes par jour³⁴.

Le montant alloué varie en fonction du temps d'aide nécessaire évalué par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pour accomplir ces actes de la vie quotidienne (entretien personnel, certains déplacements, participation à la vie sociale, surveillance, besoins éducatifs) et selon le statut de l'aidant. Les frais sont pour leur part pris en compte sur la base de tarifs règlementés dans la limite d'un montant maximum.

²⁹ L'article L.544-1 du code de la sécurité sociale renvoie à l'article L. 122-28-9 qui régit les modalités de notification à l'employeur et de retour dans l'entreprise : « *en cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du ménage, le salarié retrouve également son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, s'il a accompli les formalités prévues à l'article L. 122-28-2* ».

³⁰ Art. L.544-7 : « *un complément pour frais est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, lorsque la maladie, le handicap ou l'accident visé au premier alinéa de l'article L.544-1 exige des dépenses à la charge des dits ménage ou personne supérieures à un montant déterminé. Ce complément [...] est forfaitaire* ».

³¹ A l'exception du 3^{ème} élément déjà ouvert aux enfants portant sur les dépenses liées à l'aménagement du logement ou du véhicule et les surcoûts liés aux transports.

³² Le terme droit d'option est utilisé par l'ensemble des institutions et fait écho à l'article R.541-7 du CSS : « [...] *lorsque le bénéficiaire du complément de l'AEEH opte pour la prestation de compensation [...], le versement de ce complément cesse à compter de la date d'attribution de la prestation de compensation fixée par la décision de la CDAPH* ».

³³ Article 95 de la loi n° 2002-102 du 11 février 2005.

³⁴ L'aide humaine PCH suppose en effet des besoins de surveillance durables ou fréquents chez des personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques ainsi que celles qui souffrent d'un handicap physique nécessitant une aide totale pour la plupart des actes essentiels (toilette, habillage, alimentation et élimination) et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne.

Tableau 2 : Liste des activités à évaluer puis à coter pour l'accès à la PCH

Domaine fonctionnel	A : Activités prises en compte pour l'éligibilité générale à la PCH	B : Actes essentiels pris en compte pour l'accès à l'aide humaine
Tâches et exigences générales, relation avec autrui	S'orienter dans le temps S'orienter dans l'espace Gérer sa sécurité Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui	
Mobilité, manipulation	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 ne	Déplacements
Entretien personnel	Se laver Assurer l'élimination et utiliser les toilettes S'habiller, se déshabiller prendre ses repas	Se laver = se laver et prendre soin de son corps Élimination = élimination et aller aux toilettes Habillage = s'habiller et se déshabiller Alimentation = manger et boire
Communication	Parler Entendre (percevoir les sons et comprendre) Voir (distinguer et identifier) Utiliser des appareils et techniques de communication	

Source : CNSA

Attribuée par la CDAPH, payée et contrôlée par le conseil départemental³⁵, la PCH est fondée sur une logique similaire à celle de l'AEEH et combine une analyse de l'incapacité et des besoins. Elle vise à assurer une compensation des dépenses supplémentaires dues au handicap de l'enfant à la charge de la famille.

Elle semble cependant plus claire que l'AEEH sur un certain nombre d'aspects :

- les catégories de frais compensés par la PCH sont clairement listées par la loi ; ainsi, l'objet de la PCH peut être mieux appréhendé qu'une allocation visant à compenser des frais dont une liste d'exemples non exhaustifs figure dans une circulaire datant de 2002 ;
- les montants attribués le sont au plus près des besoins de la famille dans la mesure où les plafonds de dépense par élément peuvent être assez élevés³⁶ et chaque frais est pris en compte dans sa globalité pour calculer les droits. La PCH peut couvrir des frais beaucoup plus importants que ceux couverts par l'AEEH qui est plafonnée mensuellement ;
- sa nature s'inscrit plus clairement dans une logique de compensation alors que l'AEEH dite de base est attribuée en fonction du handicap de l'enfant et peut être comprise comme une « compensation générale » non rattachée à une dépense bien identifiée ;

³⁵ Elle n'est que très faiblement liée aux ressources des familles, le taux de prise en charge passant de 100 % à 80 % si les ressources de la famille sont supérieures à un montant fixé réglementairement.

³⁶ A titre d'exemple, les plafonds des différents éléments sont les suivants : 3 960 € pour les aides techniques, 10 000 € pour l'aménagement du logement, 5 000 € pour l'aménagement du véhicule et les surcoûts liés aux transports, 3 000 € pour l'aide animalière, etc. Cf. le document DGCS relatif aux tarifs et montants applicables aux différents éléments de la prestation de compensation (PCH) au 1^{er} janvier 2016

- les compléments de l'AEEH sont des forfaits tandis que la PCH est une somme d'aides dans une logique de compensation sur mesure.

Pour toutes ces raisons, elle paraît au premier abord constituer une alternative intéressante à l'AEEH. Mais, dans les faits, sa portée demeure aujourd'hui assez limitée pour plusieurs raisons qui tiennent à la fois à la prestation en elle-même (cf. ci-dessous : contraintes d'éligibilité et attractivité) et à son usage par les opérateurs (Cf. partie II).

L'obstacle le plus important est que l'éligibilité à cette prestation repose sur une évaluation d'activités qui n'intègrent pas les spécificités de l'enfant. La liste figurant en tableau n°2 a été conçue pour les adultes et n'a pas fait l'objet d'adaptation particulière lors de son extension aux enfants. Cette absence de prise en compte des particularités de l'enfant a pour conséquence d'exclure de la PCH les jeunes enfants pour lesquels il est impossible de faire la distinction entre le handicap d'une part et la dépendance et l'immaturation motrice et cognitive liées à leur âge d'autre part. Cette exclusion concerne aussi les enfants dont la situation nécessite une aide humaine permanente liée à des soins ou à de la « surveillance sans mise en danger » et ceux nécessitant une garde par défaut de mode d'accueil ou d'accompagnement en soin ou rééducation (déficience intellectuelle ou langagière).

Au-delà des critères d'éligibilité restrictifs pour les enfants, d'autres facteurs limitent l'attractivité de la PCH.

- La nature juridique de la prestation : contrairement à l'AEEH qui fait l'objet d'une exonération fiscale, y compris lorsqu'elle est attribuée dans le cadre de la réduction d'activité des parents afin de leur permettre de s'occuper de leur enfant, l'élément 1 de la PCH (aide humaine)³⁷ est soumis à l'impôt sur le revenu quand il est versé à l'aidant familial, la loi considérant qu'il s'agit d'une situation « fictive » de rémunération de ses parents par l'enfant. Au terme de la disposition fiscale 2007-26, ces montants doivent ainsi être déclarés par les parents au titre des bénéficiaires non commerciaux (BNC). En outre, ces montants sont pris en compte dans le calcul des revenus pour déterminer l'accès à certaines aides sociales et minima sociaux (notamment les aides au logement et le RSA).
- Le caractère délimité et contrôlable des frais pris en charge : avec la PCH, les frais sont plus ciblés que dans le cadre de l'AEEH. A ce titre, une grande partie des frais médicaux ne sont pas couverts par la PCH, et les parents peuvent craindre le plafonnement des charges spécifiques limitant la prise en charge des accompagnements³⁸ ; par ailleurs, des justificatifs peuvent être demandés de manière systématique, contrairement à l'AEEH, dont les parents bénéficiaires peuvent ajuster les dépenses au cours de l'année.
- Les délais souvent très longs d'évaluation, intrinsèques à la formalisation des besoins³⁹ et à l'application du GEVA dans toutes ses dimensions. Ils ne permettent pas toujours de répondre dans un temps raisonnable par rapport à l'urgence du besoin et à l'évolutivité du handicap des enfants, qui grandissent et dont les besoins peuvent changer ou s'intensifier rapidement.

³⁷ Les 4 autres éléments font l'objet d'une exonération fiscale.

³⁸ Le 4^{ème} élément de la PCH charges spécifiques (100€/mois) ou exceptionnelles (1 800€/sur 3 ans) interroge également sur le périmètre de la couverture du fait des plafonds (possibilité de lisser les dépenses engagées sur un temps déterminé avec les compléments).

³⁹ Il ne s'agit pas ici des délais de gestion variables selon les MDPH mais du temps nécessaire pour instruire techniquement la demande dans la mesure où la PCH doit couvrir au plus près des besoins ciblés. A titre d'exemple les frais dus à l'aménagement de la maison (rampes, sièges adaptés, conditions d'accès, etc.).

Pour ces raisons, la PCH n'apparaît généralement intéressante qu'aux seules familles dont les dépenses sont d'une importance telle qu'elles ne peuvent être entièrement couvertes par des compléments d'AEEH. En effet, pour ces dernières, confrontées à des besoins ponctuels mais souvent récurrents, l'attribution des compléments les plus élevés de l'AEEH apparaît insuffisante et nécessite une gestion dans le temps impliquant des saisies régulières de la CDAPH. Dans ces conditions, elles s'orientent plutôt vers une PCH dont la gestion est complexe et contraignante mais qui présente l'avantage d'assurer une meilleure couverture financière. Les données sur les montants moyens par élément de PCH⁴⁰ ne sont connues que de manière agrégée (adulte-enfant), mais en tout état de cause, un même enfant, en cumulant le bénéfice de chaque élément peut atteindre des montants moyens de prestation mensuelle et annuelle plus élevés qu'avec l'AEEH.

1.2.3.2 Les possibilités de cumul et d'articulation multiples entre allocations sont difficilement compréhensibles

Les différentes prestations évoquées *supra* répondent donc à des principes de fonctionnement différents, comme le montre le tableau récapitulatif suivant :

Tableau 3 : Comparaison des critères d'attribution des allocations

	AEEH	PCH	AJPP
Critère d'attribution	Handicap 80 % ou 50 % ⁴¹	Avoir droit à un complément AEEH	Salarié et situation médicale de l'enfant
Financier	Sécurité sociale	Départements	Sécurité sociale
Durée d'attribution	1 à 5 ans	Variable suivant élément	310 jours sur une période de 3 ans maximum
Institutions participant à l'instruction	MDPH (évaluation) et CDAPH (attribution) ODPF (instruction administrative)	MDPH (évaluation) et CDAPH attribution)	ODPF (instruction) CPAM (service médical)
Institutions assurant le paiement et le contrôle	ODPF (paiement et contrôle)	Conseil départemental (paiement et contrôle)	ODPF (paiement et contrôle)
Modalités de versement	Mensuel ou annuel (en cas de placement de l'enfant)	Mensuel, annuel ou à la facture	Mensuel

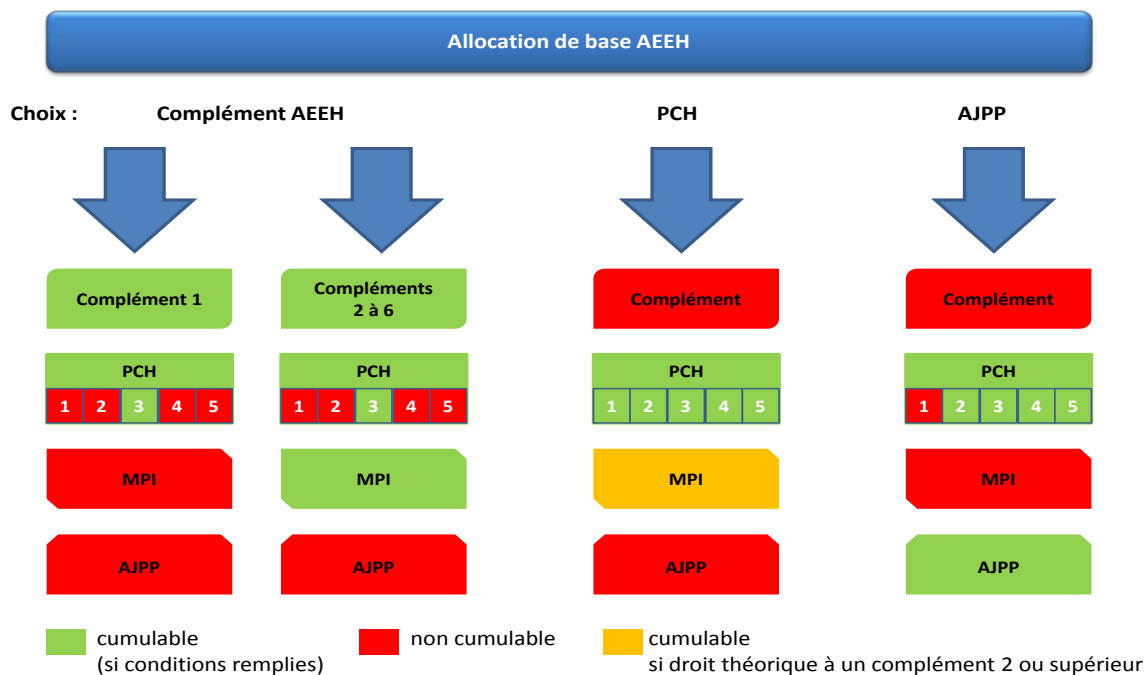
Source : Mission à partir des CSS et CASF

⁴⁰ Cf. analyse statistique CNSA de la montée en charge de la PCH publiée en avril 2015, et analyse 2016 communiquée à la mission mais non encore parue.

⁴¹ Enfant ayant une incapacité permanente au moins égale à 80 % ou à 50 % dans le cas où il fréquente un établissement d'éducation adaptée, ou lorsque son état exige le recours à un service d'éducation adapté (ou de soins à domicile).

En dépit de leurs différences, elles sont plus ou moins cumulables selon le schéma ci-dessous :

Schéma 1 : Possibilités de cumul de l'AEEH avec la PCH et l'AJPP⁴²



Source : Mission.

Les modalités de cumul ci-dessus doivent se lire de la manière suivante :

- la PCH est attribuée si le droit à l'AEEH de base est ouvert, si le bénéficiaire peut prétendre à un complément et si par ailleurs, les bénéficiaires sont exposés aux charges couvertes par la PCH (aides humaines, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aides spécifiques et exceptionnelles, aides animalières) ; dans le cas où le bénéficiaire opte pour la PCH, il ne peut la cumuler avec le complément de l'AEEH ;
- le 3^{ème} élément de la PCH (indemnités visant à couvrir les charges liées à l'aménagement du véhicule et du logement) est le seul cumulable avec le complément de l'AEEH, et dans ce cas, ces charges ne peuvent être prises en compte pour l'attribution du complément de l'allocation de l'enfant handicapé ;
- l'AJPP est cumulable avec l'AEEH de base mais pas avec ses compléments ni la majoration pour parent isolé (cf. 7^o art. L. 544-9 du code de la sécurité sociale). En revanche, elle est cumulable avec la PCH à l'exception de son élément 1 (aide humaine).

En outre, les règles d'attribution de la MPI sont elles-mêmes complexes puisque celle-ci ne peut être versée qu'à compter du 2^{ème} complément de l'AEEH. Comme indiqué précédemment, elle n'est pas cumulable avec l'AJPP, mais peut l'être avec la PCH, alors même que sa désignation (majoration du complément) pourrait laisser penser qu'elle est directement rattachée à l'attribution du complément.

⁴² Le montant de l'AJPP est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant dans des conditions déterminées par décret (art. L 544-6 du CSS). Au 1^{er} avril 2016, le montant journalier pour un couple est de 43,01 € et pour un parent isolé de 51,11€ En conséquence, l'AJPP n'est pas cumulable avec la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçue pour le même enfant (art. L544-9 du CSS).

Il convient de rappeler que ces allocations articulées entre elle, n'ont pour autant pas les mêmes sources de financement : AJPP et AEEH (base, compléments et MPI) sont financées par la sécurité sociale tandis que la PCH l'est par les départements. Faute de connaître le coût total de la compensation du handicap de l'enfant (tous financements confondus) et la part respective de chaque allocation, il est impossible de disposer d'outils de pilotage financier adéquats.

1.3 Au regard des nombreux éléments de complexité, l'information et l'accompagnement des familles apparaissent insuffisants

1.3.1 L'attribution de l'allocation repose sur l'intervention de plusieurs acteurs différents

L'instruction et le versement de l'AEEH font intervenir deux grands acteurs: les MDPH, en charge de l'évaluation, et les ODPF (CAF, CMSA) en charge du paiement.

En matière d'attribution de la seule AEEH, ces acteurs sont plutôt bien identifiés par les familles dans leurs rôles respectifs : il ressort des audits de site que peu de demandes sont adressées aux ODPF, la majorité parvenant directement aux MDPH. Peu de contacts semblent avoir lieu avec les ODPF tout au long de la procédure. Cependant, compte tenu des règles de gestion et des répartitions des compétences, les familles sont amenées à recevoir plusieurs notifications :

- celles émanant des MDPH : Projet personnalisé de compensation (PPC), notification d'attribution ;
- celles en provenance des ODPF : notification d'attribution ou de refus de droit (lors de la transmission de la notification de la MDPH à l'ODPF), notification de suspension ou baisse du complément attribué en cas de changement de situation administrative (reprise d'activité, prise en charge de l'enfant en établissement en internat, semi-externat, etc.).

Lorsque la famille fait valoir son droit d'option et se voit attribuer la PCH, elle a un nouvel interlocuteur : le conseil départemental (CD), en charge du versement de la PCH et en conséquence de la vérification de critères administratifs⁴³. Lorsqu'en cours de droit, la famille demande à bénéficier du droit d'option, des indus importants en matière d'AEEH peuvent être générés.

En effet, le versement par les ODPF de l'AEEH se poursuit tout au long de l'instruction de la demande de PCH qui doit cependant, une fois accordée, être versée rétroactivement au premier jour du mois du dépôt de la demande. Lorsque que la PCH a été accordée, le bénéficiaire reçoit ainsi deux notifications : celle de la MDPH lui indiquant son accord pour versement et celle de l'ODPF l'informant de la date de fin du versement du complément de l'AEEH et éventuellement du montant de l'indu (si des versements du complément ont eu lieu après la date indiquée par l'organisme).

Cette complexité administrative a été partiellement levée dans certains départements avec la mise en œuvre d'une subrogation entre CD et CAF⁴⁴ permettant d'éviter aux ODPF de demander aux familles de rembourser les indus tandis que les départements verseraient des rappels.

Lorsque la famille se voit octroyer le seul 3^{ème} élément de la PCH pour l'aménagement du véhicule ou du logement, elle peut aussi avoir le conseil départemental comme nouvel interlocuteur institutionnel sur ce volet de la prestation.

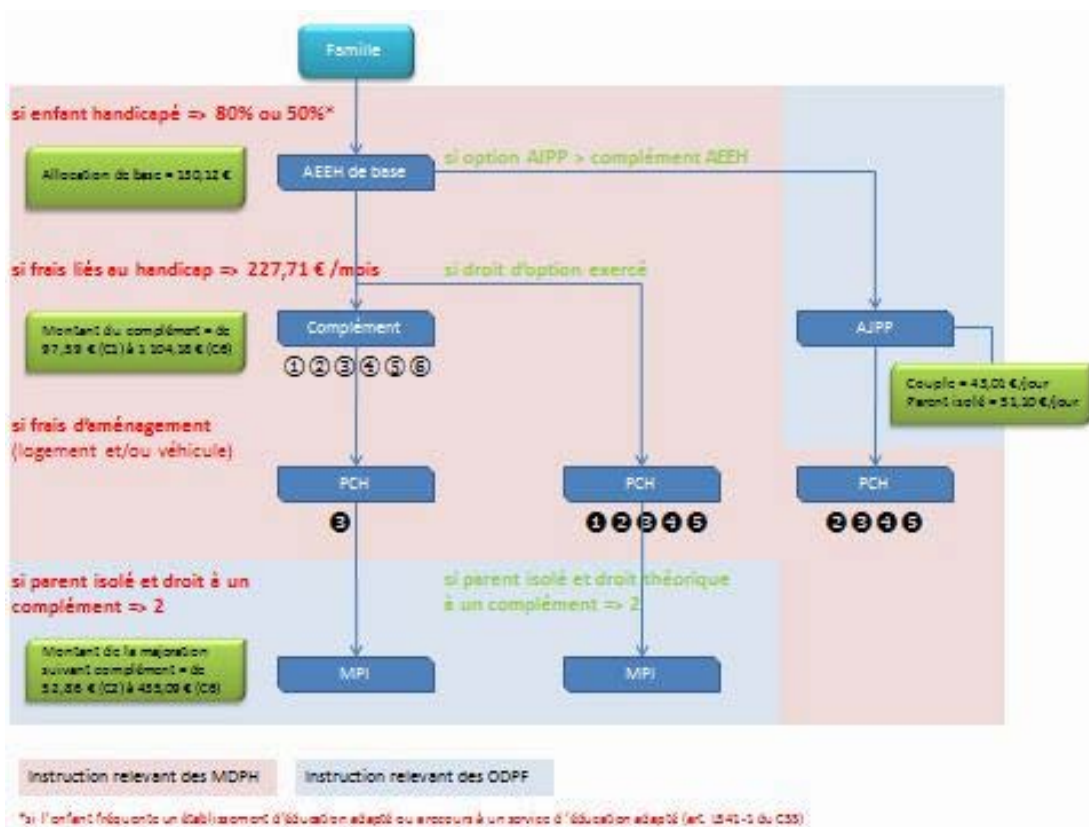
⁴³ Dans certains départements, cette mission peut être déléguée par le conseil départemental à la MDPH

⁴⁴ Concernant les caisses de MSA, la mission n'a pas eu connaissance de ce type d'accord et les documents juridiques de références n'en font pas état. Les CMSA récupérerait donc directement les indus auprès des allocataires.

Enfin, en cas de demande d'AJPP, le médecin conseil de l'assurance maladie doit être sollicité. La famille a alors comme interlocuteur la MDPH pour l'instruction de sa demande d'AEEH de base, et deux organismes de sécurité sociale pour le régime général (l'assurance maladie et la caisse d'allocation familiale) si elle ne relève pas du régime agricole⁴⁵.

Ce paysage institutionnel éclaté démultiplie les interlocuteurs potentiels des familles, et les courriers qui leur sont adressés, sans que de surcroît, ceux-ci soient élaborés dans un langage accessible à tous.

Graphique 1 : Paysage institutionnel et parcours des familles en fonction des choix d'allocation



Source : Document élaboré par la mission

Par ailleurs, en amont de ces acteurs administratifs qui n'interviennent qu'une fois la demande d'AEEH déposée, les familles sont amenées à solliciter d'autres acteurs (travailleurs sociaux, médecins généralistes) plus ou moins sensibilisés à leur besoin alors même qu'ils jouent un rôle significatif dans la constitution du dossier présenté à la MDPH.

1.3.2 L'information disponible pour les familles et ceux qui les accompagnent est insuffisante

Dans ce contexte institutionnel complexe, l'information accessible aux familles est éparse et peu précise, alors même que la réglementation prévoit des modalités d'information et de recours à toutes les étapes de la procédure.

⁴⁵ En effet, ce dernier gère à la fois l'assurance maladie et les prestations familiales pour les exploitants et salariés agricoles.

En amont de la première demande, les informations disponibles figurent sur divers sites publics, mais de manière très synthétique :

- les ODPF présentent les caractéristiques principales de la prestation sur leurs sites internet nationaux, dans le cadre de dépliants conçus nationalement, et organisent des rendez-vous planifiés à la demande des familles. Il convient de souligner, à cet égard, que les personnels en charge d'accueillir les familles d'enfants handicapés ne sont pas toujours formés sur les questions de handicap, le module étant désormais optionnel selon les règles établies par les caisses nationales. En outre, au regard du nombre d'allocataires, les échanges avec les familles sur ce point semblent assez rares, même s'il est impossible à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole -CMSA- et à la caisse nationale des allocations familiales -CNAF- de le quantifier compte tenu du paramétrage de leur logiciel de contact ;
- les MDPH ne disposent pas toutes d'un site Internet, et quand il existe, les informations mises en ligne sont de précision très variable. En tout état de cause, il n'est pas certain que lors de première demande le réflexe soit de se tourner vers les sites internet des MDPH. Les données disponibles dans les MDPH ne permettent pas de connaître le parcours des primo-demandeurs ;
- les sites nationaux, service-public.fr ou social-sante.gouv.fr, présentent aussi dans leurs grandes lignes les principes de la prestation, sans pour autant faciliter la compréhension de ses modes d'attribution par les familles (à titre d'exemple, la mission n'a trouvé les niveaux de frais à justifier pour bénéficier d'un complément que sur le site social-sante.gouv.fr).

Au-delà même de l'information générale à l'attention des primo-demandeurs, peu de documents sont mis à disposition du public pour détailler les modalités d'évaluation de la situation des familles et d'attribution des compléments, ni a fortiori d'exercice du droit d'option. Il n'existe aucun site national rassemblant la documentation technique sur le sujet. Le site de la CNSA ne comprend pas d'entrée « enfant handicapé ». Il n'y a pas d'accès direct à ce type d'information. Une fois la procédure de demande enclenchée, la réglementation prévoit une information des familles à chaque étape. Ainsi, il est prévu⁴⁶ et d'ailleurs indiqué dans la notice explicative du formulaire de demande, que les MDPH peuvent aider à la formulation du projet de vie (*cf. infra*). Le PPC, qui doit également être établi au terme d'un dialogue avec la personne handicapée (Art. R.146-29 du CASF), est censé lui être transmis en lui laissant un délai de 15 jours pour faire part de ses observations.

La CDAPH peut théoriquement recevoir la personne handicapée à sa demande (Art. R 241-30 du CASF⁴⁷) et en amont d'une action contentieuse dont les voies de recours sont indiquées dans les courriers de notification, les personnes handicapées peuvent demander l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation (Art. L. 146-10 et R 146-34 du CASF). Dans les faits, ces démarches sont très inégalement mises en œuvre par les MDPH dont la plupart doivent faire face à une hausse continue des demandes⁴⁸.

⁴⁶ R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles 2^{ème} alinéa : « La maison départementale des personnes handicapées apporte son aide, sur leur demande, à la personne handicapée ou à son représentant légal, pour la confection du projet de vie [...] ».

⁴⁷ Art. R241-30 du CASF : « La personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée, au moins deux semaines à l'avance de la date et du lieu de la séance au cours de laquelle la commission ou, le cas échéant, la section locale ou spécialisée se prononcera sur sa demande, ainsi que de la possibilité de se faire assister ou de se faire représenter par la personne de son choix. »

⁴⁸ D'après une étude menée en 2016 par un collectif d'associations de parents d'enfants handicapés (Egalited, Autisme-France, TouPI, Dys nos Droits) auprès de leurs adhérents et portant sur le respect de leurs droits par les MDPH (« Votre MDPH respecte-t-elle la loi ? »), 51 % des répondants déclarent que le délai des 4 mois imparti pour statuer sur la demande n'est pas respecté, 70 % déclarent que le PPC ne leur est pas transmis dans les 15 jours précédant la CDAPH, 45 % déclarent ne pas avoir pu rencontrer l'EPE malgré leur demande et 46 % qu'ils n'ont pas pu assister à la CDAPH malgré leur demande.

Ces possibilités de dialogue et d'échange d'information prévues par la loi ne peuvent suffire à pallier la complexité du droit, l'éclatement du paysage institutionnel et la difficulté des personnes à faire valoir leurs droits quand elles manquent de repères pour comprendre le fonctionnement du dispositif et d'arguments techniques à opposer pour discuter les propositions qui leur sont faites par l'EPE.

En tout état de cause, les recours représentent en moyenne seulement 2,4 % des demandes sans dépasser 4 %, quatre sur cinq étant des recours gracieux. Plusieurs explications sont possibles selon la mission : les familles, peu informées et très investies dans la prise en charge de l'enfant, n'auraient ni le temps ni l'énergie d'engager de telles procédures en cas de désaccord de leur part ; elles ne connaîtraient pas leurs droits de recours malgré leurs mentions systématiques dans les notifications ; sans exclure enfin que dans certains cas, les étapes de discussion avec l'EPE et la CDAPH fonctionnent réellement et que ce dialogue d'amont permet de trouver un accord avec la famille avant notification.

Au final, les familles reçoivent des notifications très formelles et faiblement motivées, et sont dans l'impossibilité de comprendre les raisons de l'attribution d'un niveau de complément plutôt qu'un autre, ni de savoir quels besoins sont censés être couverts par l'AEEH. En cas de baisse de niveau de complément alors que le taux d'incapacité de l'enfant n'a pas diminué, l'incompréhension est encore plus marquée.

1.4 Combinant plusieurs éléments d'explication, l'augmentation du recours à l'AEEH observée depuis sa création risque de se poursuivre à moyen terme

1.4.1 La hausse continue des bénéficiaires de l'AEEH tient à plusieurs facteurs

En 2014, la CNAF⁴⁹ dénombre 240 480 enfants bénéficiaires de l'AEEH soit une hausse de près d'un tiers par rapport à 2010 (179 551). Cette évolution s'inscrit dans une tendance haussière déjà observée depuis la mise en place de l'allocation en 2006 (+72 %).

A l'origine de cette hausse, deux grands types de déterminants⁵⁰ semblent jouer de manière intriquée sans qu'on puisse en apprécier le poids respectif :

- les déterminants qui se traduisent par une augmentation du nombre absolu d'enfants porteurs de handicaps, parmi lesquels :
 - la croissance de la population des moins de 20 ans (+2 % entre 2006 et 2014) ;
 - la hausse possible du nombre de grossesses à risque de handicap⁵¹ futur pour l'enfant ;
- les déterminants qui participent à accroître la visibilité institutionnelle de ces enfants, tels que :
 - une plus grande capacité des institutions à les repérer⁵² et à les prendre en charge (l'élargissement de la notion de handicap et l'amélioration des moyens diagnostiques permet de reconnaître des droits à un plus grand nombre d'enfants qui initialement

⁴⁹ Pour sa part, la CCMSA recensait, en 2010, 5 579 enfants bénéficiaires de l'AEEH, et en 2014, 6 486 (soit moins de 3 % des bénéficiaires de l'AEEH servis par la CNAF). Entre 2010 et 2014, la hausse du nombre de bénéficiaires est de 16,25 % versus 34 % pour la CNAF.

⁵⁰ Sur le rôle de ces déterminants, les entretiens menés par la mission avec les MDPH et les associations recourent les analyses menées par la CNAF en 2011.

⁵¹ Notamment par la hausse possible des naissances prématurées liées à l'augmentation de l'âge des mères et aux progrès de la néonatalogie.

⁵² A cet égard, l'école joue un rôle accru dès la maternelle dans le repérage des enfants et l'orientation des familles, permettant une prise en charge plus précoce.

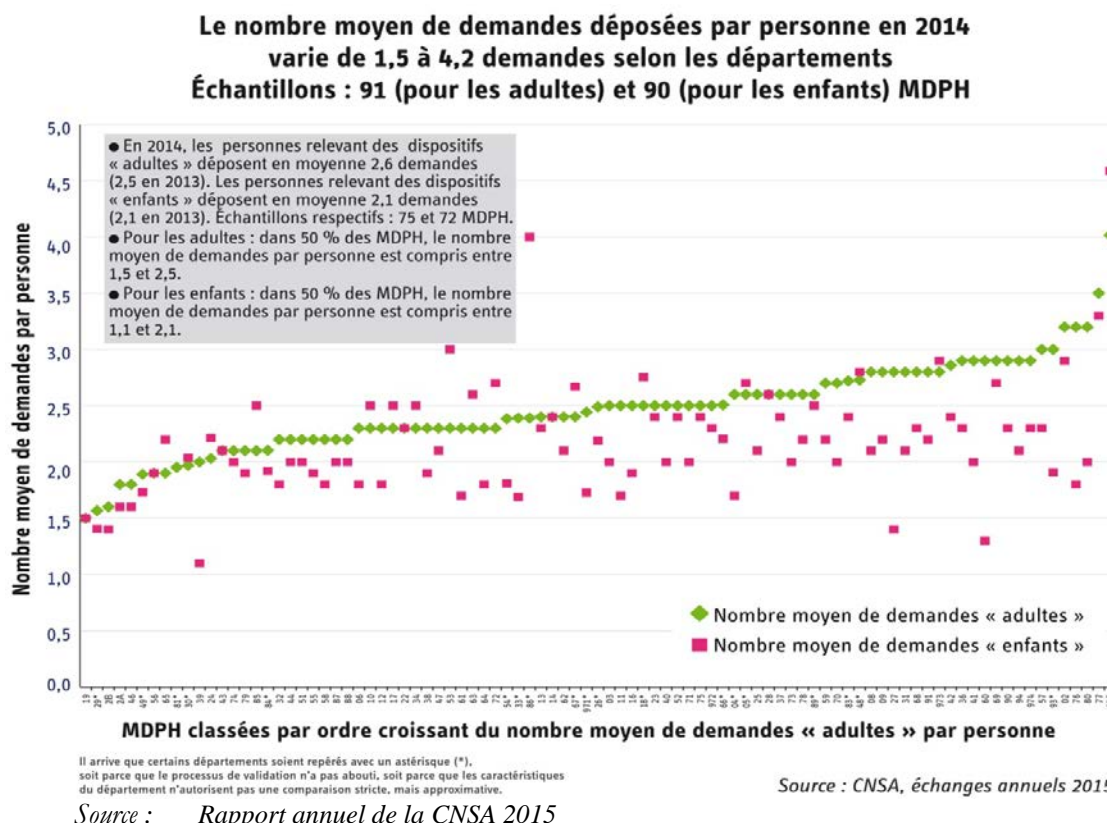
n’entraient pas dans le champ du handicap), la précocité du repérage et de la prise en charge augmentant d’autant plus le nombre d’enfants comptabilisés à un moment donné par l’institution ;

- une meilleure acceptabilité sociale du handicap de l’enfant et une tendance plus marquée des parents à se signaler dans un contexte de scolarisation accrue des enfants handicapés en milieu ordinaire à temps plein ou temps partiel⁵³ ;
- une meilleure connaissance de l’existence des MDPH et de l’allocation par les usagers.

Sur ce dernier point, le recours des usagers à l’AEEH tiendrait moins à une connaissance préalable de l’allocation qu’au fait d’identifier les MDPH comme le lieu dédié au handicap, plusieurs MDPH et associations ayant indiqué à la mission que la demande d’allocation n’était in fine qu’incidente par rapport à l’ensemble des demandes relatives aux enfants (orientation vers un établissement médico-social, attribution d’un auxiliaire de vie scolaire (AVS), d’une carte de stationnement etc...). Ceci semble particulièrement vrai pour les demandes d’AVS qui sont souvent l’occasion d’alerter les familles sur leurs droits.

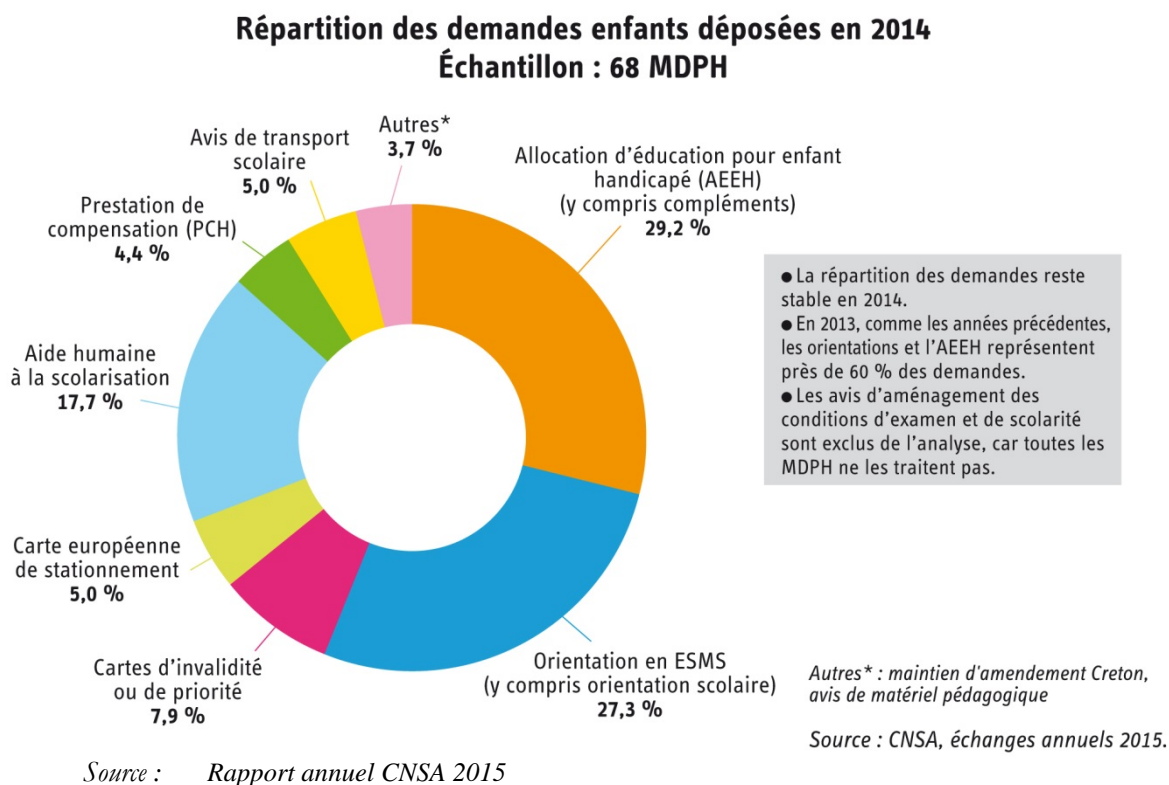
Les deux schémas ci-dessous témoignent, bien qu’imparfaitement, de cette multiplicité de demandes à l’égard des MDPH. Pour les enfants, le nombre moyen de demandes s’échelonne en moyenne entre 1,1 et 2,1. La demande d’AEEH tient la première place aux côtés des aides à la scolarisation et de la prise en charge médico-sociale.

Graphique 2 : Nombre moyen de demandes déposées par personne en 2014



⁵³ L’emploi du temps de la famille sera adapté en conséquence et les dépenses dues au handicap peuvent changer de nature ou croître. A titre d’exemple, l’enfant qui aurait initialement été placé en établissement médico-social en externat ou semi-externat sera scolarisé à temps partiel, bénéficiera d’une prise en charge en Sessad, ou éventuellement de soins en libéral. Les parents adapteront leur emploi du temps (réduction d’activité), auront un budget de transport en croissance et engageront plus de dépenses pour le maintien à domicile de leur enfant.

Graphique 3 : Répartition des demandes enfants déposées en 2014



Ces schémas reflètent l'importance de l'AEEH dans le parcours des enfants handicapés et des familles, l'AEEH étant un élément quasi systématique de la prise en charge. Ils ne permettent cependant pas d'analyser précisément les dynamiques de recours à l'allocation et notamment de cerner la part des premières demandes par rapport aux renouvellements. De même, les durées d'attribution ne sont pas connues ; or selon leur importance, elles ont un impact plus ou moins marqué sur la part des demandes d'AEEH dans le flux total de demandes déposées auprès des MDPH (cf. partie II).

1.4.2 Les estimations de la mission amènent à envisager une poursuite de la hausse du nombre de demandes d'allocation à court et à moyen terme

Si elles ont le mérite d'exister, les données sur l'AEEH dont dispose la mission ne portent que sur les seules demandes exprimées (et acceptées pour un peu moins de 80 % d'entre elles), sans rien laisser présager des besoins réels ni a fortiori de leur possibles évolutions dans le temps. La rareté des données existantes par ailleurs rend difficile d'estimer avec précision le nombre d'enfants porteurs d'un handicap, et plus encore, de déterminer parmi eux le nombre d'enfants susceptibles de bénéficier de l'AEEH.

La mission s'est toutefois livrée à une estimation de ces besoins et de leur dynamique, en s'adossant aux données épidémiologiques disponibles sur les handicaps sévères de l'enfant.

Au vu des données rassemblées par l'institut national de la santé et de la recherche médicale -Inserm- et celles colligées plus récemment encore par les registres de surveillance (*cf.* annexe n°1), il semble admis que chaque année, un peu moins de 1 % des enfants qui naissent en France seront porteurs d'au moins une déficience sévère. Cela représenterait 7 000 enfants par génération, soit environ 140 000 enfants âgés de 0 à 20 ans, en supposant une mortalité nulle ou très faible avant 20 ans⁵⁴.

En prenant en compte des déficiences modérément sévères, la prévalence du handicap de l'enfant pourrait représenter 2 % d'une classe d'âge⁵⁵. Dans cette perspective, entre 280 000 et 300 000 enfants âgés de 0 à 20 ans seraient potentiellement éligibles à l'AEEH. Pour leur part, les troubles spécifiques des apprentissages (« dys »)⁵⁶ dont les MDPH ont unanimement observé la montée en puissance pourraient représenter entre 4 % et 7 % des enfants d'âge scolaire.

Sous réserve de consolidation, les estimations de la mission contribuent donc non seulement à expliquer l'augmentation continue des bénéficiaires de l'AEEH mais elles suggèrent aussi qu'en raison d'une augmentation du nombre des enfants présentant un handicap sévère et modérément sévère (par meilleur repérage ou par fréquence accrue de survenue⁵⁷), les flux et les stocks peuvent continuer à augmenter au risque de mettre fortement en tension le dispositif.

1.4.3 La hausse des dépenses n'est pas aussi forte que la hausse du nombre de bénéficiaires

Sur la période 2010-2015, les dépenses totales d'AEEH ont cru de 25 % alors que l'augmentation du nombre de bénéficiaires était de 34 %.

Sur la période, les différentes composantes de l'AEEH ont connu une évolution financière contrastée (Cf. annexe n°3 relative à l'évolution financière) : les dépenses d'AEEH de base ont cru de près de 42 %, celles liées aux compléments de 11,7 %, et celles de MPI de près de 23 %. En conséquence, la seule AEEH de base représente désormais près de 50 % des dépenses d'AEEH contre 44 % en 2010, les compléments ne représentent plus la part principale des dépenses depuis 2014.

La répartition des bénéficiaires entre les AEEH de base, et compléments, explique le décrochage des dépenses par rapport à l'augmentation du nombre de bénéficiaires :

- le nombre de bénéficiaires du complément 6 a diminué de 20 %, passant de 3500 à 2800 enfants bénéficiaires ;
- la croissance du nombre de bénéficiaires des compléments 3 à 5 est limitée et se situe entre 7 % et 13 % ;
- les bénéficiaires des compléments 1 et 2 ont respectivement augmenté de 19 et 27 %, le complément 2, avec 43 300 enfants bénéficiaires, représente près de la moitié du nombre de bénéficiaires de compléments.

⁵⁴ BEH 4 mai 2010, n° 16-17

⁵⁵ Déficiences et handicaps d'origine périnatale, dépistage et prise en charge, expertise collective Inserm 2004

⁵⁶ Les enfants « Dys » sont des enfants indemnes de toute déficience intellectuelle, visuelle, auditive ou autres problèmes sévères qui nécessitent la prise en charge en « milieu médical spécialisé ».

⁵⁷ La hausse du nombre d'enfant handicapés peut s'expliquer par l'existence de « réservoir » de naissances à risque de lésions périnatales (notamment populations à risque d'accouchement prématuré), la qualité et l'organisation des soins qui conditionnent la survie avec ou sans lésion cérébrale organique ou fonctionnelle ainsi que la hausse de certaines pathologies acquises à potentiel incapacitant (diabète, cancer).

Ces évolutions confirment les constats établis *supra* sur la popularisation de l'AEEH. La meilleure acceptation sociale et familiale du handicap conjuguée aux progrès diagnostiques permet d'orienter des enfants aux déficiences légères vers l'allocation alors qu'elles n'étaient auparavant pas bien repérées. Les charges associées à ces handicaps sont moins importantes, elles ne justifient pas, aux termes de la réglementation, l'attribution d'un complément, ou n'entraînent que l'attribution d'un complément de catégories 1 ou 2. A cette explication principale s'ajoutent deux autres hypothèses possibles qui ne peuvent néanmoins être vérifiées faute de données épidémiologiques et de statistiques « PCH enfant » détaillées : une capitalisation d'expérience par les MDPH les amenant à appliquer des critères plus restrictifs pour l'attribution de compléments élevés, et un possible transfert d'un certain nombre de bénéficiaires des compléments 5 et 6 vers la PCH.

En conséquence, les cartes présentées en pièce jointe n°9 au rapport illustrent l'évolution croisée entre l'augmentation du nombre de bénéficiaires et la baisse du montant moyen des compléments attribués sur la période 2010-2015. Elles montrent aussi l'hétérogénéité des situations territoriales au regard de l'attribution de l'AEEH. Celle-ci peut en partie s'expliquer par une diversité de contextes départementaux au plan sanitaire et social : spécificités épidémiologiques, importance de l'offre médico-sociale, maillage sanitaire facilitant éventuellement les parcours des familles, etc. Mais la diversité des modalités de gestion de l'AEEH par les MDPH et les ODPF peut accroître les risques d'inégalité.

2 UNE DIVERSITE DES MODALITES DE GESTION QUI PEUT ACCROITRE LES RISQUES D'INEGALITES

2.1 Des inégalités territoriales découlent de l'hétérogénéité de fonctionnement des MDPH dans l'évaluation des besoins et dans la gestion des flux

2.1.1 L'hétérogénéité dans l'évaluation des besoins des familles se traduit par des modalités d'attribution de l'AEEH génératrices d'inégalités territoriales

2.1.1.1 Les modalités d'évaluation et les exigences de précision des dossiers varient d'une MDPH à l'autre

Comme indiqué en partie I.1., la réglementation laisse une grande marge d'appréciation aux équipes pluridisciplinaires en charge de l'évaluation des besoins des familles. Cette marge de manœuvre permet, dans un grand nombre de cas, de répondre au plus près des besoins des familles, et de prendre en compte chaque situation dans toute sa singularité. Cependant, elle peut être génératrice de différences de traitement difficilement compréhensibles pour les familles, qui semblent parfois peu justifiables au regard de la similarité des situations concernées.

Chaque MDPH organise l'évaluation des besoins des familles de manière autonome. Ainsi, les personnels mobilisés pour procéder à ces évaluations peuvent avoir des profils très différents (ergothérapeutes, médecins, travailleurs sociaux, référents éducation nationale, etc.) et constituer des équipes plus ou moins étoffées (de deux à une dizaine de personnes) selon la complexité des situations. En termes de fonctionnement, les MDPH se caractérisent par un niveau variable d'échange avec les parents, ceux-ci se voyant affecter un interlocuteur référent dans certaines d'entre elles, ou n'étant qu'exceptionnellement rencontrés par l'équipe pluridisciplinaire dans d'autres. Rares sont cependant les EPE en situation de pouvoir avoir un contact avec l'ensemble des familles.

Les demandes de documents complémentaires, en nombre variable, peuvent allonger conséquemment les délais de traitement des dossiers notamment quand les familles doivent se les procurer. Ceci est particulièrement vrai s'agissant des éléments de précision médicale (bilans complémentaires, compte-rendu de consultation, etc.) dont les délais et la qualité de production dépendent fortement du maillage sanitaire et médico-social local et des partenariats construits avec les équipes médicales et de travailleurs sociaux par les MDPH. Comme évoqué *supra*, certaines MDPH demandent des diagnostics issus des « centres ressources autisme » (CRA), alors même qu'ils ne devraient intervenir que dans les situations complexes et que seul le diagnostic fonctionnel est impératif pour déterminer les contraintes des familles. D'autres MDPH peuvent solliciter les CRA sans pour autant suspendre l'évaluation et la prise de décision, les bilans étant alors seulement attendus lors du renouvellement des droits. Chaque MDPH définit sa propre stratégie pour concilier dans chaque situation l'objectif de proposer la réponse la plus adaptée au besoin avec l'impératif de maîtriser les délais d'instruction et d'attribution.

En outre, il n'existe pas de cadrage national (matrices, tables de correspondance) permettant aux MDPH d'harmoniser le niveau des dépenses à couvrir en fonction des besoins exprimés. De fait, si les EPE objectivent dans la mesure du possible les frais à engager en s'appuyant sur des devis ou des factures, leur souci d'homogénéité dans le traitement des demandes se heurte aux écarts de tarifs pratiqués dans des secteurs non régulés, qu'il s'agisse de petits frais (les couches), d'honoraires de spécialistes (ergothérapie, orthophonie) ou de dépenses plus importantes (vacances adaptées). Pour pallier ce risque, plusieurs MDPH rencontrées par la mission se sont dotées d'outils de calcul des frais spécifiques leur permettant d'établir leurs propres critères financiers à partir de leur connaissance empirique des secteurs et des tarifs pratiqués.

S'agissant du recours à une tierce personne ou de la réduction d'activité d'un ou des parents, les MDPH s'appuient sur un faisceau d'informations données par les familles. En effet, dans les cas où le parent ne travaille pas, il revient à la MDPH d'évaluer si le parent pourrait ou non travailler, compte tenu des contraintes liées au handicap de l'enfant, en précisant le cas échéant dans quelles proportions (20 %, 50 % ou 80 % selon les seuils établis par le règlement). Dans cet objectif, les MDPH combinent l'analyse du retentissement fonctionnel du handicap en comparant sa situation par rapport à celle d'un enfant valide du même âge, et la connaissance disponible de l'emploi du temps des familles (nombre de rendez-vous hebdomadaires pour soins, temps de scolarisation ou de prise en charge en établissement, etc.). Mais, à l'instar de ce qui est observé pour les frais, il n'existe pas d'arbre de décision précis et harmonisé au niveau national.

Faute d'une classification des dépenses compensées par l'AEEH, il est à ce jour impossible de savoir à quelles fins précises sont accordés les différents compléments, cette absence de connaissances entravant toute réflexion visant à améliorer l'architecture de l'allocation par rapport aux besoins.

2.1.1.2 La souplesse de gestion offerte par l'AEEH et ses compléments est diversement utilisée par les MDPH

Cette hétérogénéité d'évaluation s'accompagne parfois d'une variabilité de la durée d'attribution de l'AEEH et de ses compléments.

L'AEEH et ses compléments sont souvent attribués pour la durée minimale (un an), rarement pour plus de 2 ans, exceptionnellement jusqu'à trois ans. En pratique, la durée d'attribution ne va jamais jusqu'à cinq ans, ce qui est pourtant possible au titre de l'article R 541-4 du CSS. Les MDPH expliquent ce choix par le caractère très évolutif de chacun des paramètres pris en compte pour l'attribution de l'AEEH et de ses compléments (réduction d'activité professionnelle des parents, niveau et types de frais, taux d'incapacité de l'enfant, prise en charge ou non dans le secteur médico-social). Pour autant, à situation identique, certaines MDPH feront le choix d'attribuer l'AEEH et ses compléments pour une durée de 1 à 2 ans, d'autres pour 3 ans. Or, les familles estiment qu'une durée d'attribution d'un an, voire même de deux, est trop courte compte tenu de la charge que peut représenter la reconstitution totale du dossier à chaque renouvellement : certificat médical de moins de 6 mois, imposant une ou des nouvelles consultations (avec parfois liste d'attente), nouveaux devis et factures, nouvelles justifications de l'emploi du temps.

Ces durées d'attribution variables de l'AEEH se combinent avec les modalités d'attribution des compléments. Certaines MDPH, en partie du fait d'une bonne collaboration avec les ODPF du département, procèdent dans le cadre d'une seule décision de la CDAPH à l'attribution de l'AEEH de base pour une durée qui peut aller jusqu'à trois ans, alors que les compléments peuvent s'enchaîner en phases : deux ou trois mois de complément 5, deux ou trois mois de complément 4 pour le reste du temps en complément 3 par exemple. D'autres MDPH privilégient l'alignement des durées d'attribution de la base et des compléments, entraînant dans certains cas une réévaluation plus précoce des besoins, qui a toutefois l'avantage de faciliter la planification financière des familles et la gestion des organismes payeurs. Dans la mesure où les familles sont parfois amenées à déménager, elles ne comprennent pas ces différences de fonctionnement entre MDPH.

2.1.1.3 La PCH est peu proposée aux familles et l'évaluation du droit, souvent restrictive

La procédure du recours au droit d'option est très variable d'un département à l'autre. Quand la demande de PCH n'est pas formulée, la plupart des MDPH n'analysent pas l'éligibilité à la prestation et son intérêt éventuel pour les familles. Certaines le font cependant, et présentent dans ce cas-là les avantages de l'AEEH et de ses compléments ou de la PCH aux familles, l'impression de la mission étant que la complexité de la prestation fait surtout ressortir ses contraintes.

Enfin, l'absence de mécanisme de subrogation, qui met les familles dans des situations parfois difficiles à gérer avec un trop-perçu à rembourser à l'ODPF constitue une autre complication liée aux modalités locales de l'exercice du droit d'option (montant pouvant parfois atteindre une dizaine de milliers d'euros).

Au regard des incompréhensions et des difficultés de gestion qu'elle suscite, cette prestation, que certains sont prêts à qualifier d'« élitiste », appelle donc, plus encore qu'une simple information, une véritable pédagogie de la part des MDPH dont une partie ne sont pas aujourd'hui capables, possiblement faute de moyens, de volonté, et/ou d'acculturation préalable.

Le conseil à destination des familles quant aux avantages respectifs de l'une et l'autre prestation s'avère délicat pour au moins deux types de raisons :

- une individualisation financière très forte de la nature et des montants de dépenses effectivement engagés et de la difficulté générale de les évaluer de manière précise en amont : certaines MDPH décident ainsi d'attribuer l'AEEH, tout en demandant aux familles dont elles considèrent qu'elles pourraient bénéficier de la PCH, de formuler une demande de PCH, leur laissant ainsi le temps de procéder aux évaluations sans léser financièrement les familles,
- la présentation des modalités de gestion de la PCH peut aboutir à mettre essentiellement en avant la lourdeur des obligations des familles. Cela suppose la prise en compte d'appréciations et de ressentis difficilement mesurables, principalement liés aux impacts en termes de gestion administrative pesant sur les familles : alerte sur la nécessité de déclarer à l'administration fiscale le dédommagement en tant qu'aidant familial, précisions sur les modalités de justification des dépenses (obligations de fournir factures et/ou devis), et les modalités de versement (lissages éventuels sur l'année), etc.

En décembre 2015, les enfants représentent 9 % des PCH attribuées, soit 16 400⁵⁸, i.e. environ 20 % des 83 500 compléments AEEH octroyés pour la même année au niveau national, reflet du nombre de droits d'option exercés ayant abouti à un accord de CDAPH. Selon les MDPH visitées par la mission, ce ratio est compris entre 1 % et plus de 50 %.

Les demandes de PCH pour les enfants sont en constante progression depuis l'ouverture du droit d'option mais elles font l'objet de refus fréquents. D'une MDPH à l'autre, le taux d'accord de la CDAPH varie de 10 % à 60 %. Au-delà du poids explicatif des critères d'éligibilité liés à la PCH elle-même, cette forte hétérogénéité dans l'appréciation des demandes interroge, comme suggéré plus haut, la qualité de l'évaluation et les moyens dédiés à cette tâche dans certains départements.

Pourtant, il semble à la mission que la PCH pourrait être proposée et attribuée plus largement. D'après une étude menée par la CNSA qui faisait réexaminer par un groupe d'experts national des dossiers déjà évalués en EPE⁵⁹, les enfants handicapés faisant l'objet d'un droit d'option auraient pu être trois fois plus nombreux à pouvoir y prétendre, notamment si leurs incapacités et leurs besoins avaient été évalués à partir de critères adaptés à leur âge (ce qui concernerait 90 % des enfants présentant une déficience auditive ou visuelle et 83 % de ceux présentant une déficience motrice, langage, psychique ou intellectuelle). Les autres catégories d'enfants gagnant à passer à la PCH étaient ceux qui, connaissaient un défaut de mode d'accueil, ceux en établissement médico-social (EMS), ceux dont les parents ont une activité professionnelle à temps plein.

2.1.2 La régulation des flux est insuffisante alors même que ceux-ci sont appelés à augmenter

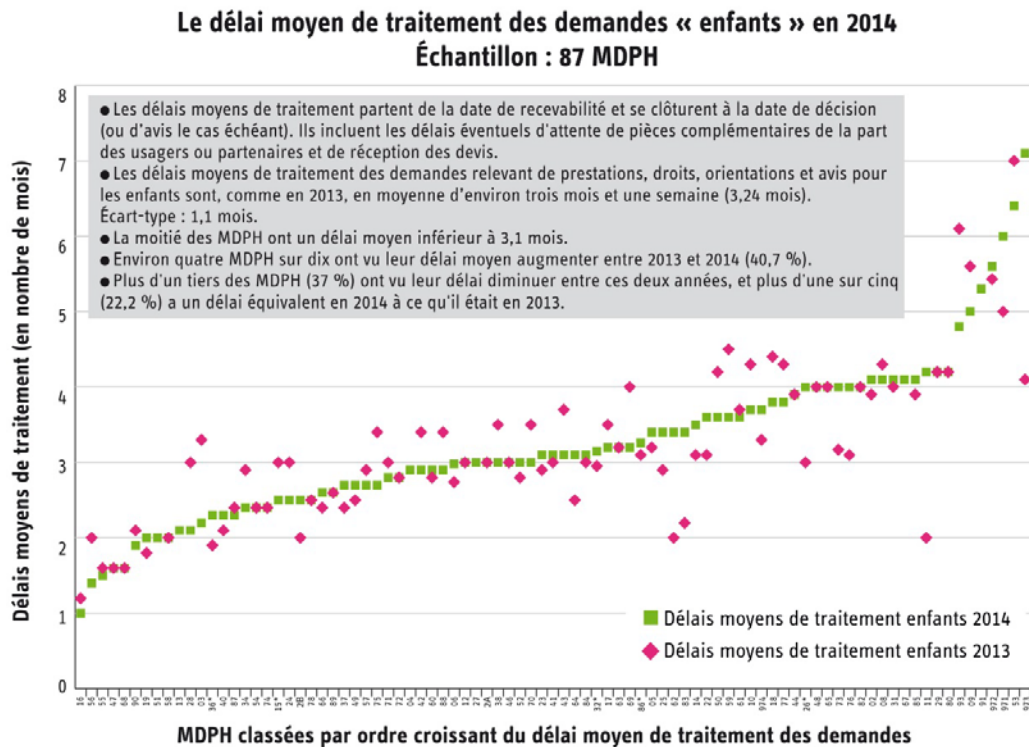
2.1.2.1 Les délais d'instruction s'échelonnent sur le territoire national entre 1 mois et 7 mois en moyenne

Les délais d'instruction des dossiers apparaissent importants. Ainsi, le rapport annuel 2014 de la CNSA indique une augmentation des délais entre 2013 et 2014, la moitié des MDPH ayant des délais inférieurs à 3,1 mois en moyenne pour l'ensemble des demandes « enfants », ils peuvent cependant atteindre jusqu'à 7 mois pour certaines MDPH.

⁵⁸ Enquête sur la prestation de compensation du handicap réalisée par la DREES auprès des conseils généraux, statistiques au 4^{ème} trimestre 2015, résultats de l'enquête trimestrielle n° 1 • 2016

⁵⁹ Etude CNSA sur les besoins de compensation des jeunes en situation de handicap de 0 à 20 ans, à travers l'AEEH et la PCH, menée auprès de 489 enfants handicapés en 2009 (375 AEEH, 114 PCH). Novembre 2009.

Graphique 4 : Le délai moyen de traitement des demandes « enfants » en 2014



Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

Source : CNSA, rapport 2015, Document de restitution des données d'activité et de fonctionnement validées des départements

La mesure des délais d'attribution est relativement harmonisée sur le territoire, mais la mission n'a pas spécifiquement analysé le respect des indications données par la CNSA pour mesurer ces indicateurs. Les délais sont, dans la majorité des MDPH visitées, calculés de la recevabilité du dossier jusqu'à la notification de la décision.

Or, ces délais ne sont pas ceux qui sont perçus par les familles. Ainsi, il peut exister un écart entre la date de dépôt de la demande, la date de son enregistrement et la date où le dossier est considéré comme recevable. En outre, ces délais sont des moyennes : des dossiers peuvent être instruits dans des délais plus longs, d'autres plus courts (le rapport 2014⁶⁰ de la CNSA indique un écart type de 1,1 mois). D'ailleurs, la plupart des MDPH rencontrées par la mission ont mis en place des systèmes de traitement en urgence de l'AAEH, pour éviter les situations de rupture de droit (dépôt tardif de la demande de renouvellement par les familles), ou dans les cas très complexes et difficiles pour les familles. S'agissant des renouvellements, des MDPH s'attachent particulièrement à éviter les ruptures et à assurer une continuité des droits. Cependant, ces modalités de traitement ne sont pas connues par les parents qui s'étonnent de ne pas avoir de réponse alors que leur demande a été déposée très en amont de la date d'échéance de leurs droits.

Ces délais d'attribution peuvent entraîner des situations absurdes où les droits à peine notifiés (avec versement rétroactif des sommes dues depuis le dépôt de la demande), les parents reçoivent une alerte de l'ODPF⁶¹ leur indiquant la nécessité de déposer une nouvelle demande pour renouvellement des droits.

⁶⁰ Document de restitution des données d'activité et de fonctionnement validées des départements

⁶¹ Six mois avant le terme de la prestation, un courrier est systématiquement adressé par les ODPF aux allocataires pour leur indiquer la date de fin de versement de l'allocation et les démarches à suivre pour déposer une nouvelle demande auprès de la MDPH concernée.

En regard de ces délais et des attentes suscitées, l'information des familles tout au long de la procédure apparaît cruciale. Or, il arrive que les familles ne se voient adresser que deux courriers laconiques : l'accusé de réception du dossier et la notification de rejet ou d'accord sur la demande. Toutes les MDPH n'envoient pas un PPC en cas de demande d'AEEH malgré l'obligation prévue par les textes⁶², la réception de ce document permettant aux parents de discuter les propositions de la MDPH, et éventuellement de demander à être reçue par la CDAPH. Quelques sites Internet de MDPH permettent aux demandeurs de suivre les étapes de traitement de leur dossier. Ce type de suivi dynamique par l'intermédiaire d'un site Internet ne peut être exclusif d'autres modes de communication en raison de l'accès différencié des publics à cet outil de communication mais représente cependant un vecteur d'information ergonomique que de nombreux parents utilisent par ailleurs dans leur vie quotidienne (commandes passées sur Internet, etc.).

2.1.2.2 L'augmentation des flux rend plus difficile de concilier impératifs de délais et association des familles à la procédure

Les MDPH connaissent, de manière générale, une forte augmentation des flux de demandes sur les dernières années. En proportion de l'ensemble des demandes adressées aux MDPH, l'AEEH ne représente qu'un volume modéré de l'activité (la part des demandes qui relèvent du champ enfant dans le total des demandes déposées en 2014 varie de 11 % à 33 % selon les départements, avec une proportion moyenne de 19 %), mais connaît également une progression continue.

En matière d'AEEH, les demandes ne cessent de croître, mobilisant d'autant les EPE et les services administratifs des MDPH. Cette évolution à la hausse tient à une meilleure identification des MDPH dans le paysage institutionnel et une meilleure acceptation du handicap de l'enfant dans un contexte de durcissement des difficultés économiques rencontrées par les familles. Or, certaines de ces nouvelles demandes n'engendrent pas un taux d'incapacité suffisant pour déclencher l'octroi de l'AEEH. De fait, les taux d'accord diminuent de manière constante, passant de 84,5 % en 2012 à 82 % en 2013, et à 79,2 % en 2014.

En tout état de cause, la mission estime (*cf.* partie 1.4) que l'augmentation du nombre de bénéficiaires, et a fortiori du nombre de demandes, n'ont probablement pas atteint leur pic. Dans ce contexte, il faut craindre un allongement des délais si aucune adaptation des modalités de traitement des demandes n'intervient dans les prochaines années.

La plupart des MDPH rencontrées ont déjà mis en œuvre des démarches diversement abouties de rationalisation des procédures et de l'organisation en vue de traiter plus rapidement les demandes. Une forme de régulation s'instaure, à tout le moins pour éviter les ruptures de droit, et répondre aux situations identifiées comme complexes. Des MDPH visitées ont pris un certain nombre de mesures de nature diverse avec pour objectif commun de fluidifier l'activité :

- diminution des flux de renouvellement par augmentation de la durée d'attribution de l'AEEH et de ses compléments ;
- instauration de circuits courts par la création d'EPE « de premier niveau », se prononçant sur les situations les plus simples, et renvoyant à des équipes élargies (« second niveau ») l'étude de situations plus complexes ;
- réduction du temps nécessaire à l'expertise de l'EPE par l'association régulière à son activité de partenaires spécialistes de certaines formes de déficiences considérées comme difficiles à appréhender ;
- raccourcissement des délais de traitement des dossiers par fusion des équipes en charge de l'instruction administrative et celles en charge de l'évaluation.

⁶² L'article R. 146-29 du CASF affirme que le PPC comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations mentionnées à l'article L.241-6. Or, ce dernier article mentionne spécifiquement l'AEEH. *cf.* annexe n°2 relative à la description de l'allocation.

De manière générale, l'impact de l'augmentation des flux de demandes à venir sur les modalités de fonctionnement des MDPH n'a pas été appréhendé dans sa globalité. Il est toutefois possible d'affirmer que les organisations les plus abouties dans l'objectif de diminution des délais allient un ensemble d'actions : partenariats forts avec des réseaux d'intervenants extérieurs qui comprennent les besoins des MDPH pour leur évaluation et savent en conséquence orienter les familles et remplir de manière idoine le certificat médical⁶³ ; allongement des durées d'attribution de l'AEEH dans les cas les plus simples ; clarification des périmètres de financement entre éducation nationale et AEEH ; création de plusieurs niveaux d'évaluation selon les situations.

La mise en œuvre de ces mesures nécessite une forte concertation entre acteurs mais également avec les familles dans la mesure où elles limitent les entretiens aux cas qui l'exigent. L'« industrialisation » des processus, qui peut se justifier pour réduire les délais, nécessite en effet à la fois d'être expliquée, et compensée par la mise en œuvre de nouveaux modes de communication et d'information des familles.

2.1.3 Des inégalités de traitement peuvent exister au sein d'un même département selon les familles

Du fait des différences en termes de demandes (flux et caractéristiques), de ressources dédiées ou mobilisables pour leur évaluation (composition de l'EPE, qualité de son réseau de correspondants médicaux, sociaux et paramédicaux et de sa capacité à travailler en bonne synergie avec eux) et de modes d'organisation et de fonctionnement des MDPH, la dimension territoriale de la gestion de l'AEEH est génératrice d'inégalités de traitement.

Par manque de procédures et d'outils standardisés, ces inégalités sont parfois observées au sein d'une même MDPH. D'après le témoignage d'associations, à situations de handicap comparables entre deux enfants, l'analyse de l'EPE et les décisions de la CDAPH n'aboutissent pas toujours aux mêmes décisions. Cette différence d'appréciation est parfois rapportée pour un même enfant dont la situation n'a aucunement évolué mais qui voit son niveau de complément diminuer sans explication entre deux évaluations (ex : le taux d'incapacité de la surdité évalué à 79 %, l'appareillage d'amplification vibratoire non renouvelé, le complément pour partir en vacances qui n'est plus accordé, etc.).

Plusieurs raisons sont diversement évoquées par les interlocuteurs associatifs et institutionnels rencontrés par la mission :

- celles qui tiennent à la subjectivité des évaluateurs, plus ou moins marquée selon que l'EPE dispose ou non d'un réseau de correspondants experts et/ou de grille « maison » pour évaluer au plus près les besoins (questionnaire de formalisation plus précise des besoins) et ajuster au mieux les réponses (matrices de correspondance entre besoins exprimés et dépenses possibles),
- celles qui tiennent au fonctionnement et à l'administration de la CDAPH :
 - à situations comparables, les décisions varient pour partie en fonction du niveau d'homogénéité des procédures d'évaluation de l'EPE et de sa capacité à exercer une forme de veille « jurisprudentielle » permettant de rappeler à la CDAPH comment elle a déjà statué dans un contexte similaire.
 - cette variabilité dépend de façon plus générale de la stratégie déployée par la direction de la MDPH pour garantir les conditions d'une équité de traitement au sein de la CDAPH : dynamique d'acculturation collective pour s'assurer que les acteurs de la décision aient bien le même niveau de lecture des enjeux (« compensation n'est pas réparation », « gravité du diagnostic n'implique pas nécessairement gravité du

⁶³ Le modèle réglementaire de certificat a été publié au Bulletin officiel Santé-protection sociale-Solidarités n°2009/04 du 15 mai 2009.

handicap »,...) et puissent s'exprimer avec le plus grand souci possible d'objectivité, sessions blanches permettant d'échanger librement sur le fonctionnement de la CDAPH et des liens avec l'EPE et la direction (pour anticiper ou gérer les tensions/dysfonctionnements).

- enfin, cette variabilité tient dans une moindre mesure à la possibilité, ouverte théoriquement à toute personne en faisant la demande mais réservée dans les faits à une minorité de requérants, de défendre leur dossier en CDAPH sous un format qui emporte souvent la révision de la décision. Les dates de passage en CDAPH ne sont pas toujours connues par les parents et les PPC n'étant pas toujours transmis, ils ne sont pas en situation de discuter les propositions de l'EPE.
- celles qui traduiraient une volonté délibérée de l'institution de restreindre l'accès au complément, soit par souci d'économie mais non nécessairement fondées en rationalité (typiquement, l'appareillage auditif qui n'est plus remboursé), soit du fait, avec le recul d'une décennie, d'évolutions justifiables dans l'analyse et le traitement des dossiers (cas des compléments facilement octroyés à la création des MDPH, mais s'avérant correspondre à une surévaluation avec l'expérience acquise).

2.2 L'AEEH est une prestation familiale considérée à faible risque par les ODPF et le contrôle d'effectivité est faiblement et inégalement mis en œuvre, et en tout état de cause, mal conçu

2.2.1 Le versement de cette prestation par les CAF et les caisses de MSA n'apporte pas toute la sécurisation escomptée

2.2.1.1 L'AEEH est actuellement mise en paiement sans l'assurance d'une maîtrise réelle de ses conditions d'attribution

En tant que prestation familiale, l'AEEH et ses compléments sont logiquement versés aux familles par les CAF et les CMSA. Compte tenu de leur champ de compétence, les ODPF rencontrent les familles à de nombreux titres : allocations familiales et prestations de garde d'enfant, allocations logement, allocations de solidarité (revenu de solidarité active -RSA- notamment). Elles disposent, à ce titre, d'une bonne connaissance des foyers bénéficiaires de l'AEEH.

Il revient aux ODPF de vérifier, dès réception du *cerfa* de demande de l'allocation et de la notification de la MDPH, les conditions administratives d'octroi de la prestation relatives à l'allocataire et à l'enfant. Il s'agit notamment de confirmer la résidence légale en France de l'enfant, et le fait qu'il soit effectivement à charge du ou des parents. Ces éléments étant communs à l'ensemble des demandes de prestations familiales, les vérifications sont facilitées par l'existence d'une base de données unique pour toutes les allocations.

Si les conditions administratives d'attribution du droit sont faciles à examiner et effectivement vérifiées par les ODPF, d'autres aspects de la prestation peuvent imposer des vérifications plus poussées aux techniciens conseils dans le cadre de la liquidation du droit, telles que :

- la détermination des modalités de versement de l'allocation (retour au foyer cf. partie I), à partir des déclarations de la famille figurant dans le *cerfa* de demande précisant si l'enfant est admis en internat dans un établissement ;
- la confirmation *ab initio* de la réalité de la réduction d'activité d'un ou des parents (Cf. sur cet aspect l'annexe n°2 relative à la description de l'allocation), figurant dans la notification

de la CDAPH comme motif d'attribution de l'AEEH et ses compléments, information que les ODPF peuvent recouper du fait des autres prestations accordées.

Pour s'assurer de la bonne qualité du traitement des demandes d'AEEH, les CAF ont mis en place un contrôle interne qui porte sur deux thèmes de vérifications : l'enregistrement de la décision CDAPH et le nombre de jours de retour au foyer en cas de placement de l'enfant. Ces contrôles montrent que la qualité de la saisie et du traitement du dossier ont eu tendance à se dégrader dans les deux dernières années⁶⁴.

Dans le cadre de la démarche qualité intégrée, la branche famille du régime général déploie depuis plusieurs années des référentiels nationaux sur les processus métiers, avec pour principaux objectifs la sécurisation financière et l'harmonisation des pratiques d'instruction et de liquidation. En février 2015, plusieurs processus de la famille des prestations d'entretien ont été livrés, dont celui relatif à l'AEEH. La mise en place de ce processus a permis de revoir les pratiques des techniciens sur la gestion de l'AEEH.

Suite à ce déploiement, une vérification plus approfondie que celle effectuée antérieurement dans le cadre du contrôle interne a mis en exergue des difficultés dans la saisie des notifications CDAPH (avec un taux d'anomalies moyen national de 40 % mais un impact financier limité à 4,2 %) ainsi qu'au niveau de l'enregistrement de la situation de l'enfant (avec un taux d'anomalies moyen national de 26,2 % dont 4,4 % avec impact financier). Ces résultats corroborent la tendance précédemment constatée sur la dégradation de la qualité de traitement des dossiers AEEH.

Ces difficultés tiennent en partie à la relative polyvalence des personnels⁶⁵ et à leur manque de connaissance de l'AEEH, tant au sein du régime général que du régime agricole, dans un contexte de faible occurrence des dossiers d'AEEH au sein de la masse des dossiers traités, et de formations aléatoires des techniciens aux prestations relatives au handicap (dans la branche famille du régime général, le module « handicap » étant devenu optionnel dans la formation générale des techniciens et des contrôleurs des CAF).

2.2.1.2 L'allocation n'est pas considérée comme une prestation à risque de fraude justifiant des contrôles spécifiques

Les ODPF mettent en œuvre une large gamme de contrôles sur pièces et sur place visant à assurer le paiement à juste droit des prestations familiales et à lutter contre la fraude. Ces contrôles obéissent à une stratégie de priorisation des enjeux élaborée à partir d'outils de cartographie des risques ainsi que, pour la CNAF, de la méthode de « datamining⁶⁶ » qui permet d'imposer des échantillons de dossiers à vérifier par les CAF. L'AEEH n'ayant pas été retenue comme une prestation à risque par les réseaux MSA et CAF et n'étant pas non plus scorée comme telle par les caisses nationales via le datamining, elle ne fait à ce jour l'objet d'aucun contrôle spécifique. La faiblesse de son niveau de risque tient essentiellement à la modicité des enjeux financiers qui lui sont attachés : les dépenses totales d'AEEH⁶⁷ (AEEH de base, compléments et MPI) rapportées à l'ensemble des prestations familiales s'élèvent à 2,53 % des prestations familiales totales versées (32,5 milliards d'euros).

⁶⁴ Les pourcentages nationaux de rejet par les agents comptables de ces deux saisies sont en progression entre 2014 et 2015 (à hauteur respective de 6,4 % et 5,7 % en 2014 puis de 9,5 % et 7,2 % en 2015).

⁶⁵ Point développé en annexe n°4 relative au traitement de l'AEEH par les ODPF.

⁶⁶ Le datamining permet de profiler les dossiers à risques et de mieux sélectionner les contrôles à effectuer. Les résultats semblent probants : en 2012, 110 millions d'euros de régularisation financière ont été effectués contre 41 millions d'euros l'année précédant la mise en place du datamining (source : bilan des fraudes CNAF de 2013). Les dossiers AEEH ne sont pas scorés dans la technique de datamining.

⁶⁷ Tous régimes confondus (pour mémoire, les comptes de la branche famille sont totalement intégrés).

Sans être une cible, l'AEEH peut toutefois être contrôlée de manière indirecte lors de vérifications transversales menées par les ODPF, notamment dans le cadre d'échanges de données informatisées qui permettent, entre autres, de contrôler chez les allocataires le montant des ressources (échanges avec la DGFIP) ou l'existence d'une activité et donc de ressources (échanges avec Pôle emploi). D'autres contrôles permettent de vérifier de façon automatisée les incohérences entre les déclarations d'activité et les ressources. Cependant, la mission n'a pas eu connaissance du nombre de dossiers d'allocataires bénéficiant de l'AEEH contrôlés par ce biais au niveau national ou local dans la mesure où ces contrôles sont menés toutes allocations confondues.

Concernant les contrôles sur place, l'AEEH n'est pas un critère suffisant de déclenchement. Dans le cadre du plan de contrôle externe, le régime agricole a pu déployer des actions de contrôle des prestations liées au handicap, y compris sur l'AEEH. Cependant ces actions étant facultatives, les caisses MSA auditées par la mission avaient fait le choix de retenir l'action de contrôle de l'allocation adulte handicapé -AAH- qui présente des enjeux plus importants sur le plan financier que l'AEEH.

Au final, la marginalité des enjeux financiers, conjuguée à l'absence probable de fraude d'ampleur (les enfants existent, le handicap est avéré, ils sont effectivement à la charge de leurs parents et résident en France) explique le faible investissement des ODPF dans ces activités de contrôle.

2.2.2 Source d'inégalité de traitement supplémentaire, le contrôle de l'effectivité des dépenses par les ODPF dépend surtout d'informations transmises de manière aléatoire

2.2.2.1 Les ODPF ne procèdent pas à un contrôle d'effectivité régulier et dépendent surtout de l'information transmise par les familles

Une fois la prestation mise en paiement, les parents reçoivent l'AEEH et les compléments prévus pour toute la durée d'attribution. Quelques mois avant l'échéance, ils sont destinataires d'un courrier envoyé automatiquement par les ODPF pour les informer de l'obligation de renouveler la demande (ou de faire une demande d'AAH en fonction de l'âge de l'enfant) auprès de la MDPH. Cette pratique n'étant pas prévue par la réglementation, elle fait l'objet d'adaptations territoriales, avec des délais d'envoi des courriers compris entre 3 et 6 mois avant échéance, une caisse visitée par la mission ayant même envisagé de renoncer à cet envoi.

Pendant la période plus ou moins longue d'attribution de l'AEEH (en moyenne de 2 à 3 ans selon les départements⁶⁸), de nombreux événements peuvent intervenir dans la vie des familles et remettre en cause les critères d'analyse à l'origine de la décision d'octroi de l'allocation et de ses compléments. A cet égard, le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité pour les ODPF de suspendre ou diminuer l'AEEH versée (passage au complément de niveau inférieur) selon l'évolution de la situation de l'enfant et/ou de la famille :

- diminution : placement en Internat (art. L.541-1 du CSS), hospitalisation (art. R.541-8 du CSS), contrôle du recours à une tierce personne (ou du taux d'activité des parents : art.R541-4 du CSS). Ce contrôle dit « d'effectivité » se limite cependant à ces cas précis et ne peut concerner l'ensemble des dépenses couvertes par l'AEEH ;
- suspension : des compléments d'AEEH en cas de choix d'option pour la PCH (R.541 du CSS) ou de l'ensemble de la prestation quand les conditions administratives ne sont plus remplies (résidence L512-1 et s. et R.512-1 ; salaire supérieur à 55 % du SMIC perçu par le jeune de moins de 20 ans : R 512-2 CSS).

⁶⁸ En l'absence de données statistiques, la mission se fonde sur les éléments recueillis auprès de ses interlocuteurs en MDPH

Les caisses n'assurent pas de contrôle spontané de l'effectivité des situations de l'enfant. En général, seule une nouvelle notification de la CDAPH ou une déclaration de la famille peut entraîner une révision de l'attribution de la prestation. Les caisses ne procèdent pas à des contrôles réguliers de la situation de la famille sur les éléments qui peuvent relever de leur responsabilité. Elles dépendent en conséquence des institutions partenaires et des familles pour modifier les versements :

- en cas d'hospitalisation de plus de deux mois consécutifs, l'information n'est pas transmise par les établissements de santé, ni l'assurance maladie (y compris au régime agricole qui a pourtant l'avantage d'être un guichet unique pour ses adhérents). Les modalités possibles d'échanges d'information ou de croisement de données entre ces institutions n'ont pas été conjointement définies. Au final, les ODPF dépendent de l'information volontaire des familles qui n'ont pas toujours ces obligations à l'esprit au regard des circonstances ;
- en cas de placement en établissement, et en conséquence, de modifications des modalités de versement de l'AEEH (passage à l'AEEH dite « retour au foyer »), les établissements ne semblent pas alerter sur l'évolution de la situation de la famille. A l'instar de l'hospitalisation, les ODPF dépendent des informations transmises spontanément par les familles.

Malgré tout, certains ODPF peuvent effectuer ponctuellement des vérifications sur la situation des parents.

Le référentiel national du processus AEEH évoqué *supra* préconise la mise en œuvre d'une bonne pratique non obligatoire visant à vérifier le recours à une tierce personne ou le taux d'activité du/des parents. Lorsqu'une situation anormale est identifiée (suite à un contrôle ou à un signalement), les techniciens vont déterminer avec la famille le taux d'activité des membres du foyer. Si ce contrôle fait apparaître des modifications de la quotité du recours global à une tierce personne, l'organisme suspend le versement du complément attribué par la CDAPH et sert provisoirement, à titre d'avance, le complément inférieur. Il doit en avvertir la CDAPH pour que cette dernière réexamine sa décision initiale.

Auditée par la mission, une CAF a fait état d'une démarche de ce type au premier semestre 2016. Afin d'affiner ses contrôles sur pièces et en lien avec la bonne pratique « *vérifier la réduction d'activité du ou des parents* », elle a ainsi lancé une campagne de contrôle aléatoire sur l'effectivité des dépenses et la réalité de la réduction d'activité des parents auprès de 130 bénéficiaires de la prestation AEEH avec des compléments 1 à 6 (dossiers traités au premier trimestre 2016). Le résultat de ce contrôle montrait que les dépenses engagées par les familles étaient, pour une très large part, justifiées et qu'elles correspondaient aux prestations délivrées⁶⁹.

2.2.2.2 La mise en œuvre d'un véritable contrôle d'effectivité n'est pas assortie d'échanges harmonisés avec les MDPH

Dans la plupart des départements visités, les échanges d'informations entre MDPH et ODPF portant sur des dossiers AEEH se résument généralement à la transmission de la notification par les MDPH, l'existence de conventions relatives à l'échange régulier de données utiles à la gestion de chacun des organismes, ou l'échange d'informations à des moments clés du parcours des familles étant l'exception.

⁶⁹ Point développé en annexe n°4 relative au traitement de l'AEEH par les ODPF.

Il en résulte une faiblesse d'information réciproque qui entraîne des conséquences potentiellement négatives pour les usagers, et qui s'observe particulièrement dans les cas de figures suivants :

- lorsque l'ODPF procède à la suspension ou à une diminution de l'AEEH, il n'en avertit pas toujours la MDPH, alors qu'il s'agit de décisions ayant un impact immédiat sur les revenus des familles, avec pour effet d'amener ces dernières à s'adresser aux MDPH pour obtenir des explications ; il en est d'ailleurs de même en cas de rejet de la demande pour non-respect des conditions administratives,
- inversement, lorsque la MDPH a connaissance de l'évolution de prise en charge de l'enfant (conformément aux préconisations de la CDAPH) comme l'acceptation en établissement quelques mois après la notification par la CDAPH, elle n'informe généralement pas l'ODPF du changement de situation, qui pourtant peut affecter le montant du complément accordé.

Cette absence préjudiciable d'échanges tient en partie au flou existant autour des responsabilités de chacun dans le traitement des dossiers d'AEEH. Le rôle spécifique des organismes dans le suivi de la situation des familles n'est pas précisé par la loi et la réglementation, et n'apparaît qu'incidemment pour les ODPF. Il semble en outre qu'une saisine officielle de la MDPH par l'ODPF pourrait avoir pour conséquence d'imposer à la CDAPH de statuer à nouveau sur la situation des familles, augmentant d'autant le flux de dossiers à examiner.

Enfin, la qualité du traitement des dossiers AEEH par les ODPF, notamment sur le volet du contrôle d'effectivité, dépend en partie de la précision apportée par la notification envoyée par la MDPH. Or, celles-ci ne sont pas harmonisées nationalement, ni dans le format, ni dans le contenu. Les informations y figurant sont parfois même incomplètes et ne permettent pas aux ODPF de s'assurer du versement de l'ensemble des prestations à bon droit, notamment dans le cas où la famille opte pour la PCH. La mission a ainsi pu constater au travers des audits sur site que ces éléments permettent généralement d'opérer des recoupements pour éviter le risque de cumuls avec la PCH mais qu'ils ne sont pas suffisamment détaillés pour s'assurer du non cumul de l'AJPP avec l'élément 1 de la PCH ou encore pour pouvoir attribuer la MPI à un parent isolé qui aurait fait le choix de la PCH⁷⁰. Ces situations sont cependant assez rares étant donné le faible nombre de bénéficiaires de ces deux aides.

2.2.3 Des formes de contrôle existent dans le réseau des MDPH mais les pratiques ne sont pas homogènes

Les MDPH peuvent exercer une forme de contrôle d'effectivité au moment du renouvellement de la prestation à travers l'examen détaillé de la mise en œuvre du PPC par la famille. Des MDPH rencontrées par la mission demandent ainsi les factures témoignant des dépenses engagées, vérifient, sur la période écoulée, le nombre de séances de soins en comparaison avec le nombre prévu, et vérifient la situation de la famille avant de déterminer le renouvellement de la prestation et le niveau de complément. Dans quelques cas, aucune décision rétroactive ne pouvant être prise, certaines MDPH diminuent le complément accordé « pour l'avenir », même si les besoins de l'enfant et de la famille demeurent identiques. A aucun moment ce travail de vérification ne fait l'objet d'une information auprès des ODPF, y compris lorsque la MDPH constate une utilisation partielle de la prestation.

Cependant, toutes les MDPH ne mettent pas en œuvre les mêmes vérifications si bien que l'absence de contrôle des ODPF et de vérification des MDPH aboutit parfois à un blanc-seing pour les dépenses véritablement engagées par les familles, une fois la prestation accordée.

⁷⁰ Dans cette situation, la notification ne précise pas si le parent bénéficie d'un complément de niveau 2 ou plus, condition permettant l'ouverture de droit à la MPI.

Conscientes du caractère évolutif de la situation des familles et de l'absence de contrôles par ailleurs, les MDPH déterminent en conséquence la durée d'attribution de la prestation. C'est pourquoi des durées courtes ont longtemps été privilégiées. Le dossier de renouvellement de la demande répond ainsi à un double objectif de vérification des frais engagés et d'adaptation de la prise en charge à l'évolutivité du handicap et de l'environnement de la vie de l'enfant. Il en résulte un système relativement lourd pour les parents (malgré les avantages initiaux listés en partie I) qui ne permet pas de surcroît d'apporter les éléments de réassurance complets concernant l'utilisation des fonds versés. En outre, les modalités de prise en charge des enfants ne recouvrent pas seulement l'allocation et dépendent souvent d'autres éléments dont le suivi est prioritaire et organisé par ailleurs : le parcours de scolarisation (PPS), la prise en charge en établissement, les soins nécessaires en libéral, ou plus largement, l'ensemble des interventions engagées.

Le caractère composite de la prestation pour laquelle chaque complément vise à compenser une grande diversité de dépenses de nature différente et d'importance variable, ne facilite pas la mise en place d'une vérification de l'utilisation des fonds alloués. S'il semble souhaitable de vérifier la réalité de la réduction d'activité des parents, ou le recours à une tierce personne, ou les dépenses d'un montant important (financement de vacances adaptées, poussettes adaptées), la vérification de l'ensemble des dépenses engagées par les familles serait contraire à la logique forfaitaire de la prestation, sans être pour autant efficiente pour des organismes (MDPH et ODPF) en charge de flux massifs de demandes.

La stratégie de renouvellement annuel est aujourd'hui partiellement remise en cause par les MPDH qui, confrontées à des flux croissants de demandes, ne souhaitent pas les accroître du fait de leurs propres exigences en matière de renouvellement. L'allongement important des durées d'attribution pose de manière encore plus aigüe la question du suivi des dépenses des familles évoquée *supra*.

3 UN PILOTAGE DU DISPOSITIF ECLATE, AVEC POUR CONSEQUENCE DES INCOHERENCES DE GESTION ET UNE PERTE DE CONNAISSANCE STATISTIQUE

3.1 Chaque organisme impliqué assure un pilotage dans le cadre de son champ de compétence

3.1.1 La CNAF et la CCMSA n'assurent pas de pilotage particulier pour l'AEEH

La CCMSA et la CNAF mettent en œuvre le pilotage habituel pour une prestation familiale. Elles procèdent chacune au suivi statistique de l'évolution du nombre de bénéficiaires et des dépenses mais elles ne consolident cependant pas les données de la même manière ni avec le même degré de détail (*cf.* annexe n°3 relative à l'évolution financière). Une analyse de l'évolution du recours à la prestation depuis sa création en 2006 a été effectuée en 2011 par la CNAF⁷¹. Mais c'est l'exception. Les travaux statistiques sont rares et la mission n'a rencontré aucune caisse locale qui ait été incitée à suivre plus attentivement l'évolution de l'allocation.

Comme indiqué en matière de contrôle, il n'y a pas de stratégie particulière pour l'AEEH qui justifierait un modèle de gestion dérogatoire, ceci en raison d'une part, d'enjeux financiers globalement modestes et d'un nombre de bénéficiaires réduit, et du fait, d'autre part, que la prestation est instruite en amont par des organismes tiers, les MDPH.

⁷¹ Dans le cadre de la publication électronique périodique de la CNAF (e-essentiel n° 107, février 2011).

Les caisses nationales accompagnent leurs caisses de rattachement sur la gestion courante en leur fournissant un certain nombre d'outils⁷². Il s'agit des outils informatiques nationaux : base de données⁷³, outils intranet pour le suivi législatif et lettres réseaux, ainsi que des courriers-types à destination des usagers. Concernant les opérations de liquidation et de mise en paiement de l'AEEH, la CNAF pour le régime général a en outre mis en place en février 2015 des processus spécifiques respectivement pour l'AEEH et pour l'AJPP⁷⁴. Ceux-ci ont tous été mis en place dans les caisses locales et dans les délais requis par la CNAF. Pour sa part, le régime agricole ne s'est pas encore engagé sur une telle voie.

Les caisses locales auditées obéissent toutes aux directives nationales en matière de processus et types de contrôles. Comme évoqué *supra*, la CNAF a notamment pu vérifier les résultats de la mise en place locale de ses directives, par les résultats de l'évaluation de la cible qualité du processus national AEEH. Les points de fragilités spécifiques au traitement de l'AEEH ont pu ainsi donner lieu à des plans d'action locaux.

Malgré la faiblesse du suivi de l'AEEH, l'ensemble des outils fournis au niveau national sur les deux régimes garantissent une certaine homogénéité de traitement ainsi que le respect de la législation applicable.

3.1.2 La CNSA assure son rôle d'appui et de diffusion de bonnes pratiques vers les MDPH mais sans ciblage marqué de l'AEEH

La CNSA est chargée « d'assurer un échange d'expériences et d'informations » entre les MDPH, « de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation » (article L14-10-1 CASF). L'exercice de ces missions se traduit par l'élaboration et la diffusion d'ensemble d'outils et des concertations régulières avec les MDPH sur les modalités d'évaluation, d'organisation, ou d'application de législations particulières, qui toutes ont un impact sur l'attribution de l'AEEH. On distingue notamment les guides des éligibilités (2013) dont le guide barème pour cotation du taux d'incapacité⁷⁵, le guide GEVA pour l'évaluation des besoins de compensation ainsi que le guide d'éligibilité à la PCH (juin 2011) complété par un document d'aide à la cotation des capacités fonctionnelles (oct. 2013).

Dans le cadre de ses missions, la CNSA déploie également une stratégie d'entrée thématique dans la gestion du handicap de l'enfant, caractérisé notamment par la parution de deux dossiers techniques (*guides d'appui pour élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant ce type de troubles*) portant sur les troubles DYS fin 2014 et sur l'autisme (mai 2016). D'autres sont à venir sur l'épilepsie et le handicap psychique. Ces guides jouent un rôle important dans l'évaluation des demandes d'AEEH et permettent d'harmoniser les réponses sur le territoire national.

La CNSA a aussi développé une activité de veille lui permettant de répondre aux questions que peuvent se poser les MDPH sur les conditions législatives et réglementaires d'attribution de l'allocation. La mission constate que les questions sont moins nombreuses que sur d'autres sujets mais que les réponses sont détaillées et combinent analyse du droit et conseils d'application. La CNSA a en outre mis à disposition des MDPH un arbre de décision facilitant l'évaluation des demandes d'attribution de l'AEEH et de ses compléments (Cf. partie I, et PJ n°3). Elle propose aussi des formations aux agents des MDPH relatives à l'ensemble du processus PCH et AEEH⁷⁶.

⁷² Points développés en annexe 7.

⁷³ NIMS pour la CNAF et AGORA pour la CCMSA

⁷⁴ Point développé en annexe 7.

⁷⁵ Mais également guide Référence pour l'accès PCH, circulaire RSDEEA, guide attribution complément AEEH basé sur arrêté de 2002.

⁷⁶ En sept 2015, formation sur la gestion spécifique en MDPH de l'AEEH et de la PCH enfants via le centre national de la fonction publique territoriale -CNFPT- et l'institut national spécialisé d'études territoriales -INSET- d'Angers.

Enfin, la CNSA produit un état des lieux statistiques de l'activité annuelle des MDPH en agrégeant les données d'activités fournies par les MDPH⁷⁷. Les données départementales étant mises en perspective avec les données nationales, ce bilan peut constituer un outil de pilotage *a minima* pour les MDPH. Elles connaissent ainsi leur situation comparée sur la base d'un faisceau d'indicateurs.

Ces données permettent de connaître notamment le nombre de demandes d'AEEH, le taux de rejet, ainsi que la proportion des demandes d'AEEH parmi toutes les demandes relatives au handicap de l'enfant. Le bilan 2014 de la CNSA montre ainsi que l'activité des MDPH est beaucoup moins ciblée sur les enfants que sur les adultes. Les demandes relatives au handicap des enfants ne représentent que 10 % à 33 % du total des demandes dont 29,2 % sont des demandes d'AEEH et 4,4 % des demandes de PCH.

Les données disponibles sur l'activité des MDPH étant agrégées, elles ne permettent ni de connaître le profil des bénéficiaires de l'AEEH, ni les autres demandes associées chez l'enfant. A cet égard, l'agrégation parfois observée des données départementales entre adultes et enfants pour la PCH ne permet pas de connaître les dynamiques de recours locales au droit d'option.

Au total, la CNSA s'inscrit pleinement dans son rôle, mais un renforcement de ses capacités d'animation des MDPH sur ce champ de politique publique (AEEH) s'impose comme cela a déjà été suggéré dans le cadre d'autres travaux de l'IGAS sur des prestations attribuées par les MDPH.

3.2 Le pilotage global n'est pas articulé et il en résulte un manque de cohérence et une méconnaissance statistique pénalisante

3.2.1 Faute d'articulation, le pilotage national et local du dispositif souffre d'un manque de cohérence et de lisibilité

L'AEEH est une allocation hybride qui relève juridiquement de la sécurité sociale (elle est régie principalement par le code de la sécurité sociale et est financée par la sécurité sociale), mais dont les principaux aspects sont gérés par les MDPH (évaluation et attribution ou non de l'allocation et de ses compléments). Malgré la gouvernance mise en œuvre par les caisses nationales (CNAF, CCMSA et CNSA) décrite précédemment, cette dichotomie donne lieu à un pilotage qui manque à la fois de cohérence et de lisibilité.

Au niveau national, chaque institution pilote, selon ses propres modalités de fonctionnement (Cf. 3.1), une partie du dispositif sans pouvoir en appréhender la vision d'ensemble et la dynamique globale. Ainsi, s'agissant de la lecture des textes législatifs et réglementaires, la CNSA est amenée à apporter des précisions juridiques aux MDPH, la CNAF aux CAF, la CCMSA aux CMSA. A ce titre, les interprétations peuvent diverger, comme cela a pu être le cas concernant la question de la mensualisation des versements pour retour au foyer⁷⁸.

Le pilotage stratégique est aussi éclaté au sein du ministère de tutelle, il relève à la fois :

- de la DSS compte tenu du financement de l'AEEH par la sécurité sociale et son versement par les ODPF ;
- de la DGCS en raison de son imbrication avec l'ensemble des sujets de compensation du handicap, notamment chez l'enfant, et de l'évaluation menée par les MDPH ;
- de la DREES en charge de mener le recueil des données sur les bénéficiaires de la PCH depuis 2006.

⁷⁷ Les MDPH y sont tenues en vertu des articles L 247-2 et R146-38 et suivants du CASF.

⁷⁸ Une lettre en date du 7 octobre 2014 a été envoyée par la DSS aux deux réseaux concernés pour apporter des précisions.

La mission n'a pas procédé à une évaluation de la qualité du pilotage effectué par ces trois administrations centrales, mais la multiplicité des intervenants pose *de facto* la question de la cohérence d'ensemble de la politique de compensation du handicap de l'enfant, avec des conséquences déjà évoquées telles que l'absence de données financières consolidées et des difficultés d'articulation entre les caisses nationales et avec les directions d'administration centrales. Enfin, il n'existe aucune forme de contrôle et d'audit, national ou territorial, des pratiques des MDPH dans la gestion de l'AEEH bien que le financement de celle-ci relève d'un financement de sécurité sociale, la réglementation ne prévoyant que la participation des services de l'Etat et des caisses de sécurité sociales aux différentes instances de la MDPH, mais aucun regard extérieur au fonctionnement de l'institution.

Par ailleurs, la régulation du dispositif dépend en partie d'autres partenaires tels que l'éducation nationale. Ainsi, les demandes de prise en charge de frais par l'AEEH peuvent ou non croître en fonction de la prise en charge du matériel scolaire notamment pour les troubles des apprentissages, les possibilités de financement semblant variables selon les départements. A cet égard, il apparaît clairement que dans certains départements visités par la mission, la bonne articulation des MDPH avec le dispositif de prise en charge scolaire permet une régulation des flux de demandes et une accélération des procédures.

Parmi les autres partenaires des MDPH figurent les centres de ressources (autisme, langage), et les centres hospitaliers. Ces partenariats ne font l'objet d'aucun pilotage d'ensemble qui permettrait de dégager une orientation stratégique et des procédures opérationnelles uniformes sur le territoire national. L'articulation avec les centres hospitaliers et les centres de ressources se fait donc localement, avec une ampleur et une qualité variable selon l'offre territoriale et l'implication des MDPH.

Au niveau territorial, le pilotage de l'allocation ne s'articule pas au sein des instances qui associent pourtant l'ensemble des organismes parties prenantes de sa gestion, c'est-à-dire, dans les commissions exécutives (COMEX) des MDPH et dans les CDAPH. Dans les faits, toutes les conditions ne sont pas réunies, notamment du fait de l'implication variable des institutions, ou dans le cadre d'échanges réguliers avec le directeur de l'organisme.

Les MDPH et les ODPF ont cependant organisé le dialogue entre les équipes en charge du traitement des dossiers. Toutes les MDPH visitées disposent de référents au sein des ODPF mais il existe rarement des conventions cadrant les relations entre les organismes et permettant des échanges de données, et un pilotage opérationnel. Au final, les acteurs de la gestion de l'allocation se parlent peu et se connaissent mal.

Un projet de dématérialisation des flux d'informations entre ODPF et MDPH a été lancé en 2007 mais n'a abouti qu'en 2012 à un cahier des charges validé par la CNSA, la CNAF et la CCMSA. En outre, la diversité des systèmes d'informations utilisés par les MDPH ne facilite pas le déploiement du projet. Lors de ses déplacements dans les ODPF et les MDPH, la mission a constaté que les échanges entre ces organismes étaient toujours effectués par courrier papier. La CNAF⁷⁹ a pris la décision d'autoriser les CAF à mettre en place des transferts dématérialisés d'images avec les MDPH dans l'attente de la mise en œuvre nationale d'une offre de service dématérialisée. Les organismes étaient plus ou moins avancés dans des discussions, mais se heurtaient à des difficultés techniques : à titre d'exemple, existence de deux systèmes distincts de gestion électronique des documents si bien que les documents scannés dans une MDPH n'étaient pas utilisables par la CAF, avec pour conséquence la « re-matérialisation » de l'ensemble des documents avant envoi à la CAF. Un autre problème à résoudre est de donner aux MDPH l'accès à un service de certification des numéros d'inscription au répertoire -NIR- pour lequel la CNAF fera l'interface entre les MDPH et la CNAVTS (qui gère le système national de gestion des identifiants - SNGI).

⁷⁹ Lettre au réseau n° 2015-110 du 22 juillet 2015.

3.2.2 La méconnaissance statistique qui en résulte rétroagit sur la qualité des politiques menées faute d'indicateurs pertinents pour le pilotage

Les difficultés d'animation des MDPH se traduisent notamment par un manque de connaissance de leur activité, et partant, de vision et d'indicateurs de gestion statistiques, non seulement en matière d'AEEH, mais plus généralement, de problématique du handicap de l'enfant.

3.2.2.1 Les organismes dépendent de plusieurs sources statistiques distinctes qui entraînent des biais dans le suivi du recours à la PCH enfant

Malgré l'emboîtement des prestations (PCH et AEEH) et l'évaluation des besoins par les MDPH qui devraient théoriquement assurer un recueil exhaustif de l'information, la dualité du pilotage et du financement (les départements pour la PCH, les caisses de sécurité sociale pour l'AEEH) introduit des biais d'enregistrement dans le suivi des tendances en matière de droit d'option.

Après l'entrée en vigueur du droit d'option, la CNAF a mené une étude citée supra sur les bénéficiaires de l'AEEH pour en dresser le profil et analyser les évolutions de leur nombre⁸⁰. Pour évaluer l'impact du droit d'option, elle a recouru aux données de PCH enfants collectées par les CAF. Bien que censées être recueillies de manière systématique au titre du contrôle du non cumul de cette prestation avec les compléments de l'AEEH, ces données CNAF se sont avérées incomplètes après croisement avec celles recueillies par la DREES. A ce jour, elles ne sont plus utilisées. Quantifiée à 30 %, cette sous-estimation n'a jamais fait l'objet d'exploration particulière mais il semble, d'après les investigations de la mission, qu'elle repose sur un défaut de notification (primo octroi et renouvellement) de la part de certaines MDPH et une insuffisance de contrôle et de suivi de la part de certaines CAF.

Au niveau national, les seules données disponibles portant sur la PCH enfants sont les chiffres bruts recueillis à un moment donné par la DREES⁸¹. Un pointage réalisé en décembre 2008 indiquait que la PCH enfant représentait 3,4 % du total des demandes PCH, et 1 % du total des bénéficiaires, soit environ 800 enfants. En constante augmentation mais de manière moins marquée ces dernières années, ce nombre était de 7 000 en mars 2011 (6 % du total des bénéficiaires), de 12 000 en décembre 2012, de 14 000 en mars 2014, de 16 400 en décembre 2015 (9 % du total des bénéficiaires).

Ces données, qui s'avèrent au final très limitées, confirment l'absence de suivi spécifique de la PCH enfant par la CNSA, et par certaines des MDPH visitées par la mission.

3.2.2.2 Les données issues des MDPH, agrégées au niveau national, ne permettent pas une connaissance fine des bénéficiaires de l'AEEH

Outre la faiblesse des données disponibles sur la PCH enfant et l'exercice du droit d'option, l'activité des MDPH ne fait pas l'objet d'un suivi statistique suffisamment élaboré pour décrire les publics d'enfants demandeurs et bénéficiaires de l'AEEH. Pour des raisons historiques, le recueil des données d'activité des MDPH se heurte en effet à deux grandes difficultés qui en altèrent in fine la qualité (homogénéité, exhaustivité) et le potentiel d'exploitation.

⁸⁰ L'e-ssentiel CNAF, n°107- Février 2011

⁸¹ Enquête sur la prestation de compensation du handicap réalisée par la DREES auprès des conseils généraux

La première tient au mode de remontée des données. La loi du 11 février 2005 a confié à la CNSA un projet de remontée coordonnée des données d'activité (SipaPH⁸²) qui n'a pu voir le jour faute d'avoir pu imposer un éditeur de logiciel unique. Chaque MDPH ayant mis en place le système d'information de son choix, le déploiement du projet a abouti à des situations locales très hétérogènes⁸³, se traduisant par une absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information des MDPH. Les remontées d'information des MDPH vers la CNSA étant par ailleurs complexes, il est impossible d'opérer un suivi fin des publics reçus alors que c'était l'objectif poursuivi initialement. En conséquence, les informations disponibles à ce jour au niveau national sont des données agrégées qui ne permettent pas de connaître le profil et les besoins précis des enfants handicapés.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement charge la CNSA de concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux MDPH avec pour objectif d'améliorer la connaissance du public et de ses besoins, en termes d'offre, à chaque niveau territorial et faciliter la mise en place de collectes de données anonymisées locales et nationales. Mais ce système ne sera pas opérationnel avant plusieurs années.

La seconde difficulté concerne le contenu du recueil des données spécifiques sur le handicap qui doit faire l'objet d'une concertation et d'une harmonisation pertinentes, l'enjeu étant pour les MDPH de disposer d'un support commun permettant d'une part de coder de manière opérationnelle les lésions et les déficiences génératrices de handicap, et d'autre part de prendre en compte de manière fine, pour l'analyse de l'offre proposée en regard, la nature des décisions (intégrant combinaison des compléments et discontinuité dans le versement de l'allocation). Pour l'heure, la mission a pu constater que, lorsqu'il est mis en œuvre⁸⁴, le codage des seules pathologies se fait selon des procédures variables d'une MDPH à l'autre, sans encore permettre de produire de typologie de handicap ni a fortiori d'indicateurs permettant une analyse comparée de l'offre.

Dans l'attente de disposer d'une vision d'ensemble plus structurée, la gestion de la demande se fait donc au fil de l'eau, sur une base empirique pourvoyeuse d'inégalités faute d'approche standardisée comme il en existe dans le domaine des pathologies médicales où l'observation épidémiologique et l'analyse des pratiques permettent d'anticiper les flux, d'adapter les capacités de prise en charge et de disposer de guidelines contribuant à optimiser la qualité des réponses institutionnelles et à réduire les pertes de chances individuelles.

Bien que cruciale, l'information sur l'activité des MDPH ne constitue par ailleurs qu'une part des données nécessaires pour déployer une prise en charge adaptée, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, aux besoins des enfants handicapés. A cet égard, elle ne reflète que les demandes exprimées et ne permet aucunement de connaître son niveau de couverture des besoins réels, notamment en matière d'AEEH. Par ailleurs, les MDPH ne disposent pas toujours de l'information d'un éventuel rejet des organismes payeurs (départements pour la PCH et ODPF pour l'AEEH), donc du nombre exact de bénéficiaires des prestations.

⁸² Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées

⁸³ L'informatisation des MDPH, outre de s'être fait à partir de plusieurs éditeurs de logiciel distinct, souffre de différence de paramétrage qui ont contribué à générer une grande hétérogénéité.

⁸⁴ A partir de la classification internationale des maladies de l'organisation mondiale de la santé

3.2.2.3 Aux limites des données d'activité recueillies par les ODPF et les MDPH s'ajoutent celles de la connaissance épidémiologique

Malgré l'existence de quelques études épidémiologiques (réseau de surveillance, enquête handicap de l'institut national de la statistique et des études économiques -INSEE-) et recueils statistiques (données CNAF sur les AEEH versées, recueil DREES⁸⁵ des données trimestrielles auprès des conseils départementaux sur le nombre de personnes bénéficiant de la PCH et par dépenses), force est de constater que la puissance publique ne dispose à ce jour d'aucun indicateur robuste pour estimer le nombre d'enfants porteurs de handicaps, d'en caractériser les profils et la répartition, d'en connaître les besoins (notamment en AEEH et en PCH), d'en suivre l'évolution et de planifier en conséquence une offre de service adaptée⁸⁶.

Outre leur insuffisance structurelle (pas assez nombreuses, partielles dans leur approche), les données actuellement disponibles en la matière souffrent de ne pouvoir s'articuler, du fait notamment de l'absence de système d'information et d'indicateurs partagés entre des secteurs d'intervention (social, médico-social, sanitaire).

S'ajoutant à la faible caractérisation des enfants déjà suivis dans les MDPH, le manque d'une connaissance plus générale de la population des enfants handicapés (dont certains sont susceptibles d'influer sur l'activité des MDPH), est donc préjudiciable à la qualité de l'offre et de pilotage en matière d'AEEH. Pour pallier ces lacunes et améliorer l'efficacité du dispositif, le système d'informations partagées dans le champ du handicap en cours de réalisation au sein des MDPH doit être complété par le renforcement des études épidémiologiques, indispensable pour caractériser les déficiences qui conduisent au handicap de l'enfant et progresser dans les domaines de sa prise en charge.

⁸⁵ Enquête sur la prestation de compensation du handicap réalisée par la DREES auprès des conseils généraux

⁸⁶ Insuffisance des statistiques disponibles, indispensable pour connaître les problèmes rencontrés par les enfants handicapés de 0 à 6 ans, assurer le suivi des pathologies et adapter les moyens de garde et d'accueil

4 AMELIORER LE DISPOSITIF DE L'AEEH

La mission considère que malgré les difficultés de gestion qui peuvent être à l'origine d'inégalités sur le territoire, et indépendamment des problèmes d'articulations pointées avec les autres prestations, l'AEEH semble répondre dans une mesure raisonnable aux besoins d'une grande partie des familles.

En tout état de cause, il apparaît nécessaire d'étudier dans un premier temps les modalités possibles d'amélioration de la réponse apportée aux familles avec un maintien de l'AEEH dans ses grandes caractéristiques actuelles (4.1) avant d'envisager des évolutions plus conséquentes de l'architecture de la prise en charge des compensations des dépenses des familles dues aux enfants handicapés (4.2), la modélisation de ces scénarios se heurtant à la faiblesse des statistiques disponibles.

Il convient par ailleurs de rappeler que le recours à l'AEEH et sa gestion peuvent être fortement influencés par le contexte général de prise en charge du handicap de l'enfant : qualité et volume de l'offre médico-sociale, possibilité de scolarisation en milieu ordinaire, existence d'un parcours de soins bien coordonnés, etc. C'est pourquoi une partie des difficultés précédemment soulignées par la mission ne pourraient être résolues par une seule réforme de l'AEEH. Compte tenu de ces mêmes difficultés entourant la prise en charge de l'enfant, toute réforme de l'AEEH devra peser les gains attendus (meilleure contrôle et/ou ciblage de la dépense) et l'accroissement des charges pesant sur les familles : nombre de justificatifs à fournir, stabilité des versements, allongement des procédures d'attribution et de renouvellement, etc.

De manière générale, un renforcement des capacités d'animation des MDPH par la CNSA serait souhaitable. Cela faciliterait la mise en œuvre des préconisations formulées par la mission ci-après. Celles-ci peuvent cependant d'ores et déjà être mises en œuvre dans le cadre des priorités fixées par la convention d'objectif et de gestion Etat-CNSA 2016-2019, dont 3 des 5 axes correspondent à des recommandations de la mission concernant l'AEEH : améliorer la connaissance des besoins (axe 1 de la COG), améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et des aidants (axe 2), améliorer le fonctionnement de la caisse (axe 5). La COG insiste notamment sur l'objectif d'harmoniser les pratiques des MDPH en vue d'une meilleure équité de traitement, la mise en œuvre d'un système d'information commun aux MDPH, le codage des données descriptives des situations, etc.

Les propositions présentées en 4.1 s'articulent autour du parcours des familles, tandis que celles présentées en 4.2 développent dans les grandes lignes les options envisageables d'évolution de l'architecture de l'allocation, en soulignant les avantages et les risques de celles-ci.

4.1 Améliorer la connaissance, mieux sensibiliser les professionnels, mieux repérer et orienter pour assurer une réponse plus rapide aux besoins

4.1.1 Améliorer la connaissance au plan épidémiologique et technique

Une meilleure connaissance des bénéficiaires de l'AEEH (volume, typologie), et plus largement, des publics susceptibles d'en bénéficier, est nécessaire pour piloter plus efficacement la politique d'attribution de l'allocation (indicateurs), notamment via l'anticipation des besoins (taux de couverture), l'adaptation et le suivi des prises en charge (élaboration de recommandations pour la prise en charge). Ce recueil de données aux caractéristiques variables permettrait un réel pilotage stratégique.

Recommandation n°1 : Poursuivre l’harmonisation et la coordination des systèmes d’information des MDPH (circuit, codage), remontée des informations vers la CNSA pour consolidation et organisation de leur analyse.

Recommandation n°2 : Poursuivre les travaux initiés par la mission d’estimation de la population des enfants handicapés et des publics éligibles à l’AEEH, avec l’appui de la CNSA/DREES/INSERM.

Au regard des flux croissants de demandes concernant les « Dys » et des questions relayées par la mission s’agissant des modalités d’intervention et de la dimension potentiellement médicale de leur prise en charge (soins préventifs de la déficience, et impact en termes de financement des dépenses), il serait opportun d’organiser une réflexion collégiale pour définir les bonnes pratiques en la matière.

Dotée d’une mission générale de contribution à la régulation du système de santé par l’amélioration de la qualité en santé, et l’efficacité, la HAS pourrait être saisie pour analyser la dimension sanitaire des troubles spécifiques des apprentissages et définir le cas échéant, des bonnes pratiques de prévention primaire et de prise en charge clinique à destination des professionnels et des patients. Ces travaux seraient à mener conjointement avec l’ANESM.

Recommandation n°3 : Saisir la HAS et l’ANESM pour analyser la dimension sanitaire des troubles spécifiques des apprentissages et définir le cas échéant, des bonnes pratiques de prise en charge

4.1.2 Assurer une sensibilisation des partenaires des MDPH et diffuser une information générale plus précise

L’AEEH constitue une aide dont la qualité dépend en partie du niveau de connaissance et de maîtrise qu’en ont les usagers ou les professionnels qu’ils côtoient dans leur parcours (CAF, CMSA, établissement sociaux et médico-sociaux -ESMS-, professionnels de santé,...). A cet égard, il convient notamment de faciliter leur compréhension des processus et des conditions d’attribution de l’allocation et des prestations connexes ainsi que des droits auxquels elles ouvrent.

Recommandation n°4 : Améliorer l’information des allocataires potentiels et des professionnels en contact avec eux (CAF, CMSA, ESMS) notamment par le biais d’interfaces internet contenant des éléments sur les conditions d’éligibilité, les prestations et processus au sein de la MDPH, les modalités d’évaluation initiale et de révision périodique, les frais pris en charge, les allocations complémentaires mobilisables, incluant le droit d’option avec la PCH, les droits associés à leur situation d’octroi.

4.1.3 Repérer plus précocement les handicaps et mieux orienter les familles

Les médecins généralistes qui suivent les familles sont en première ligne pour le repérage des handicaps de l’enfant (notamment les handicaps d’expression à la fois différée dans le temps et modérée en intensité qui n’ont pu être détectés par le secteur spécialisé) et l’orientation des familles vers la MDPH. Mais comme la plupart des problématiques à la frontière du médical et du social, ils n’y sont pas spécifiquement sensibilisés, leur formation initiale se cantonnant à une approche lésionnelle des handicaps les plus lourds (séquelles d’accident vasculaire cérébral...) qui ne couvre ni la dimension fonctionnelle du handicap ni les circuits institutionnels de sa prise en charge. A cet égard, ils ne savent pas toujours comment fonctionnent les MDPH ni l’usage qui est fait des certificats médicaux *cerfa* qu’ils rédigent à leur intention.

Recommandation n°5 : Sensibiliser les médecins généralistes au handicap de l’enfant, notamment aux formes émergentes comme les troubles spécifiques des apprentissages.

Recommandation n°6 : Sensibiliser les médecins généralistes sur le fonctionnement des MDPH, sur le contenu attendu du *cerfa* (importance du retentissement fonctionnel) et son utilité pour l'évaluation des droits.

Ces sensibilisations pourraient se faire via l'ordre des médecins, et/ou des journées organisées avec les intervenants du secteur par la MDPH.

Autre ressource pivot dans le repérage des enfants handicapés, les référents de l'éducation nationale mériteraient de voir leur rôle valorisé dans l'économie générale de l'AEEH, et plus particulièrement, leur capacité à ne pas orienter vers les MDPH les demandes qui n'en relèvent pas et pour lesquelles des aménagements au sein des établissements scolaires suffisent (PAP⁸⁷ vs PPS). A cet égard, il faut rappeler les périmètres d'intervention et les frais pris en charge par chacun des financeurs (éducation nationale, sécurité sociale) s'agissant notamment du matériel scolaire (typiquement, difficultés d'apprentissage qui ne sont pas de véritables troubles des apprentissages).

Recommandation n°7 : Suivre le déploiement des projets d'accompagnement personnalisé (PAP) et l'impact éventuel de ceux-ci sur les flux en direction des MDPH.

4.2 Améliorer le service des prestations à toutes les étapes de la procédure en maintenant l'architecture globale du dispositif

4.2.1 Accompagner les familles et les informer à chaque étape

La formalisation précise des besoins et du projet de vie est une condition déterminante pour l'octroi d'une aide adaptée notamment en termes de compléments d'AEEH ou de PCH. A cet égard, il convient de faciliter l'expression des besoins des familles, trop souvent laissées à elles-mêmes.

Recommandation n°8 : Donner une information aux familles sur les interlocuteurs susceptibles de les accompagner le long de la procédure de demande d'AEEH.

Le formulaire testé dans le cadre de l'expérimentation dite IMPACT (Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires), vise à guider très précisément les demandeurs dans l'expression de leurs besoins, dans toutes leurs dimensions (vie quotidienne, vie scolaire, vie professionnelle, besoins de compensation), tout en laissant un espace libre d'expression aux familles. Les questions sont directives (de type question à choix simple ou multiples) tout en laissant dans tous les cas la place à des compléments apportés par les familles. Le prototype dont la mission a eu connaissance (Cf. PJ n°10) établit un guidage entre les différentes rubriques par codes couleur. Ce formulaire est beaucoup plus concret et précis, même si cela a pour conséquence de l'allonger de près de 8 pages par rapport au *cerfa*, qui est porte principalement sur l'expression d'une demande de prestation et non l'expression d'un besoin.

Recommandation n°9 : Assurer le déploiement du nouveau modèle de *cerfa* testé dans le cadre de l'expérimentation IMPACT, pour permettre aux familles de préciser leurs besoins sans sacrifier l'expression libre de leur vécu.

Soumises à des contraintes administratives souvent perçues comme excessives dans un contexte quotidien déjà éprouvant, les familles ont également besoin d'un minimum de retour de la part des MDPH dont le fonctionnement leur paraît parfois opaque, qu'il s'agisse du traitement de leur demande ou des droits qui les concernent.

⁸⁷ Si la mise en œuvre d'un PAP n'est pas exclusive d'une saisine des MDPH, elle doit permettre une première réponse aux besoins d'enfants qui bien que rencontrant des difficultés d'apprentissage, ont un taux d'incapacité inférieur à 50 % et ne relèvent pas du champ du handicap tel que défini actuellement par le CSS et le CASF.

Recommandation n°10 : Tenir les familles informées de l'état d'avancement de leur dossier par l'émission d'un accusé réception, la communication des dates indicatives d'évaluation et de passage en CDAPH via la désignation d'un interlocuteur ou une interface de suivi extranet.

4.2.2 Améliorer la gestion administrative

Déjà compliquées par la diversité des acteurs qu'elles mobilisent, les demandes d'AEEH donnent lieu à une succession de procédures administratives dont certaines sont inadaptées (obligation de transmission à la CAF d'une copie de la demande d'AEEH à son dépôt en MDPH⁸⁸) et d'autres, appliquées de manière variable, qu'il s'agisse de la vérification de la complétude du dossier (notion diversement appréhendée selon les MDPH) ou de la notification d'admission ou de modifications de régime à la CAF et à la MDPH ou d'information de la part des ESMS (tous ne le font pas).

Recommandation n°11 : Abroger l'obligation de transmission d'une copie des demandes à la CAF dès réception du dossier par les MDPH, figurant dans l'article R541-3 du CSS.

Recommandation n°12 : Homogénéiser les informations transmises par les MDPH aux ODPF lors de la notification des droits (notamment par l'élaboration d'un modèle national de notification de la décision de la CDAPH).

Recommandation n°13 : Clarifier le rôle et les obligations des différentes parties-prenantes (ODPF, familles, établissements sociaux et médico-sociaux, MDPH et leur CDAPH) en procédant à un toilettage de la réglementation (codes et circulaire), et en précisant notamment les circuits d'information et de saisine en cas de changement de situation du bénéficiaire.

Recommandation n°14 : Accélérer les travaux de mise en œuvre d'un processus d'échanges dématérialisés entre ODPF et MDPH.

4.2.3 Construire les outils pour tendre vers une meilleure gestion des flux par les MDPH et l'harmonisation des décisions des CDAPH sur le territoire national

4.2.3.1 En matière d'évaluation

L'évaluation des handicaps nécessite des délais et des niveaux d'expertise qui varient notamment en fonction de leur complexité. Pour optimiser la gestion des flux et la qualité des évaluations, les EPE doivent s'organiser de manière à limiter les délais d'instruction des dossiers tout en mobilisant de la ressource extérieure en tant que de besoin.

Recommandation n°15 : Favoriser l'efficacité au sein des EPE en s'inspirant des pratiques observées par la mission : régulation des flux (priorisation de certaines demandes, circuit avec différents niveaux d'évaluation), création et animation d'un réseau de correspondants.

Le flux d'activité de l'EPE peut aussi être régulé plus en amont via l'action de repérage et d'orientation par l'enseignant référent des enfants dont le handicap (notamment les difficultés d'apprentissage) peut faire l'objet d'aménagement scolaire sans passer par la MDPH.

⁸⁸ Point développé en annexe n°4

Recommandation n°16 : Examiner la possibilité d'un repérage en amont (des enfants avec difficultés d'apprentissage ne relevant pas des MDPH) reposant sur une clarification des périmètres de compétences entre éducation nationale et MDPH et un travail concerté avec l'enseignant référent et le médecin scolaire.

Au-delà de l'organisation, la réflexion doit également porter sur :

- les outils permettant d'introduire plus d'homogénéité et de souplesse dans la manière de compenser le handicap :
 - ✓ création de matrices de correspondance entre besoins et dépenses à proposer pour couvrir les frais (les MDPH se sont chacune dotées de leurs tarifs de référence sur certaines dépenses – vacances adaptées, couches, etc.- il pourrait être utile de les harmoniser au niveau national, à titre indicatif) ;
 - ✓ actualisation de l'arrêté et de la circulaire nationale de 2002 afin de créer des grilles d'analyse des situations des familles (arbres de décision) ;
 - ✓ clarification des modalités de versement (mensuelles ou annuelles) en cas d'AEEH dite de « retour au foyer » ;
- la création de catégories intermédiaires pour les temps de réduction d'activité des parents à prendre en compte (notamment temps partiel à 20 % ou à 70 % d'activité) ;
- l'assouplissement de la notion de surveillance constante permettant d'accéder au complément 6 : actuellement les MDPH rencontrent d'importantes difficultés à définir la notion, des cas types pourraient être développés dans le cadre de l'actualisation de la circulaire.

Recommandation n°17 : Impulser une réflexion nationale portant sur les aides à l'évaluation, en vue de mieux nuancer les besoins (redéfinir le périmètre des frais à couvrir et la notion de surveillance constante à l'aune des témoignages des associations) pour mieux ajuster les niveaux de compensation.

Recommandation n°18 : Lancer une étude relative au reste-à-charge des familles bénéficiaires de l'AEEH sur un échantillon de départements, permettant ainsi de connaître la couverture des besoins réellement assurée par les différents niveaux de complément, et alimenter la réflexion nationale envisagée en recommandation n°17.

S'inspirant pour la plupart de constats et d'initiatives locales, ces propositions témoignent de l'intérêt pour les MDPH de se doter, en lien avec la CNSA, d'un niveau intermédiaire de mutualisation d'expérience (niveau régional) permettant des retours d'expérience et des échanges de bonnes pratiques sur des cas complexes, ou des situations volumétriques importantes. A titre d'illustration, il pourrait être ainsi envisagé, que des MDPH créent des dossiers types inspirés de situations qui leur ont posé des difficultés d'évaluation et les soumettent pour avis aux MDPH de leurs régions, cela permettrait à tout le moins d'enclencher des discussions régionales.

Recommandation n°19 : Favoriser les retours d'expériences entre EPE.

4.2.3.2 En matière de prise de décision

La CDAPH fonde ses décisions sur la base d'éléments produits par l'EPE. Pour assurer la plus grande équité possible, un équilibre est souvent recherché entre données d'objectivation et éléments de contexte plus subjectifs, en veillant dans la mesure du possible à ce que les parties prenantes partagent une définition du handicap fondé non sur le diagnostic étiologique mais sur son retentissement fonctionnel. L'EPE doit également pouvoir répondre aux demandes d'information complémentaires de la CDAPH. Ces conditions de fonctionnement supposent un travail de sensibilisation et d'animation de la part de la direction de la MDPH, incluant la possibilité de faire remonter les doléances

La loi prévoit que la CDAPH puisse consulter tout usager qui en exprime la volonté. Dans les faits, une grande majorité des personnes ne fait pas de demande, en partie par méconnaissance de leur droit. De manière plus générale, les usagers ne sont pas toujours informés de la date de passage de leur dossier en CDAPH ; n'étant pas non plus systématiquement destinataires d'un PPC, ils ignorent parfois les recommandations de l'EPE et n'ont pas, a fortiori, l'occasion de les contester.

Recommandation n°20 : Proposer au niveau national à titre indicatif des procédures permettant d'assurer la plus grande homogénéité possible au sein d'un même département et entre départements dans le traitement des dossiers : fonctionnement harmonisé de l'EPE, sensibilisation et animation de la CDAPH, mise en œuvre des mécanismes de régulation d'amont prévus par la loi (PPC et son équivalent), information des usagers sur leur droits dont la possibilité de rencontrer l'EPE.

La mise en œuvre de processus plus efficaces de traitement des demandes dépend aussi de la capacité des structures à maîtriser leur organisation et assurer un contrôle interne des procédures mises en œuvre.

Recommandation n°21 : Mettre en place au sein de la CNSA, et à destination des MDPH un appui au déploiement d'une politique de contrôle interne.

4.2.3.3 En matière d'attribution

La mission a recueilli des témoignages d'associations d'usagers évoquant une forme d'aléa d'un département à l'autre en termes de niveau et de durée d'octroi de compléments à besoins comparables, telles que, par exemple, l'attribution ou non du C6 pour des colonies de vacances aménagées ou la prise en compte d'intensité variable des soins paramédicaux.

Au-delà des ajustements déjà proposés plus haut en vue de réduire la part d'empirisme et d'atténuer les écarts d'appréciation des besoins entre situations comparables, il paraît opportun pour pallier ces écarts que les MDPH se pourvoient de repères communs qui permettent de faire correspondre aux mêmes situations le même niveau d'aide.

Recommandation n°22 : Harmoniser les pratiques d'attribution des compléments en s'appuyant sur un inventaire et une analyse des cas donnant lieu à un traitement différentiel.

Outre des écarts de pratiques entre départements, un grief fréquemment formulé par les associations porte sur les contraintes souvent jugées excessives, et pour partie inutiles, associées au renouvellement de la demande, particulièrement en l'absence de tout changement de la situation de l'enfant. Si la nécessité d'un point périodique sur la situation ne se discute pas, il n'est peut-être pas toujours indiqué de refaire un bilan complet, notamment s'agissant de certains handicaps lourds peu susceptibles d'évoluer, de surcroît dans l'intervalle d'une année (notamment les explorations médicales, qui en plus d'être coûteuses prennent souvent beaucoup de temps du fait des listes d'attentes). Dans l'intérêt des familles et des équipes d'évaluation soumises à des flux d'importance croissante, une réflexion s'impose donc quant à la manière de simplifier en fonction du contexte les procédures pour le renouvellement des demandes d'AEEH.

Recommandation n°23 : Examiner les conditions d'une simplification des démarches de renouvellement de l'AEEH.

Hors du cadre général d'attribution de l'AEEH, des situations particulières se présentent qui donnent lieu ou non, selon les MDPH visitées par la mission, à des anticipations adaptées.

Il s'agit d'une part de l'atteinte de l'âge de fin de droit à l'AEEH (avant 20 ans ou dès 16 ans si le bénéficiaire perçoit des APL ou un salaire supérieur à 55 % du SMIC), et conséquemment, de la transition vers d'autres types d'aides, parmi lesquelles l'AAH⁸⁹ ou la PCH adulte⁹⁰. Le passage à l'une ou l'autre de ces prestations n'étant pas systématique pour les bénéficiaires de l'AEEH, il convient d'examiner à l'avance et de manière méthodique les possibilités d'aides, à l'instar de ce que font certaines MDPH dotées de « cellule de transition ».

Recommandation n°24 : Anticiper de manière plus systématique la phase de sortie de l'AEEH et la transition vers d'autres formes d'aides.

L'autre cas de figure concerne le passage à l'ASE des bénéficiaires de l'AEEH qui en perdent le droit, la prestation n'étant parfois plus versée à la famille de l'enfant sans que pour autant, un autre « partenaire » soit désigné (conseil départemental, famille d'accueil). La vulnérabilité de ces enfants s'en trouve accrue dans la mesure où ils se trouvent à l'intersection de politiques publiques et de champs institutionnels complexes et cloisonnés. Cette situation qui n'est pas exceptionnelle pose la question de l'équité des droits, et interroge notamment la manière dont le besoin de compensation de l'enfant est pris en compte par l'ASE (notamment quand il y a placement en famille d'accueil). Sur ce sujet déjà pointé de manière plus générale par le défenseur des droits dans un rapport récent⁹¹, une autre mission IGAS en cours est notamment chargée d'analyser les bonnes pratiques en la matière.

4.2.4 Clarifier le rôle des ODPF et améliorer le contrôle d'effectivité

La réglementation en matière d'AEEH est parfois approximative sur le rôle et les obligations des ODPF, notamment concernant le contrôle d'effectivité, dans un contexte d'investissement par ailleurs limité sur le sujet, la gestion de cette allocation, ne représentant que 0,5 % à 2 % des dépenses des ODPF audités.

En tout état de cause, il convient de clarifier le rôle et les obligations des ODPF, en procédant le cas échéant à un toilettage de la réglementation pour renforcer le contrôle d'effectivité dans la mesure de sa faisabilité :

- le récent processus national AEEH ayant introduit la possibilité de vérifier le recours à une tierce personne ou le taux d'activité du/des parents, il pourrait être par exemple suggéré à la CNAF de rendre cette bonne pratique obligatoire et de l'étendre, selon des modalités à déterminer, au régime agricole. Il appartiendrait alors aux ODPF de vérifier la réduction effective d'activité. En revanche, il apparaît clairement qu'il n'est pas possible de vérifier le temps véritablement consacré à l'enfant quand le parent ne travaille pas.
- la clarification doit également porter sur le rôle de la MDPH, notamment en termes de modalités de contrôle d'effectivité possible en tenant compte des conséquences vis-à-vis des familles. Parmi l'ensemble des frais compensés, les dépenses de soins ou relatives au parcours de l'enfant ainsi que les dépenses ponctuelles importantes (vacances adaptées) devraient être systématiquement vérifiées par les MDPH.

⁸⁹ L'AAH peut se demander à partir de 20 ans ou dès 16 ans si la personne n'est plus à la charge de ses parents pour le bénéfice des prestations familiales. Pour l'obtenir, il faut un taux d'invalidité supérieur à 80 % ou alors, compris entre 50 et 79 % avec une reconnaissance de restriction substantielle et durable d'accès à un emploi (difficultés importantes d'au moins 1 an d'accès à l'emploi ne pouvant être compensées par des mesures d'aménagement de poste de travail)

⁹⁰ La PCH adulte peut se demander à partir de 18 ans ou dès 16 ans si la personne n'est plus à la charge

⁹¹ « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles », rapport 2015 du défenseur des droits consacré aux droits de l'enfant. Il y aurait 70 000 enfants handicapés suivis par l'ASE, dont un certain nombre éligibles à l'AEEH

Recommandation n°25 : Clarifier le rôle et les obligations des différentes parties-prenantes (ODPF, familles, établissements sociaux et médico-sociaux, MDPH et leur CDAPH) en procédant à un toilettage de la réglementation, et en précisant notamment les circuits d'information et de saisine. Une convention type pourrait être proposée pour homogénéiser les pratiques sur l'ensemble du territoire.

Recommandation n°26 : Assurer un ciblage des contrôles d'effectivité à mener par les institutions MDPH et/ou ODPF sur les dépenses les plus significatives qu'il conviendrait au préalable de lister.

Du fait du faible volume d'activité qu'elle génère au niveau des ODPF, il pourrait être intéressant d'analyser les gains d'efficacité réalisables via le regroupement et la mutualisation du traitement de l'AEEH sur quelques sites régionaux en vue de professionnaliser les agents et d'améliorer sa liquidation et son contrôle. Le cas échéant, la condition *sine qua non* serait de s'assurer que la période de mise en place de cette nouvelle organisation ne se traduise pas par un allongement ponctuel des délais de traitement. L'accueil et l'orientation des assurés continueraient de relever des agences territorialisées (*front-office*) des ODPF, sachant d'une part que l'AEEH génère peu de contact, une grande majorité des allocataires contactant les MDPH, et d'autre part, que l'AJPP fait d'ores et déjà l'objet d'une mutualisation dans une grande partie des CAF.

Un autre gisement d'efficacité à explorer est la bascule vers une obligation de déclaration annuelle des frais et du temps de travail par interface numérique (à l'instar de la déclaration d'impôt) qui aurait l'avantage de faciliter le travail de contrôle des ODPF et MDPH tout en réduisant les contraintes administratives des familles.

Recommandation n°27 : Examiner la possibilité de mutualiser au niveau régional la gestion de l'AEEH au sein des ODPF.

Recommandation n°28 : Faciliter les contrôles par l'ensemble des acteurs institutionnels en créant des interfaces numériques entre eux et avec les familles.

La mission a pu constater l'engagement de certains administrateurs des caisses au sein des CDAPH, mais aucun travail de coordination n'est mené entre eux et les directions des caisses, même les comptes rendus annuels aux conseils d'administrations sont rares. Ainsi, malgré l'existence d'interlocuteurs et représentants de la CAF auprès de la MDPH à tous les niveaux (référénts techniques de la MDPH, ou membres de la CDAPH), il persiste une déconnexion entre les ODPF et les MDPH, avec pour conséquence un traitement non optimal des dossiers.

Les administrateurs ne connaissent pas suffisamment les difficultés auxquelles sont confrontés les techniciens conseil dans l'application du droit, et n'apportent pas aux CDAPH une analyse technique du dossier, ni ne peuvent alerter les caisses sur les modalités de fonctionnement et les pratiques des MDPH.

Recommandation n°29 : Examiner la possibilité d'une représentation technique des CAF au sein des CDAPH (en remplacement des administrateurs), ou imposer des échanges réguliers entre administrateurs et référénts du processus au sein de la CAF et des comptes rendus auprès des Conseils d'administration.

4.3 Faire évoluer l'existant dans son architecture générale

4.3.1 Plusieurs scénarios d'évolution sont possibles mais des initiatives préalables sont nécessaires

La mission a souligné en partie I notamment, la complexité de l'allocation, et l'opacité du dispositif institutionnel combinant trois prestations et une majoration de prestation pour répondre aux besoins d'un même public. En outre, la PCH, créée en 2005 (après la réforme de l'AES en 2002) puis ouverte aux enfants en 2008, présente des avantages notables au regard de certaines limites de l'AEEH identifiées par la mission (cumul de multiples effets de seuils, difficultés à recenser les frais pris en charge notamment), limites qui pourraient en partie être dépassées en cas de basculement vers un système de PCH, ou proche des logiques de PCH.

Plusieurs options sont envisageables à ce titre, étant toutefois observé que les modélisations à réaliser pour tester la pertinence et la faisabilité des scénarios d'évolution majeure des différentes prestations sont à ce jour impossibles, faute de connaissances statistiques précises (*cf.* partie I.4). Sous réserve de ces limites, la mission a retenu trois options qui lui paraissent présenter certains avantages au regard de la situation actuelle. Aucune ne pourra être mise en œuvre sans étude d'impact approfondie, éventuellement sur un échantillon de départements.

La préférence de la mission va à l'option 1 qui pourrait éventuellement être dans un second temps, après études d'impact et de faisabilité, compatible avec l'option 2. En revanche, un basculement total vers une PCH adaptée aux enfants tel que présenté en option 3 ne paraît pas souhaitable à la mission : une majorité des bénéficiaires de l'AEEH et des compléments 1, 2 et 3 sont couverts pour des frais de moyenne importance ne légitimant pas le déploiement d'une évaluation et compensation lourde administrativement.

Option n°1 : revoir l'architecture de l'AEEH, en distinguant deux types de complément :

- un complément attribué pour recours à une tierce personne ou pour réduction d'activité, dont le montant serait complètement progressif en fonction du % exact de temps de présence d'aidant jugé nécessaire pour l'enfant. L'assouplissement permis par ce lissage aurait le mérite de prendre en compte le constat récurrent des MDPH selon lesquelles le temps réel de cessation d'activité des parents ne correspond généralement pas aux seuils réglementaires retenus pour fixer le montant des compléments (20, 50 ou 100 % de cessation d'activité) mais se situe plutôt entre deux seuils ; il n'entraînerait pas de charge supplémentaire pour les MDPH qui procèdent déjà à ces évaluations ;
- des compléments pour frais, avec maintien des seuils forfaitaires, ou avec introduction d'une forme de proportionnalité avec plafond, qui présentent l'intérêt de faciliter la gestion des organismes comme des familles. Une clarification (par voie de circulaire) des frais qui doivent être compensés par l'AEEH pourrait être utile.

Tout en préservant un système mensuel et forfaitaire couvrant une grande variété de dépenses, cette révision *a minima* de l'architecture de la prestation permettrait non seulement de distinguer deux logiques actuellement fondues dans un même niveau de complément mais également de diminuer les inégalités créées par la multiplicité des effets de seuils (*cf.* partie I.2).

En parallèle, il conviendrait de suivre plus spécifiquement les frais couverts par l'AEEH, éventuellement en les rassemblant selon des catégories similaires à celles de la PCH. Ces premières agrégations et le suivi des volumes financiers seraient nécessaires pour envisager une évolution plus profonde de l'architecture du paysage des prestations de compensation du handicap.

En revanche, cette révision de l'architecture de la prestation ne simplifierait pas le paysage institutionnel, complexifiant même encore un peu l'allocation en plus de maintenir une multiplicité de prestations. Ce deuxième aspect peut cependant être discuté au regard de la clarification apportée aux parents quant à la vocation des compléments.

Cette première option pourrait être conjuguée avec une réforme de la majoration pour parent isolé. Comme indiqué dans les parties I, et II, la logique même de la majoration paraît discutable, et il n'est pas certain que toutes les personnes éligibles y accèdent. Ainsi, s'agissant notamment de la PCH, qui permet théoriquement de bénéficier de la MPI, les ODPF ne sont pas toujours informées du niveau de complément auquel équivaut ce qui est versé au titre de la PCH quand les familles ont choisi cette option.

Une réforme possible pourrait être une forfaitisation de la majoration (établissement d'un montant unique) et son attribution systématique dès l'AAEH de base. Ainsi, l'ensemble des parents isolés en bénéficieraient. Cette réforme aurait pour avantage de simplifier la gestion de la majoration et la compréhension des familles. Elle n'induirait pas d'augmentation des dépenses globales de la MPI sous réserve de fixer un montant forfaitaire permettant d'absorber la hausse liée au fait que tous les bénéficiaires potentiels en bénéficieraient. Elle aurait en revanche pour conséquence de diminuer significativement le revenu de certaines familles bénéficiaires qui recevaient jusqu'à présent une majoration plus élevée que le montant forfaitaire retenu.

Option n°2 : s'assurer que les allocations soient exclusives les unes des autres, ou qu'une seule articulation puisse intervenir. Dans ce contexte, plusieurs choix pourraient être faits :

- L'AJPP ne bénéficiant qu'à une minorité de parents d'enfants handicapés (1508 enfants, 0,5 % des foyers d'AAEH), il pourrait être décidé qu'elle ne soit plus attribuée aux bénéficiaires de l'AAEH, en réformant concomitamment l'AAEH en vue de l'articuler avec le congé parental. En cas de congé parental, l'AAEH serait alors plafonnée par mois et sur une durée similaire à l'AJPP, un basculement vers l'AAEH dans son format non modulaire pourrait être opéré à l'issue du congé parental d'éducation. Eu égard au caractère confidentiel de l'AJPP, il est raisonnable de penser qu'un plus grand nombre de familles puissent ainsi bénéficier de la possibilité de s'arrêter temporairement de travailler pour s'occuper de leur enfant ;
- également confidentielle, l'attribution du complément 6 de l'AAEH⁹² demeure soumise à des critères très similaires à la PCH⁹³ à la nuance près que le montant de la PCH est généralement supérieur à celui du complément de l'AAEH lorsque le temps pour les actes essentiels ou la surveillance est important. Dans la mesure où le droit d'option est principalement exercé au regard de critères financiers, il pourrait être envisagé la possibilité d'attribuer le complément 6 de l'AAEH jusqu'à un certain plafond de dépenses, avec une prise de relais par la PCH au-delà de ce plafond. Dans un tel scénario, ces deux prestations ne seraient plus en concurrence entraînant la disparition du droit option.

Envisagée sous ses différents volets, cette option présente le double avantage de clarifier le paysage institutionnel et de surmonter certaines difficultés d'attribution telles que la sous-utilisation de l'AJPP par manque d'information des familles, ou encore, le défaut d'articulation entre le complément 6 et la PCH dans un contexte où le droit d'option, complexe à mettre en œuvre pour les MDPH, est assez rarement exercé. Un tel scénario nécessiterait de simplifier les critères d'éligibilité à la PCH, dans le sens d'une plus grande adaptation aux spécificités de l'enfant.

⁹² « Enfant dont le handicap oblige l'un des parents à cesser toute activité ou nécessite la présence d'une tierce personne à temps plein et dont l'état impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille »

⁹³ L'élément aide humaine de la PCH enfant ne prend pas en compte le besoin lié à la disponibilité des parents, notamment, en raison des besoins spécifiques liés à l'éducation. En revanche, le montant de la PCH sera généralement supérieur à celui du complément de l'AAEH lorsque le temps pour les actes essentiels ou la surveillance est important

Il convient ici de rappeler que, pour être mise en œuvre dans de bonnes conditions, cette option nécessiterait une évaluation technique des conditions de faisabilité assortie d'une estimation des transferts financiers nécessaires non réalisables en l'état :

- s'agissant de l'AJPP, il serait ainsi nécessaire d'effectuer un travail de rapprochement technique avec les médecins conseils de l'assurance maladie pour mieux connaître les critères médicaux retenus pour attribuer l'AJPP et assurer leur application dans le cadre de l'AEEH par les équipes pluridisciplinaires d'évaluation, ou, à tout le moins, s'assurer que les critères d'attribution de l'AEEH ne sont pas trop éloignés des critères des médecins conseils ;
- s'agissant de la PCH, il faudrait mener une étude approfondie portant sur les déterminants du choix dans le cadre du droit d'option, les MDPH ayant rapporté à la mission des renoncements fréquents et sans explication rationnelle des familles à la PCH pourtant plus avantageuse que le complément 6 pour lequel elles optaient. Une meilleure connaissance des représentations que les familles ont de la PCH permettrait d'identifier les obstacles à son choix et d'en favoriser la levée, particulièrement en cas d'intérêt manifeste pour l'enfant.

Une telle option impliquerait aussi de clarifier les modalités de contrôle de la PCH en plus des améliorations législative et réglementaire nécessaires pour renforcer son accessibilité. (Cf. parties I.3 et II.1).

Option n°3 : basculer l'ensemble du dispositif vers un système unique de PCH enfant. Cette mesure nécessiterait au préalable de réunir plusieurs conditions :

- une adaptation aux spécificités de l'enfant des critères d'éligibilité⁹⁴ à la PCH dans la mesure où un basculement en l'état exclurait de fait une large partie des enfants handicapés de l'accès à la prestation, notamment ceux en bas âge ;
- une adaptation des frais pris en charge ou, à tout le moins, une solution de prise en charge des frais de soins pour les enfants dans la mesure où les MDPH soulignent le recours très important aux compléments de l'AEEH pour compenser des frais de prise en charge médicale ou paramédicale ; la frontière entre la PCH et les interventions de l'assurance maladie serait à clarifier ;
- une définition plus exhaustive des frais compensés, les différents éléments de la PCH apparaissant assez restrictifs au regard de la diversité des situations couvertes actuellement par l'AEEH ;
- une révision du financement de la PCH pour les enfants dans la mesure où l'AEEH est actuellement financée sur crédits de la sécurité sociale ; une étude d'impact serait nécessaire, spécifiquement sur le plan financier, pour cadrer les modalités de financement de cette prestation.

Cette option n°3 aurait pour intérêt de simplifier radicalement le paysage institutionnel en fusionnant les principes de deux allocations, tout en clarifiant l'architecture de l'AEEH via la suppression des effets de seuil existants et l'explicitation des frais pris en charge au titre de la compensation du handicap. Elle permettrait aussi comme l'option n°2 de faire disparaître le droit d'option mais aussi de simplifier la gestion de la prestation avec un nouveau binôme décideur/payeur plus direct (MDPH/CD versus MDPH/ODPF, les Conseils départementaux étant déjà en charge du versement de la PCH). Les CD seraient alors en charge du contrôle d'effectivité des dépenses.

⁹⁴ Prenant par exemple en compte les besoins humains en temps d'accompagnement parascolaire, de surveillance sans mise en danger ou en l'absence de solution de garde.

Elle nécessiterait d'être complétée par une prise en compte des objectifs de facilitation de gestion poursuivis lors de la création de l'AEEH en transposant la notion de forfait à la PCH, étant observé qu'une large partie des frais couverts à ce jour par cette prestation représente, hors réduction d'activité ou recours à une tierce personne, des montants relativement limités. Des petits forfaits pourraient en conséquence être créés pour le versement de la PCH, avec de moindres obligations en matière de contrôle d'effectivité et de production de justificatifs.

En outre, les MDPH semblant appliquer avec une moindre exigence les modalités de calcul de recours à une tierce personne/réduction d'activité pour l'AEEH que pour la PCH, une étude préalable de la notion de réduction d'activité au regard des critères de la PCH comparée aux critères appliqués pour l'AEEH pourrait se justifier avant de considérer que l'élément « aidant familial » suffise à assurer le basculement.

Enfin, l'AEEH étant une prestation familiale incluant vérifications administratives (charge de l'enfant) et possibilité d'une majoration pour parent isolé, il faudrait se prononcer sur l'opportunité de maintenir une prestation familiale minimale, en précisant le cas échéant ses objectifs et modalités d'attribution et de versement. Cette question est d'autant plus difficile à trancher qu'aujourd'hui, les bénéficiaires de la PCH non déclarés aux ODPF ne bénéficient pas du versement de MPI (*cf.* partie I.2).

4.3.2 Faciliter l'accès à la PCH

Avant même d'envisager des scénarios ambitieux d'évolution de l'architecture institutionnelle, un objectif peut être de faciliter l'accès à la PCH des familles qui en ont besoin, mais qui y renoncent pour les raisons évoquées en parties I.2 et II.1.

Dans cette perspective, plusieurs assouplissements juridiques pourraient être envisagés pour atténuer les freins au recours à la PCH par les familles et les MDPH.

Par ailleurs, les conditions d'accès à la PCH cumulent éligibilité à l'AEEH (base puis complément) et critères d'accès spécifiques à la PCH, ces-derniers étant les plus restrictifs pour les enfants. Dans la mesure où la PCH pourrait constituer une réponse parfois plus adaptée aux besoins des familles, il pourrait être pertinent d'alléger ces conditions d'accès, sans pour autant entraîner une réécriture des critères d'éligibilité à la PCH. Ainsi, il suffirait de conditionner le droit d'option au seul bénéfice de l'AEEH de base, les critères actuels d'éligibilité de la PCH étant eux-mêmes suffisamment contraignants sans nécessiter d'être cumulés avec ceux de l'accès à un complément.

Cet assouplissement irait certes à rebours des options présentées précédemment consistant à supprimer toute concurrence entre les prestations. En revanche, il permettrait, en facilitant l'accès à la PCH d'un plus grand nombre de personnes, de s'assurer que toutes les familles trouvent une réponse adaptée à leurs besoins.

Recommandation n°30 : Supprimer l'exigence d'une éligibilité à un complément d'AEEH pour accéder à la PCH.

La loi impose de déclarer les sommes reçues dans le cadre de la PCH au titre d'aidant familial quand celui est membre du foyer fiscal de la personne aidée. Cette obligation s'avérant peu connue ou mal comprise, il n'est pas certain que l'ensemble des foyers concernés respectent la loi, créant ainsi des inégalités entre familles. En outre, cette fiscalisation déclenche un prélèvement social et la prise en compte de ces sommes comme des revenus dans les calculs des droits aux allocations logements et au RSA, engendrant de fait de fortes inégalités entre les bénéficiaires de l'AEEH et ceux de la PCH (qui le plus souvent ont opté pour la PCH parce que leurs dépenses étaient trop élevées par rapport au plafond de dépenses prises en charge par l'AEEH). Ainsi, cette fiscalisation pénaliserait les familles le plus lourdement concernées par des charges supplémentaires dues au handicap de leur enfant.

Compte tenu de l'incertitude quant à la proportion de familles qui omettraient de déclarer, le « manque à gagner » pour les finances sociales d'une telle mesure est difficile à évaluer. Il en est de même pour les finances de l'Etat, les données recueillies dans le cadre de la déclaration des bénéficiaires non commerciaux (BNC) ne permettant pas de savoir si les sommes déclarées sont les sommes perçues au titre du dédommagement de l'aidant familial. Aucune évaluation du coût fiscal de cette exonération n'est possible compte tenu en outre de la diversité de revenu des familles touchées par le handicap d'un enfant (une partie d'entre elles n'étant pas redevable de l'impôt sur le revenu du fait de la faiblesse de leurs ressources, malgré le dédommagement PCH en tant qu'aidant familial).

D'autres améliorations peuvent être apportées sans nécessiter une modification législative ou réglementaire.

Recommandation n°31 : Supprimer le principe de la fiscalisation du dédommagement de l'aidant familial (financé par la PCH) quand celui-ci est membre du foyer fiscal de la personne aidée.

Plutôt que de leur présenter systématiquement l'alternative entre le complément d'AEEH et la PCH dans ses divers éléments (Cf. partie II.1), une majorité de MDPH rencontrées par la mission choisissent d'informer de cette possibilité les familles qui n'en ont pas fait la demande quand l'évaluation du handicap fait apparaître que la PCH est clairement plus avantageuse. Or, cette analyse semblant très variable sur le territoire à situation comparable, les familles ignorent dans un certain nombre de cas, la possibilité d'un droit d'option.

Afin de rétablir une certaine équité territoriale, il conviendrait d'assurer une systématique de la proposition sur l'ensemble du territoire selon des critères harmonisés. Si la possibilité d'opter pour la PCH est maintenue dans ses modalités actuelles (droit d'option dès l'accès au premier complément de l'AEEH), il conviendrait qu'à partir d'un seuil de dépenses (correspondant au complément 4 par exemple), la présentation de l'option soit systématique, permettant ainsi à l'ensemble des familles de procéder à un choix dans des conditions similaires et avec une certaine autonomie par rapport aux évaluations des EPE dont elles comprennent rarement les critères (cf. partie I.2).

Il serait nécessaire de préciser les obligations des MDPH quant au moment et au contenu de la présentation des options possibles. La présentation du droit d'option ne peut être subordonnée à la seule demande de la famille dans le cadre du *cerfa*. Il en va de même pour la remise du PPC censé informer la famille des propositions de l'EPE et présenter le cas échéant les alternatives du droit d'option (cf. partie I.2).

Si la systématique du PPC ne peut être assurée, il conviendra de déterminer le document à remettre en toute circonstance et faisant état du droit, de préférence en veillant à sa présentation harmonisée sur le territoire.

Recommandation n°32 : Diffuser les bonnes pratiques de subrogation au sein du réseau des CAF, des MSA et des CD

Dans certains cas, les MDPH ont souligné que l'un des obstacles à la proposition d'option pour la PCH était la procédure supplémentaire qu'elle impliquait et l'ajout de délais à ceux déjà nécessaires pour l'évaluation de l'AEEH. Certaines MDPH rencontrées renoncent à la présentation de la PCH pour cette raison, d'autres procèdent par étape (attribution de l'AEEH puis étude du droit à la PCH) avec risque de création de situation d'indus si aucune convention de subrogation n'a été mise en œuvre.

Certains délais sont inévitables dans la mesure où certaines dépenses spécifiques (aménagement du logement par exemple) nécessitent un regard expert et un déplacement à domicile, mais tous les dossiers ne portent pas sur ce type de dépenses. En conséquence, pour un certain nombre de dépenses, une régulation des flux permettant d'accélérer les délais de traitement PCH devrait être envisagée.

4.3.3 Assurer l'accès aux soins

L'AEEH présente l'avantage d'assurer une couverture de frais de santé qui ne sont pris en charge par aucun autre dispositif. Cependant, comme indiqué en partie I.2), cette couverture des dépenses ne répond pas totalement aux besoins à plusieurs titres :

- elle intervient tardivement et peut, dans le cas de certaines déficiences, entraîner des pertes de chances, la prise en charge devant être aussi précoce que possible : avant même un diagnostic et l'annonce éventuelle d'un handicap à la famille, des soins peuvent être mis en œuvre). Or, l'absence de couverture de ces frais par l'assurance maladie entraîne un flux de demandes vers les MDPH qui ne peuvent toutes être acceptées, malgré la souplesse prévue par la circulaire DESCO et DGAS-3C 2004-157 du 29 mars 2004 : le taux d'incapacité peut être inférieur au seuil des 50 %, ou l'enfant, beaucoup trop jeune pour qu'il puisse être déterminé. En outre, elle impose une annonce de « handicap » par des personnels soignants conscients que cette annonce est peut-être anticipée à tort ;
- elle crée des inégalités territoriales et sociales. Selon la situation sociale de la famille, celle-ci pourra engager immédiatement les soins nécessaires, ou devra attendre l'attribution de l'AEEH par la CDAPH. En outre, les critères d'attribution de l'AEEH pour couvrir des frais de santé sont variables entre CDAPH : la mission a rencontré des MDPH qui attribuent systématiquement l'AEEH pour couvrir des soins prodigués en libéral, et des MDPH qui ne l'attribuent pas même si les soins pratiqués dans les ESMS sont jugés insuffisants.

En conséquence, dans un certain nombre de situations, l'AEEH n'apparaît pas être le vecteur le plus adapté à la prise en charge des frais de santé, notamment pour l'intervention précoce des professionnels de santé alors que le taux d'incapacité n'est pas déterminé, et lorsque l'offre médico-sociale est insuffisante amenant les parents à solliciter des professionnels de santé libéraux. En outre, une solution devrait être trouvée si un scénario d'adaptation de la PCH aux spécificités de l'enfant était privilégié dans la mesure où la PCH ne couvre pas les frais de soins.

En plus de soulager les MDPH (le médecin de l'EPE ne serait plus un passage obligé), la prise en charge médicale précoce des troubles spécifiques des apprentissages aurait l'avantage, sous réserve de structurer le parcours de soin, de simplifier les circuits, d'éviter les errances diagnostiques et d'améliorer les prises en charge, et in fine, de limiter les handicaps et les pertes de chance individuelles et les engagements financiers qui en découlent pour la collectivité.

L'absence de statistiques disponibles en matière de prévalence et de type de frais couverts par l'AEEH empêche l'élaboration de scénarios documentés. A ce stade, deux pistes peuvent toutefois être explorées : le remboursement par l'assurance maladie des soins évoqués *supra*, ou le développement d'une prise en charge par des « pôles de compétences et de prestations externalisées » tels que préconisés dans la circulaire n°DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016.

Option n°1 : le remboursement par l'assurance maladie des soins

Ce scénario aurait l'avantage de diminuer largement les inégalités sociales actuelles (en fonction des tarifs de remboursement). Il permettrait l'application des bonnes pratiques professionnelles qui préconisent la mise en œuvre de soins précoces, dès les premiers signes de difficultés.

Il se heurte cependant à plusieurs obstacles immédiats :

- la difficulté à évaluer les dépenses actuelles et futures. Il ne peut être considéré qu'il s'agirait d'un simple transfert de la prise en charge financière (entre la branche famille et la branche assurance maladie) sans augmentation de l'enveloppe consacrée à ces soins puisque cette évolution permettrait d'ouvrir la prise en charge financière à des familles qui ne sont pour l'instant exclues car elles n'entrent pas dans le champ de l'AEEH (Cf. critères évoqués en partie I.). En outre, aujourd'hui, les dépenses de sécurité sociale à consacrer à ces soins sont difficiles à évaluer.
- la nécessité de maîtriser le parcours de soins et les dépenses. Décider d'une prise en charge par l'assurance maladie impose la détermination préalable des types de soins à prendre en charge, et les tarifs de remboursement à appliquer en regard. Ainsi, deux étapes impératives seraient à franchir : la définition d'un parcours de soins notamment sur la base d'une concertation avec les professionnels de santé, puis une négociation avec les professions libérales concernées.

Ce scénario présenterait cependant l'avantage de diminuer fortement les flux de demandes vers les MDPH principalement motivées par la recherche d'une couverture sociale pour les frais de soins, faisant jouer aux MDPH le rôle de porte d'entrée vers une prise en charge médicale.

Option n°2 : le développement du système de « pôles de compétences et de prestations externalisées ».

Suite au rapport « *zero sans solution* » établi Denis Piveteau le 10 juin 2014, l'instruction n°DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 prévoit la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap. L'objectif de ces pôles de compétence est de permettre une continuité des parcours des personnes handicapées même quand celles-ci ne bénéficient pas d'une offre en établissement médico-social adaptée à leur situation. Il s'agit de permettre l'intervention de professionnels dans un cadre salarié ou libéral (hors nomenclature des actes de l'assurance maladie) tels que par exemple psychologues, ergothérapeutes ou psychomotriciens mais également éducateurs spécialisés. Ces pôles de compétences devant être portés par des structures autorisées, il s'agira donc principalement d'ESMS, qui candidateront dans le cadre d'un appel à projet. L'accès au pôle de compétence ne se fera que par le biais d'une notification de la CDAPH, mais les pôles pourront être sollicités en parallèle pour permettre une intervention précoce, sans remise en cause du bénéfice de la PCH et de l'AEEH.

Ce projet d'organisation constitue une première réponse aux besoins laissés sans réponse par la faiblesse de l'offre médico-sociale sur certains territoires départementaux, garantissant un certain niveau de professionnalisme⁹⁵ et de sérieux de la réponse au besoin par sa structuration.

Si ce dispositif qui concerne les adultes et les enfants semble constituer une avancée incontestable, ses conditions d'accès et de financement sont des facteurs limitant potentiellement son intérêt :

- il est subordonné à l'évaluation fonctionnelle de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et exclura de fait des enfants au handicap (initial) n'entraînant pas de taux d'incapacité supérieur à 50 %, ou trop jeunes pour que le handicap soit constaté véritablement ;
- il est restreint aux enfants « *bénéficiant d'une orientation vers un établissement ou un service médico-social sans réponse d'accompagnement effective ou suffisante et nécessitant*

⁹⁵ La circulaire précise que l'offre de pôles de compétences et de prestations externalisées permet « *notamment, en totalité ou en partie* », de délivrer des prestations directes auprès des usagers, faisant intervenir des professionnels dans un cadre salariés ou libéral (hors nomenclature), dès lors que leurs qualifications professionnelles sont reconnues et leurs pratiques conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur (acquise à travers leur formation initiale, de formations complémentaires ou continues sur les bonnes pratiques en vigueur et vérifiables par ce moyen ».

le recours à des prestations plus intensives permettant de maintenir leur autonomie, leurs compétences, etc. afin d'éviter l'aggravation des situations qui parfois s'avèrent difficiles à rétablir » ;

- il dépendra de la capacité des ESMS à porter ce type de projets, i. e. à analyser les besoins, et associer les professionnels libéraux et salariés nécessaires ;
- il dépendra des crédits disponibles au financement de ces pôles.

Ces conditions d'éligibilité risquent de s'accompagner d'une disparité de l'offre territoriale et d'inégalités de parcours de soins pour les enfants exposés aux mêmes retentissements fonctionnels. Dans ce contexte, il pourrait apparaître nécessaire de lancer, malgré la création de ce dispositif de réponse, une concertation sur les protocoles à suivre pour répondre à certains besoins de soins (nombre et durée des séances d'ergothérapie dans l'année, nombre et durée des séances de psychomotricité, etc.). En effet, les associations comme les professionnels de santé ont pu alerter la mission sur le nombre notoirement insuffisant de ces séances de soins dans certains ESMS.

En outre, ce dispositif place encore la MDPH au cœur de la régulation de l'accès à ces prestations, alors même qu'il s'agit dans un certain nombre de cas (notamment les troubles cognitifs spécifiques) de soins préventifs visant à empêcher le développement d'un handicap et non d'interventions prodiguées pour compenser les effets d'un handicap constitué. Ce dispositif est cependant beaucoup plus large que la seule mise en œuvre de soins, puisqu'à titre d'exemple cela peut concerner la guidance parentale. Par ailleurs, il repositionne la MDPH en interlocuteur de pôles de compétence.

Delphine CORLAY

Hélène BEDEL-THUAL

Didier BOURDET

Dr. Julien EMMANUELLI

Philippe MALLET

Frédéric MAURY

Dominique ROUSSARIE

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Auditeurs de la MNC

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Poursuivre l'harmonisation et la coordination des systèmes d'information des MDPH (circuit, codage), remontée des informations vers la CNSA pour consolidation et organisation de leur analyse.	CNSA	Moyen/long terme
2	Poursuivre les travaux initiés par la mission d'estimation de la population des enfants handicapés et des publics éligibles à l'AEEH, avec l'appui de la CNSA/DREES/INSERM.	DGCS / DREES CNSA/ INSERM / Santé publique France	Court terme
3	Saisir la HAS et l'ANESM pour analyser la dimension sanitaire des troubles spécifiques des apprentissages et définir le cas échéant, des bonnes pratiques de prise en charge	DGS/DGCS	Court terme
4	Améliorer l'information des allocataires potentiels et des professionnels en contact avec eux (CAF, CMSA, ESMS) notamment par le biais d'interfaces internet contenant des éléments sur les conditions d'éligibilité, les prestations et processus au sein de la MDPH, les modalités d'évaluation initiale et de révision périodique, les frais pris en charge, les allocations complémentaires mobilisables, incluant le droit d'option avec la PCH, les droits associés à leur situation d'octroi.	DGCS et DSS avec la CNSA	Court terme
5	Sensibiliser les médecins généralistes au handicap de l'enfant, notamment aux formes émergentes comme les troubles spécifiques des apprentissages.	La CNSA en lien avec le conseil national de l'ordre des médecins, et MDPH en lien avec les conseils départementaux d'ordre des médecins	Court terme
6	Sensibiliser les médecins généralistes sur le fonctionnement des MDPH, sur le contenu attendu du <i>cerfa</i> (importance du retentissement fonctionnel) et son utilité pour l'évaluation des droits.	MDPH	Moyen terme
7	Suivre le déploiement des projets d'accompagnement personnalisé (PAP) et l'impact éventuel de ceux-ci sur les flux en direction des MDPH.	CNSA en lien avec la DGESCO	Moyen terme
8	Donner une information aux familles sur les interlocuteurs susceptibles de les accompagner le long de la procédure de demande d'AEEH.	MDPH	Court terme
9	Assurer le déploiement du nouveau modèle de <i>cerfa</i> testé dans le cadre de l'expérimentation IMPACT, pour permettre aux familles de préciser leurs besoins sans sacrifier l'expression libre de leur vécu.	DGCS avec CNSA	Court terme
10	Tenir les familles informées de l'état d'avancement de leur dossier par l'émission d'un accusé réception, la communication des dates indicatives d'évaluation et de passage en CDAPH via la désignation d'un interlocuteur ou une interface de suivi extranet.	MDPH sous impulsion CNSA	Moyen terme

11	Abroger l'obligation de transmission d'une copie des demandes à la CAF dès réception du dossier par les MDPH, figurant dans l'article R541-3 du CSS.	DSS	Court terme
12	Homogénéiser les informations transmises par les MDPH aux ODPF lors de la notification des droits (notamment par l'élaboration d'un modèle national de notification de la décision de la CDAPH).	DSS et DGCS	Court terme
13	Clarifier le rôle et les obligations des différentes parties-prenantes (ODPF, familles, établissements sociaux et médico-sociaux, MDPH et leur CDAPH) en procédant à un toilettage de la réglementation (codes et circulaire), et en précisant notamment les circuits d'information et de saisine en cas de changement de situation du bénéficiaire.	DSS et DGCS avec la CNSA et les ODPF	Court terme
14	Accélérer les travaux de mise en œuvre d'un processus d'échanges dématérialisés entre ODPF et MDPH.	CNSA et CNAF	Moyen terme
15	Favoriser l'efficacité au sein des EPE en s'inspirant des pratiques observées par la mission : régulation des flux (priorisation de certaines demandes, circuit avec différents niveaux d'évaluation), création et animation d'un réseau de correspondants.	CNSA	Court terme
16	Examiner la possibilité d'un repérage en amont (des enfants avec difficultés d'apprentissage ne relevant pas des MDPH) reposant sur une clarification des périmètres de compétences entre éducation nationale et MDPH et un travail concerté avec l'enseignant référent et le médecin scolaire.	CNSA	Moyen terme
17	Impulser une réflexion nationale portant sur les aides à l'évaluation, en vue de mieux nuancer les besoins (redéfinir le périmètre des frais à couvrir et la notion de surveillance constante à l'aune des témoignages des associations) pour mieux ajuster les niveaux de compensation.	CNSA	Moyen terme
18	Lancer une étude relative au reste-à-charge des familles bénéficiaires de l'AEEH sur un échantillon de départements, permettant ainsi de connaître la couverture des besoins réellement assurée par les différents niveaux de complément, et alimenter la réflexion nationale envisagée en recommandation n°17.	CNSA	Moyen terme
19	Favoriser les retours d'expériences entre EPE.	CNSA	Moyen terme
20	Proposer au niveau national à titre indicatif des procédures permettant d'assurer la plus grande homogénéité possible au sein d'un même département et entre départements dans le traitement des dossiers : fonctionnement harmonisé de l'EPE, sensibilisation et animation de la CDAPH, mise en œuvre des mécanismes de régulation d'amont prévus par la loi (PPC et son équivalent), information des usagers sur leur droits dont la possibilité de rencontrer l'EPE.	CNSA	Moyen terme
21	Mettre en place au sein de la CNSA, et à destination des MDPH un appui au déploiement d'une politique de contrôle interne.	CNSA	Moyen terme

22	Harmoniser les pratiques d'attribution des compléments en s'appuyant sur un inventaire et une analyse des cas donnant lieu à un traitement différentiel.	CNSA	Moyen terme
23	Examiner les conditions d'une simplification des démarches de renouvellement de l'AAEH.	DGCS/DSS avec la CNSA	Moyen terme
24	Anticiper de manière plus systématique la phase de sortie de l'AAEH et la transition vers d'autres formes d'aides.	MDPH avec appui CNSA	Moyen terme
25	Clarifier le rôle et les obligations des différentes parties-prenantes (ODPF, familles, établissements sociaux et médico-sociaux, MDPH et leur CDAPH) en procédant à un toilettage de la réglementation, et en précisant notamment les circuits d'information et de saisine. Une convention type pourrait être proposée pour homogénéiser les pratiques sur l'ensemble du territoire.	DSS et DGCS avec CNSA et ODPF	Court terme
26	Assurer un ciblage des contrôles d'effectivité à mener par les institutions MDPH et/ou ODPF sur les dépenses les plus significatives qu'il conviendrait au préalable de lister.	DGCS et DSS avec CNSA et ODPF	Moyen terme
27	Examiner la possibilité de mutualiser au niveau régional la gestion de l'AAEH au sein des ODPF.	DSS avec ODPF	Moyen terme
28	Faciliter les contrôles par l'ensemble des acteurs institutionnels en créant des interfaces numériques entre eux et avec les familles.	MDPH avec appui CNSA	Moyen/long terme
29	Examiner la possibilité d'une représentation technique des CAF au sein des CDAPH (en remplacement des administrateurs), ou imposer des échanges réguliers entre administrateurs et référents du processus au sein de la CAF et des comptes rendus auprès des Conseils d'administration.	DSS	Moyen terme
30	Supprimer l'exigence d'une éligibilité à un complément d'AAEH pour accéder à la PCH.	DSS et DGCS	Court terme
31	Supprimer le principe de la fiscalisation du dédommagement de l'aidant familial (financé par la PCH) quand celui-ci est membre du foyer fiscal de la personne aidée.	DSS avec DGFIP et DGCS	Court terme
32	Diffuser les bonnes pratiques de subrogation au sein du réseau des CAF, des MSA et des CD	CNSA et ODPF	Court terme

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

NOM	PRENOM	FONCTION/TITRE
CCMSA		
Battaglini	Pierre	Sous-directeur à la direction comptable et financière
Chambe	Marie-Christine	Directrice de l'audit et de la maîtrise des risques
Dupuy	Christine	Directrice de la réglementation et de l'appui au réseau
Evrart	Roxane	Directrice adjointe en charge de la maîtrise des risques
Le Mancq	Damien	Chargé d'études département des statistiques
Rosay	Ghislaine	Cheffe de cabinet de la présidence et de la direction générale
CNSA		
Chapsal	Thibault	Statisticien compensation
Corbin	Stéphane	Directeur de la compensation
Deguelle	Etienne	Directeur adjoint de la compensation
Lamiaux	Jean-Michel	Responsable du pôle expertise appui métier
Mergier	Pauline	Juriste
CNAMTS		
Boule	Dominique	Médecin conseil à la direction du service médical
Fouard	Annie	Responsable du département de l'hospitalisation
Leblanc	Garmenick	Cellule médico-sociale, département de l'hospitalisation
Richard	Fanny	Responsable du département de la réglementation
Rouget	Jean-François	Chargé de mission
CNAF		
Belladonna	Carole	Conseillère en politique sociale et familiale
Daval	Mariette	Responsable adjointe au département insertion et cadre de vie (DPFAS)
Demangeot	Marine	Conseillère technique et statistiques (DSER)
Legendre	Emilie	Conseillère technique et statistiques (DSER)
Marinacce	Frédéric	Directeur des politiques familiales et sociales (DPFAS)
Ollivier	Frédéric	Fondé de pouvoir agence comptable
Sommier	Aude	Conseillère maîtrise des risques, agence comptable CNAF
Thibault	Florence	Directrice adjointe à la direction des statistiques, études et recherches (DSER)

DIRECTIONS D'ADMINISTRATION CENTRALE

Direction générale de la cohésion sociale

Arnaut	Nadia	Cheffe du bureau Droits et aides à la compensation
Chapus	Marie	Chargée de mission PCH
Chaumel	Delphine	Adjointe Personnes handicapées, Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
Tagliana	Cécile	Cheffe du service des politiques sociales et médico-sociales

Direction de la sécurité sociale

Bussiere	Caroline	Adjointe chef du Bureau des prestations familiales et des aides au logement (2 ^{ème} SD)
Clerc	Jerome	Adjoint Sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail (2 ^{ème} SD)
Fatome	Thomas	Directeur
Haddad	Nora	Chargée de mission, Bureau des prestations familiales et des aides au logement (2 ^{ème} SD)
Monasse	Hélène	Cheffe bureau B1 relation avec les professions de santé (1 ^{ère} SD)
Pacaud	Muriel	Cheffe du Bureau des prestations familiales et des aides au logement (2 ^{ème} SD)
Wanecq	Thomas	Directeur sous-direction financement du système de soins (1 ^{ère} SD)

Direction générale des finances publiques

Lerat	Florence	Cheffe du bureau B1, Direction de la législation fiscale
-------	----------	--

Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance

Le Laidier	Sylvie	bureau des études statistiques
Michaudon	Hélène	Cheffe du bureau des études statistiques
Rosenwald	Fabienne	Directrice

Direction générale de l'enseignement scolaire

Bryon	Isabelle	Bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves handicapés
Vrand	Roger	Sous-direction du socle commun, de la personnalisation des parcours scolaires et de l'orientation

ASSEMBLEE DES DEPARTEMENTS DE FRANCE

Rapinat	Jean-Michel	Conseiller politiques sociales (solidarité, petite enfance, autonomie, insertion)
---------	-------------	---

ASSOCIATIONS

Auché le Magny	Christine	FFDys, pôle santé
De Bardonneche	Edwige	FFDys, pôle santé
Duguet	Christophe	AFM, directeur des affaires publiques
Eglin	Nicolas	ANPEA
Giraud	Roland	ANDASS, Président
Groh	Nathalie	FFDys, Présidente
Kail	Bénédicte	APF, conseillère nationale éducation famille
Langlois	Danièle	Autisme France, présidente
Le Meur	Hélène	UNAPEI, Département Droit des Personnes Handicapées et de leur Famille
Meignien	Christine	Sesame Autisme
Roussel	Marina	AFM, vice-présidente de l'AFM Téléton
Trombert	Jean-Jacques	UNAPEI, Premier vice-président
Voïta	Didier	ANPEDA

Personnalités qualifiées

Dr Germanaud	David	Hôpital Robert Debré, service de neurologie pédiatrique et des maladies métaboliques du Pr Odile Boespflug-Tanguy
--------------	-------	---

Département du Maine-et-Loire**MDPH**

Bossé	Catherine	Directrice de la maison départementale de l'autonomie
Braud	Pascale	Coordonateur - service appui à la scolarisation, à l'emploi et orientations médico-sociales
Dr Renaudeau	Isabelle	Médecin au pôle médico-social de la maison départementale de l'autonomie
Pouzet	Hélène	Assistante sociale - service appui à la scolarisation, à l'emploi et orientations médico-sociales
Turc-Villaret	Delphine	Cheffe du service appui à la scolarisation, à l'emploi et orientations médico-sociales

CAF

Allignol	Magali	Directrice adjointe des prestations et des ressources humaines
Bois	Brigitte	Agent comptable
Brielles	Marielle	Responsable groupe prestations
Garrault	Thomas	Responsable du contrôle et du contentieux
Guéry	Patrick	Directeur général
Hamard	Philippe	Fondé de pouvoir, coordinateur démarche qualité intégrée
Monnier	Christine	Responsable Service appui et expertise
Routhier	Nadine	Responsable groupe prestations

Département d'Ille-et-Villaine**MDPH**

Aulnette	Véronique	Cheffe du service Evaluation
Bissaka	Maguy	Agent d'accueil
Doucere	Morgane	Assistante sociale de l'équipe enfance
Dr Schwartz	Isabelle	Médecin évaluateur de l'équipe enfance
Jarnigon Guitton	Elodie	Cheffe du service Gestion des droits
Laurent	Claude	Président de la CDAPH
Le Duigou	Catherine	Directrice adjointe en charge de l'administration générale
Thouvenot	Françoise	membre de la CDAPH

CMSA

Blanchard	Michel	Responsable du contrôle interne et contrôle de gestion
Daniel	Claudine	Experte famille (DPS)
Le Cahez	Jeannine	Responsable du service prestations familiales (DPS)
Le Plat	Patrick	Responsable du contentieux et recouvrement des indus (DPS)
Purchase	Dominique	Coordinateur prestations familiales
Rambaud	Frédéric	Directeur adjoint en charge de la direction de la protection sociale (DPS)
Roudot	Nadine	Vérificateur comptable
Serre	Pascal	Responsable du service relations assurés

Département de Paris**MDPH**

Bernier-Toreau	Aurélie	Responsable pôle evaluation
Dr Boulègue	Dominique	Médecin évaluateur
Dr Jestin	Catherine	Médecin évaluateur
Dr Peyraud	Alain-Pierre	Médecin conseiller technique
Dr Pruvost	Catherine	Médecin conseiller technique
Gigandet	Franck	Coordonnateur unité Enfant Jeune
Pont	Hélène	Responsable pôle instruction des droits
Rotton	François	Responsable pôle accueil
Solans	Aurélie	Présidente de la CDAPH-Conseillère de Paris
Voisin	Benjamin	Directeur

CAF

Barclay	Michel	Référent MDPH aux prestations handicap
Cyprien	Eric	Directeur adjoint en charge des prestations familiales
David	Sylvain	Sous-directeur chargé des prestations familiales
Haurie	Jean-Louis	Directeur général
Heleine	Jean-Marc	Responsable accueil au 1er centre de gestion
Kirgis	Josiane	Fondée de pouvoir
Martin	Lucie	Responsable contrôle prestations
Monteiro	Anne-Sophie	Gestionnaire Conseil Allocataire Expert
Ogier-Durand	Florence	Responsable recouvrement

Piolet	Claudine	Administratrice suppléante de la CAF auprès de la CDAPH
Roecklin	Géraldine	Animation du réseau - Direction des prestations familiales
Roger	Benoît	Coordonnateur Qualité et audit
Rouveau	Didier	Agent comptable
Saubaux	Anne-Cécile	Médiatrice
Tournemire	Lucile	Sous-directrice des affaires juridiques, du budget, des relations avec le conseil d'administration et de la lutte contre la fraude
Yao	Crystelle	Technicienne maîtrise des risques

Département du Vaucluse

MDPH

Brunez	Magali	Assistance sociale équipe pluridisciplinaire
Cau	Caroline	Coordonnateur EPE service évaluation PAPH MDPH
Dr Autheman	Sylvie	Médecin équipe pluridisciplinaire
Dugaret	Isabelle	Chargée de mission sensibilisation au handicap/communication
Ferrieres	Gérard	SG MDPH/ directeur adjoint DUPA
Gas	Jean-Jacques	Directeur MDPH DUPA
Jean	Florence	Infirmière équipe pluridisciplinaire
Nagy	Julie	Chef de service Prestations PAPH CDAPH MDPH
Pottier	Nicole	Service gestion administrative, financière et juridique et statistiques

Associations locales

Dumesny	Magali	Psychologue, ResoDYS AVITA
Lefaucheur	Laurène	Psychomotricienne, ResoDYS AVITA
Raoux	Magali	Coordinatrice, ResoDys AVITA
Truffet-Verin	Evelyne	Ergothérapeute, ResoDYS AVITA

CMSA

Acedo	Delphine	Vérificatrice agence comptable
Armand	Nadine	Responsable adjointe du service action sanitaire et sociale
Astolfi	Bruno	Responsable du service CRE - Communication
Azzario	Séverine	Responsable du service contentieux
Leroy	Patricia	Délégué agent comptable
Moles	Stephane	Responsable assistance fonctionnel
Oliveres	Jacques	Agent comptable
Ourfella	Pascale	Technicienne des prestations familiales
Politano	Jacques	Directeur général adjoint
Saguy	Frédéric	Responsable du contrôle fraude
Surles	Cedric	Responsable du service des prestations familiales
Torresin	Anne-Laure	Directrice générale
Vaille	Christophe	Directeur adjoint
Verdier	Lydie	Coordonnateur veille et formation législative

Services de l'Etat

Benayache	Nadia	Déléguée adjointe, responsable pôle AT, ARS
Gault	Amélie	Responsable service accès droits et protection des populations, DDCS
Papon	Dominique	Inspectrice éducation nationale en charge de l'ASH

Département du Nord**MDPH**

Abed-Madi	Lahanissa	Vice-présidente CDAPH
Debliqui	Myriam	Equipe pluridisciplinaire (infirmière/enseignante)
Dubos	Philippe	Responsable pôle modernisation
Franquet	Fernande	Vice-présidente CDAPH
Gossset	Jean-Marc	Président CDAPH, conseiller départemental
Lombardo	Bruno	Directeur
Macrez	Anne-Marie	Equipe pluridisciplinaire (enseignante)
Pontzeele	Sophie	Responsable adjoint pôle harmonisation
Thierry	Armelle	Responsable pôle harmonisation

CMSA

Brunet	Christine	Responsable adjointe du service des prestations familiales
Brunet	Didier	Responsable du service relations adhérents
Dallène	Maryse	Responsable du service des prestations familiales
Debuire	Florence	Responsable du service recouvrement et contentieux juridique
Devinck	Florence	Directrice adjointe en charge du pilotage et de la maîtrise des risques, de la gestion des moyens généraux et immobiliers
Duhin	Gérard	Délégué de l'agent comptable
Dumont	Séverine	Responsable du service social du Pas-de-Calais
Fournier	Manon	Sous-directrice en charge des familles et des retraités, de l'action sanitaire et sociale et de l'offre de service
Grasset	Anne Sophie	Chargée d'étude contrôle interne et lutte contre les fraudes
Hennart	Patrick	Agent comptable
Le Chevillier	Sylvie	Directrice générale
Leroy	Christine	Coordonnatrice au service des prestations familiales
Morin	Sophie	Assistante sociale Nord
Rassez	Anne	Vérificatrice comptable

CAF

Benzani	Dahlia	Chargée de mission relations partenaires
Dachicourt	Christophe	Responsable du département du pilotage de la production
Dehove	Didier	Responsable département appui métiers et qualité
Fergani	Majid	Médiateur
Giezek	Frédéric	Sous-directeur qualité intégrée et certification des comptes
Lacombe	Roger	Responsable du service juridique
Lejuste	Pierre Henri	Sous-directeur opérations financières et comptables
Simon	Laurent	Expert réglementation
Snaet	Guillaume	Responsable relation de service

Département de Saône-et-Loire**MDPH**

Amourette	Magali	Assistante sociale secteur enfants MDPH (instruction, droit d'option)
Bretin	Isabelle	Correspondant scolarisation MDPH
Dr Grizot	Dominique	Médecin au secteur enfants
Engel	Mélanie	Responsable du secteur enfant MDPH
Juillet	Thierry	Directeur MDPH
Rauche	Christian	Président de la CDAPH

Services du département

Mengin-Lecreulx	François	DGS
Rioufol	Jean-François	DGA
Weber	Mireille	Directrice de l'autonomie, personnes âgées, personnes handicapées, Département de Saône-et-Loire

Services de l'Etat

Bazin	Anne	Inspectrice IEN ASH, Education Nationale
Granger	Elodie	ARS, Direction de l'Autonomie - Département de l'organisation de l'offre aux personnes en situation de handicap
Heitz	Jean Sébastien	ARS, Direction de l'Autonomie - Département de l'organisation de l'offre aux personnes en situation de handicap

CAF

Aladame	Cécile	Directrice générale
Berthier	Claude	Responsable pôle vérification
Bugnot	Chantal	Responsable service juridique ASF Mutualisée
Donguy	Annick	Expert vérificatrice
Dunand	Virginie	Responsable ligne du public
Durand	Evelyne	Responsable pôle sécurisation des droits
Guichaedon	Sylvie	Responsable d'unité prestations - Pilote processus prestations d'entretien
Lenoci	Fatiha	Responsable des prestations individuelles - Pilote PM216
Michon	Valérie	Accompagnatrice pédagogique service CAP
Montandon	Nadia	Directrice adjointe
Pacquelet	Pascal	Responsable études pilotage et statistiques
Rigaud	Thierry	Animateur contrôle interne
Saby	Alexandre	Agent comptable

Département du Var**MDPH**

Barret	Laëtitia	Directrice adjointe
Dr Cortes-Clar	Anne	Médecin équipe enfants
Eynard	Joël	Enseignant
Faure	Jean-Paul	Directeur

Hacot	Isabelle	Responsable du service enfants
Kapp	Valérie	Présidente de la CDAPH
Moutawakil	Youssef	Responsable du pôle administratif
Vicedo	Franck	Responsable du pôle médico-social

Conseil départemental

Sarano	Sophie	Directrice de l'autonomie
--------	--------	---------------------------

Associations

Drouin	Anne	ADAPEI pôle enfance
Hué	Jean-François	AFM Service régional Côte d'Azur-Corse
Segura-zapata	Flore	Assistante de service sociale réseau Handimômes

ARS

Coupé	Marie-Angéline	Responsable du service PH-PDS (personnes en difficultés spécifiques)
Dr Giunta	Bruno	Médecin Inspecteur de Santé Publique. Pôle animation territoriale. Service Offre de soins. ARS PACA - DT 83
Pelli	Danièle	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, chef du service protection des personnes et des familles

CAF

Assouline	Joël	Responsable vérification MDR
Belleveaux	Laura	Responsable département relation de service
Bigot	Corinne	Responsable d'unité PF
Boisseau	Olivier	Sous-directeur
Bonnet	Alain	Agent comptable
Cazals	Arlette	Expert métier service DEFI
Conti	France	Responsable centre Rode
Desnots	Christine	Responsable CRA
Dramez	Corinne	Agent vérificateur
Dupouey	Valérie	Médiatrice administrative
Iglesias	Corinne	Technicien conseil PF
Maneval-Guibert	Pascale	Directrice générale
Muller	Emmanuelle	2è second de pouvoir - branche MDR-CI
Nadeau	Karine	Responsable service recouvrement unifié
Roux	Emmanuelle	Directrice adjointe

Département de l'Orne

MDPH

Chevaucher	Jean-Pierre	Coordonnateur enfants
Delaporte	Anastasia	Responsable du pôle instruction
Dr Louvet	Jean-Luc	Médecin, Pôle évaluation/suivi de décision
Froger	Pascale	Directrice
Launay	Jean-François	Référent scolarité
Leparfait	Aurélie	Ergothérapeute

Lizot	Aurore	Chef de services
Quemere	Gwenaële	Assistante sociale
Slawinski	Fanny	Psychologue enfant

membres de la Commission départementale pour l'autonomie consacrée aux enfants

CAF

Broyon	Alicia	Référent technique au service accueil et traitement des prestations
Cochet	Caroline	Responsable processus AEEH au service accueil et traitement des prestations
Front	Maryline	Responsable processus réclamations au service accueil et traitement des prestations
Julienne	Aline	Responsable contentieux
Plessis Miossec	Pascale	Directrice générale
Poirier	Nathalie	Référent technique au service vérification
Raynaud	Isabelle	Agent comptable
Toussaint	Jean François	Directeur-adjoint

Département de la Haute-Garonne**MDPH**

Barrere	Corine	Assistante sociale
Gabrieli	Alain	Président de la CDAPH
Guillemet	Roselyne	IDE
Mitjana	Geneviève	Directrice déléguée
Mollard	Judith	Référent PCH
Roson	Nathalie	Chef de service
Suc-Mella	Pierre	Directeur pour l'Autonomie Personnes âgées Personnes handicapées du Conseil départemental, Directeur de la MDPH
Charnay	Michèle	Présidente Apedys
Debray	Jean-Baptiste	Chef de service Ceresa
Dr Cousergue	Catherine	Médecin, Présidente GISH, et GIHP
Dr Lafforgue	Christine	Médecin Représentant le CAMPS
Dr Pauly	Laure	Médecin Représentant les secteurs pédopsychiatrique
Gelard	Audrey	Psychologue Ceresa
Labsi	Leïla	Assistante sociale représentant le centre de ressources autisme
Lacaze	Philippe	Trésorier Trisomie 21 Haute-Garonne et Trisomie 21 France
Lauget	Nicole	Ceresa
Mantoulan	Carine	Directrice association Impacts également Sessad
Pezous	Florence	Présidente Autisme 31
Pr Chaix	Yves	Responsable Scientifique du Centre de Référence des Troubles de L'apprentissage et du Langage chez l'Enfant
Pr Rogé	Bernadette	professeur psychologue
Routaboul-Cohen	Karine	Présidente Sésame autisme Midi-Pyrénées

CAF

Berlureau	David	Responsable d'unité maîtrise des risques et contrôle métiers
Bourguinat	Hélène	Responsable du pôle relation de service
Camps	Pascal	Sous-directeur en charge du service aux usagers
Castex	Stéphanie	Responsable du service contentieux
Dupla	Julien	Référent handicap
Meliet	Geneviève	Responsable des pôles d'appui fonctionnels
Merlin	Gérard	Directeur-adjoint en charge des politiques familiales et sociales
Perrein	Jean Marc	Référent technique maîtrise des risques et contrôle métiers
Piteau	Jean-Charles	Directeur général
Pitollat	Solène	Responsable du pôle maîtrise des risques et contrôle métiers
Queric	Serge	Auditeur interne
Rumeau	Julien	Technicien conseil prestations
Sicret	Francis	Responsable du pôle prestations légales
Sudres	Marc	Fondé de pouvoir
Trilles	Agnès	Responsable du pôle juridique
Viero	Christine	Responsable de la lutte contre la fraude et du contrôle sur place
Vignole	Anne Marie	Médiatrice

ANNEXE 1 : APPROCHE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DU HANDICAP DE L'ENFANT, ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS ELIGIBLES A L'AEEH

Pour apporter des éléments d'explication à la hausse continue du nombre des bénéficiaires de l'AEEH, la mission a recensé les données existantes sur le handicap de l'enfant et tenté sur cette base de formuler des hypothèses quant à l'importance des différents type d'handicaps et au nombre des enfants potentiellement concernés par l'AEEH.

La présente annexe montre que le domaine complexe du handicap de l'enfant fait l'objet de peu d'études (1) mais que certaines d'entre elles permettent cependant d'approcher, de manière large et sous réserve de consolidation, le nombre des enfants théoriquement éligibles à l'AEEH, d'expliquer les tendances observées en matière de recours à l'AEEH et d'établir des projections pour les années à venir (2).

1 LE HANDICAP DE L'ENFANT REPRESENTE UN CHAMP D'ETUDE COMPLEXE ENCORE PEU INVESTIGUE

1.1 La notion de handicap est complexe, particulièrement chez l'enfant

1.1.1 La définition du handicap de 2005 distingue trois dimensions : la lésion, la limitation fonctionnelle et l'impact sur la vie sociale

En France, la loi du 11 février 2005 pose pour la première fois une définition officielle du handicap : « Constitue un handicap, 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 trouble de santé invalidant ». Cette définition s'inspire de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [OMS, 2001] venue remplacer la première Classification internationale des handicaps de 1980 (CIH-1), dont l'approche restait exclusivement médicale, sans tenir compte des facteurs contextuels⁹⁶. Cette nouvelle définition (CIH-2) ou CIF (Classification Internationale du Fonctionnement) n'est plus centrée sur la lésion à l'origine du handicap mais repose sur un équilibre entre l'individu (modèle médical) et la société (modèle social privilégiant les solutions apportées par la collectivité), distinguant trois dimensions imbriquées : la lésion, la fonctionnalité de la personne, son environnement.

- La **dimension lésionnelle** du handicap se traduit en termes de **déficience** qui est l'altération d'une fonction physiologique, psychologique ou anatomique de l'individu
- La **dimension fonctionnelle** du handicap se traduit en termes d'**incapacité** qui correspond à la réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité

⁹⁶ Au niveau de l'individu, ceci peut entraîner une limitation de l'activité de la marche qui, au maximum, nécessite l'utilisation d'un fauteuil roulant. La restriction de participation concernera, entre autres, les métiers auxquels cet enfant ne pourra pas accéder, mais aussi, l'utilisation des transports en commun, très dépendante de l'accessibilité aux transports en commun, selon qu'il habite en milieu rural ou urbain, avec des trottoirs adaptés ou non, des portes d'accès aux bus et aux tramways, etc.

- La **dimension situationnelle** du handicap se traduit en termes de **désavantage** qui est la conséquence de la déficience ou de l'incapacité sur les conditions d'insertion sociale, scolaire ou professionnelle (sachant que l'environnement peut minimiser ou amplifier le handicap).

La maladie engendre une déficience organique et fonctionnelle, la déficience conduit à une incapacité au niveau des comportements et des activités de la personne l'incapacité à son tour produit un désavantage. Le handicap est donc la restriction de la participation résultant de l'interaction entre des limitations d'activité liées à des problèmes de santé et des facteurs environnementaux (physiques, sociaux, attitudeux), privilégiant les conséquences lésionnelles, fonctionnelles ou sociales des problèmes de santé plutôt que leurs causes.

1.1.2 Le handicap de l'enfant présente de surcroît des spécificités importantes, notamment sa grande évolutivité, son impact potentiel sur les apprentissages

D'après le Pr Chaix, neuropédiatre spécialisé dans la prise en charge du handicap (notamment troubles de l'apprentissage), « l'enfant n'est pas un adulte en miniature ». Il a des spécificités : la dépendance, la croissance, les apprentissages. Le handicap de l'enfant varie en fonction de son déterminisme (génétique, congénital, acquis), son nombre : unique, multiple, son caractère (mental, intellectuel, cognitif, moteur, sensoriel, viscéral, esthétique), sa durée (transitoire, durable, définitif), son évolution (stable ou évolutif, fluctuant, intermittent). Les handicaps de l'enfant peuvent être classés selon les types de déficiences qui les provoquent, on distingue grossièrement les grands groupes nosologiques suivants⁹⁷ :

- Les handicaps mentaux, psychiatrique et neuro-développementaux, incluant l'ensemble des déficiences intellectuelles moyennes ou profondes et les troubles du comportement primitif (autisme, schizophrénie, psychose infantile,...) ou secondaires. Les déficiences intellectuelles, définies par un $QI < 70$ (si $50 < QI < 70$ retard mental modéré et si $QI < 50$, retard mental sévère ou profond. Les déficiences intellectuelles, incluent aussi les enfants porteurs d'une trisomie 21, quelle que soit la sévérité du retard mental. Les troubles psychiatriques et neuro-développementaux regroupent les psychoses infantiles, l'autisme et les autres troubles envahissants du développement.
- Les handicaps d'origine motrice, regroupant les déficiences d'origine génétique ou développementale (maladies neuromusculaires, neurodégénératives, malformations du système nerveux central et/ou musculo-squelettique) ainsi que les déficiences acquises (causes traumatiques, infectieuses ou tumorales, infirmité motrice cérébrale, causes infectieuses, tumeurs). Selon les études, ils comprennent l'infirmité motrice cérébrale (IMC), troubles moteurs franchement prédominants et non évolutifs dont l'origine se situe dans la période périnatale (avec ou sans retard mental associé) ou les paralysies cérébrales, troubles moteurs permanents liés à une lésion cérébrale non évolutive, mais sans préjuger de son origine.
- Les handicaps d'origine sensorielle, qui concernent les déficiences visuelles et auditives. Les déficits sensoriels sévères sont habituellement enregistrés sous forme de surdité bilatérale appareillée et cécité bilatérale (perte bilatérale supérieure à 70 dB avant correction et acuité visuelle inférieure à 3/10 au meilleur œil après correction).
- Les handicaps d'origine somatique/viscérale, notamment maladies ostéoarticulaires, endocrino-métaboliques, affectations chroniques de type respiratoires, rénales, cardiaques, hémophilie ...)

⁹⁷ BEH n°16-17, mai 2010. A noter que ces déficiences peuvent se combiner, le centre technique national d'études et de recherche sur les handicaps et les inadaptations distinguant à cet égard le polyhandicap (handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie des possibilités de perception, d'expression et de relation et déficience mentale sévère ou profonde) et le pluri-handicap (association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles).

- Enfin, très spécifiques aux enfants, on note les troubles des apprentissages qui se manifestent chez des individus qui ont une intelligence et un comportement social normaux et qui ne présentent pas de problèmes sensoriels mais qui éprouvent notamment des difficultés à apprendre à lire (dyslexie), à écrire (dyspraxie), à s'exprimer (dysphasie) ou encore à se concentrer, du fait probable d'un dysfonctionnement cérébral apparu au cours du développement.

1.2 Malgré leur insuffisance préjudiciable à l'action publique, les données issues d'enquêtes populationnelles ou de registres épidémiologiques permettent cependant de faire des hypothèses sur la prévalence du handicap de l'enfant

1.2.1 Des données éparses et peu robustes pour guider l'action publique

Il est difficile d'estimer le nombre d'enfants atteints de handicaps et plus encore d'en caractériser les profils sociodémographiques et d'en connaître la répartition par type. Malgré l'existence d'études épidémiologiques et de recueils statistiques, la puissance publique ne dispose à ce jour d'aucun indicateur robuste pour connaître les profils et les besoins de ce public, suivre leur évolution et planifier une offre de service adaptée⁹⁸.

Dans l'attente de disposer d'une vision d'ensemble plus structurée, la gestion de la demande se fait donc au fil de l'eau, sur une base empirique pourvoyeuse d'iniquités fautes d'approche standardisée comme il en existe dans le domaine des pathologies médicales où l'observation épidémiologique et l'analyse des pratiques permettent d'anticiper les flux, d'adapter les capacités de prise en charge et de disposer de guidelines contribuant à optimiser la qualité des réponses institutionnelles et à réduire les pertes de chances individuelles.

1.2.2 Ces données sont issues d'enquêtes en population ou de registres de surveillance sur le handicap de l'enfant

- Les enquêtes en population recueillant le point de vue des personnes telles que les enquêtes transversales répétées sur échantillons représentatifs comme l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) ou les enquêtes spécifiques réalisées auprès des enfants (enquête SPARCLE), permettant d'étudier plus précisément les déterminants de la qualité de vie et de la participation des enfants handicapés, et contribuant à des améliorations dans ce domaine et parmi ceux-ci.
- Les données issues des réseaux de surveillance, basés sur une lecture des dossiers et une harmonisation pour la classification, permettant de mesurer de façon précise des données de prévalence (investissement lourd et sur le long terme). Un travail de ce type est réalisé au sein des deux registres français de handicaps de l'enfant, qui présentent ici un bilan de l'évolution des prévalences des déficiences sévères dans les départements concernés. Ces registres départementaux constituent les seules sources médicales susceptibles de fournir des évolutions temporelles du nombre et des caractéristiques des déficiences neuro-développementales sévères (motrices, sensorielles, cognitives et psychiatriques) de l'enfant en France. Leurs sources sont les MDPH, les CAMSP et les services spécialisés.
 1. Le registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP) de l'Isère et des deux Savoie, créé en 1992, qui couvrait en 2010 environ 30 000 naissances
 2. Le registre des handicaps de l'enfant de Haute-Garonne (RHE31) créé en 1999, qui couvrait en 2010 environ 15 000 naissances

⁹⁸ Sans pouvoir parler d'enquête ou de données de prévalence au sens épidémiologique, l'éducation nationale recense en 2015 280 000 enfants porteurs de handicap (tous type et gravité confondus), in chiffre clefs, conférence national sur le handicap, mai 2016

- ▶ Une autre méthode consiste à réaliser un suivi de populations à risque (étude Serac, sur le devenir des enfants après accident circulation, étude Epipage, sur devenir des grands prématurés).

Tableau 1 : le (IMC), de santé invalidant ainsnais comme étant à coup un acteurour me rendre au toilette à l'e hall de l'hose ce qui le ni : *Sources de données d'études disponibles sur le handicap des enfants en France*

Source de données		Couverture géographique	taille des populations	Période d'étude	Nature des données	Objectifs
Registre des handicaps de l'enfant	RHEOP	Isère, Savoie, Haute-Savoie	~ 30 000 naissances	Permanente	Médicales (dossier médical, sources de données multiples)	Décrire les caractéristiques des déficiences sévères de l'enfant Surveiller l'évolution de leurs prévalences
	RHE31	Haute-Garonne	~ 15 000 naissances			
Enquêtes transversales (étude INSERM)	Prévalence des handicaps : évolution dans 3 générations d'enfants, 1972, 1976, 1981	16 départements	400 000 enfants	1972-1976-1981	Médicales	Décrire les caractéristiques des déficiences sévères de l'enfant et leurs prises en charge
	Prevalence and time trends of disabilities in school-age children Int J Epidemiol, 1997	Isère, Haute-Garonne, Saône et Loire	325 000 enfants	1976 à 1985		
Suivi de cohortes d'enfants	grands prématurés (Epipage)	9 régions	Enfants nés en 1997		Médicales	Décrire les conséquences de la grande prématurité Rechercher les facteurs influençant le pronostic
Enquêtes ES – Handicap	Enquête quadriennale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) auprès des établissements et services médico-sociaux	Nationale	Bisannuelle depuis 1982 jusqu'en 1997, puis tous les 4 ans depuis 1997		Administratives	Décrire l'offre médico-sociale d'accueil en établissement et d'accompagnement à domicile et en ambulatoire Décrire les caractéristiques de la clientèle de ces services
Enquête Handicap-Santé	Enquête en population générale réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et la Drees	Échantillon représentatif national de ménages ordinaires, complété par un échantillon de personnes en institution et un volet complémentaire sur les aidants informels		2008-2009	Déclaratives	Décrire l'état fonctionnel Décrire les aides humaines et techniques et repérer les besoins en aide Caractériser l'environnement

Source : BEH n°16-17 mai 2010

2 MALGRE LES LIMITES DES DONNEES DISPONIBLES, IL EST POSSIBLE D'EXPLIQUER LA HAUSSE DES BENEFICIAIRES AEEH OBSERVEE DEPUIS PLUSIEURS ANNEES ET D'EN PREVOIR LA POURSUITE

2.1 Trop généralistes ou partielles dans leur approches, les données disponibles ne suscitent de surcroit aucun rapprochement

Outre leur insuffisance structurelle (pas assez nombreuses, ne couvrant pas l'ensemble des handicaps, ayant une représentativité limitée), ces données souffrent de ne pouvoir s'articuler, du fait notamment de l'absence de système d'information et d'indicateurs partagés entre des secteurs d'intervention (social, médico-social, sanitaire). Le système d'informations en cours de réalisation au sein des MDPH, devrait en partie répondre à cet objectif, mais il devra s'accompagner d'un renforcement des études épidémiologiques, indispensable pour caractériser les déficiences conduisant au handicap de l'enfant et progresser dans les domaines de sa prise en charge.

2.1.1 Les données d'activité des MDPH, trop globales, sont peu exploitables en l'état pour contribuer à une meilleure connaissance du handicap de l'enfant

Aujourd'hui, les informations disponibles au niveau national sur l'activité des MDPH sont des données agrégées qui ne permettent pas de connaître le profil et les besoins précis des enfants handicapés. Cette situation tient à l'échec de la mise en œuvre du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH, projet de remontée coordonnée des données d'activité des MDPH que la loi du 11 février 2005 avait confié à la CNSA), faute d'avoir pu imposer un éditeur de logiciel unique, laissant chaque MDPH mettre en place le système d'information de son choix. Dans les faits, le résultat a abouti à des situations locales très hétérogènes⁹⁹, se traduisant par une absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information des MDPH, ainsi qu'avec les systèmes d'information des départements dans certains cas, mais aussi et surtout avec ceux de la CNSA. En conséquence, comme le soulignait l'IGAS dès 2010¹⁰⁰, les échanges directs entre MDPH sont impossibles, et les remontées d'information des MDPH vers la CNSA, complexes, rendant impossible *d'opérer un suivi fin et d'estimer les besoins, notamment pour les personnes handicapées.*

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a récemment chargé la CNSA de mettre en œuvre un système d'information commun aux MDPH avec pour objectif d'améliorer notamment la connaissance du public et de ses besoins, en termes d'offre, à chaque niveau territorial (départemental, régional, national) et faciliter la mise en place de collecte de données anonymisées locales et nationales. Ce projet qui repose sur une « harmonisation progressive des systèmes d'information actuels des MDPH vers une cible nationale », devrait notamment permettre de disposer d'une évaluation des profils et besoins des personnes handicapées (qui fait l'objet d'une expérimentation dans le cadre du projet IMPACT piloté par le SGMAP) et de développer les échanges d'informations entre les MDPH et les caisses d'allocations familiales (dans une logique de simplification et de diminution des délais de traitement, généralisation du travail de dématérialisation des échanges entre CAF et MDPH lancé conformément aux décisions de la Conférence nationale du handicap du 12 décembre 2014). Mais ce système ne sera pas opérationnel avant plusieurs années.

⁹⁹ L'informatisation des MDPH s'est fait essentiellement à partir de trois éditeurs de logiciel distinct, ce qui était suffisant pour contrarier les souhaits d'homogénéité du législateur mais qui ne représentait pas pour autant un obstacle insurmontable. Mais les différences de paramétrage ont contribué à générer une grande hétérogénéité. Certaines MDPH ont également fait le choix d'utiliser le même système d'information que leur conseil général

¹⁰⁰ IGAS, Bilan du fonctionnement et du rôle des maisons départementales des personnes handicapées, novembre 2010

S'agissant des données d'activité MDPH disponibles sur site, la mission a pu rencontrer des MDPH plus ou moins avancées dans le codage des données cliniques liées au handicap sans qu'il soit toujours possible de distinguer ce qui relevait du diagnostic étiologique et de la déficience. Certaines ont mis en place des codages depuis plusieurs années, d'autres n'ont pas encore commencé. Dans tous les cas de figure, toutes adaptent le référentiel préconisé par la CNSA, issu de la classification internationale des maladies (CIM 10) considérée comme trop complexe. En conséquence, aucune donnée exploitable sur la répartition des déficiences des enfants bénéficiaires de l'AEEH n'était disponible au niveau territorial.

2.1.2 Plus contributives, les données épidémiologiques disponibles sur la prévalence du handicap de l'enfant et les facteurs de risque associés peuvent, malgré leur limites, éclairer la dynamique recours à l'AEEH

Les estimations de prévalence du handicap de l'enfant présentées ci-dessous se fondent sur le recoupement des données produites par les réseaux de surveillance française et publiées dans la littérature internationale (dont certaines issues de l'expertise collective de l'INSERM de 2004) étant observé que de nombreux facteurs peuvent influencer les estimations de prévalence et leur comparabilité. La qualité de l'enregistrement qui dépend du mode de recueil de l'information (« perdus de vue », plus souvent handicapés que les enfants suivis sans difficulté), l'exhaustivité, les termes employés pour définir une déficience qui peuvent différer selon les études (ex : déficiences motrices, avec les termes d'infirmité motrice cérébrale et la paralysie cérébrale, entités se recoupant mais sans se superposer), le degré de gravité utilisé comme critère d'inclusion des déficiences intellectuelles (quotient intellectuel), visuelles (acuité visuelle) et auditives (acuité auditive) mais rarement un critère dans les déficiences motrices, ce qui rend leur identification dépendante du recrutement des structures de prise en charge). Le choix de l'âge à l'enregistrement peut aussi influencer la prévalence des handicaps, un âge trop précoce ne permet pas d'identifier toutes les déficiences, notamment intellectuelles. De même, la multiplicité des sources d'informations (MDPH, CAMSP, services hospitaliers...) et des intervenants ne garantit pas l'homogénéité du recueil.

Malgré ces importantes difficultés, on constate d'une manière générale, qu'en France, où les informations sur les enfants handicapés sont moins nombreuses qu'ailleurs, les résultats sont conformes à ceux d'autres pays (Europe, Australie, Amérique du Nord), même si les différences dans les méthodes de recueil de données peuvent limiter la portée des comparaisons. Le retard de développement et les troubles psychologiques constituent les handicaps les plus fréquents chez les enfants. Les garçons sont plus souvent atteints d'un handicap que les filles. La majorité des enfants handicapés sont atteints de handicaps multiples. La plupart des handicaps de l'enfant sont fixés et évoluent vers des limitations d'activité et des restrictions de participation « à vie ». De surcroît, les enfants handicapés sont plus à risque de subir de mauvais traitements et de la négligence.

Dans une large mesure, le handicap de l'enfant a une origine pré ou périnatale. L'expertise collective de l'Inserm de 2004 soulignait qu'environ la moitié des déficiences pouvaient avoir leur origine durant la période périnatale¹⁰¹. Outre les lésions cérébrales acquises en raison d'accidents génétiques, la probabilité de voir se développer une déficience ou un handicap est liée à des facteurs de risque liés à la survenance et au développement de la grossesse ainsi qu'à l'existence de comportements à risques, les mécanismes de ces lésions se regroupant essentiellement autour du petit poids¹⁰² ou du petit âge gestationnel, de la gémellité et de l'asphyxie périnatale.

¹⁰¹ Le handicap d'origine périnatale survient pendant la vie intra-utérine à partir de 22 semaines d'aménorrhée et jusqu'à 28 jours après la naissance. D'après l'expertise de l'INSERM, 42 % des enfants avec déficience sévère ont été hospitalisés en période néonatale, 35 % des enfants avec déficience sévère sont porteurs d'une anomalie congénitale. Les déficiences post natale (séquelles traumatismes, infections, tumeurs) représenteraient entre 5 et 10 %

¹⁰² 6 % des enfants avec déficience sévère ont un poids de naissance < 1500g soit 1 enfant sur 10

Parmi les risques connus, figure l'élévation de l'âge de la mère, entraînant une hausse des naissances d'enfants malformés (trisomie 21), ainsi que la prématurité, déterminant aux causes multifactorielles (grossesses multiples, FIV, pratiques addictives, conditions de vie pendant la grossesse¹⁰³, maladie maternelle, stress maternel, exposition à certains toxiques) dont la prévalence augmente régulièrement depuis une trentaine d'années¹⁰⁴. Par ailleurs, on observe un effet paradoxal des progrès de la prise en charge périnatale qui ont fait diminuer fortement la mortalité à tous âges gestationnels, avec comme possible conséquence la survie d'enfants atteints de déficiences ou susceptibles de l'être (comme les grands prématurés).

Les registres du handicap de l'enfant couvrent la grande majorité des handicaps cités plus haut, à l'exception des handicaps d'origine viscérale et des troubles des apprentissages. Ne sont également pris en compte que les formes sévères telles que défini plus haut. La mission s'est appuyée sur les données les plus récentes du REHOP (rapport d'activité 2013).

Tableau 2 : taux de prévalence des déficiences neurosensorielles sévères par type et par département chez les enfants de 8 ans nés entre 2000 et 2004 (RHEOP) avec comparatif international (expertise Inserm)

Type de déficience sévère	Isère		Savoie		Haute- Savoie		données internationales
	n	%	n	%	n	%	
Déficience motrice	203	0,26	49	0,19	189	0,39	0,25%
dont paralysie cérébrale	113	0,14	21	0,08	45	0,09	
Trouble du spectre autistique	337	0,43	100	0,39	187	0,39	0,40%
dont autisme typique	46	0,06	20	0,03	16	0,03	
Déficience intellectuelle	248	0,31	93	0,09	43	0,09	0,30%
dont trisomie 21	43	0,05	11	0,04	16	0,03	
Déficience sensorielle	95	0,12	40	0,16	43	0,09	
dont déficience auditive	49	0,06	23	0,09	27	0,06	[0,02%-0,18%]
dont déficience visuelle	46	0,06	17	0,07	16	0,03	[0,01%-0,05%]
Enfants avec au moins une déficience neurosensorielle sévère	739	0,94	240	0,93	417	0,87	1,4 ¹⁰⁵

¹⁰³ 50 % des prématurés avec handicaps sont issus de milieux sociaux défavorisés

¹⁰⁴ D'après l'INSERM, la prématurité en France est passée de 5,9% des naissances en 1995 à 7,4 % en 2010 (soit une augmentation de près de 45 % du nombre de naissances prématurées en 15 ans). Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85 % sont des prématurés moyens (32-37 SA), 10 % sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5 % sont des très grands prématurés, moins de 28 SA

Le (IMC), de santé invalidant ainsnais comme étant à coup un acteurour me rendre au toilette à l'e hall de l'hose ce qui le ni

¹⁰⁵ Au Canada, 1,5 % des enfants ont une incapacité sévère ou très sévère, enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 au Canada,

2.2 Liens entre prévalences du handicap de l'enfant et recours à l'AEEH

2.2.1 Des déterminants des évolutions de la prévalence du handicap chez l'enfant et du recours à l'AEEH qui se recourent

Dans son rapport de synthèse récapitulant les données sur la fréquence des déficiences sévères de l'enfant collectées sur l'Isère sur une période de douze ans, le RHEOP observe une stabilité de la prévalence des déficits sévère (moteurs, intellectuels et sensoriels) chez les enfants de 8 ans nés entre 1980 et 1992 (observés entre 1988 et 2000) à l'exception des taux de prévalence de l'autisme¹⁰⁶, et des psychoses dysharmoniques (de 0,026 % à 0,15 %).

Les auteurs attribuent cette hausse à la particularisation de l'autisme en tant qu'entité clinique typique à partir des années 80 dans la nouvelle classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) puis à l'élargissement successif de son périmètre diagnostique aux troubles envahissant du développement (TED, dans les DSM4 et CIM10), et à ceux du spectre autistique (TSA dans les DSM5 et CIM11). La prévalence de l'autisme typique n'a que très discrètement augmenté, mais celle des TSA a connu une hausse très marquée (d'un facteur 4 entre le début des années 80 et les débuts des années 2000) qui traduit pour les auteurs la volonté des médecins et des familles que les enfants non typiquement autistes mais affectés de troubles sévères s'y rattachant puissent enfin bénéficier d'une prise en charge adaptée par l'inclusion dans cette catégorie diagnostique très large.

Cette tendance historique semble d'ailleurs observée de façon empirique dans les MDPH, particulièrement depuis les recommandations ANESM/HAS de 2012 sur la prise en charge de l'autisme qui en redéfinit les modalités de prise en charge en positionnant de manière claire les MDPH dans la mise en œuvre précoce d'interventions personnalisées, globales et coordonnées, fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale.

De manière plus analytique, on peut considérer, comme c'est le cas pour toute maladie qui fait l'objet d'une surveillance dans le temps, que l'évolution des prévalences du handicap et partant, du nombre de bénéficiaires de l'AEEH, dépend de deux catégories de déterminants :

- Ceux qui influent sur le nombre absolu de naissance d'enfant handicapés tels que l'existence de « réservoir » de naissances à risque de lésions périnatales (populations à risque d'accouchement prématuré), l'amélioration du diagnostic anténatal des malformations graves susceptibles d'être à l'origine d'une proposition d'interruption de grossesse, la qualité d'accès aux soins pour des populations à risque, la qualité et l'organisation des soins qui conditionnent la survie avec ou sans lésion cérébrale organique ou fonctionnelle. La hausse de certaines pathologies acquises à potentiel incapacitant (notamment diabète¹⁰⁷) est également à prendre en compte ainsi que celle de la population de référence.
- Ceux qui influent sur la visibilité institutionnelle des enfants handicapés tel que le périmètre de définition du handicap de l'enfant, son repérage et son acceptabilité sociale et parentale, ainsi que la connaissance des dispositifs par les usagers. En augmentant la durée de prise en charge, la précocité du repérage contribue également à la hausse du nombre d'enfant présent dans le dispositif à un moment donné.

¹⁰⁶ Ainsi, en Isère, le taux de prévalence des TSA (de 1,3 à 5) a augmenté de façon significative ($p < 0,0001$) en Isère depuis 1980, ainsi que les sous-groupes autisme typique ($p < 0,0001$) et autres TSA ($p = 0,001$)

¹⁰⁷ L'augmentation de l'incidence du diabète a doublé en 20 ans chez les enfants (3000 nouveaux cas par an)

La plupart de ces déterminants sont ainsi évoqués dans la seule étude de la CNAF consacrée aux bénéficiaires de l'AEEH, dans laquelle la forte croissance de ce public observée entre 1999 et 2009 (+65 %), est expliquée à la fois par une croissance de la population des moins de 20 ans, une meilleure visibilité des enfants handicapés et un meilleur recours des familles à la prestation (du fait d'une meilleure acceptation familiale du handicap et d'une plus grande scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire).

2.2.2 Outre d'expliquer les évolutions observées de recours à l'AEEH, les estimations faites par la mission à partir des données existantes sur le handicap (sévère et modérément sévère) de l'enfant amènent à envisager une poursuite de la hausse des demandes d'allocations et du nombre d'allocataires à court et à moyen terme

D'après les travaux de l'Inserm et ceux plus récents des registres de surveillance, il semble admis que chaque année, un peu moins de 1% des enfants qui naissent en France seront porteurs d'au moins une déficience sévère soit 7000 par an et 140 000 entre 0 et 20 ans¹⁰⁸.

En prenant en compte des déficiences modérément sévères, la prévalence du handicap de l'enfant pourrait représenter 2 % d'une classe d'âge¹⁰⁹. Dans cette perspective, entre 280 000 et 300 000 enfants âgés de 0 à 20 ans seraient potentiellement éligibles à l'AEEH. Pour leur part, les troubles spécifiques des apprentissages (« dys »)¹¹⁰ dont les MDPH ont unanimement observé la montée en puissance pourraient représenter entre 4 % et 7 % des enfants d'âge scolaire¹¹¹.

Sous réserve de consolidations, ces estimations contribuent non seulement à expliquer l'augmentation continue des bénéficiaires de l'AEEH mais elles suggèrent que les flux et les stocks peuvent continuer à augmenter au risque de mettre fortement en tension le dispositif.

A cet égard, la question de l'adaptation de l'offre se pose, soulevant certains points de fond comme de savoir notamment si les troubles des apprentissages relèvent tous du handicap. Selon les spécialistes du monde médical, le problème de nombreux Dys seraient d'être trop "handicapés" pour suivre un cursus scolaire "normal" et pas assez "handicapés" pour être reconnus comme tels, avec pour conséquence d'être dirigés vers des structures inadaptées à leur état.

Une piste de réflexion serait de considérer que certaines formes modérément sévères peuvent être gérées de manière coordonnée par l'éducation nationale via le PAP sans passer par la MDPH et que d'autres, plus sévères mais dépistées plus précocement (dysfonctions réeducables plus que handicaps constitués), puissent être traitées en amont via le dispositif médical spécialisé¹¹².

¹⁰⁸ BEH n° 16-17, mai 2010.

¹⁰⁹ Déficiences et handicaps d'origine périnatale, dépistage et prise en charge, expertise collective Inserm 2004. Outre de s'appuyer sur les données internationales, l'expertise cite une brochure (« le handicap en chiffres ») réalisée la même année par le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui estimait à 320 000 le nombre d'enfants handicapés (un enfant pouvant être cependant compté plusieurs fois s'il présentait plusieurs déficiences).

¹¹⁰ Les enfants "Dys" sont des enfants indemnes de toute déficience intellectuelle, visuelle, auditive ou autres problèmes sévères qui nécessitent la prise en charge en "milieu médical spécialisé".

¹¹¹ Dans la rubrique consacrée aux troubles dys du site de l'Inserm, la dyslexie concernerait entre 3 à 5 % des enfants (entre 5 et 11 ans), la dyspraxie entre 5 à 7 %, la dysphasie 2 % et les troubles de l'attention entre 3 et 5 % (ces troubles peuvent se combiner). Au Canada, 4,6 % des enfants entre 5 et 14 ans étaient considérés comme porteurs d'un trouble dys sévère en 2006, Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006,

¹¹² Pour les neuro-pédiatres spécialistes du sujet, les enfants "Dys" relèvent d'abord d'un problème médical qui devient éducatif puis social. Nombre d'enfants feraient ainsi l'objet d'une mauvaise orientation en étant d'emblée adressés aux MDPH où la question des ressources pour réaliser les bilans fonctionnels et les suivis de rééducation se pose avec une acuité dommageable (générant pertes de chance sur fond d'iniquités de traitement).

ANNEXE 2 : DESCRIPTION DE L'AEEH

Cette annexe a pour objectif de décrire l'architecture de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses modalités de traitement partagées entre deux institutions : la MDPH et l'organisme débiteur des prestations familiales (I). Un regard spécifique est porté sur le traitement des différents événements qui peuvent affecter la vie des familles pendant la durée d'attribution de l'allocation (II).

1 L'ALLOCATION SE COMPOSE D'UN MONTANT FORFAITAIRE DE BASE AUQUEL PEUVENT S'AJOUTER PLUSIEURS ELEMENTS

L'AEEH est composée d'une allocation de base forfaitaire à laquelle peuvent s'ajouter un complément et une majoration pour les familles monoparentales.

1.1 L'allocation est une prestation familiale dont l'éligibilité dépend du taux d'incapacité permanente de l'enfant

1.1.1 L'allocation est une prestation familiale relevant du code de la sécurité sociale et revalorisée chaque année sur la base du barème de revalorisation des allocations familiales (BAMF)

L'AEEH a été instituée par l'article 68-1 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle est codifiée aux articles L.541-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Elle s'est substituée à l'allocation d'éducation spéciale (AES) dont elle a conservé la structure générale.

L'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale (CSS) inclut l'AEEH dans la liste des prestations familiales¹¹³. Le CSS y consacre le chapitre premier du titre quatrième « prestations à affectations spéciales » du livre cinquième (prestations familiales et prestations assimilées), qui porte également sur l'allocation de logement familial, les primes de déménagement, les prêts à l'amélioration de l'habitat (chapitre II), l'allocation de rentrée scolaire (chapitre III) et l'allocation journalière de présence parentale (chapitre IV).

L'allocation de base forfaitaire et les 5 premiers compléments de l'allocation sont revus chaque année, en application des articles D.541-1 et suivant du CSS, lors de la revalorisation de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (dite BMAF), dont le taux a été fixé à 0,1 %¹¹⁴ en 2016. Seule exception à cette règle, le complément de catégorie 6 qui n'est pas calculé par rapport à un pourcentage de la BMAF. Il est égal au montant de la majoration pour tierce personne accordée aux invalides de la 3^{ème} catégorie définis à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale. Au 1^{er} avril 2016, il a fait l'objet d'une revalorisation de 0,1 %, le portant à 1 104,18 € par mois.

¹¹³ La liste des prestations familiales se compose de la prestation d'accueil du jeune enfant (prime à la naissance, CMG, PREPARE, allocation de base), des allocations familiales, du complément familial, de l'allocation de logement, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de l'allocation de soutien familial, de l'allocation de rentrée scolaire et de l'allocation journalière de présence parentale.

¹¹⁴ Le montant de cette base mensuelle, en pourcentage duquel sont fixées les prestations familiales, est donc porté de 406,21 € à 406,62 € au 1^{er} avril 2016.

Ainsi, depuis le 1^{er} avril 2016, le montant de l'AEEH de base est de 130,12€ par mois et par enfant. Les 6 compléments s'échelonnent de 97,59€ à 1 104,18€ par mois. En conséquence, en additionnant base et complément, les sommes perçues par les parents pour la charge d'un enfant handicapé s'inscrivent dans une fourchette allant de 130,12€ à 1234,30€

Tableau 1 : Montant de l'AEEH de base et de ses compléments

Niveau de complément	AEEH + complément (en euros)		
	% de la BMAF	Montant des compléments	Base + Compléments
Allocation de base	32	-	130,12
Base + C1	24	97,59	227,71
Base + C2	65	264,30	394,42
Base + C3	92	374,09	504,21
Base + C4	142,57	579,72	709,84
Base + C5	182,21	740,90	871,02
Base + C6	-	1104,18	1234,30

Source : Code de la sécurité sociale articles D.541-1 à 541-4 ; et circulaire n°DSS/SD2B/2016/77 du 15 mars 2016 relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropoles au 1er avril 2016.

En tant que prestation familiale, l'AEEH, base et compléments, n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu, ni prise en considération pour déterminer l'accès aux prestations sous conditions de ressources.

L'allocation est attachée à l'enfant handicapé de 0 à 20 ans. Ainsi, une famille ayant en son sein plusieurs enfants handicapés recevra plusieurs fois l'AEEH et ses éventuels compléments, la situation de chaque enfant étant étudiée de manière isolée.

Les dépenses totales d'AEEH¹¹⁵ (AEEH de base, compléments et majoration spécifique pour parent isolé ou MPI) rapportées à l'ensemble des prestations familiales ont progressé entre 2010 et 2014. Ainsi, entre 2010 et 2014, les dépenses totales d'AEEH sont passées de 2,25 % de l'ensemble des dépenses de prestations familiales à 2,53 %, les dépenses d'AEEH et de prestations familiales totales passant respectivement de 680 millions à 825,35 millions d'euros, et de 30,209 milliards d'euros à 32,5645 milliards d'euros.

1.1.2 L'éligibilité à l'AEEH dépend du taux d'incapacité permanente de l'enfant

L'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale précise que l'AEEH est accordée « si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux déterminé ».

Deux taux sont pris en compte :

- lorsque l'enfant à charge présente un taux d'incapacité d'au moins 80 % ;
- lorsque l'enfant présente un taux d'incapacité d'au moins 50 % et qu'il fréquente un établissement d'enseignement adapté (ou que son état exige le recours à des soins à domicile).

¹¹⁵ Tous régimes confondus (pour mémoire, les comptes de la branche famille sont totalement intégrés).

Des familles dont l'enfant a un taux d'incapacité inférieur à 50 % peuvent cependant bénéficier, à titre transitoire, d'un taux d'incapacité supérieur à 50 % comme indiqué dans la circulaire DESCO et DGAS-3C 2004-157 du 29 mars 2004 relative à l'application du guide barème pour les personnes atteintes de troubles des apprentissages du langage oral ou écrit : *« il peut exister des variations dans le temps du niveau de contrainte qui pèse sur l'enfant et sa famille : il peut par exemple s'avérer nécessaire pendant certaines périodes charnières d'intensifier notablement les prises en charge afin de prévenir la survenue ou l'installation d'incapacités qui auraient des conséquences délétères sur l'insertion sociale future de la personne. Il s'avèrera alors parfaitement pertinent d'attribuer un taux d'incapacité temporairement supérieur à 50 % pour prendre en compte pendant une année ou plus une lourdeur effective des traitements et remédiations à mettre en œuvre ».*

Compte tenu de ces deux seuils possibles et des conditions complémentaires d'attribution de l'AEEH en cas de taux d'incapacité situé entre 50 et 80 %, la CNSA a établi un arbre de décision permettant de montrer les différentes étapes d'évaluation du droit à l'AEEH et à ses compléments, la première étant l'éligibilité à l'AEEH de base, déterminée sur la base du seul taux d'incapacité. Pour le bénéfice de la seule AEEH de base, il n'est donc pas adjoint de condition de niveau de dépenses engagées par la famille de l'enfant handicapé.

1.1.3 L'allocation n'intervient qu'en complément ou alternative à d'autres modes de prise en charge

L'article L.541-1 en son alinéa 4 indique que *« l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale, sauf pour les périodes de congés ou de suspension de prise en charge ».*

L'article R541-1 dernier alinéa précise que l'AEEH due au titre des périodes de retour au foyer sont versés annuellement et en une seule fois. Cependant, dès 1993 (dans le cadre de l'AES), une possibilité de versement mensuel avait été ouverte sous certaines conditions. Aujourd'hui, les critères de versement mensuel de l'AEEH dite « retour au foyer » demeurent peu clairs, et peuvent faire l'objet d'une application variable sur le territoire national, comme développé dans le cadre de l'annexe n°4.

Le placement de l'enfant peut prendre plusieurs formes et affecter les modalités de versement de l'AEEH :

- l'internat est défini comme le placement de l'enfant jour et nuit hors de son domicile avec prise en charge intégrale de ses frais de séjour, hors périodes de retour au foyer. Le placement peut avoir lieu pour partie dans un établissement et pour partie dans une famille d'accueil. La règle est alors que le droit de la famille à l'AEEH et son complément est limité aux périodes de retour au foyer ;
- le semi-internat est défini comme le placement avec retour à domicile plus de deux jours par semaine, et dès lors qu'une partie des frais d'hébergement reste à la charge des parents, alors que le placement en externat laisse hébergement et nourriture à la charge des parents. Si l'enfant fréquente un établissement en externat et prend ses repas dans une famille d'accueil, il est en semi-internat.

Dans ces situations de semi-internat ou externat, la périodicité du versement de l'allocation et le niveau du complément d'AEEH vont dépendre de multiples facteurs. La prise en charge éventuelle de l'intégralité des frais relatifs au handicap par l'assurance maladie, l'Etat ou l'ASE empêche le versement de la totalité de la prestation, qui reste alors limitée à l'AEEH retour au foyer. De même ne peut en principe être versé le complément de niveau 6 prévu pour les situations où la présence d'une tierce personne auprès de l'enfant est nécessaire à temps plein, en raison des contraintes permanentes de surveillance et soins. Ce complément est néanmoins octroyé si une présence est nécessaire nuit et jour.

Concernant la mesure des frais engagés par la famille et couverts dans le cadre des compléments (*cf.* ci-dessous), la logique reste la même, l'AEEH n'intervenant qu'en complément des prises en charge déjà existantes, notamment de l'assurance maladie ou des mutuelles.

1.2 Six compléments peuvent être accordés si la nature ou la gravité du handicap exige des dépenses particulièrement coûteuses et/ou nécessite le recours fréquent à une tierce personne

1.2.1 Les 6 catégories de compléments visent à prendre en compte une diversité de situations

Outre l'allocation de base forfaitaire, un complément peut être accordé. Le montant de ce complément varie en fonction de six catégories permettant de prendre en compte les situations rencontrées par les familles et de les appréhender de façon plus nuancée.

Les compléments d'allocation consistent en une compensation forfaitaire mais celle-ci s'accroît en prenant en compte la situation de la famille. Ainsi l'article L.541-1 du code de la sécurité sociale dispose que : « *un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne. Son montant varie suivant l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire.* »

Deux conditions peuvent justifier conjointement ou séparément l'attribution de l'un des compléments : le recours plus ou moins important à une tierce personne et les dépenses liées au handicap de l'enfant. La notion de recours à une tierce personne utilisée dans la partie législative du code de la sécurité sociale est précisée dans la partie réglementaire, et peut consister en une réduction d'activité d'un ou des parents (article R. 541-2 du code de la sécurité sociale) : « *l'importance du recours à une tierce personne [...] est appréciée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au regard de la nature ou de la gravité du handicap de l'enfant en prenant en compte, sur justificatifs produits par les intéressés, la réduction d'activité professionnelle d'un ou des parents ou sa cessation ou la renonciation à exercer une telle activité et la durée du recours à une tierce personne rémunérée* ». Ainsi, la notion de recours à une tierce personne utilisée dans la loi peut recouvrir la réduction ou la cessation d'une activité professionnelle ainsi que le renoncement à en exercer une si la personne était en inactivité.

Plusieurs combinaisons de frais et de réduction d'activité des parents/ou de recours à une tierce personne sont possibles comme en témoigne le tableau ci-dessous. C'est à compter du complément 2 que la réduction du temps de travail est prise en compte, à hauteur de 20 %.

Tableau 2 : Conditions de niveau de dépenses, de recours à une tierce personne ou de réduction d'activité pour l'attribution des compléments de 1 à 6

	Montant du complément en % de la BMAF	Réduction /arrêt activité parent		Embauche tierce personne		Coût handicap en % de la BMAF
Allocation de base	32 % soit 130,12 €	-		-		-
Complément n°1	24 % soit 97,59 €	-		-		≥ à 56% soit 227,71 €
Complément n°2	65 % soit 264,30 €	20%		8 heures/semaine		-
			ou		ou	≥ à 97 % soit 394,42 €
Complément n°3	92 % soit 374,09 €	50%		-		-
		-	ou	20 heures/semaine		-
		20%		-	et	≥ à 59% soit 239,91 €
		-	ou	8 heures	et	≥ à 59% soit 239,91 €
Complément n°4	142,57 % soit 579,72 €	-		-	ou	≥ à 124% soit 504,21 €
		100%		-		-
		-	ou	Temps plein		-
		50%		20 heures / semaine	et	≥ à 82,57% soit 335,75 €
		20%	ou	-	et	≥ à 82,57% soit 335,75 €
Complément n°5	182,21 % soit 740,90 €	-		-	et	≥ à 109,57% soit 445,53 €
		-	ou	8 heures/semaine	et	≥ à 109,57% soit 445,53 €
Complément n°6	1104,18 €	100%		-	et	≥ à 174,57% soit 709,84 €
		-	ou	Temps plein	et	≥ à 71,64% soit 291,30 €
Complément n°6	1104,18 €	100%		-	et	Contraintes permanentes de surveillance et de soins
		-		Temps plein	et	Contraintes permanentes de surveillance et de soins

Source : DSS

Les conditions d'attribution du complément 6 sont distinctes de celles des cinq premiers compléments. A l'instar du complément 5, les parents doivent avoir cessé toute activité professionnelle ou recourir à une tierce personne à temps plein, mais en outre, l'état de l'enfant « impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille ». L'arrêté du 24 avril 2002 précise que trois axes complémentaires sont donc à considérer :

- « la notion de « surveillance » : il s'agit de situations où la sécurité du jeune ou de son entourage nécessite une surveillance rapprochée, qui doit être assurée individuellement par un adulte, lequel ne peut, pendant ce temps, se consacrer à d'autres activités. Cette surveillance peut être particulièrement renforcée quand, avec l'âge ou le handicap, la force physique et les capacités motrices du jeune s'accroissent ou décroissent ;
- la notion de « soins » : il s'agit de soins qui peuvent être techniques (appris à la famille par les professionnels de santé afin de permettre le maintien du jeune en milieu ordinaire de vie) ou de soins de base et d'hygiène à assurer au quotidien (change avec surveillance des téguments, posturage pour prévenir les lésions cutanées, alimentation de l'enfant nécessitant des précautions particulières pour éviter des fausses routes, etc.) ;
- la notion de « permanence » : il s'agit de situations où la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent, ou de son entourage, nécessite soit une surveillance rapprochée, soit des soins fréquents, laissant peu de répit et ne permettant pas de réserver à l'adulte qui s'en occupe de longues plages diurnes ou nocturnes consacrées au repos ou à d'autres activités quotidiennes. Ces contraintes sont sans rapport avec celles vécues avec un jeune du même âge non porteur de troubles ou handicaps, même un nourrisson, certes dépendant mais ayant de longues périodes de sommeil et peu d'autonomie motrice ».

L'arrêté du 24 avril 2002 conclut que « c'est la conjugaison de ces deux premiers facteurs, la surveillance ou les soins, avec le facteur de permanence qui constitue la condition d'attribution du 6e complément, réservé — en raison de son niveau — à des situations excédant largement les conditions d'attribution du 4e ou du 5e complément ». Ainsi, l'attribution du complément 6 est considérée comme une réponse palliative dans l'attente d'une prise en charge plus adaptée.

1.2.2 Le recours à une tierce personne ou la réduction d'activité

L'arrêté du 24 avril 2002 et la circulaire du 3 mai 2002 apportent plusieurs précisions sur la réduction d'activité et sa mesure :

- « La détermination du recours à la tierce personne du fait du handicap de l'enfant se fait par référence à un enfant du même âge sans déficience » ;
- la nécessité du recours à une tierce personne est analysée sur la base du certificat médical et d'une analyse des besoins selon 5 axes : aide directe aux actes de la vie quotidienne, accompagnement lors des soins, mise en œuvre par la famille ou le jeune lui-même de soins, mesures éducatives et/ou pédagogiques spécifiques, et surveillance du jeune en dehors des heures de prise en charge.

Les familles ont l'impression que la référence à un enfant du même âge est parfois en leur défaveur dans la mesure où l'autonomie des enfants à bas âge est faible et que l'ensemble de ces enfants nécessite une surveillance permanente. Or, en fonction du handicap de l'enfant, il n'en demeure pas moins que la nature de la surveillance et de l'investissement du parent dans celle-ci peut changer, notamment pour l'organisation de jeux adaptés, l'alimentation, le change, etc. Cet alourdissement de la charge serait insuffisamment pris en compte lors de l'évaluation par les MDPH, principalement pour les enfants à bas âge.

Pourtant, l'arrêté de 2002 souligne ces contraintes : *« les problèmes de santé peuvent entraîner dès la naissance des besoins particuliers et des contraintes handicapantes, même pour un nouveau né (manipulation, alimentation, rythme des repas et changes...) [...] ; sera également pris en compte, notamment pour les nourrissons, l'allongement important du temps nécessaire à la réalisation de ces actes, ou leur répétition ou fréquence inhabituelles (pour le change, l'alimentation) »*.

Deux phénomènes peuvent dans les faits se conjuguer : une éventuelle insuffisante prise en compte de ces temps « interstitiels » par les équipes pluridisciplinaires des MDPH, mais aussi une difficulté des parents à les identifier et à les recenser au moment de la demande.

Par ailleurs, la notion de réduction de l'activité fait débat dans les cas où le parent ne travaille pas au moment de la demande à la MDPH, la CNSA rappelle dans ses échanges avec les MDPH qu'il leur revient d'apprécier, au moment de l'instruction, la possibilité pour le parent concerné d'exercer une activité professionnelle du fait du handicap de l'enfant. Plusieurs éléments complémentaires sont à prendre en compte pour la mesure de la réduction/cessation d'activité et l'attribution du complément :

- la perte de revenus consécutive n'est prise en considération que si la réduction de travail est motivée par la volonté de se consacrer aux soins à donner à l'enfant et non par l'impossibilité personnelle de poursuivre une activité. Ainsi n'est pas considéré en principe comme ayant cessé son activité un parent qui perçoit des indemnités journalières de maladie, maternité, paternité, pour un accident de travail ou une maladie professionnelle, ou encore en cas de chômage ou de départ à la retraite pour limite d'âge ;
- la réduction de la quotité de travail doit s'apprécier globalement. Si le père travaille à 90 % et la mère à 60 % d'un temps plein, la réduction globale d'activité est égale à 50 %.

Les associations interpellent la mission sur plusieurs difficultés entraînées par les règles actuelles :

- la mesure de la réduction du temps de travail pourrait être faite en ignorance complète de la situation économique du territoire et des exigences des entreprises. A titre d'exemple, un parent qui doit amener son enfant dans un établissement médico-social le matin, avec un temps de trajet de 30 minutes, venir le chercher à midi, le ramener pour l'après-midi et revenir le chercher le soir, se verra attribuer une réduction de temps de travail de 20 ou 50 %, alors que les familles soulignent que cela empêche toute activité professionnelle dans le territoire concerné ;
- la notion de surveillance et de permanence pour l'attribution du complément 6 serait sujette à interprétation. Plusieurs exemples sont avancés : les risques d'automutilation par de jeunes autistes qui semblent autonomes dans les gestes de la vie quotidienne mais ne sont jamais à l'abri de ce types de gestes, les difficultés nocturnes quand certains enfants présentent un sommeil très agité.

Il n'existe pas de barème ou de guide relatif à la mesure de la réduction du temps de travail.

1.2.3 La compensation induite par les compléments laisse un reste à charge plus ou moins important aux familles

Les compléments 1 à 5 peuvent être accordés sur la seule condition de niveau de dépense. L'existence de 6 compléments créé, de facto, des effets de seuil et des inégalités. Ainsi, pour obtenir un complément de catégorie 1, il faut avoir un niveau de dépenses supérieures à 227,71 € et inférieur à 394,42€; or, le complément de catégorie 1 additionné à l'AEEH de base s'élève à 227,71€. Les familles qui ont des dépenses supérieures à ce montant, mais inférieures à 394,42€, auront donc un reste à charge qui peut atteindre plus d'une centaine d'euros. En outre, ni le CSS ni l'arrêté ni la circulaire ne précisent la part des dépenses que les MDPH peuvent décider de couvrir. Ainsi, les MDPH peuvent choisir de ne prendre en considération qu'une proportion des dépenses, en appliquant une sorte de ticket modérateur, ou de tarif de référence pour certains frais.

Tableau 3 : Montant des compléments accordés et conditions de niveau de dépenses

AEEH et compléments	Conditions de niveau de dépenses par mois		Montants totaux accordés
	Minimum	Maximum	
Allocation de base	-	-	130,12
Base + C1	227,71 €	-	227,71
Base + C2	394,42 €	-	394,42
Base + C3	239,91 €	504,21 €	504,21
Base + C4	335,75 €	709,84 €	709,84
Base + C5	291,30 €	-	871,02
Base + C6	-	-	1234,30

Source : Tableau BMAF DSS

Les familles peuvent donc avoir à faire face à des dépenses importantes, non couvertes par l'AEEH ou d'autres dispositifs de protection sociale.

Dans le cadre d'un cumul de frais et de réduction d'activité, le reste à charge peut aussi être important. En outre, la prise en charge est forfaitaire alors que les baisses de revenu peuvent s'avérer très importantes.

1.3 Une majoration est attribuée pour les parents isolés

1.3.1 La MPI, attribuée à compter du deuxième complément, s'accroît avec le niveau de complément

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les parents isolés, qui assument seuls la charge d'un enfant handicapé et qui perçoivent l'AEEH, peuvent prétendre au bénéfice d'une majoration spécifique pour parent isolé (MPI). Cette majoration est prévue à l'article L541-4 : « *toute personne isolée bénéficiant de l'allocation et de son complément mentionnés à l'article L.541-1 ou de cette allocation et de la prestation¹¹⁶ mentionnée à l'article L 245-1 du code de l'action sociale et des familles et assumant sur la charge d'un enfant handicapé dont l'état nécessite le recours à une tierce personne a droit à une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé versée dans des conditions prévues par décret* ».

Les conditions d'attribution sont précisées à l'article D.541-3 du CSS. Elles sont étudiées par les ODPF :

- la notion d'isolement retenue est celle applicable en droit des prestations familiales (Art. L.524-2 du CSS). Ainsi, sont considérées comme parents isolés, les personnes veuves, divorcées, séparées, abandonnées ou célibataires qui assument seules la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants résidant en France¹¹⁷ ;
- la MPI ne peut être accordée qu'à partir du complément de deuxième catégorie ou plus, c'est-à-dire « *dès lors que l'état de l'enfant contraint la personne à renoncer, cesser ou exercer une activité professionnelle à temps partiel ou exigeant le recours à une tierce personne rémunérée* » selon les termes de l'Article D.541-3. Elle est due pour chacun des enfants handicapés remplissant les conditions ;
- les personnes qui ont opté dans le cadre de leur droit d'option (Cf. 2.2.3), pour la prestation de compensation du handicap (PCH) au lieu d'un complément d'AEEH, peuvent également prétendre au bénéfice de la MPI à la condition d'avoir un droit théorique à un complément de deuxième catégorie au moins.

Le montant de la MPI s'échelonne de 52,86€ à 435,08€ Il vient en sus des montants attribués au titre de la prestation de base et du complément. Le montant de la majoration est égal à un pourcentage de la BMAF qui croit avec le niveau de complément accordé.

Tableau 4 : Montant de la majoration pour parent isolé (MPI)

Niveau de complément	Majoration pour parent isolé		
	% de la BMAF	Montant de la MPI	Cumul base + complément + MPI
C1	-	-	-
C2	13	52,86	447,28
C3	18	73,19	577,40
C4	57	231,77	941,61
C5	73	296,83	1167,85
C6	107	435,08	1669,39

Source : Code de la sécurité sociale articles D.541-1 à 541-4 ; et circulaire n°DSS/SD2B/2016/77 du 15 mars 2016 relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropoles au 1^{er} avril 2016.

¹¹⁶ Il s'agit de la PCH

¹¹⁷ Article L. 262-9 du CASF

Au final, depuis le 1^{er} avril 2016, le montant de l'AEEH s'échelonne ainsi de 130,12 € (allocation de base) à 1669,39 € (allocation de base à laquelle sont ajoutés le 6^{ème} complément et la majoration pour parent isolé).

1.3.2 Les modalités de financement de la majoration et d'instruction des droits ont varié dans le temps

Le financement de la MPI par la CNSA était prévu par le dernier alinéa de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale. Le financement par la CNSA a été abrogé par le II de l'article 56-1 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 :

- sous la forme d'un désengagement progressif pour l'année 2010 et 2011 : contribution de la CNSA à hauteur de la moitié des sommes versées en 2010 et du 1/4 des sommes versées en 2011 ;
- puis d'un désengagement total effectif au 1er janvier 2012 (Cf. Extrait de la LFSS article 56-1-II. — "A compter du 1er janvier 2012, le second alinéa de l'article L. 541-4 du même code est supprimé.").

Avant 2009, les MDPH pouvaient instruire et accorder les droits à la MPI. Cela n'a plus été le cas ensuite. Certaines notifications alertent sur l'isolement du parent, mais au regard des déplacements de la mission, cela apparaît rare.

Aujourd'hui, la majoration est attribuée de manière automatique par les ODPF dès lors que :

- l'isolement du parent est identifié sur la base des données relatives à la situation des familles, détenues dans le cadre des éléments recueillis pour l'attribution des autres allocations familiales,
- le parent a droit à l'AEEH de base et à un complément de seconde catégorie ou plus.

2 SON INSTRUCTION EST PARTAGEE ENTRE LES MDPH ET LES ODPF

2.1 L'AEEH de base et les compléments sont attribués par les CDAPH et mis en paiement par les ODPF

2.1.1 Le traitement des demandes d'AEEH relève du droit commun de fonctionnement des MDPH

La prestation familiale AEEH étant attribuée au titre du handicap de l'enfant et des charges entraînées par celui-ci pour la famille, l'évaluation des demandes et l'attribution du droit sont à la charge de la MDPH du département où le demandeur réside¹¹⁸ et de son instance décisionnaire, la CDAPH. Ainsi, le CSS renvoie au CASF : « *L'allocation et son complément éventuel sont attribués au vu de la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles appréciant si l'état de l'enfant ou de l'adolescent justifie cette attribution* ». Les ODPF ont en charge l'appréciation des conditions administratives, le versement des montants et la décision d'attribution de la MPI.

¹¹⁸ Article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles.

Le formulaire de demande auprès de la MDPH est unique pour l'ensemble des prestations attribuées par la CDAPH, il s'agit du *Cerfa* n°13788*01. Il répond aux exigences formulées à l'article R. 541-3 du CSS, la demande devant être composée : d'un certificat médical, d'une demande précisant si l'enfant est placé en établissement et son régime (internat ou non), les soins médicaux et rééducatifs dont il bénéficie, et les modalités de prise en charge (établissement d'hospitalisation ou domicile). Le fait de rassembler l'ensemble des demandes sur un seul formulaire permet de couvrir tous les champs possibles de besoin des familles, mais, dans le même temps, peut être déroutant pour celles qui ne relèvent que de certaines cases, notamment les parents d'enfants handicapés, qui ne sont pas concernés par les demandes « adultes ».

Outre le certificat médical, et les renseignements généraux sur l'enfant et les parents (identité, adresse, autorité parentale, ODPF de rattachement, situation familiale et situation professionnelle), le *Cerfa* comprend deux cases qui concernent plus spécifiquement les demandes d'AEEH : l'expression des besoins et des attentes de la personne concernée (cela concerne aussi les adultes handicapés), et la demande d'allocation enfant handicapé et son complément.

Schéma 1 : Extraits du formulaire Cerfa n°13788*01 de demande d'AEEH sur le projet de vie

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.
Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.
Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...
Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement.
Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

C - Demande d'Allocations d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément

Votre enfant est-il en internat ? Oui Non Depuis le : _____
Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

Si votre enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie l'État ou l'aide sociale ? Oui Non

Présence d'une personne auprès de l'enfant
Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? Oui Non
Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : _____ heures par semaine
Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : _____ heures.

Frais supplémentaires liés au handicap
Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PÉRIODICITÉ Semaine, mois, année, occasionnelle
	Financiers sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge	
Total		0 €	0 €	

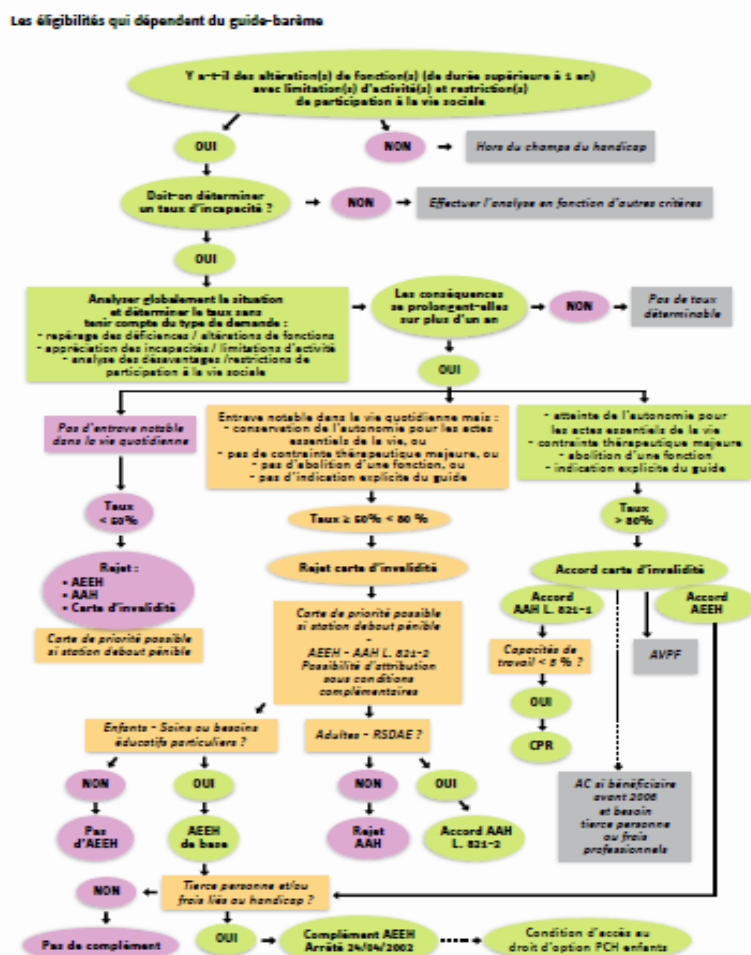
Source : Formulaire

Pour l’attribution de l’AEEH et de ses compléments par la CDAPH, le code de la sécurité sociale renvoie à deux guides : d’une part, le guide barème (Art. R541-1 du CSS) pour déterminer le taux d’incapacité de l’enfant, et en conséquence, l’éligibilité à l’AEEH de base, d’autre part, un guide d’évaluation (R.541-2 du CSS) défini par arrêté pour la détermination du montant du complément. L’arrêté¹¹⁹ a été pris le 24 avril 2002 et la circulaire¹²⁰ d’application le 3 mai 2002. Les deux guides figurent dans le « guide des éligibilités » édité en 2013 par la CNSA.

L’évaluation de la demande d’AEEH suit la même grille d’analyse que l’ensemble des autres demandes auprès de la MDPH (comme en témoigne le schéma ci-dessous), tandis que l’analyse du droit aux compléments d’AEEH est régie par un arrêté et une circulaire de 2002.

Afin d’appuyer les MDPH dans l’évaluation de la situation des personnes handicapées, un Guide d’évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) a été établi, c’est le support réglementaire (arrêté de 2008) du recueil des éléments d’évaluation de leur situation, il comporte des items dans différentes dimensions, qui vont bien au-delà des seuls critères d’accès aux prestations.

Graphique 5 : Les éligibilités qui dépendent du guide barème



Source : Extrait du guide des éligibilités de la CNSA

¹¹⁹ Arrêté relatif aux conditions d'attribution des six catégories de complément d'allocation d'éducation spéciale et de son annexe (qui définit le guide d'évaluation pour l'attribution d'un complément à l'AEEH) et pris en application du premier alinéa de l'article R. 541-2 du CSS

¹²⁰ Circulaire DGAS/3C/DSS/2B/DES n° 2002-290 du 3 mai 2002 relative aux modalités d'attribution et de versement des six catégories de complément à l'allocation d'éducation spéciale (AES) pris en application des articles L. 541-1 à 2 et R. 541-2 à 4 du CSS.

En dehors du guide d'évaluation établi par arrêté en 2002, il n'est prévu aucune autre spécificité au mode de travail de la MDPH pour l'attribution de l'AEEH. Ainsi, la MDPH :

- ▶ doit exercer, comme pour l'ensemble des autres prestations mentionnées à l'alinéa 1 de l'article L.146-3 du CASF, une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap ;
- ▶ s'appuyer sur les travaux de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation prévue à l'article L.146-8 du CASF, qui évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et des références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap.

Comme prévu par le CASF, l'EPE peut entendre « *soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents lorsqu'elle est mineure, ou son représentant légal. Dès lors qu'il est capable de discernement, l'enfant handicapé lui-même est entendu par l'équipe pluridisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire se rend sur le lieu de vie de la personne soit sur sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée* ».

Au final, le parcours du dossier de demande d'AEEH au sein de la MDPH doit respecter des étapes similaires aux autres demandes des personnes handicapées. Il en est ainsi, notamment, de la transmission du PPC. Celui-ci, prévu à l'article R.146-29 du CASF prévoit notamment que : « *Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations mentionnées à l'article L. 241-6, destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu' elle rencontre du fait de son handicap.* ». L'AEEH étant l'une des prestations mentionnée à l'article L. 241-6 du CASF, les familles devraient recevoir un projet personnalisé de compensation (PPC). Ce n'est pourtant ni l'interprétation ni la pratique retenue par une majorité des MDPH visitées par la mission. L'absence d'envoi du PPC pose une réelle difficulté pour l'accès au droit des familles : d'une part, ce document constitue parfois la seule occasion d'échanges avec la MDPH, d'autre part, il informe de la tenue prochaine (théoriquement 15 jours avant) de la réunion de la CDAPH, l'article R. 146-29 du CASF précisant notamment : « *le plan de compensation est transmis à la personne handicapée ou, le cas échéant, à son représentant légal, qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est informée de ces observations* ».

Si la commission estime que l'état de l'enfant justifie l'attribution de l'allocation, elle fixe aussi la durée¹²¹ de la période (au moins égale à un an et au plus égale à cinq ans) pour laquelle cette décision est prise. Toutefois ce délai n'est pas opposable à l'allocataire en cas d'aggravation du taux d'incapacité permanente de l'enfant, ou d'évolution des charges de la famille.

¹²¹ Article R. 541-4 du code de sécurité sociale

2.1.2 La mise en paiement et le contrôle d'effectivité du recours à une tierce personne relèvent des ODPF

La mise en paiement de la prestation relève des ODPF qui sont compétentes pour verser aux bénéficiaires les prestations familiales auxquelles ils peuvent prétendre. Pour procéder au versement du montant accordé par la CDAPH, l'ODPF doit vérifier au préalable plusieurs conditions administratives¹²². Les modalités de traitement de l'AEEH par les ODPF sont analysées dans le cadre de l'annexe n°4. Il peut cependant être relevé que l'article R.541-3 du CSS prévoit que « *la maison départementale des personnes handicapées transmet, sans délai, un exemplaire du dossier de demande à l'organisme débiteur en vue de l'examen des conditions relevant de la compétence de celui-ci* ». Or, cet article apparaît obsolète et inadapté : une minorité de MDPH procède à cet envoi immédiat, et les ODPF n'ont aucun intérêt à procéder à l'analyse de la recevabilité administrative de la demande car les délais de traitement en MDPH sont de plusieurs mois et la situation administrative de la famille peut évoluer (droit au séjour par exemple, adresse, etc.).

Les textes sont ambigus concernant le contrôle d'effectivité des dépenses engagées dans le cadre de l'AEEH. Il est ainsi prévu la possibilité pour l'organisme débiteur des prestations familiales de contrôler l'effectivité du recours à une tierce personne¹²³. Il ne s'agit en revanche pas d'une obligation. Si l'ODPF constate que ce recours n'est pas effectif dans les conditions prévues pour les différentes catégories, il doit saisir la CDAPH. Celle-ci réexamine le droit au complément d'AEEH à partir du moment où l'organisme prestataire a constaté que les conditions en matière de recours à la tierce personne ne sont plus remplies. Dans l'attente de la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'ODPF verse, à titre d'avance, le complément correspondant à la situation constatée. La CDAPH doit statuer en urgence sur ces affaires, dans un délai fixé par l'arrêté du 24 avril 2002.

Il n'existe aucune base juridique au contrôle d'effectivité des dépenses engagées en dehors du recours à une tierce personne et de la réduction d'activité. En outre, les notifications des MDPH peuvent être floues si bien que les parents ne savent pas exactement quels sont les frais couverts par l'AEEH et ses compléments.

2.2 Plusieurs événements peuvent intervenir pendant la durée d'attribution de l'allocation et nécessiter une évolution des droits et versements

2.2.1 Les événements sont multiples avec des impacts différents sur la valeur de la prestation AEEH

Les familles doivent saisir la MDPH pour demander le renouvellement de leur droit à l'AEEH à l'issue de la période d'octroi, mais elles peuvent aussi demander à ce que ce droit soit revu à tout moment si leur situation connaît un changement : frais nouveaux encourus, renoncement à travailler ou reprise du travail, placement en internat ou hospitalisation de l'enfant. La nouvelle décision de la CDAPH peut conduire à une augmentation ou une réduction de l'allocation, voire à une suspension des droits.

Au contraire, si l'un des parents reprend une activité professionnelle à temps plein ou à temps partiel, après un temps de présence auprès de l'enfant, et même s'il recourt dans ce cas à une tierce personne, une nouvelle évaluation du complément d'AEEH doit être effectuée, qui peut conduire à ce qu'il soit réduit, voire supprimé, l'AEEH de base constituant alors à elle seule la prestation.

¹²² Articles L. 541-1, L. 541-3, L. 521-2, L. 512-1 et R. 512-2.

¹²³ Article R. 541-4 du code de sécurité sociale.

L'enfant peut être accepté au sein d'un établissement ou d'un service médico-social (ESMS). La prise en charge effective peut être différée par rapport à la demande, mais dès que l'enfant est accueilli dans une institution avec prise en charge de ses frais de séjour, les droits de la famille doivent être revus. Ils dépendent des modalités de placement qui sont variables : externat, semi-internat ou internat.

L'enfant peut être hospitalisé. Selon l'article R541-8 CSS, l'enfant est considéré comme en situation d'internat, s'il effectue de fréquents séjours intermittents en hôpital, dans lequel il reçoit des soins en rapport avec son handicap, ou s'il est hospitalisé de façon continue plus de deux mois consécutifs en raison de son handicap. L'AEEH et son complément sont alors limités aux périodes de retour au foyer, comme lors d'un placement en internat, sauf décision de la CDAPH constatant la permanence des frais et des contraintes de tierce personne pour les parents.

L'enfant peut ne pas attendre d'avoir 20 ans pour ne plus être à charge de sa famille :

- lorsque l'enfant est confié au service départemental de l'ASE, volontairement par sa famille ou sur décision du juge, il est placé dans une famille d'accueil ou un établissement spécialisé. La prestation doit alors être versée à la personne à qui est confiée l'enfant, sauf en cas de décision judiciaire conservant le versement des prestations à la famille (article L521-2 CSS) ;
- l'enfant peut devenir lui-même allocataire, s'il perçoit dès 16 ans un revenu au moins égal à 55 % du SMIC, ou même s'il perçoit l'aide personnalisée au logement (APL). Le versement de l'AEEH et de son complément est alors suspendu, tant que le revenu existe ;
- l'allocation pour adultes handicapés (AAH) prend éventuellement le relais de l'AEEH¹²⁴ en principe aux 20 ans du jeune, mais peut être octroyée à 16 ans, si le jeune cesse d'être à la charge de ses parents et devient lui-même allocataire.

2.2.2 Les modalités de validation par les ODPF et les MDPH des nouvelles situations sont peu claires

En principe, la CDAPH prend une décision pour renouveler un droit, augmenter ou réduire la valeur de la prestation d'AEEH, en fonction des événements dont elle est saisie. La situation de l'enfant et de la famille est alors à nouveau étudiée, selon la procédure précédemment décrite et l'ODPF reçoit une nouvelle notification de droits pour son allocataire.

Mais dans chacun des cas précités, la réglementation du code de la Sécurité sociale (CSS) et du code de l'action sociale et des familles (CASF) est peu claire quant à la nécessité de saisir la CDAPH pour reprendre une décision, la procédure à mettre en œuvre à cet effet et l'émetteur de l'information.

La circulaire, elle-même datée de 2002, ne correspond plus, dans ses préconisations, à la réalité du parcours des familles, ni aux modalités respectives d'information des ODPF et des MDPH sur ce dernier. C'est particulièrement le cas concernant les changements de régimes (placement de l'enfant et retour au foyer) :

- alors même que le placement de l'enfant résulte souvent d'une décision de la CDAPH, l'arrêté et la circulaire prévoient que si l'accueil a été différé faute de places disponibles et le complément d'AEEH attribué à titre provisoire, elle doit à nouveau se prononcer si l'enfant est accueilli dans l'établissement ; de même si les modalités de prise en charge (internat, semi-externat, externat) évoluent dans le temps ;

¹²⁴ Les critères d'attribution de l'AAH sont différents de ceux de l'AEEH, donc une partie des bénéficiaires de l'AEEH ne seront pas bénéficiaires de l'AAH.

- il revient à l'ODPF dès qu'il « a connaissance d'une modification de la prise en charge de l'enfant » le devoir d'en informer la CDAPH, tout en réduisant l'allocation à l'AEEH retour foyer en cas d'accueil en internat ;
- la circulaire prévoit que la famille doit saisir à nouveau la CDAPH en cas de placement de l'enfant afin qu'elle revoie l'appréciation des droits : niveau du complément et niveau de versement limité ou non aux périodes de retour au foyer. Sur ce dernier point, seule la circulaire attribue l'obligation d'une nouvelle saisine de la CDAPH aux parents. Ce n'est en effet que pour la première demande que l'article R541-3 CSS oblige les parents demandeurs à fournir une déclaration indiquant que l'enfant est ou non admis dans un établissement relevant de l'article L312-1 CASF avec précision le cas échéant du mode internat et de la prise en charge des soins.

Le processus prévu comporte en conséquence plusieurs incohérences : l'obligation d'une nouvelle décision de la CDAPH et d'une saisine de la famille pour valider, au final, une situation qui avait d'ores et déjà fait l'objet d'une délibération ; le principe selon lequel l'ODPF appelle une nouvelle décision de la CDAPH, sachant qu'il aura rarement connaissance de ce placement. Il n'est en outre pas certain que la famille ait connaissance de cette obligation.

Par un courrier de la DSS daté du 7 octobre 2014, le Ministère a précisé aux deux réseaux concernés que la mise en place d'un paiement de l'AEEH dit « retour au foyer » en cours de période d'attribution de droits ne justifiait pas de la part de l'ODPF une nouvelle saisine de la CDAPH mais justifiait en revanche une information à destination de la MDPH.

Les cas d'hospitalisation de longue durée présentent de nouveau des difficultés dans le circuit d'information. L'article R541-8 CSS régit la situation de l'hospitalisation continue de plus de deux mois par assimilation à la situation de placement en internat, ce qui signifie que cette situation doit conduire à la réduction de l'allocation par le versement de l'AEEH retour au foyer. La circulaire n° 2002-25 du 3 mai 2002 indique de son côté la procédure : l'ODPF informe l'allocataire de la réduction de l'allocation à compter du troisième mois d'hospitalisation et l'allocataire saisit la CDAPH qui juge de l'opportunité de demander le maintien du complément en cours en raison du maintien des contraintes malgré l'hospitalisation. A nouveau l'article du CSS et les modalités d'application prévues par la circulaire présentent, à l'instar des situations précédemment évoquées, plusieurs incohérences :

- le code prévoit d'emblée que l'hospitalisation peut impliquer autant de contraintes que la situation antérieure pour les parents : « [...] si les contraintes liées à l'hospitalisation entraînent pour les parents une cessation ou une réduction de l'activité professionnelle y compris la renonciation à cette activité, le recours à une tierce personne rémunérée ou des dépenses dans des conditions identiques à celles requises pour l'attribution d'un complément. Dans ce cas, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, le versement de la prestation peut être maintenu » ;
- le circuit d'information n'est pas adapté : la circulaire ne précise pas qui informe l'ODPF. Seule la famille est en capacité de l'informer, c'est d'ailleurs elle qui est censée déclarer une hospitalisation intermittente régulière à la CDAPH, lors d'une première demande d'AEEH (article 541-3 CSS). Les hôpitaux n'ont pas pour mission d'effectuer des démarches d'information des MDPH. Il apparaît en outre irrationnel d'imaginer qu'outre une gestion administrative déjà complexe, les familles penseront à signaler tout changement de situation, notamment dans des cas potentiellement éprouvants tels que l'hospitalisation de leur enfant.

Au demeurant, si la famille déclarait l'hospitalisation tout en souhaitant conserver le même niveau de complément, elle se devrait d'entamer une démarche auprès de la MDPH. Les éléments de la procédure concourent à ne pas inciter les familles à se manifester. Dans cette hypothèse, les ODPF n'ont aucun moyen de déceler ou de contrôler le contexte d'une hospitalisation et continuent de verser aux familles le même niveau de prestation. Ils sont d'ailleurs unanimes pour indiquer qu'ils ne sont jamais informés des hospitalisations des enfants, sauf si celle-ci est déclarée dans un premier dossier de demande d'AEEH. De ce fait, le but de l'article R541-8 CSS de compenser les frais d'hospitalisation pris en charge par la CPAM en diminuant l'AEEH n'est pas atteint.

Enfin, selon les données transmises par la CNAMTS, l'hospitalisation de longue durée concerne un nombre très limité d'enfants. La proportion de ces enfants qui serait en outre handicapés n'est pas connue.

Outre les deux situations citées (changement de régime, hospitalisation), la suspension ou l'arrêt de l'AEEH ne nécessitent pas toujours mais parfois une saisine de la CDAPH :

- le versement de l'AEEH est définitivement arrêté lorsque l'enfant atteint l'âge de 20 ans et dans l'hypothèse d'un décès. Concernant l'âge du bénéficiaire, la CDAPH peut aisément éviter de décider de l'octroi de l'AEEH après les 20 ans du bénéficiaire, puisqu'elle détermine elle-même les durées d'octroi de la prestation entre un et cinq ans et en moyenne pour deux ans ;
- l'ODPF peut de lui-même, sans décision de la CDAPH, suspendre le versement de l'AEEH si les conditions administratives pour l'obtenir font défaut. Il est en effet compétent pour vérifier la résidence et la notion de « à charge » de son allocataire. En vertu de l'obligation qu'il impose à ses allocataires de déclarer toute nouvelle situation, l'ODPF est directement en capacité de vérifier l'exactitude des conditions de mise en paiement dans le cadre de son contrôle interne ;
- l'ODPF peut aussi être amené à suspendre le versement de l'AEEH à la famille dont l'enfant est confié au service départemental de l'Aide sociale à l'enfance, en vertu de l'article L521-2 CSS. Mais les parents conservent l'autorité parentale et ne sont pas systématiquement écartés du bénéfice de l'AEEH. En effet, lorsque la décision de placement à l'ASE n'émane pas d'une volonté des parents, mais d'une mesure de protection prise par le juge, celui-ci peut décider de maintenir l'allocation à la famille qui participe à la prise en charge de l'enfant moralement et matériellement en vue de son retour en famille (L521-2 CSS).

La mission n'a pas approfondi le circuit de versement de l'AEEH en cas de placement de l'enfant. Il apparaît cependant que le suivi de la prestation devient difficile, car une grande variété de cas pratiques n'est pas évoquée par la réglementation. Une majorité de MDPH rencontrées alertent sur les difficultés rencontrées dans l'accompagnement des enfants, et la construction d'une réponse adaptée à leurs besoins, notamment quand il existe des incertitudes quant au détenteur de l'autorité parentale.

Au final, il apparaît que ni le code de la sécurité sociale, ni la circulaire d'application de 2002 ne sont adaptés au parcours des familles et à la diversité des situations auxquelles elles peuvent être confrontées. En outre, elle impose des saisines de la CDAPH qui n'apparaissent pas toujours justifiées alors même que les flux de demandes à étudier sont en augmentation constantes.

2.2.3 La famille peut opter pour la PCH, mais l'option n'est pas systématiquement proposée par les MDPH

Depuis 2008, les foyers bénéficiant d'un droit à l'AEEH et à un complément peuvent choisir entre le bénéficiaire de ce complément et la PCH. Cette dernière se cumule avec l'AEEH de base mais pas avec les compléments. La demande de PCH s'accompagne donc systématiquement d'une demande d'AEEH.

L'incompatibilité des compléments AEEH avec les éléments de la PCH est de règle, sauf avec le 3^{ème} élément qui couvre l'aide à l'aménagement du logement et/ou du véhicule. Dans ce cas, la MDPH doit s'assurer lors du calcul des montants (compléments et 3^{ème} élément PCH) de ne pas prendre en compte les frais liés à l'aménagement du logement et/ou du véhicule dans le calcul du complément AEEH.

Le formulaire de demande commun à toutes les prestations attribuées par la MDPH permet de cocher une case « PCH ». Les familles peuvent demander le bénéfice de la PCH dès la première demande, en cours de droit à l'AEEH et ses compléments et lors du renouvellement. Dans les faits, il apparaît que les familles cochent assez rarement la demande de PCH dès le premier formulaire de demande d'AEEH adressé à la MDPH.

Tableau 5 : Extrait du formulaire de demande Cerfa n°13788*01

F - Demande de prestation de compensation

Prestation de Compensation - PCH
Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)

Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP

Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? Oui Non

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

Aide humaine
Précisez : _____

Aide technique, matériel ou équipement
Précisez : _____

Aménagement du logement / Déménagement
Précisez : _____

Aménagement du véhicule / surcoût du transport
Précisez : _____

Charges spécifiques / exceptionnelles
Précisez : _____

Aide animale
Précisez : _____

Source : Formulaire

A l'instar du traitement de la demande d'AEEH, l'évaluation des besoins relève des équipes pluridisciplinaires des MDPH. Elles évaluent la situation et les besoins de l'enfant handicapé pour les cinq éléments de la PCH et calculent le montant sur la base de tarifs réglementés, de forfaits et dans la limite d'un montant maximum fixé pour chaque élément.

L'article D.245-32-1 du CASF relatif à la possibilité d'opter pour la PCH prévoit que :

« I. – Le choix prévu au III de l'article L. 245-1 est exercé sur la base des propositions figurant dans le plan personnalisé de compensation, lesquelles précisent les montants respectifs de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de son complément et de la prestation de compensation. [...] »

« Lorsque la personne n'exprime aucun choix, si elle perçoit une prestation, il est présumé qu'elle souhaite continuer à la percevoir ou, si elle ne perçoit aucune des deux prestations, il est présumé qu'elle souhaite percevoir le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé » (...).

Dans la mesure où il est prévu que toutes les familles doivent recevoir le PPC, il découle de cet article que le droit d'option doit être présenté systématiquement. Or, ce n'est pas la pratique majoritairement mise en œuvre par les MDPH. En effet, si la famille ne demande pas la PCH, les EPE n'étudient pas les deux options, ni n'envoient les évaluations comparatives dans le cadre du PPC rarement transmis aux demandeurs d'AEEH. Quelques MDPH rencontrées alertent la famille sur l'intérêt éventuel de la PCH quand les niveaux de dépense dépassent un certain seuil ou quand la caractéristique des dépenses (frais techniques notamment) ne leur permet pas de les couvrir correctement par l'AEEH. Dans ce cas, elles invitent les familles à formuler la demande sur un nouveau formulaire pour leur permettre de présenter l'option. Certaines attribuent alors rapidement l'AEEH tout en étudiant le droit à la PCH. La présentation de l'option n'est donc pas systématique et en outre, elle dépend de la demande faite par la famille, spontanément, ou sur sollicitation de la MDPH.

Lorsque la famille opte pour la PCH alors que l'AEEH a été attribuée et qu'elle est versée mensuellement, la notification de la décision d'octroyer la PCH à la place d'un complément AEEH peut générer des indus pour les ODPF (en cas d'ouverture de droit rétractive fixée par la CDAPH ou en cas de réception et traitement de la décision de la CDAPH, qui octroie la PCH, postérieurement au paiement d'un complément). Sauf s'ils sont contestés, ces indus doivent être obligatoirement récupérés par retenue sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution¹²⁵.

Toutefois, des solutions locales peuvent être envisagées entre les ODPF et les conseils départementaux comme la mise en place d'une subrogation pour limiter l'impact de ces indus sur les foyers bénéficiaire de l'AEEH. L'objectif est de verser aux familles uniquement la différence entre l'indu identifié par l'ODPF et le rappel dû par le conseil départemental afin de rendre l'opération la plus transparente pour les allocataires. Ces solutions restent à l'appréciation de chaque ODPF car aucun cadre national imposant un circuit donné à tous les départements n'a été retenu.

Par ailleurs, la PCH peut se cumuler avec la MPI, si la famille a un droit théorique à un complément de niveau 2 ou plus. La décision d'attribuer la MPI relevant des ODPF, le cumul n'est possible que si la notification de décision transmise par les MDPH précise le niveau de complément auquel a droit la famille même si elle a opté pour la PCH.

Enfin, la PCH peut se cumuler en partie avec l'allocation journalière de présence parentale (AJPP). Cette dernière est cumulable avec l'AEEH mais pas avec les compléments. Le cumul avec la PCH est possible pour tous les éléments qui la composent à l'exception du 1^{er} élément relatif à l'aide humaine. Comme pour la MPI, la décision d'attribuer l'AJPP relevant des ODPF, le contrôle de ce cumul dépend de la précision des informations transmises par les MDPH dans les notifications de décisions des CDAPH.

¹²⁵ Article L. 553-2 du code de sécurité sociale.

Tableau 6 : Liste des différents types de bénéficiaires de l’AEEH de base

AEEH de base CSS L541-1	Complément AEEH CSS R541-2						PCH CASF L245-1 et 3 / CSS R541-10					AJPP CSS L544-2	MPI CSS L541-4
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	1	2	3	4	5		
x	x	o	o	o	o	o	o	o	o/x	o	o	o	o
x	o	x	o	o	o	o	o	o	o/x	o	o	o	o/x
x	o	o	x	o	o	o	o	o	o/x	o	o	o	o/x
x	o	o	o	x	o	o	o	o	o/x	o	o	o	o/x
x	o	o	o	o	x	o	o	o	o/x	o	o	o	o/x
x	o	o	o	o	o	x	o	o	o/x	o	o	o	o/x
x	o	o	o	o	o	o	o/x	o/x	o/x	o/x	o/x	o	o/x ¹
x	o	o	o	o	o	o	o	o/x	o/x	o/x	o/x	x	o

o : non attribué

o/x : attribution possible

x : attribué

¹ s'il existe un droit théorique à un complément AEEH => au C2

ANNEXE 3 : EVOLUTION FINANCIERE DE L'AEEH

1 L'EVOLUTION DES DEPENSES AEEH

A la demande de la mission, la caisse nationale d'allocation familiale (CNAF) et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ont extrait de leurs bases de données plusieurs catégories de données concernant l'AEEH et l'AJPP. Ces éléments ont été consolidés par caisse locale (Caf et Cmsa).

Concernant la CNAF, les données ont porté sur :

- le montant total annuel en euro versé au titre de l'AEEH de base, des compléments de l'AEEH (sans distinguer par catégorie) et de la majoration parent isolé (MPI) pour les années 2010 à 2015 ;
- le montant total annuel en euro versé au titre de l'AJPP pour des bénéficiaires percevant aussi l'AEEH de base pour les années 2013 à 2015 ;
- le montant de droit versé au titre de l'AEEH (AEEH ce qui inclut le montant de base, les compléments AEEH et la MPI), de l'AEEH de base, des compléments de l'AEEH (sans distinguer par catégorie, par manque d'information) de la MPI et de l'AJPP (pour les foyers bénéficiaires à la fois de l'AEEH de base et de l'AJPP) pour le mois de décembre de l'année considérée pour la période de 2012 à 2015¹²⁶ ;
- le nombre total de foyers bénéficiaires de l'AEEH de base uniquement, d'un complément (en distinguant par catégorie de complément), de la majoration parent isolé (MPI) et le nombre de foyers bénéficiaires à la fois de l'AEEH de base et de l'AJPP (en distinguant selon le droit au complément ou non) au titre du mois de décembre de chaque année (pour la période 2010 à 2015) ;
- le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH (ce qui inclut les bénéficiaires de l'AEEH de base, des compléments AEEH et de la MPI), de l'AEEH de base, d'un complément (en distinguant par catégorie de complément), de la MPI et le nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH et appartenant à un foyer bénéficiaire de l'AJPP (en distinguant selon le droit au complément ou non) au titre du mois de décembre de chaque année (pour la période 2010 à 2015).

Pour le régime général, les éléments financiers annuels sont issus des données comptables de la CNAF alors que les montants mensuels sont les montants de droit du mois de décembre de l'année considérée (ils ne prennent pas en compte les indus et rappels émis par la caisse).

Concernant les données sur les bénéficiaires, la notion de foyer allocataire regroupe le responsable du dossier (personne qui perçoit au moins une prestation au regard de sa situation familiale et/ou monétaire), et l'ensemble des autres ayants droit au sens de la réglementation en vigueur (conjoint, enfant(s) et autre(s) personne(s) à charge)¹²⁷.

¹²⁶ La CNAF ne dispose pas des montants versés pour les années 2010 et 2011.

¹²⁷ Plusieurs foyers allocataires peuvent cohabiter dans un même lieu, ils constituent alors un seul ménage au sens de la définition statistique Insee. C'est le cas, par exemple, lorsque un couple perçoit des allocations logement et héberge son enfant titulaire d'un minimum social des Caf (RSO, RSA, AAH). En pratique, le terme "allocataire" est souvent utilisé à la place de "foyer allocataire".

Le champ géographique d'observation de ces données correspond à la caisse d'allocations familiales (Caf) qui a géré le dossier du foyer allocataire. Le territoire de compétence des Caf correspond au département à l'exception de deux cas :

- Pyrénées-Atlantiques (où l'on trouve 2 Caf : Pays Basque-Seignanx et Béarn-Soule),
- Landes (dont le canton de Saint-Martin de Seignanx est géré par la Caf du Pays Basque-Seignanx).

Concernant la CCMSA, les données transmises par caisse sont :

- le montant total annuel en euro versé au titre de l'AEEH de base, des compléments de l'AEEH (sans distinguer par catégorie) et de la MPI pour les années 2010 à 2015,
- le montant total annuel en euro versé au titre de l'AJPP¹²⁸ pour les années 2010 à 2015,
- le nombre total de foyers bénéficiaires de l'AEEH de base uniquement, d'un complément (en distinguant par catégorie de complément), de la MPI et le nombre de foyers bénéficiaires à la fois de l'AEEH de base et de l'AJPP (sans distinction selon le droit au complément ou non) au 31 décembre de chaque année pour la période 2010 à 2015,
- le nombre total de foyers bénéficiaires de l'AJPP et le nombre de bénéficiaires cumulant à la fois AEEH de base et AJPP au 31 décembre de chaque année pour la période 2010 à 2015,
- le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH de base, d'un complément (en distinguant par catégorie de complément), de la MPI au 31 décembre de chaque année pour la période 2010 à 2015.

1.1 Des dépenses qui ont progressé régulièrement entre 2010 et 2015

1.1.1 AEEH

Le montant cumulé d'AEEH versé par les Caf et les caisses du régime agricole a progressé de 25 % entre 2010 et 2015, avec une hausse annuelle de 4 à 5 % (Cf. tableau 1). Cette augmentation est portée par le régime général qui représente plus de 97 % des dépenses d'AEEH (Cf. tableau 2).

Tableau 1 : Evolution des montants annuels de l'AEEH
(base + compléments + majoration pour parent isolé)¹²⁹

Montants annuels (en euros)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
AEEH	674 564 920	710 568 719	747 184 744	779 166 756	811 937 137	844 081 774	25,1 %
Par régime							
Régime général	654 692 232	690 312 236	726 385 902	758 240 437	790 675 968	822 309 239	25,6 %
Régime agricole	19 872 688	20 256 483	20 798 842	20 926 318	21 261 169	21 772 535	9,6 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

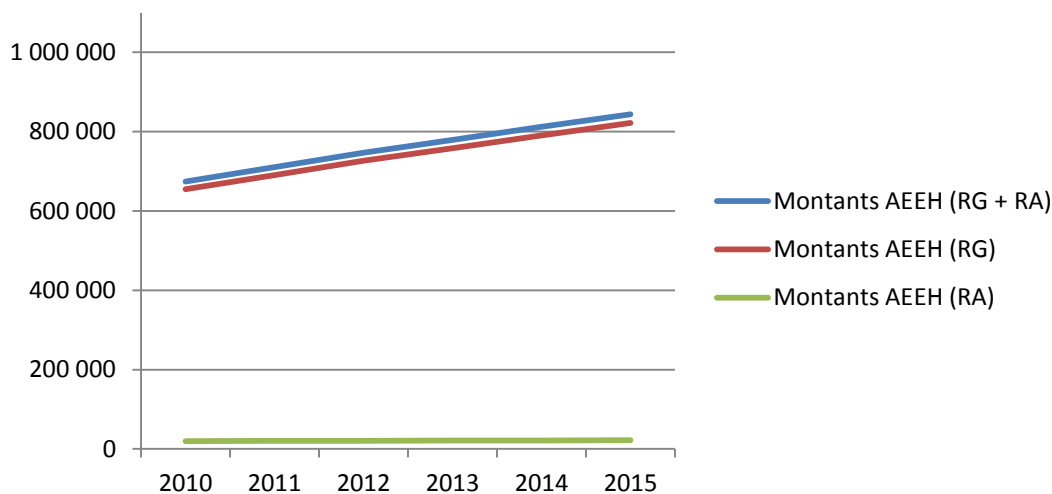
Le régime agricole enregistre une légère augmentation des montants versés (+9,6 %) à peine supérieur à la revalorisation¹³⁰ de l'allocation (+4,5 %) entre 2010 et 2016, ce qui peut s'expliquer du moins en partie par une démographie moins dynamique.

¹²⁸ Ces données concernent l'ensemble des bénéficiaires de l'AJPP qu'ils bénéficient ou pas de l'AEEH de base.

¹²⁹ Montants versés par les CAF et les caisses MSA en métropole et dans les départements d'outremer.

¹³⁰ En 2010, le montant de l'AEEH de base était de 124,54 euros. Au premier avril 2016, il était de 130,12 euros.

Graphique 1 : Répartition entre régime général et régime agricole de l'AEEH



Cette différence de croissance entre les deux régimes a pour conséquence d'accroître l'importance du régime général dans le versement de l'AEEH.

Tableau 2 : Répartition entre régime général et régime agricole de l'AEEH

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Régime général	97,1 %	97,1 %	97,2 %	97,3 %	97,4 %	97,4 %
Régime agricole	2,9 %	2,9 %	2,8 %	2,7 %	2,6 %	2,6 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

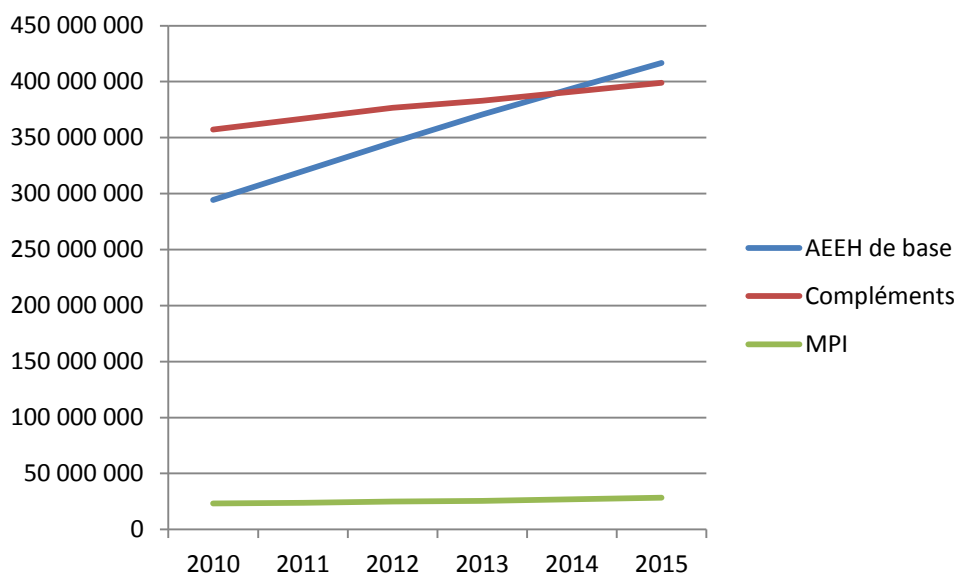
Cette augmentation de la dépense s'accompagne aussi d'une évolution de sa composition. Les compléments ne représentent plus la part principale de la dépense depuis 2014. L'augmentation des dépenses de l'AEEH est principalement due à une augmentation du nombre d'AEEH de base et donc de bénéficiaires (+41,7 %).

Tableau 3 : Evolution des composants de l'AEEH

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
AEEH de base	294 246 154	319 982 211	345 637 978	370 666 359	393 876 276	416 805 831	41,7 %
Compléments	357 229 555	366 826 002	376 662 183	382 945 340	391 021 828	399 005 382	11,7 %
MPI	23 089 210	23 760 506	24 884 582	25 555 057	27 039 033	28 270 561	22,4 %
AEEH	3 860	3 608	3 562	3 517	3 498	3 482	-9,79 %

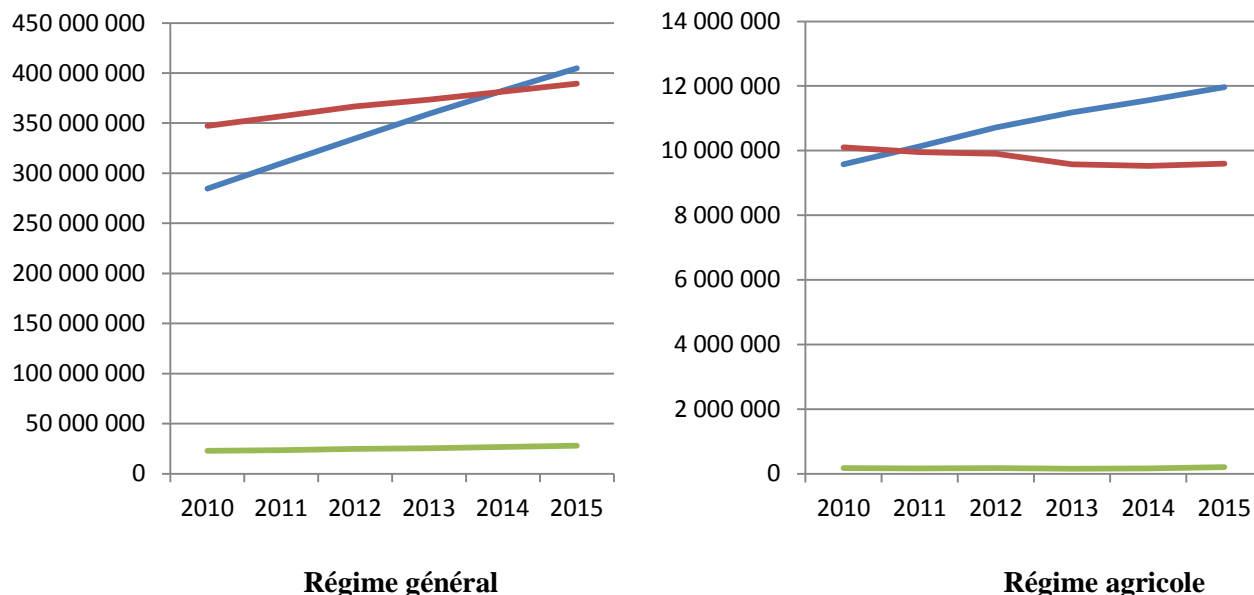
Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Graphique 2 : Evolution des composants de l'AEEH



Cette tendance se retrouve dans les deux régimes mais s'est produite à des périodes différentes : en 2014 au régime général et en 2011 au régime agricole. L'inversion a été plus rapide au régime agricole car il enregistre depuis 2010 une baisse des dépenses liées aux compléments de l'AEEH (-5 %). Ce n'est pas le cas du régime général où la dépense liée aux compléments est en progression (+12,2 %) mais dans une proportion moins forte que celle de l'AEEH de base (+42,2 %). Ces résultats indiquent que les CDAPH accordent de moins en moins de compléments avec des montants élevés.

Graphique 3 : Evolution des montants des composants de l'AEEH par régime



1.1.2 L'AJPP-AEEH¹³¹

Les données transmises concernant les montants annuels versés d'AJPP n'étaient pas homogènes. Le régime agricole n'a pas été en capacité de nous indiquer le montant annuel versé aux foyers bénéficiaires à la fois de l'AJPP et de l'AEEH de base. Par ailleurs, le régime général ne disposait de ces données que sur les années 2013 à 2015.

En conséquence, la mission a estimé à partir des données transmises par la CCMSA (nombre de bénéficiaires de l'AJPP et de l'AJPP-AEEH) les montants annuels versés aux bénéficiaires de ces deux prestations sur les années 2013 à 2015 pour le régime agricole en appliquant le ratio nombre de bénéficiaires AJPP-AEEH sur le nombre total de bénéficiaires de l'AJPP au montant annuel versé par les caisses MSA au titre de l'AJPP.

Comme l'AEEH, l'AJPP-AEEH enregistre une augmentation des montants versés. Celle-ci est plus importante que l'AEEH (sur la même période la hausse de l'AEEH a été de + 8,3 %).

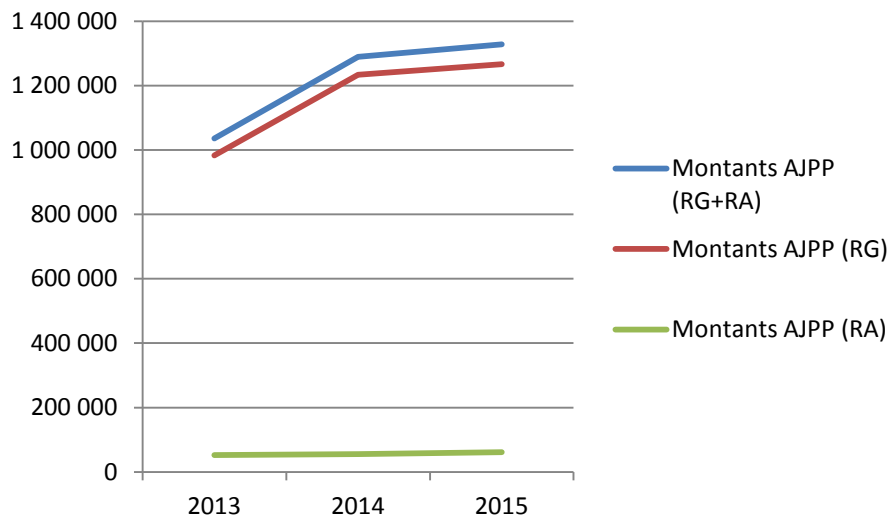
Comme pour l'AEEH, le régime général verse la grande majorité de la prestation (95,4 %).

Tableau 4 : Evolution des montants mensuels de l'AJPP-AEEH¹³²

Montants mensuels (en euros)	2013	2014	2015	Evolution
AJPP	1 035 180	1 288 704	1 327 901	28,3 %
Par régime				
CAF	982 498	1 233 246	1 266 514	28,9 %
CCMSA (estimation)	52 682	55 458	61 387	16,5 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Graphique 4 : Evolution des montants de l'AJPP-AEEH



¹³¹ AJPP versée aux bénéficiaires de l'AEEH uniquement (l'AJPP peut aussi être accordée pour enfants malades).

¹³² AJPP + complément AJPP versés uniquement à des bénéficiaires de l'AEEH de base.

1.2 Analyse de l'évolution des bénéficiaires

L'AEEH et l'AJPP sont des prestations familiales qui sont attribuées à un allocataire mais aussi pour l'AEEH à l'enfant. Pour analyser l'évolution du nombre de prestations versées, la mission a examiné les foyers bénéficiaires de l'AEEH mais aussi les enfants.

L'analyse de l'évolution du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH et de l'AJPP-AEEH confirme que la hausse des dépenses d'AEEH constatée entre 2010 et 2015 est liée à une hausse du nombre d'AEEH de base. Les cas mixtes¹³³ et les cas de maintien¹³⁴ ne sont pas comptabilisés dans les données analysées (en 2015, ils représentaient 2 % du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH).

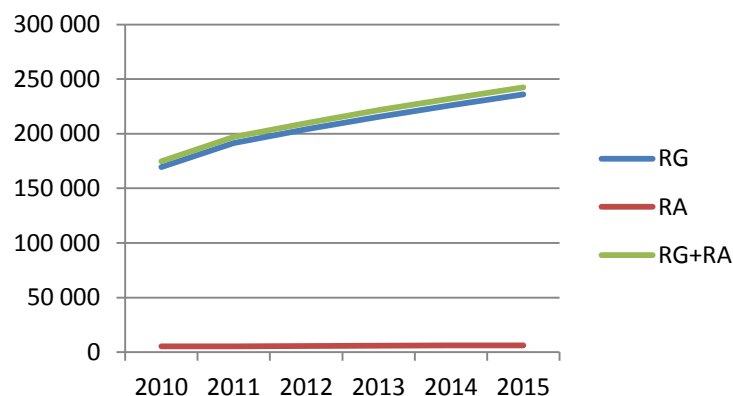
Tableau 5 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH et de l'AJPP

Foyers bénéficiaires	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
AEEH	174 750	196 919	209 738	221 519	232 115	242 382	38,7 %
AJPP (+ AEEH base)	1 072	1 138	1 313	1 377	1 472	1 548	44,4 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Cette hausse est surtout effective au régime général (+ 39 %) alors qu'au régime agricole elle est deux fois moins forte (+19 %).

Graphique 5 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH par régime



Lorsque l'on examine l'évolution du nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH, celui-ci est important (+33,4 %) mais est inférieur à l'augmentation du nombre de foyers sur la même période. Le nombre moyen d'enfants handicapés par foyer a donc légèrement diminué sur la période, passant de 1,06 en 2010 à 1,02 en 2015.

Tableau 6 : Evolution du nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH

Enfants bénéficiaires	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
AEEH	185 130	197 629	222 481	235 499	246 968	247 037	33,4 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

¹³³ Familles avec au moins deux enfants bénéficiaires de l'AEEH ne relevant pas de la même catégorie.

¹³⁴ Familles dont l'enfant bénéficiaire de l'AEEH est décédé et pour lesquelles il y a maintien du droit le mois du décès ou familles dont l'enfant bénéficiaire, au mois de ces 20 ans, fait une demande de droit à l'AAH et pour lequel il y a un maintien de l'AEEH ce mois avant la mise en place de l'AAH.

1.2.1 L'AEEH

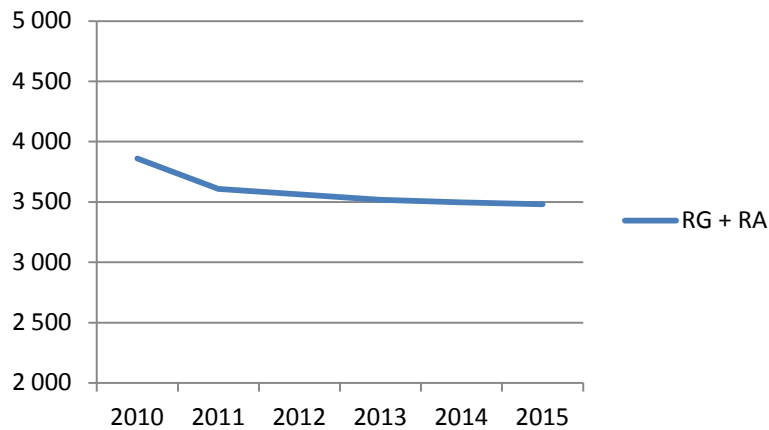
Le montant annuel moyen versé par foyer bénéficiaire a diminué entre 2010 et 2015. Cette diminution a été forte entre 2010 et 2011 (-6,5 %). Depuis 2012, le montant moyen tend à se stabiliser avec une évolution annuelle plus faible, de -1,2 % pour 2012 et 2013 et de -0,5 % pour 2014 et 2015.

Tableau 7 : Evolution du montant annuel moyen versé par foyer bénéficiaire

Montant annuel (en euros)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
AEEH	3 860	3 608	3 562	3 517	3 498	3 482	-9,79 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Graphique 6 : Evolution du montant annuel moyen versé par foyer bénéficiaire



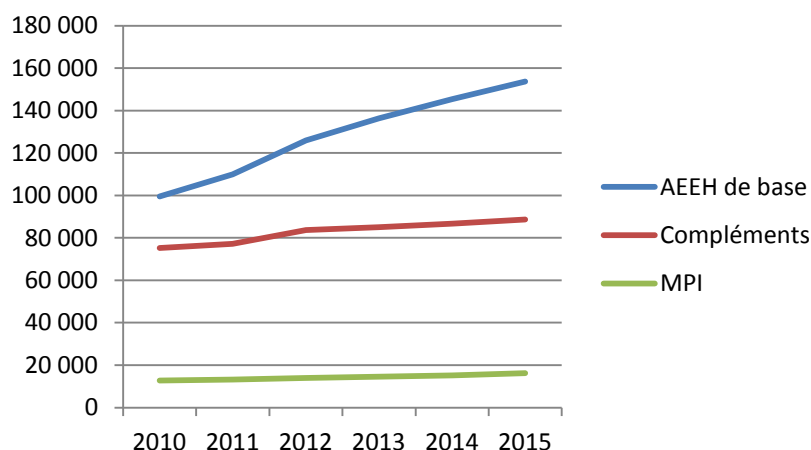
L'évolution de nombre de foyers bénéficiant d'un complément augmente trois fois moins vite (17,9 %) que le nombre de foyers bénéficiant de l'AEEH de base (54,4 %). Ce constat confirme que les MDPH notifient de moins en moins de compléments.

Tableau 8 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH par composant

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
AEEH de base	99 491	109 936	125 944	136 287	145 363	153 652	54,4 %
Compléments	75 158	77 193	83 668	85 076	86 625	88 633	17,9 %
MPI	12 810	13 214	14 001	14 550	15 238	16 207	26,5 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Graphique 7 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH par composant



Ce constat est plus marqué pour le régime agricole avec un nombre de foyers bénéficiant d'un complément qui n'a quasiment pas augmenté (+1,2 %) sur la période.

Tableau 9 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH par composant et par régime

Régime général	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
AEEH de base	96 185	106 384	122 171	132 275	141 205	149 357	55,3 %
Compléments	73 210	75 302	81 721	83 219	84 725	86 662	18,4 %
MPI	12 725	13 143	13 922	14 477	15 153	16 107	26,6 %
Régime agricole	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
AEEH de base	3 306	3 552	3 773	4 012	4 158	4 295	29,9 %
Compléments	1 948	1 891	1 947	1 857	1 900	1 971	1,2 %
MPI	85	71	79	73	85	100	17,6 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

L'analyse par catégorie de complément permet d'identifier que se sont les catégories de complément avec des montants élevés (C3 à C6) qui subissent ce ralentissement. Une baisse est même enregistrée concernant le complément 6 (-27 %).

Tableau 10 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH par catégorie de composant pour le régime général

	base	C1	C2	C3	C4	C5	C6
2010	96 079	5 955	31 444	15 453	12 000	1 636	3 322
2011	106 238	6 290	33 378	15 703	11 964	1 667	2 924
2012	121 967	6 707	36 863	16 416	12 877	1 827	2 940
2013	132 046	6 853	38 405	16 445	12 635	1 854	2 753
2014	140 937	7 056	39 607	16 406	12 695	1 815	2 603
2015	149 357	7 169	40 945	16 636	12 735	1 849	2 424
2010-15	55,5 %	20,4 %	30,2 %	7,7 %	6,1 %	13,0 %	-27,0 %

Source : Données transmises par la CNAF.

1.2.2 L'AJPP-AEEH

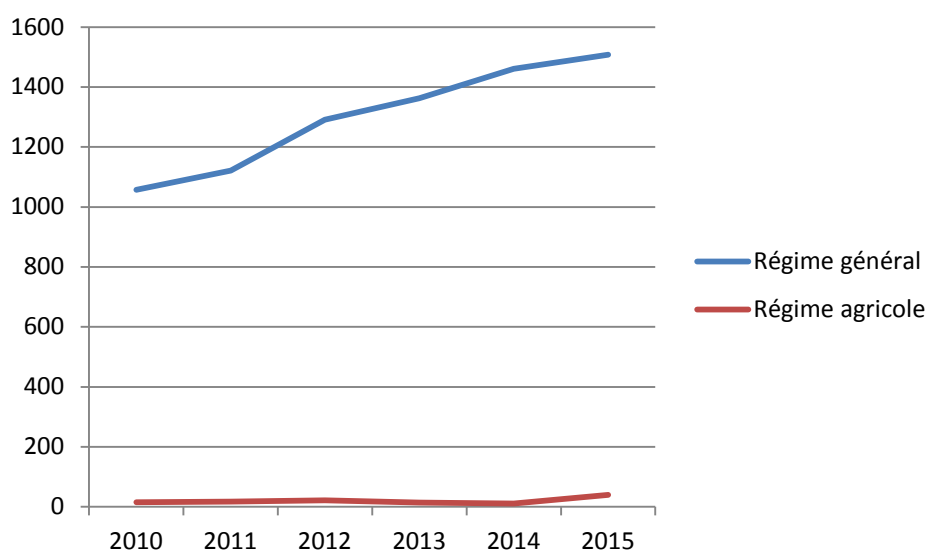
L'AJPP-AEEH est une prestation qui est gérée à plus de 98 % par le régime général. Entre 2010 et 2015, l'augmentation des montants versés est due à une hausse du nombre de bénéficiaires. Cette hausse (+42,7 %) est légèrement supérieure à celle du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH (+ 38,7 %).

Tableau 11 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires de l'AJPP-AEEH par régime

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Régime général	1 057	1 121	1 291	1 363	1 461	1 508	42,67 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Graphique 8 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires de l'AJPP



2 LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES DEPENSES

Les données transmises ont été consolidées par organismes. Pour les Caf, elles correspondent à un département¹³⁵. Pour les caisses de MSA, le territoire couvert varie de un (MSA Gironde) à 8 départements (MSA Ile-de-France).

Pour approfondir l'analyse de la répartition géographique de l'AEEH sur le territoire, la mission a consolidé ces données par région administrative¹³⁶. Une difficulté a été rencontrée concernant la caisse MSA Mayenne Orne Sarthe qui couvre trois départements dont un relève de la région Normandie (département de l'Orne) et les deux autres de la région Pays de Loire (départements de la Sarthe et de la Mayenne). Les données de la caisse n'ayant pas pu être ventilées par département, la mission a choisi, afin de faciliter son analyse et de manière neutre, de rattacher la caisse à la région comportant le plus grand territoire, à savoir le Pays de Loire.

¹³⁵ A l'exception du département des Pyrénées-Atlantiques qui dispose de deux Caf.

¹³⁶ Nouvelles régions administratives telles que définies par la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

2.1 Une dépense qui se concentre sur quelques régions

Les deux tiers des dépenses d'AEEH (montant de base + compléments + MPI) sont localisées sur cinq régions. La plus importante est la région Ile-de-France qui concentre presque un quart des dépenses alors qu'elle ne représente que 19 % de la population en métropole (Insee, recensement de la population 2011). Trois autres régions (Hauts-de-France, Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées et Aquitaine Limousin Poitou-Charentes) sont en progression dont deux qui occupent actuellement la seconde place (Hauts-de-France depuis en 2011) et la troisième place (Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées depuis 2014).

Tableau 12 : Evolution de la part des régions en matière d'AEEH entre 2010 et 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Ile-de-France	24 %	24 %	24 %	24 %	24 %	24 %	=
Auvergne Rhône-Alpes	11 %	11 %	10 %	10 %	10 %	10 %	↘
Hauts-de-France	11 %	11 %	11 %	11 %	12 %	12 %	↗
Languedoc Roussillon Midi Pyrénées	9 %	9 %	10 %	10 %	10 %	11 %	↗
Aquitaine Limousin Poitou-Charentes	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %	9 %	↗
Grand Est	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %	=
Provence Alpes Côte-d'Azur	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %	=
Normandie	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	=
Bretagne	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	4 %	↘
Pays de la Loire	5 %	5 %	5 %	4 %	4 %	4 %	↘
Bourgogne Franche-Comté	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	=
Centre-Val de Loire	4 %	4 %	3 %	3 %	3 %	3 %	↘
Corse	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	↘

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Tableau 13 : Evolution des montants versés par région (en milliers d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Ile-de-France	156 290	164 657	172 863	179 287	184 703	192 871	23,4 %
Auvergne Rhône-Alpes	69 483	71 701	74 248	77 044	79 889	82 620	18,9 %
Hauts-de-France	68 645	74 189	80 516	85 071	89 487	93 133	35,7 %
Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées	57 915	62 970	68 295	74 093	80 161	85 719	48 %
Aquitaine Limousin Poitou-Charentes	49 192	53 167	56 384	60 457	65 335	69 582	41,4 %
Grand Est	46 365	48 542	49 451	50 009	52 587	53 435	15,2 %
Provence Alpes Côte-d'Azur	42 566	44 720	47 413	50 214	52 853	55 363	30,1 %
Normandie	33 178	34 960	37 462	38 572	39 170	40 936	23,4 %
Bretagne	31 723	33 281	34 018	35 078	35 981	36 212	14,2 %
Pays de la Loire	30 520	31 529	32 377	32 731	33 020	33 110	8,5 %
Bourgogne Franche-Comté	28 178	29 701	30 985	31 877	33 174	33 794	19,9 %
Centre-Val de Loire	23 981	23 804	24 293	25 202	26 051	26 829	11,9 %
Corse	4 735	4 595	4 292	4 129	3 854	3 604	-23,9 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Code couleurs : 1^{ère} région ; 2^{ème} région ; 3^{ème} région.

Une seule région, la Corse, enregistre une diminution des dépenses d'AEEH (-23,9 %) et du nombre de bénéficiaires de l'AEEH (-5,3 %). Cette baisse est liée à la diminution du nombre de foyers bénéficiant d'un complément seul (- 38 %) ou avec la MPI (- 29 %). Le nombre de bénéficiaires de l'AEEH de base seule est en augmentation (30,7 %) mais cela n'est pas suffisant pour compenser ces diminutions.

Dans les autres régions, l'augmentation du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH est liée principalement à l'augmentation des bénéficiaires de l'AEEH de base seule (cf. tableau n°9).

Tableau 14 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AEEH par région

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Languedoc Roussillon Midi-Pyrénées	15 697	17 051	19 268	20 852	23 149	25 380	61,7 %
Aquitaine Limousin Poitou-Charentes	15 870	16 900	19 396	20 765	22 631	23 966	51,0 %
Provence Alpes Côte-d'Azur	12 996	13 827	15 494	16 613	17 876	19 326	48,7 %
Hauts-de-France	20 910	23 117	26 650	28 366	30 755	31 047	48,5 %
Ile-de-France	35 134	37 543	40 775	42 842	45 723	48 796	38,9 %
Bourgogne Franche-Comté	7 261	7 696	8 623	9 096	9 809	10 025	38,1 %
Auvergne Rhône-Alpes	20 745	21 847	24 279	25 424	26 787	28 004	35,0 %
Grand Est	14 219	14 862	16 591	17 273	18 552	18 743	31,8 %
Normandie	8 912	9 499	10 633	10 772	11 067	11 483	28,8 %
Pays de la Loire	9 806	10 394	11 463	11 836	12 179	12 400	26,5 %
Centre Val de Loire	6 863	7 028	7 554	7 948	8 272	8 606	25,4 %
Bretagne	8 616	9 193	9 986	10 346	10 721	10 714	24,4 %
Corse	1 141	1 102	1 130	1 082	1 092	1 080	-5,3 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Tableau 15 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH de base seule par région

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Languedoc Roussillon Midi-Pyrénées	7 567	8 236	9 513	10 608	12 028	13 636	80,2 %
Ile-de-France	13 353	14 787	16 618	18 319	19 834	21 835	63,5 %
Aquitaine Limousin Poitou-Charentes	9 891	10 758	12 678	13 821	15 009	15 914	60,9 %
Provence Alpes Côte-d'Azur	7 631	8 263	9 540	10 359	11 094	12 282	60,9 %
Bourgogne Franche-Comté	3 680	4 057	4 704	5 158	5 563	5 825	58,3 %
Hauts-de-France	13 987	15 758	18 353	19 810	21 086	21 045	50,5 %
Auvergne Rhône-Alpes	12 158	13 324	15 172	16 264	17 078	18 237	50,0 %
Grand Est	8 828	9 547	11 051	11 785	12 655	12 809	45,1 %
Pays de la Loire	6 278	6 864	7 801	8 352	8 621	8 814	40,4 %
Centre Val de Loire	3 891	4 158	4 547	4 777	5 072	5 412	39,1 %
Bretagne	4 603	5 100	5 709	5 922	6 026	6 016	30,7 %
Corse	522	572	632	621	653	682	30,7 %
Normandie	4 964	5 304	5 788	5 957	6 044	6 276	26,4 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Tableau 16 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires d'un complément d'AEEH par région

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Hauts-de-France	5 898	6 240	7 080	7 355	8 401	8 647	46,6 %
Languedoc Roussillon Midi Pyrénées	6 638	7 213	8 020	8 387	9 136	9 614	44,8 %
Aquitaine Limousin Poitou-Charentes	5 081	5 205	5 742	5 906	6 508	6 836	34,5 %
Provence Alpes Côte d'azur	4 363	4 529	4 853	5 094	5 597	5 780	32,5 %
Normandie	3 388	3 574	4 104	4 069	4 243	4 360	28,7 %
Ile-de-France	18 716	19 598	20 836	21 066	22 304	23 022	23,0 %
Bretagne	3 383	3 431	3 601	3 709	3 953	3 942	16,5 %
Bourgogne Franche Comté	3 156	3 166	3 414	3 421	3 689	3 638	15,3 %
Auvergne Rhône Alpes	7 473	7 418	7 931	7 918	8 390	8 427	12,8 %
Grand Est	4 664	4 591	4 791	4 734	5 085	5 085	9,0 %
Centre Val de Loire	2 560	2 476	2 602	2 714	2 751	2 740	7,0 %
Pays de la Loire	3 033	3 053	3 173	3 009	3 064	3 062	1,0 %
Corse	501	430	412	384	361	330	-34,1 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

Tableau 17 : Evolution du nombre de foyers bénéficiaires de la MPI par région

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Normandie	560	621	741	746	780	847	51,3 %
Languedoc Roussillon Midi Pyrénées	1 492	1 602	1 735	1 857	1 985	2 130	42,8 %
Aquitaine Limousin Poitou-Charentes	898	937	976	1 038	1 114	1 216	35,4 %
Hauts-de-France	1 025	1 119	1 217	1 201	1 268	1 355	32,2 %
Bourgogne Franche Comté	425	473	505	517	557	562	32,2 %
Ile-de-France	3 065	3 158	3 321	3 457	3 585	3 939	28,5 %
Provence Alpes Côte d'azur	1 002	1 035	1 101	1 160	1 185	1 264	26,1 %
Auvergne Rhône Alpes	1 114	1 105	1 176	1 242	1 319	1 340	20,3 %
Bretagne	630	662	676	715	742	756	20,0 %
Grand Est	727	724	749	754	812	849	16,8 %
Centre Val de Loire	412	394	405	457	449	454	10,2 %
Pays de la Loire	495	477	489	475	494	524	5,9 %
Corse	118	100	86	77	78	68	-42,4 %

Source : Données transmises par la CNAF et la CCMSA.

2.2 La suprématie des départements urbains

Un tiers des départements représentent les deux tiers des dépenses. Sur les dix premiers départements, six sont situés dans la région Ile-de-France et deux dans la région Hauts-de-France.

Tableau 18 : Les 10 premiers départements en montants d'AEEH versés en 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Nord	32 965 268	36 228 481	40 583 418	42 892 550	44 505 635	44 938 665	↗
Paris	28 510 582	31 682 959	34 355 543	37 930 628	42 419 844	44 906 637	↗
Seine-Saint-Denis	24 451 914	24 494 858	26 542 818	26 405 446	27 611 918	27 386 774	↗
Haute-Garonne	13 125 745	14 841 363	16 444 607	18 204 259	20 680 200	23 284 132	↗
Val-de-Marne	17 540 959	19 119 604	19 383 502	20 520 238	21 677 296	22 590 406	↗
Yvelines	22 644 339	24 143 855	24 512 564	23 278 691	22 016 080	22 444 780	=
Pas-de-Calais	14 399 955	15 427 850	16 767 454	18 137 826	19 679 605	21 497 619	↗
Seine-et-Marne	13 708 321	14 669 588	15 450 750	17 179 650	18 016 750	20 375 354	↗
Bouches-du-Rhône	16 393 905	16 376 479	16 949 352	18 125 244	19 297 820	20 252 512	↗
Essonne	14 849 161	15 023 834	16 364 155	17 648 814	17 127 168	19 560 314	↗

Source : Données transmises par la CNAF.

Le premier département en montant d'AEEH est le département du Nord avec plus de 44 millions d'euros versés en 2015. Il est 76 fois plus important que la Creuse qui est le département qui verse le moins d'AEEH (0,6 millions en 2015). Il est aussi celui qui affiche le plus grand nombre de bénéficiaires de l'AEEH (deux fois plus que le second département) et le ratio nombre de bénéficiaires d'AEEH sur population totale du département le plus élevé (cf. tableau n°21). Par contre, il n'arrive qu'en troisième position derrière Paris et la Seine-Saint-Denis concernant le nombre de foyers bénéficiaires d'un complément d'AEEH.

Tableau 19 : Les 10 premiers départements en nombre de bénéficiaires d'AEEH en 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Nord	9 446	10 828	12 945	13 892	14 666	14 060	48,8 %
Paris	5 247	5 728	5 911	6 371	7 085	7 457	42,1 %
Pas-de-Calais	4 829	5 304	6 029	6 480	6 857	7 325	51,7 %
Bouches-du-Rhône	4 845	5 176	5 665	6 048	6 626	7 286	50,4 %
Rhône	3 951	4 463	5 161	5 400	5 816	6 253	58,3 %
Seine-Saint-Denis	5 138	4 838	5 294	5 634	5 942	6 016	17,1 %
Yvelines	4 235	4 926	5 633	5 631	5 756	6 009	41,9 %
Haute-Garonne	3 207	3 585	4 123	4 579	5 028	5 852	82,5 %
Seine-et-Marne	3 561	4 065	4 470	4 881	5 168	5 709	60,3 %
Val-de-Marne	3 566	3 869	4 277	4 538	4 677	5 179	45,2 %

Source : Données transmises par la CNAF.

Tableau 20 : Les 10 premiers départements en nombre de bénéficiaires de compléments en 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Paris	3 488	3 907	4 039	4 290	4 712	5 014	43,8 %
Seine-Saint-Denis	2 847	2 752	3 031	3 187	3 352	3 350	17,7 %
Nord	2 609	2 737	3 080	3 172	3 308	3 263	25,1 %
Haute-Garonne	1 698	1 886	2 025	2 197	2 422	2 683	58,0 %
Val-de-Marne	2 261	2 426	2 545	2 578	2 537	2 535	12,1 %
Yvelines	3 015	3 023	2 956	2 614	2 392	2 329	-22,8 %
Seine-et-Marne	1 409	1 541	1 785	1 905	1 928	2 267	60,9 %
Pas-de-Calais	1 283	1 425	1 739	1 872	2 071	2 257	75,9 %
Val d'Oise	1 809	2 007	2 287	2 407	2 298	2 173	20,1 %
Bouches-du-Rhône	1 611	1 609	1 632	1 809	1 977	2 151	33,5 %

Source : Données transmises par la CNAF.

L'analyse des dix premiers départements en nombre de bénéficiaires de compléments montre que dans plusieurs départements de l'Ile-de-France, les CDAPH accordent des compléments à plus de la moitié des foyers bénéficiant de l'AAEH de base alors que le ratio moyen national de bénéficiaires d'un complément sur le nombre total de bénéficiaires est de 36,5 %.

Ainsi, les départements de Paris et de la Seine-Saint-Denis affichent respectivement un taux de foyers bénéficiant d'un complément de 67 % et 56 % en 2015. A l'inverse, les départements du Nord (premier département en nombre de bénéficiaires) et du Pas-de-Calais (plus forte évolution du nombre de bénéficiaires de compléments entre 2010 et 2015) ont respectivement un taux de 23 % et 31 %.

Tableau 21 : Ratio nombre de bénéficiaires de l'AAEH sur la population totale par département

Département	Ratio	Département	Ratio	Département	Ratio
Nord	0,54 %	Yonne	0,36 %	Charente	0,28 %
Deux-Sèvres	0,51 %	Val-d'Oise	0,36 %	Seine-et-Marne	0,28 %
Pas-de-Calais	0,50 %	Oise	0,36 %	Lozère	0,28 %
Mayenne	0,48 %	Vendée	0,35 %	Vosges	0,28 %
Ardennes	0,48 %	Dordogne	0,35 %	Haute-Savoie	0,28 %
Tarn-et-Garonne	0,47 %	Rhône	0,34 %	Haute-Vienne	0,28 %
Charente-Maritime	0,47 %	Vienne	0,34 %	Cher	0,28 %
Tarn	0,46 %	Ain	0,34 %	Aude	0,27 %
Haute-Marne	0,46 %	Paris	0,34 %	Corse-du-Sud	0,26 %
Hérault	0,46 %	Finistère	0,33 %	Indre-et-Loire	0,26 %
Seine-Maritime	0,45 %	Gironde	0,33 %	Gard	0,26 %
Haute-Loire	0,45 %	Vaucluse	0,33 %	Loire-Atlantique	0,25 %
Haute-Garonne	0,44 %	Ille-et-Vilaine	0,32 %	Aveyron	0,25 %
Aisne	0,43 %	Var	0,32 %	Côte-d'Or	0,25 %
Saône-et-Loire	0,43 %	Indre	0,32 %	Loiret	0,25 %
Aube	0,43 %	Isère	0,32 %	Manche	0,25 %
Yvelines	0,42 %	Hautes-Alpes	0,32 %	Meuse	0,25 %
Marne	0,42 %	Haute-Corse	0,32 %	Maine-et-Loire	0,24 %
Pyrénées-Atlantiques	0,41 %	Drôme	0,31 %	Ardèche	0,24 %
Haut-Rhin	0,41 %	Puy-de-Dôme	0,31 %	Hauts-de-Seine	0,24 %

Lot	0,40 %	Pyrénées-Orientales	0,31 %	Ariège	0,23 %
Cantal	0,39 %	Calvados	0,31 %	Doubs	0,23 %
Nièvre	0,39 %	Corrèze	0,31 %	Moselle	0,23 %
Essonne	0,39 %	Haute-Saône	0,30 %	Alpes-de-Haute-Provence	0,23 %
Seine-Saint-Denis	0,38 %	Lot-et-Garonne	0,30 %	Meurthe-et-Moselle	0,23 %
Loire	0,38 %	Jura	0,30 %	Savoie	0,23 %
Eure-et-Loir	0,38 %	Sarthe	0,30 %	Creuse	0,22 %
Eure	0,38 %	Somme	0,29 %	Bas-Rhin	0,21 %
Val-de-Marne	0,38 %	Allier	0,29 %	Morbihan	0,21 %
Alpes-Maritimes	0,36 %	Landes	0,29 %	Territoire de Belfort	0,20 %
Bouches-du-Rhône	0,36 %	Hautes-Pyrénées	0,28 %	Côtes-d'Armor	0,19 %
Loir-et-Cher	0,36 %	Gers	0,28 %	Orne	0,16 %

Source : Données transmises par la CNAF.

Tableau 22 : Evolution des dépenses d'AEEH (régime général) par département

Caisses	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Nord	32 965 268	36 228 481	40 583 418	42 892 550	44 505 635	44 938 665	↗
Paris	28 510 582	31 682 959	34 355 543	37 930 628	42 419 844	44 906 637	↗
Seine-Saint-Denis	24 451 914	24 494 858	26 542 818	26 405 446	27 611 918	27 386 774	↗
Haute-Garonne	13 125 745	14 841 363	16 444 607	18 204 259	20 680 200	23 284 132	↗
Val-de-Marne	17 540 959	19 119 604	19 383 502	20 520 238	21 677 296	22 590 406	↗
Yvelines	22 644 339	24 143 855	24 512 564	23 278 691	22 016 080	22 444 780	=
Pas-de-Calais	14 399 955	15 427 850	16 767 454	18 137 826	19 679 605	21 497 619	↗
Seine-et-Marne	13 708 321	14 669 588	15 450 750	17 179 650	18 016 750	20 375 354	↗
Bouches-du-Rhône	16 393 905	16 376 479	16 949 352	18 125 244	19 297 820	20 252 512	↗
Essonne	14 849 161	15 023 834	16 364 155	17 648 814	17 127 168	19 560 314	↗
Hérault	13 303 137	14 423 233	16 061 891	17 267 096	18 045 256	19 213 179	↗
Val d'Oise	14 982 783	16 140 841	17 841 458	18 631 920	18 923 377	19 081 990	↗
Rhône	14 252 608	14 976 990	15 912 961	16 971 950	18 110 159	18 970 797	↗
Gironde	13 401 107	14 606 178	15 175 430	15 905 486	16 767 453	17 547 910	↗
Seine-Maritime	11 621 445	12 535 540	13 533 947	14 058 279	14 514 543	16 000 717	↗
Hauts-de-Seine	18 894 175	18 606 559	17 684 985	16 936 276	16 250 918	15 834 147	↘
Alpes-Maritimes	10 463 215	12 193 071	13 726 178	14 527 254	14 995 635	15 345 498	↗
Ille-et-Vilaine	10 878 406	11 480 250	11 856 491	12 164 317	12 463 973	12 572 098	↗
Finistère	9 147 021	9 849 312	10 574 598	11 579 683	12 128 551	12 461 806	↗
Isère	9 900 537	10 493 006	11 059 404	11 237 993	11 430 419	11 852 860	↗
Oise	7 750 045	8 448 233	8 731 434	9 018 615	9 565 736	10 114 452	↗
Var	7 219 702	7 571 826	7 935 515	8 461 814	9 053 149	10 037 847	↗
Haut-Rhin	7 267 410	7 715 019	8 329 766	8 684 412	9 535 058	9 938 970	↗
Pyrénées atlantiques	5 880 647	6 760 958	7 506 576	8 470 171	9 265 799	9 798 769	↗
Loire-Atlantique	10 367 816	10 399 615	10 229 294	10 067 209	9 817 004	9 589 501	↘
Saône-et-Loire	8 442 502	9 146 205	9 393 689	9 467 907	9 674 043	9 425 520	↗
Aisne	7 314 918	7 585 109	7 680 980	8 109 124	8 558 835	8 963 320	↗
Charente-Maritime	5 559 023	5 807 105	6 002 073	6 663 015	7 606 069	8 691 476	↗
Loire	8 040 889	8 168 186	8 297 461	8 333 430	8 418 100	8 653 542	↗
Eure	6 139 477	6 731 844	7 204 124	7 712 418	7 913 694	7 931 804	↗

Caisses	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Bas-Rhin	8 345 423	8 298 653	7 946 250	7 670 680	7 541 063	7 755 882	↘
Indre-et-Loire	6 931 578	7 140 274	7 328 293	7 400 606	7 579 237	7 655 656	↗
Calvados	7 519 845	7 218 352	7 361 858	7 551 031	7 483 291	7 655 126	=
Gard	5 777 959	6 054 468	6 267 165	6 857 384	7 245 587	7 589 390	↗
Moselle	6 517 106	6 811 600	6 890 555	6 957 375	7 261 818	7 484 008	↗
Marne	5 254 775	6 483 010	6 665 047	6 637 463	7 236 371	6 927 606	↗
Tarn	4 152 883	4 738 961	5 404 638	6 044 354	6 557 876	6 904 077	↗
Vendée	5 409 018	5 686 029	5 868 978	6 150 056	6 598 693	6 733 526	↗
Manche	5 010 933	5 666 850	6 674 688	6 610 437	6 611 889	6 729 658	↗
Ain	5 673 226	5 887 834	5 968 759	6 034 041	6 168 836	6 527 005	↗
Haute-Savoie	5 330 062	5 324 094	5 352 919	5 706 557	6 160 025	6 490 877	↗
Puy-de-Dôme	6 538 805	6 148 780	5 922 898	6 249 383	6 272 327	6 446 187	=
Drôme	5 110 972	5 266 056	5 603 396	6 021 513	6 280 822	6 440 260	↗
Loiret	5 276 256	5 185 788	5 364 785	5 903 341	6 145 054	6 348 469	↗
Deux-Sèvres	3 778 462	4 388 952	4 714 469	5 047 889	5 579 460	6 180 418	↗
Doubs	5 094 756	5 224 978	5 643 067	5 594 044	5 719 932	5 947 317	↗
Maine-et-Loire	4 546 823	4 985 792	5 375 491	5 447 644	5 572 477	5 706 441	↗
Tarn-et-Garonne	2 887 561	3 586 749	4 148 375	5 056 822	5 703 075	5 662 580	↗
Somme	4 623 648	4 894 036	5 088 078	5 076 554	5 279 608	5 542 927	↗
Vaucluse	4 683 560	4 831 302	4 960 075	5 133 593	5 353 715	5 475 204	↗
Meurthe-et-Moselle	4 809 574	4 848 259	4 968 038	5 059 893	5 303 322	5 205 189	↗
Pyrénées-Orientales	4 569 721	4 318 834	4 125 393	4 330 943	4 733 916	5 184 034	↗
Sarthe	5 183 905	5 267 019	5 287 166	5 359 150	5 182 259	5 034 512	=
Morbihan	5 591 705	5 340 945	5 144 801	5 104 460	5 174 403	4 992 950	↘
Côte d'Or	3 857 834	3 921 030	4 236 221	4 513 204	4 683 964	4 799 644	↗
Aude	3 896 232	4 258 447	4 367 944	4 348 747	4 439 135	4 639 547	↗
Haute-Loire	4 103 554	4 587 679	4 565 083	4 372 659	4 556 774	4 629 286	↗
Eure-et-Loir	5 277 832	5 017 406	4 761 516	4 651 243	4 589 829	4 589 904	↘
Aube	3 891 126	4 484 632	4 497 346	4 614 174	4 475 486	4 506 266	↗
Côtes d'Armor	4 363 707	4 709 204	4 539 511	4 393 359	4 421 699	4 377 840	=
Mayenne	3 207 040	3 379 692	3 721 081	3 896 823	4 045 136	4 230 759	↗
Lot-et-Garonne	2 302 345	2 738 799	3 074 853	3 656 554	3 982 325	4 073 761	↗
Dordogne	2 840 292	2 976 693	3 117 590	3 218 611	3 586 542	3 917 059	↗
Ardennes	3 299 942	2 992 483	2 971 996	3 071 366	3 560 873	3 908 655	↗
Landes	2 862 937	2 889 752	3 004 865	3 168 467	3 432 969	3 706 571	↗
Vienne	3 569 527	3 524 214	3 551 543	3 627 186	3 589 462	3 624 271	=
Savoie	3 309 981	3 246 683	3 410 187	3 603 634	3 458 716	3 532 450	↗
Yonne	2 548 024	2 755 482	2 892 001	3 115 108	3 401 501	3 505 677	↗
Jura	2 612 436	2 787 297	2 880 975	2 997 083	3 258 703	3 218 950	↗
Loir-et-Cher	2 811 728	2 763 812	2 850 562	2 793 485	2 897 584	3 060 193	↗
Allier	2 286 451	2 468 574	2 502 141	2 630 720	2 975 414	2 898 367	↗
Charente	2 049 745	2 140 530	2 359 729	2 640 435	2 750 978	2 837 332	↗
Vosges	2 622 453	2 683 978	2 770 388	2 665 710	2 786 425	2 766 070	↗
Ardèche	1 693 243	1 816 397	2 266 184	2 443 868	2 576 105	2 729 398	↗
Haute-Vienne	2 051 524	2 067 907	2 163 365	2 196 981	2 377 225	2 570 719	↗
Nièvre	1 612 627	1 795 177	1 947 180	2 115 509	2 355 214	2 535 358	↗

Caisses	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Corrèze	1 224 621	1 526 623	1 796 914	1 951 757	2 184 528	2 274 900	↗
Indre	1 671 349	1 622 457	1 631 795	1 826 870	2 014 601	2 174 227	↗
Cher	1 190 725	1 244 589	1 493 691	1 718 554	1 943 568	2 070 494	↗
Haute-Saône	1 678 951	1 585 172	1 487 927	1 572 418	1 689 006	1 995 386	↗
Aveyron	1 657 207	1 617 626	1 698 036	1 929 471	1 897 274	1 991 368	↗
Hauts-Pyrénées	1 344 467	1 417 121	1 531 421	1 665 188	1 785 021	1 949 241	↗
Lot	1 379 878	1 387 671	1 511 605	1 504 398	1 667 730	1 929 094	↗
Haute-Marne	1 751 786	1 676 870	1 705 432	1 877 914	1 916 629	1 897 197	↗
Haute-Corse	2 493 163	2 425 918	2 262 651	2 164 622	1 969 674	1 873 677	↘
Gers	1 450 394	1 651 653	1 878 814	1 961 770	2 208 922	1 859 895	↗
Hauts-Alpes	1 193 836	1 234 051	1 421 786	1 565 690	1 638 456	1 634 991	↗
Corse du Sud	2 036 469	2 002 312	1 838 832	1 802 543	1 760 023	1 620 408	↘
Cantal	1 112 518	1 201 700	1 289 963	1 354 111	1 478 441	1 594 856	↗
Ariège	1 215 458	1 250 180	1 295 479	1 371 644	1 509 213	1 535 326	↗
Orne	1 673 623	1 598 536	1 474 624	1 485 787	1 433 751	1 464 430	↘
Meuse	1 035 257	1 090 005	1 117 423	1 177 445	1 276 788	1 373 432	↗
Alpes de Haute-Provence	1 289 699	1 265 395	1 185 876	1 161 623	1 247 989	1 275 986	=
Territoire de Belfort	1 237 680	1 303 740	1 329 405	1 284 193	1 184 315	1 197 773	=
Lozère	597 424	648 538	669 793	619 762	615 476	654 735	↗
Creuse	559 657	565 960	561 516	513 505	566 557	587 078	=

Source : Données transmises par la CNAF.

ANNEXE N°4 - LE TRAITEMENT DE L'AEEH PAR LES ODPF

La présente annexe se propose d'examiner les modalités de traitement de l'AEEH par les organismes débiteurs de prestations familiales (ODPF), c'est-à-dire les CAF et les caisses de MSA, en suivant ses principales étapes : la liquidation de la prestation (I), ses modalités de contrôle (II) et son suivi dans le temps (III).

1 LA LIQUIDATION DE LA PRESTATION S'EFFECTUE AU REGARD DES ELEMENTS TRANSMIS PAR LES MDPH

La liquidation initiale de la prestation au sein des organismes débiteurs de prestations familiales (ODPF) suppose la vérification de la complétude du dossier et un examen préalable des conditions administratives générales (1.1). Dans un second temps, elle doit constituer la traduction financière de la décision rendue par la CDAPH (1.2). Afin de couvrir ces tâches, les ODPF ont mis en place, en lien avec les MDPH, des schémas d'organisation qu'il conviendra d'examiner (1.3).

1.1 L'examen des conditions administratives générales

1.1.1 L'instruction par l'ODPF débute dans la pratique à compter de la réception de la notification de la décision rendue par la CADPH

Un faible nombre de demandes directement reçues par les ODPF :

Conformément aux textes en vigueur¹³⁷, les demandeurs de l'AEEH adressent très majoritairement les formulaires de demandes aux MDPH. En effet, les audits menés au sein des 8 organismes de sécurité sociale (6 CAF et 2 MSA) ont permis de constater que le nombre de formulaires de demandes qui leur sont adressés à tort, en lieu et place de la MDPH, est marginal. Cela traduit une bonne identification des MDPH dans le paysage institutionnel.

Toutefois, la mission n'est pas en mesure d'objectiver ce constat par des chiffres, faute d'un enregistrement informatique spécifique sur ces demandes, lequel n'est pratiqué ni au sein du régime général ni au sein du régime agricole.

Sur les huit organismes audités par la mission, un seul ne respecte pas les dispositions des articles L.114-2 et L.114-3 du code des relations entre le public et l'administration qui obligent l'ODPF saisie d'une demande d'AEEH à la transférer directement à l'administration compétente, après avoir procédé à un enregistrement permettant de tracer la date de réception. Cette obligation vise à simplifier les démarches de l'usager mais comporte également des conséquences juridiques. En effet, la date de réception du courrier, par l'ODPF comme par une MDPH, acte le point de départ du délai de 4 mois au bout duquel l'usager peut se prévaloir d'une décision implicite de rejet. Elle ouvre par ailleurs les délais de recours contentieux.

¹³⁷ L'article R.541-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la demande d'AEEH « est adressée à la maison départementale des personnes handicapées compétente dans les conditions prévues à l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles ».

La nécessité de dater de manière précise la réception du formulaire revêt également pour l'AEEH une importance particulière puisque cette date déterminera la date¹³⁸ à partir de laquelle l'ouverture des droits à l'AEEH et ses éventuels compléments sera appliquée de manière rétroactive.

Les différentes investigations menées sur site n'ont pas révélé de difficultés particulières sur ces aspects.

L'inadéquation du dispositif de transmission préalable posé par l'article R.541-3 du code de la sécurité sociale

Le dernier alinéa de cet article prévoit que « La maison départementale des personnes handicapées transmet, sans délai, un exemplaire du dossier de demande à l'organisme débiteur en vue de l'examen des conditions relevant de la compétence de celui-ci ».

L'intention initiale contenue dans ce dispositif était de permettre à l'organisme débiteur de prestations familiales (ODPF) d'anticiper l'appréciation de la situation administrative de l'allocataire (ou éventuellement du futur allocataire) au regard de son droit à l'AEEH, de façon à éviter, en cas de non ouverture du droit, une instruction médico-sociale de la part de la CDAPH, lourde en temps et en moyens et qui serait dans un tel cas de figure devenue inutile. Il s'agit également d'éviter l'hypothèse, qui serait nécessairement mal comprise du point de vue des familles, d'une notification d'octroi de la prestation par la MDPH qui serait suivie d'une notification de rejet par l'organisme débiteur pour défaut de conditions administratives.

Sur les 8 organismes audités, seules la CAF de Haute-Garonne¹³⁹ et la CAF du Nord¹⁴⁰ ont mis en place, avec leurs MDPH respectives, un circuit de transmission permettant de respecter cette disposition. Aucune réelle plus-value n'a été constatée¹⁴¹ par la mission.

En tout état de cause, les conditions administratives ne sont pas vérifiées au stade de la transmission de la demande en amont mais au moment de la réception de la décision de la CDAPH.

Des entretiens menés et des informations obtenues par ailleurs, il semblerait que ces situations de transmission préalable soient isolées. Il peut également être noté que dans les autres départements, un nombre relativement important d'interlocuteurs semblaient ignorer l'existence même de cette obligation.

Ainsi, les ODPF et les MDPH rencontrés considèrent de manière quasi unanime que la mise en place de cette transmission préalable alourdirait le circuit et le processus d'archivage sans procurer de réel avantage de gestion à ce stade de la procédure.

De plus, les délais d'instruction en vigueur au sein des MDPH font que la situation constatée en amont est susceptible d'avoir évolué en aval. En effet, dans cet intervalle de temps, la situation administrative de l'allocataire telle que figurant dans la demande d'AEEH reçue quelques mois plus tôt, est susceptible d'avoir évolué et d'impacter le droit. En ce sens, l'application de ce dispositif est également susceptible de générer des erreurs de traitement.

¹³⁸ L'article R541-7 du code de la sécurité sociale prévoit que « l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribuée à compter du premier jour du mois suivant celui du dépôt de la demande ».

¹³⁹ Rapport MNC 2015-01-AEEH-5-CAF-31.

¹⁴⁰ Rapport MNC 2015-03-AEEH-8-CAF-59.

¹⁴¹ Dans le département de Haute-Garonne, la transmission préalable de la demande s'effectue par voie dématérialisée sur une BAL (boîte de messagerie électronique) fonctionnelle handicap dédiée de la CAF. Les techniciens s'assurent à ce stade que le formulaire de demande contient l'ensemble des pages habituelles et procède à une identification de l'allocataire et/ou immatriculation avant que la demande ne soit mise en instance dans l'attente de la réception de la notification de la décision CDAPH qui s'effectuera quant à elle sur support papier.

Surtout, les interlocuteurs rencontrés ont systématiquement mis en avant le fait que le maintien de ce dispositif, qui n'est pas actuellement appliqué dans les faits, ne se justifie pas au regard d'un nombre très faible de rejets administratifs prononcés pas les caisses.

La mission ne dispose cependant pas des éléments chiffrés qui lui permettraient d'étayer le caractère marginal du nombre de rejets prononcés par les ODPF sur conditions administratives, ceux-ci n'étant pas ou bien mal comptabilisés dans les deux régimes de sécurité sociale dans les lesquels les audits ont été déployés. Néanmoins, cet état de fait s'explique assez aisément par les critères d'attribution assez larges de l'AEEH puisqu'une fois la décision d'attribution de la CDAPH acquise, la prestation ne fait pas l'objet de conditions de ressources.

En outre, la constitution d'un dossier administratif au sein de la MDPH, préalable à l'instruction médico-sociale, est de nature à écarter un certain nombre de demandes non justifiées sur le plan administratif ou du moins à sensibiliser les demandeurs en amont sur certaines conditions, liées par exemple à la régularité du séjour sur le territoire national.

L'instruction menée sur le plan médico-social est ensuite à même de détecter un certain nombre de situations atypiques, pour lesquelles la charge de l'enfant par le demandeur ne serait par exemple pas effective.

De certains éléments réunis par la mission¹⁴², il semblerait que les motifs de rejets prononcés par les ODPF soient principalement concentrés sur les items suivants : régularité du séjour, situation de transfert de charge d'enfant à la suite d'une séparation du couple, absences de périodes de retour au foyer ou de justificatif y afférent sur des dossiers uniquement valorisés sur de l'AEEH retour au foyer.

Or, sur les trois items évoqués, seul le premier tend à contester le droit à l'AEEH pris en tant que tel, les deux autres items ne supposant en réalité qu'une simple régularisation du dossier.

A supposer que des statistiques portant sur le nombre de rejets administratifs puissent être produites, encore faudrait-il être en mesure de disposer d'une déclinaison assez fine par motifs de rejet pour déterminer le nombre d'instructions médico-sociales réalisées inutilement. En effet, une décision de rejet n'implique pas nécessairement que le droit à l'AEEH soit refusé en tant que tel.

L'ensemble de ces éléments conduit la mission à formuler une recommandation tendant à la suppression du dernier alinéa de l'article R.541-3 du code de la sécurité sociale.

1.1.2 Les modalités de transmission des informations entre les MDPH et les ODPF ne sont ni dématérialisées ni harmonisées

La transmission aux ODPF de la notification de la décision d'octroi de l'AEEH s'effectue, dans la quasi totalité des cas, sous format papier, avec les risques inhérents (perte, dégradation) et selon des supports et modèles de documents relativement hétérogènes d'un département à l'autre.

Sur les huit caisses auditées et les MDPH correspondantes, aucun véritable système de transmission dématérialisé n'a été mis en place.

De manière générale, le service de la caisse en charge de la gestion électronique des documents (GED) effectue ainsi une numérisation de documents souvent déjà dématérialisés au sein des MDPH, ce en raison d'une absence d'interface informatique entre les deux systèmes d'information utilisés. Une telle situation a également pu être constatée à Paris alors même que les agents de la CAF disposent physiquement de bureaux au sein des locaux de la MDPH.

¹⁴² Cf. rapport d'audit MNC sur les modalités de gestion de l'AEEH à la CAF de Haute-Garonne – points 136 et 137 évoquant le pointage par la caisse de 50 dossiers ayant donné lieu à des décisions de rejet.

Des expérimentations sont en cours entre certains ODPF et MDPH pour travailler à un schéma de dialogue interactif entre les deux systèmes d'information qui pourrait utilement être étendu à l'ensemble des réseaux avec un rôle important joué par la CNAF et la CCMSA d'une part et la CNSA de l'autre.

Il est certain que l'interconnexion des systèmes d'information des MDPH et des ODPF générerait des gains de productivité importants ainsi qu'une efficacité accrue au profit des familles bénéficiaires (notamment en termes de délais et de qualité de suivi des dossiers). Malgré certaines expérimentations et travaux en cours, un tel objectif se heurte à l'absence de modèle informatique unique au sein des MDPH.

Au-delà des modalités de transmission, il convient de relever que les supports transmis ne sont pas harmonisés nationalement, ni dans le format, ni dans le contenu, ce que la mission a pu vérifier lors des audits sur site.

En tout état de cause et a minima, les éléments transmis contiennent la notification de la décision de la CDAPH, dont les motivations varient d'une MDPH à l'autre, accompagnée du formulaire CERFA de demande.

Si chaque MDPH dispose de son propre modèle de courrier de notification, ceux-ci comportent en principe des éléments communs. Il s'agit des éléments suivants : nom du bénéficiaire, taux d'incapacité de l'enfant, stade de la demande (première demande, renouvellement, révision), dates de début et de fin de la période d'octroi de la prestation, la nature de la prestation accordée et la précision quant à un éventuel complément accordé.

Certaines lacunes d'informations ont pu être relevées alors même qu'elles sont parfois essentielles aux ODPF.

Il s'agit principalement des deux éléments suivants :

- Connaissance de l'attribution de la PCH :
 - ✓ et de l'élément PCH concerné : cette information est en effet essentielle en vue de l'examen des règles de non cumul de prestations et donc du paiement à bon droit ;
 - ✓ et du niveau de complément d'AEEH correspondant permettant l'attribution de la MPI, si la famille a fait le choix de la PCH mais aurait pu prétendre à un complément 2 ou plus ;
- Indication de la destination précise du type de complément AEEH octroyé (exemple : aide pour tierce personne à hauteur de 20 %) : cette information est essentielle pour que l'organisme soit en mesure d'exercer un contrôle d'effectivité.

S'agissant du premier item, le risque d'erreur s'avère important car une notification ne mentionnant que l'octroi de l'AEEH de base ne peut être a priori considérée comme incomplète. La vigilance du technicien ne sera donc pas nécessairement mise en alerte.

En ce qui concerne le second point, il apparaît que cet élément est rarement demandé s'il n'apparaît pas dans la notification, en raison de l'absence de mise en œuvre, dans la plupart des organismes, d'un véritable contrôle d'effectivité (cf. partie 2.3).

En tout état de cause, l'ensemble des éléments contenus dans la notification de la décision rendue par la CDAPH doit faire l'objet d'un examen attentif et d'un report de saisie manuel par le technicien de l'ODPF.

1.1.3 L'étude des conditions administratives telle que pratiquée est relativement simple et essentiellement centrée sur la vérification de la condition d'allocataire

Il revient aux ODPF de vérifier, dès réception du formulaire *cerfa* de demande de l'allocation et de la notification de la MDPH, les conditions administratives d'octroi de la prestation relatives à l'allocataire et à l'enfant.

Comme indiqué précédemment, cet examen est rendu relativement simple s'agissant d'une prestation non soumise à condition de ressources et de la prédominance de données basées sur un système déclaratif.

Il s'agit notamment de confirmer la résidence légale en France de l'enfant, et le fait qu'il soit effectivement à charge du ou des parents. Ces éléments étant communs à l'ensemble des demandes de prestations familiales, les vérifications sont facilitées par l'existence d'une base de données unique pour toutes les allocations.

Dans la plupart des organismes audités, un premier contrôle administratif est effectué par le technicien au moment de l'enregistrement des renseignements issus de l'imprimé *Cerfa*, par le biais d'un contrôle de cohérence vis-à-vis des informations contenues dans la base de données de la caisse. A noter en ce sens que la demande d'AEEH sert ainsi de déclaration de situation.

En cas de contradiction ou de doute sur une donnée, tant sur le régime général que sur le régime agricole, le technicien est susceptible d'effectuer une « coproduction » c'est-à-dire de contacter l'allocataire par téléphone ou courrier, en lui demandant si besoin la transmission d'un justificatif, et en enregistrant ensuite les nouvelles données obtenues sur la base de gestion interne à la caisse.

Ainsi, les éléments suivants sont vérifiés :

- en premier lieu, la situation administrative de l'allocataire et de l'enfant, notamment aux regards des règles de rattachement à la caisse (résidence ou régime) ;
- la charge effective et permanente de l'enfant¹⁴³ ouvrant droit à la prestation d'AEEH et de la condition d'âge (prestation attribuée jusqu'à 20 ans) ;
- la condition de résidence en France de façon habituelle et permanente ;
- la situation d'isolement pour les personnes susceptibles de bénéficier de la majoration parent isolé (MPI).

Les conditions énumérées ci-dessus sont communes à d'autres prestations familiales et ne posent donc pas de difficultés pour les techniciens des CAF ou des MSA.

En revanche, l'AEEH est subordonnée, en propre :

- à la non perception d'une rémunération nette supérieure à 55 % du SMIC¹⁴⁴ chez les enfants de 16 ans et plus ;
- au non placement de l'enfant en internat pris en charge par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale ;
- à l'absence d'une situation d'hospitalisation supérieure à deux mois.

¹⁴³ En application des articles L. 521-2 et L. 541-3 du code de la sécurité sociale (CSS).

¹⁴⁴ Article R.512-2 du CSS : 55 % du SMIC brut calculé sur la base de 169 heures (pour 39 heures).

S'agissant d'éléments susceptibles d'évoluer au long de la durée d'attribution de la prestation, ces points seront évoqués au sein de la partie 2.2.1 de la présente annexe relative aux opérations de contrôle des données entrantes. A ce stade, il est toutefois possible de préciser que les techniciens instruisant la notification de la décision d'attribution de l'AEEH s'en tiennent généralement aux informations transmises par la MDPH.

Une fois les vérifications effectuées quant au respect des conditions administratives, l'ODPF adresse un courrier à l'allocataire lui notifiant ses droits ou le rejet de sa demande. Dans aucune des caisses auditées, cette information n'est portée à la connaissance de la MDPH. Comme indiqué précédemment et même si la mission n'a pas été en mesure de l'objectiver, il semblerait que les décisions de rejet prononcées à ce stade par les ODPF soient relativement rares.

N'ayant pas de certitude quant à l'octroi de la prestation, il semble difficile pour la MDPH de procéder à des « suivis de dossier ». Or, la MDPH est susceptible d'être contactée par des familles dont elle a assuré le suivi en amont et pour lesquelles elle ne sera pas en mesure de donner des explications sur les motifs de ces rejets prononcés par l'ODPF.

Néanmoins, il n'est pas certain qu'une information systématique puisse être exploitée par les MDPH. Aussi, il conviendrait sans doute qu'une réflexion soit engagée sur les supports de transmission les plus adaptés, afin de s'assurer d'une réelle prise en compte de ces données par les MDPH, notamment au regard de la charge de travail qui pèse sur ces entités.

1.2 L'exécution financière de la décision rendue par la CDAPH

Si celle-ci ne pose pas de grande difficulté d'un point de vue technique, les systèmes d'information des deux réseaux concernés prenant automatiquement en charge les calculs ainsi que certaines vérifications de cohérence (1.2.1), leur bon fonctionnement suppose la transmission et la retranscription exacte des données, ce qui implique notamment un examen particulièrement attentif des pièces du dossier transmis par la CDAPH eu égard à la complexité de la réglementation applicable (1.2.2).

1.2.1 Une fois les conditions administratives vérifiées, les opérations de liquidation sont assez largement automatisées et sécurisées

- La liquidation de la prestation et le principe d'un versement mensuel à l'exception des AEEH dites « retours au foyer » :

Au vu de l'indication de l'attribution de l'AEEH et éventuellement d'un complément octroyé d'une part, et de la date d'ouverture des droits d'autre part, le système d'information effectue automatiquement les calculs et les rappels de droits correspondants¹⁴⁵. Ces manipulations s'effectuent sur les applicatifs CRISTAL¹⁴⁶ et NIMS¹⁴⁷ au sein des CAF et sur l'application AGORA au sein des MSA.

Une fois les rappels effectués à partir de la date d'ouverture des droits, les versements sont donc effectués mensuellement sauf pour certains dossiers qui sont susceptibles de faire l'objet d'un paiement annuel.

¹⁴⁵ L'article R541-7 du code de sécurité sociale prévoit que « l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribuée à compter du premier jour du mois suivant celui du dépôt de la demande ». Dans ces conditions, les rappels sont systématiquement réalisés s'agissant d'une première demande.

¹⁴⁶ CRISTAL : applicatif métier national de gestion des prestations-Conception Relationnelle Intégrée du Système de Traitement des Allocations.

¹⁴⁷ Navigateur Intranet Multi Services.

En effet, le dernier alinéa de l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale prévoit que « lorsqu'un enfant handicapé est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale, l'AEEH n'est pas due sauf pour les périodes de congés ou de suspension de prise en charge ».

Lors des périodes de congé ou de suspension de prise en charge, l'AEEH et son éventuel complément sont donc susceptibles d'être versés : on évoque alors l'AEEH dite « retour au foyer »¹⁴⁸. Pour ces dossiers, la réglementation pose le principe d'un paiement annuel, généralement effectué à l'occasion de la mensualité de septembre.

En effet, l'article R.541-1 prévoit que « l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé due au titre des périodes mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 541-1 et, le cas échéant, leur complément sont versés annuellement et en une seule fois ».

Toutefois, le Ministère a autorisé, par lettre du 11 août 1993, que sur demande de l'allocataire, l'AEEH et son complément soient versés avant le mois de septembre dès lors que les périodes de retour au foyer cumulées atteignent 30 jours. Il s'agissait alors de pouvoir verser ces sommes à des familles qui en auraient une particulière nécessité et de ne pas les obliger à réaliser une avance des frais. Il s'agissait certainement aussi de s'assurer d'une certaine stabilité du placement en internat avant d'enclencher un tel mécanisme de versement.

Ainsi, le paiement en retour au foyer est appliqué sur demande de la famille sur la base d'une lettre ministérielle par dérogation aux dispositions du code de la sécurité sociale.

En raison de cette dérogation, un certain nombre d'organismes ont considéré que l'AEEH « retour au foyer » et son complément peuvent être versés mensuellement sur demande expresse de l'allocataire. Il apparaît également que la condition relative aux 30 jours cumulés n'est plus systématiquement appliquée. Si cet état de fait est avéré au sein du régime agricole¹⁴⁹ au regard de certains documents émanant de la caisse centrale, ce point n'a pas fait l'objet d'investigations particulières de la part de la mission.

En tout état de cause, l'un et l'autre régime pratiquent au bénéfice des familles dont l'enfant est placé en internat, des versements mensuels si telle est leur demande. Le technicien saisit alors les périodes de retour au foyer à partir des états de présence transmis par l'établissement d'accueil. Dans les faits, il semblerait que ceux-ci arrivent souvent un peu tardivement s'agissant des attestations mensuelles, entraînant ainsi des paiements sur des échéances parfois erratiques.

Le mode de calcul du montant d'AEEH et du complément à verser est alors réalisé sur le principe d'une proratisation mensuelle tenant en compte le nombre de jours de sorties par rapport au nombre de jours total sur ce mois.

Les systèmes d'information des deux réseaux ont été amenés à évoluer pour prendre en compte ces modalités de calcul. Dans l'attente, un support d'aide au calcul, sous format d'un tableur Excel, a par exemple pu être distribué aux caisses relevant du régime agricole.

Par ailleurs, il est possible ici de préciser que par un courrier de la DSS daté du 7 octobre 2014, le Ministère a précisé aux deux réseaux concernés que la mise en place d'un paiement de l'AEEH dit « retour au foyer » en cours de période d'attribution de droits ne justifiait pas de la part de l'ODPF une nouvelle saisine de la CDAPH mais justifiait en revanche une information à destination de la MDPH.

¹⁴⁸ La notion de périodes de retour au foyer a été précisée par la circulaire ministérielle n°2002-290 du 3 mai 2002 relative aux modalités d'attribution et de versement des six catégories de complément à l'allocation d'éducation spéciale).

¹⁴⁹ Par une « lettre à toutes les caisses », LT DRAR-2014-508 la CCMSA indique que cette condition n'était plus en vigueur au sein du régime général et précise que le Ministère est revenu officiellement sur sa position de 1993 lors d'une réunion tenue à la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) le 23 juin 2014.

La mission n'a pas relevé de difficultés particulières quant à l'application de ces instructions qui ont le mérite de clarifier la situation dont elle suppose toutefois qu'elles correspondaient déjà largement à la pratique des ODPF.

Enfin, en cas de non-paiement des frais correspondant aux soins, à l'hébergement, à l'éducation ou à la formation professionnelle de l'enfant handicapé, la personne physique ou morale, ou l'organisme qui assume la charge de l'éducation spéciale, de la formation professionnelle ou de l'entretien de l'enfant peut obtenir de l'ODPF que celle-ci lui soit versée directement. La mission n'a pas eu connaissance de la survenance de ce cas de figure et d'éventuelles difficultés pratiques s'y rapportant.

➤ **Point de situation sur les blocages automatiques informatisés dans les deux réseaux concernés (CAF et MSA) au regard de l'application des règles de non cumul :**

Comme indiqué dans le rapport principal et illustré par un graphique (cf. partie 1.2.3.2-Schéma n°1), les possibilités de cumul et l'articulation générale entre l'AEEH et ses prestations connexes font l'objet de règles complexes.

Dans ces conditions, l'existence de blocages informatiques automatisés apparaît comme un élément clé afin que les ODPF soient en mesure de s'assurer du paiement à bon droit de ces différentes prestations. De ce point de vue, il convient d'examiner les fonctionnalités offertes par les deux systèmes d'information concernés au vu des informations recueillies lors du déploiement des audits sur site.

En ce sens, il est utile de préciser que ceux-ci ne comportaient pas de véritables tests informatiques mais uniquement des entretiens et des examens de dossiers sur poste informatique en présence de techniciens de la caisse. Les développements ci-après en constituent donc simplement le reflet et n'ont pas fait l'objet de vérifications techniques. Il en ressort notamment des pistes d'amélioration assez importantes concernant le système d'information du régime agricole.

La prise en compte des règles de non cumul dans le système d'information du régime général :

Les règles de non cumul entre les prestations de la branche famille (AEEH, AJPP et MPI) sont précisées dans les documentations et modes opératoires et globalement gérées par le système d'information fourni par la CNAF qui effectue donc des blocages automatisés.

Pour la MPI, le système déclenche automatiquement, sans saisie spécifique, un droit à MPI en fonction de la situation de l'allocataire dès lors que les conditions sont remplies.

En cas d'une demande concomitante d'AJPP et d'AEEH et compte tenu du fait que l'AJPP est cumulable avec l'AEEH de base mais pas avec les compléments, le montant le plus favorable entre le complément d'AEEH et l'AJPP serait automatiquement versé.

Le SI a également été paramétré au niveau national pour gérer le non cumul entre complément d'AEEH et PCH, à l'exception de son 3eme élément, et également le non cumul entre l'AJPP et l'élément 1 de la PCH.

La prise en compte des règles de non cumul dans le système d'information du régime agricole :

Le système d'information de la MSA propose des lettres clés pour le choix des prestations impliquant également des contrôles intégrés qui empêchent la saisie concomitante des prestations non cumulatives. Néanmoins, l'examen de ses fonctionnalités tend à souligner un certain nombre de lacunes.

Les demandes d'allocation journalière de présence parentale (AJPP) par les personnes bénéficiaires de l'AEEH sont gérées par une saisie manuelle. Le risque de cumul de la MPI et de l'AJPP est intégré dans les modes opératoires AEEH et AJPP de la CCMSA mais aucun contrôle applicatif ne permettrait de palier le risque d'erreur humaine¹⁵⁰.

Le risque de cumul de la Majoration Parent Isolée (MPI) et du complément 1 d'AEEH est intégré dans les modes opératoires AEEH de la CCMSA. Cependant aucun contrôle applicatif ne permet de palier le risque d'erreur humaine.

Le système d'information prévoit un blocage automatisé ne permettant pas de choisir en même temps la PCH (à l'exception de son 3ème élément) et l'AEEH. Néanmoins, il semblerait qu'aucune fonctionnalité ne puisse prévenir les cas de cumul entre l'AJPP et les éléments de la PCH impliquant de l'aide humaine¹⁵¹.

Un risque de non accès au droit concernant la MPI est par ailleurs constaté. Ce risque ne paraît pas couvert par un signalement de l'applicatif quant à la présence d'une situation d'« isolement ». Dans ces conditions, l'octroi de la prestation reste subordonnée à la vigilance du technicien.

Il ressort de la mission menée à la MSA Nord-Pas-de-Calais que cette situation serait correctement identifiée lors d'une demande initiale. En revanche, lorsqu'un événement de séparation intervient en cours de période d'attribution de droits, les agents ne vérifieraient pas nécessairement l'impact pour l'assuré sur le bénéfice de la MPI, du fait de son caractère incident et faute de système d'alerte automatisé.

En tout état de cause, la dispersion de la gestion de l'AEEH, prestation de faible volumétrie, entre différents gestionnaires est susceptible, en l'absence de contrôle applicatif et d'outil opérationnel précis, de générer des risques de non vérification des droits ou des situations d'incompatibilités.

1.2.2 ... mais elles supposent néanmoins un examen attentif de la décision rendue ainsi qu'une information exhaustive de la part des MDPH, notamment dans la perspective de l'application des règles de non cumul

Au-delà des contrôles informatiques automatisés, les risques de cumul dépendent de la vigilance et de la connaissance des techniciens ainsi que de la qualité des saisies effectuées par leurs soins. Néanmoins, en amont, la fiabilité de l'exécution financière réalisée par la caisse est tributaire de la qualité et de l'exhaustivité des informations transmises par la MDPH. Les blocages informatiques ne peuvent en effet être pertinents et efficaces que si cette condition préalable est remplie.

Ce constat concerne surtout les situations de cumul avec la PCH, prestation extérieure à la caisse et versée par le Conseil départemental.

En raison des paramétrages informatiques susmentionnés, le risque de doublon ne peut donc en principe survenir sauf exceptions : soit que le technicien commette une erreur lors de la saisie, procède à une lecture trop rapide de la décision de la CDAPH du fait d'une mauvaise connaissance de la réglementation, soit enfin que la MDPH n'indique pas dans la notification l'attribution de la PCH.

¹⁵⁰ Lors de l'audit déployé à la MSA Nord-Pas-de-Calais (rapport MNC 2015-03-AEEH-4-MSA-59), deux cumuls complément 1 AEEH et AJPP ont pu être identifiés.

¹⁵¹ La PCH peut être constituée de 1 à 5 composantes (aides humaines, aides techniques, aides aménagement maison/véhicule, aides spécifiques et aides animalières).

Ainsi, un doute peut subsister s'agissant de décisions octroyant une AEEH de base seule, sans mention de complément d'AEEH, ni d'élément de PCH.

Comme indiqué précédemment, les notifications des décisions des CDAPH ne sont pas des documents uniformes. Les informations transmises sont plus ou moins détaillées suivant les départements.

Si elles indiquent toutes un certain nombre d'informations essentielles, la présence ou non d'un complément et également en principe, le choix éventuel de la PCH¹⁵² par l'allocataire au détriment d'un complément, toutes les notifications ne précisent pas systématiquement la composition de la PCH.

Or, les notifications devraient indiquer systématiquement le complément théorique d'AEEH auquel pouvait prétendre le demandeur, lorsque celui-ci a fait le choix de la PCH car ces éléments sont nécessaires à la caisse afin de lui permettre de mettre en paiement à bon droit les compléments de l'AEEH, de l'AJPP¹⁵³ et de la MPI¹⁵⁴.

La mission a pu constater que, dans le cas où cette information n'est pas présente, toutes les caisses ne contactent pas les MDPH de rattachement afin d'obtenir les éléments nécessaires, soit par méconnaissance des règles de non cumul, soit du fait de l'absence de cadre formalisé d'échanges. Dans ce dernier cas, l'ODPF n'a pas d'autre visibilité sur cette prestation que celle fournie par la MDPH ou la famille. Son rôle se limite ainsi à la saisie des informations contenues dans la notification CDAPH.

Concernant le réseau des MSA, le nombre très faible de dossiers d'AEEH de base contenant un élément de la PCH recensé au niveau national et la disparité des chiffres selon les caisses¹⁵⁵ engendre un doute sérieux sur le renseignement adéquat et effectif de ce champ par les techniciens du régime, lesquels n'entrevoient peut-être pas tous l'utilité de cette saisie.

La mission constate qu'au sein du régime général, la mise en place d'un processus national contenant une bonne pratique, visant les dossiers pour lesquels un droit option a été exercé au profit de la PCH, a entraîné une prise de conscience récente quant à ces risques ainsi qu'un effet vertueux par le déploiement d'actions correctrices (cf parties 1.3.1 et 2.1.2).

En tout état de cause, l'absence de système normé d'échanges engendre un risque fort de perte d'information susceptibles d'aboutir à des situations de cumul non autorisées par la réglementation ou inversement ou à des situations de non accès aux droits¹⁵⁶.

¹⁵² Sur les huit audits déployés sur site, il a tout de même été constaté pour l'un des organismes que les notifications des décisions de la CDAPH adressées à la caisse n'apportent pas du tout d'indication sur l'attribution d'une PCH effectuée dans le cadre du droit d'option, ni a fortiori sur le droit potentiel au complément d'AEEH correspondant.

¹⁵³ L'AJPP n'est pas cumulable avec le 1^{er} élément de la PCH (les aides humaines).

¹⁵⁴ La MPI n'est accordée que pour les familles monoparentales qui sont bénéficiaires de l'AEEH de base et a minima d'un complément 2 de l'AEEH.

¹⁵⁵ Parmi les chiffres collectés et les caisses auditées, il peut être relevé qu'aucun dossier ne PCH n'est recensé à la MSA Nord-Pas-de-Calais, qui constitue pourtant l'une des plus importantes caisses du réseau.

¹⁵⁶ Dans le cadre de l'un des audits menés sur place, il a été constaté qu'une MDPH ne notifie jamais à la caisse le droit potentiel au complément de niveau 2 pour les bénéficiaires de la PCH, ce qui empêche l'ODPF de faire droit à la MPI dans les situations d'isolement. Or, l'outil de gestion ne permet pas de saisir une MPI sans la mention d'un complément de niveau 2 ou plus.

1.3 Des modalités d'organisation qui prennent partiellement en compte la complexité de la prestation

Compte tenu du fait que la prestation d'AEEH fait l'objet d'un traitement partagé, les modalités d'organisation doivent être examinées tant du point de vue de l'organisation interne des ODPF (1.3.1) que du point de vue de l'approche partenariale avec les MDPH correspondantes (1.3.2).

1.3.1 Le traitement de la prestation est très largement normé mais souvent disséminé dans les services en charge de la production

La prévalence d'un schéma de traitement polyvalent :

Les audits déployés sur site ont souvent démontré que le choix d'une quasi-totale polyvalence des agents leur permet difficilement de maîtriser les règles qui régissent l'AEEH et notamment ses conditions de cumul avec d'autres prestations du fait du faible volume des dossiers qui n'induit pas une pratique régulière des règles et des outils dédiés.

Parmi les caisses composant le panel des organismes audités, le principe de polyvalence est appliqué sur l'AEEH au sein des CAF de l'Orne¹⁵⁷, de Saône-et-Loire¹⁵⁸, du Nord et celle du Var¹⁵⁹. Pour cette dernière, la caisse procède actuellement à une réflexion sur les conditions de mise en place d'une équipe dédiée aux prestations liées au handicap.

D'autres organismes ont mis en place des systèmes intermédiaires :

- plusieurs agents de la MSA Nord-Pas-de-Calais ont été spécialisés sur l'AJPP et les calculs de l'AEEH pour les périodes de retour au foyer des enfants en internat ;
- l'organisation interne du service des prestations familiales de la MSA Alpes-Vaucluse¹⁶⁰ prend dans une certaine mesure en compte la complexité de la prestation car seuls les agents les plus expérimentés procèdent à son traitement, limitant ainsi le risque de mauvaise compréhension de la réglementation ;
- la CAF de la Haute-Garonne a mis en place un pôle handicap constitué d'experts pour gérer les difficultés de gestion de l'AEEH rencontrées par les techniciens conseil et leur venir en appui sur l'application de la réglementation ;
- la CAF de Paris¹⁶¹ applique le principe de polyvalence mais sur un mode de fonctionnement original dans ses relations avec la MDPH qui sera explicité ultérieurement (*cf.* partie 1.3.2).

La mise en place de tels modes de fonctionnement dans la moitié des caisses composant le panel des organismes audités démontre selon la mission que des réflexions organisationnelles ont été menées localement en écho à un certain nombre de difficultés rencontrées.

Celles-ci tiennent principalement, comme indiqué supra, au faible volume de dossiers qui ne permet pas aux techniciens de pratiquer régulièrement. Ce risque de faible maîtrise du traitement se trouve renforcé du fait de la complexité de la réglementation applicable et de l'expertise et de la vigilance nécessaires à l'instruction de ces dossiers. Il semble par ailleurs attesté par les résultats de certains contrôles réalisés au niveau du régime général sur certains faits générateurs (*cf.* partie 2.2).

¹⁵⁷ Rapport MNC 2015-08-AEEH-6-CAF-61.

¹⁵⁸ Rapport MNC 2015-06-AEEH-7-CAF-71.

¹⁵⁹ Rapport MNC 2015-05-AEEH-3-CAF-83.

¹⁶⁰ Rapport MNC 2015-10-AEEH-1-MSA-05.

¹⁶¹ Rapport MNC 2015-10-AEEH-2-CAF-75.

Ces éléments ont amené la mission à formuler une recommandation tendant à engager une réflexion globale sur les modalités d'organisation internes du traitement de l'AEEH et plus particulièrement à étudier les possibilités de mutualisation inter-caisses en ce domaine.

Les outils documentaires et la formation garantissent l'existence d'un cadre de traitement commun :

En l'état et au vu de ce contexte de polyvalence et de complexité réglementaire, la mission souligne l'importance qui s'attache d'une part, à l'existence d'une documentation juridique de qualité et d'autre part, à la bonne et régulière formation des agents des caisses impliqués dans les opérations de liquidation, de supervision et de contrôle.

La grande majorité des organismes audités utilise essentiellement, pour le traitement de l'AEEH, la documentation nationale disponible, souvent sans déclinaison en notes locales. Au-delà des circulaires et instructions spécifiques émises à l'occasion des réformes successives, le régime agricole comme le régime général disposent d'une documentation juridique et opérationnelle qui est à la fois accessible et complète.

D'un point de vue juridique, les principaux documents sont le « suivi législatif AEEH » pour le régime général et la « documentation juridique de référence-AEEH » (DJR) pour le régime agricole. Ces deux documents éclairent de manière méthodique et détaillée les modalités d'instruction et les règles juridiques applicables à l'AEEH. Il convient de souligner la qualité de la DJR du régime agricole qui constitue un document très fourni et complet sur le thème.

Les deux réseaux disposent également de fiches plus synthétiques, destinées notamment aux agents d'accueil, ainsi que des modes opératoires très précis présentant sous forme de logigrammes ou d'« impressions écran », les différentes étapes de traitement et les manipulations concrètes à effectuer sur les outils métier.

En règle générale et sans spécificité particulière, les évolutions législatives sont appréhendées et exposées aux personnels concernés selon le processus commun à toutes les prestations : lettres réseau/lettres de service /infothèque/ réunions internes dans le cadre de la supervision.

L'ensemble de ce corpus documentaire garantit un traitement homogène de la prestation sur le territoire ainsi que le respect de la législation applicable.

En ce qui concerne la formation des équipes au sein du régime général, le module dédié au handicap est considéré par l'UCANSS comme optionnel. En effet, la formation initiale socle dispensée à tous les techniciens ne comporte pas la gestion des prestations liées au handicap. Les techniciens doivent ainsi suivre un module complémentaire à cet effet. Malgré une couverture constatée lors des audits déployés en CAF qui peut être jugée comme globalement satisfaisante, force est de constater que les techniciens récemment nommés ou embauchés sont rarement formés sur ce module.

Pour ce qui concerne le régime agricole, aucune formation institutionnelle sur l'AEEH n'a été mise en place. Néanmoins, compte tenu d'une organisation relativement décentralisée du régime agricole cela n'exclut pas pour autant l'existence d'offres de formation au niveau régional¹⁶².

¹⁶² Ainsi, à la MSA Alpes-Vaucluse, l'expression de la demande locale d'une formation de perfectionnement portant sur l'AEEH a été prise en charge par l'ARF (agence régionale de formation) au titre de l'année 2016 et inscrite au programme de formation.

L'absence d'indicateurs ou de données de gestion spécifiques :

L'application du principe de polyvalence, observé tant pour les liquidateurs que pour les contrôleurs, et le faible volume de dossiers d'AEEH expliquent également que la totalité des organismes audités n'a pas été en mesure de déterminer de manière précise le nombre d'ETP affecté spécifiquement à la gestion de l'AEEH.

De même, les caisses locales ne disposent pas d'objectifs nationaux quant à la performance de la gestion de la prestation puisqu'il n'existe pas d'indicateurs dédiés à l'AEEH.

Aussi, les délais de traitement de l'AEEH ne sont pas isolés au sein de la branche Famille du régime général, de sorte que les CAF ne disposent pas d'information spécifique sur ce point.

Pour le régime agricole, la caisse centrale a pu fournir à la mission des données précises sur les délais de traitement de l'AEEH mais celles-ci ont été produites grâce à la réalisation d'une requête spécifique. Celle-ci est également reproductible au niveau des organismes locaux mais, tant au niveau national que dans le cadre des deux audits déployés en MSA, il a été possible de constater que cette donnée ne faisait pas l'objet d'un suivi dans le temps.

Les données nationales communiquées font état d'un délai moyen de 29 jours de traitement en 2015¹⁶³ (premières demandes, renouvellements et révisions). Ces délais sont calculés entre la date de la réception de la dernière pièce nécessaire à l'étude du droit et la date du traitement du dossier (versement). Il peut être noté que ce délai moyen se situait en 2010 à 44 jours.

En l'absence d'instrument d'évaluation propre au sein du régime général, le délai de traitement de l'allocation est analysé globalement dans le cadre de l'activité générale de la caisse et suivie au travers des indicateurs COG de délais de traitement.

La mission a constaté lors des audits menés sur site que les CAF avaient des pratiques variables quant à la manière d'appréhender les objectifs COG au regard de l'AEEH. En effet, les objectifs de traitement fixés par la COG s'élèvent soit à 10 jours pour le traitement des pièces des bénéficiaires de minima sociaux, soit à 15 jours pour les autres prestations légales.

Or, selon les entretiens menés au sein des caisses auditées, l'AEEH était rattachée à l'une ou l'autre catégorie : la CAF de Haute-Garonne applique le délai de 15 jours tandis que les CAF du Var, de Saône-et-Loire et de l'Orne appliquent le délai de 10 jours relatif aux minima sociaux. A la CAF du Nord, la mission a décelé un décalage entre les notes locales qui indiquent que l'AEEH doit faire l'objet d'un traitement dans un délai de 10 jours maximum et la codification de priorisation de traitement contenue dans le système d'information de la caisse qui est celui de 15 jours applicable à toute autre prestation.

Cet écart de pratiques révèle d'une part une perception quelque peu ambivalente de la prestation au sein des CAF, souvent rattachée et assimilée à l'AAH, sans prise en compte de sa logique propre. Il laisse supposer d'autre part, des orientations peu précises de la CNAF sur ce point, susceptibles d'avoir des impacts, bien que modérés compte tenu de la volumétrie de la prestation, sur la fiabilité des indicateurs énumérés.

Dans tous les cas, les résultats nationaux des indicateurs COG pour l'année 2015 laissent supposer un délai de traitement de l'AEEH plus performant au sein du régime général vis-à-vis de celui constaté au sein du régime agricole puisque l'objectif de traitement des minima sociaux dans un délai inférieur à 10 jours est atteint à 95,2 % et que le délai de traitement inférieur à 15 jours applicable aux autres prestations est atteint à 89,4 %.

¹⁶³ Ce délai de traitement moyen est basé sur le traitement de 7 414 dossiers de AEEH sur l'année 2015 pour l'ensemble des MSA.

En tout état de cause, en examinant ces éléments vis-à-vis du processus global de l'instruction d'un dossier (traitement MDPH et ODPF), il apparaît que le temps de l'instruction administrative de la caisse ne représente qu'une faible part (en 2014, le délai national moyen des MDPH était de 97 jours¹⁶⁴). Un tel constat confirme l'importance du temps accordé à l'instruction médico-sociale de la demande par rapport à celui consacré aux opérations d'instruction administrative et de liquidation réalisées par les ODPF.

L'absence de données de gestion précises, dédiées et suivies révèle la faible attention des ODPF quant aux modalités de gestion de cette prestation, les caisses percevant avant tout leur rôle comme celui d'un organisme payeur. Néanmoins, au sein du régime général, le déploiement d'un référentiel national a eu pour effet d'éclairer davantage les modalités de gestion de cette prestation.

Au sein du régime général, le déploiement en 2015 d'un processus / référentiel national relatif à l'AEEH a pour effet d'attirer davantage l'attention sur les modalités de gestion de la prestation et de les uniformiser :

Dans le cadre de la démarche qualité intégrée (DQI), la branche Famille du régime général¹⁶⁵ déploie depuis plusieurs années des référentiels nationaux sur des processus métier avec pour principaux objectifs la sécurisation financière et l'harmonisation des pratiques d'instruction et de liquidation.

En février 2015¹⁶⁶, plusieurs processus de la famille des prestations d'entretien ont été livrés dont celui relatif à l'AEEH (PM21E4) et à l'AJPP (PM21E5)¹⁶⁷. Ainsi, le référentiel national du processus AEEH déployé en 2015 dans les CAF prévoit un certain nombre de bonnes pratiques, certaines obligatoires et d'autres facultatives.

Il s'agit d'une démarche dont la nature est par essence transversale et qui impacte en ce sens l'ensemble des services concernés des organismes. Le suivi général du déploiement du référentiel est réalisé, tant par la CNAF (par un pilote national du processus identifié au sein du département coordination des processus), que localement par un « pilote local de processus » désigné au sein de l'organisme parmi les agents composant les services ordonnateurs ou comptables.

Le document prévoit pour l'AEEH, l'existence et l'évaluation de 10 bonnes pratiques concernant à la fois l'instruction, la liquidation et la gestion dans le temps de l'AEEH.

¹⁶⁴ CNSA - données d'activité et de fonctionnement 2014 des MDPH.

¹⁶⁵ Le régime agricole s'est également engagé dans une démarche similaire mais la prestation d'AEEH n'est pas pour l'heure concernée.

¹⁶⁶ Lettre réseau n° 2015-042 du 25/02/2015 – Direction des politiques familiale et sociale – Direction du Réseau – Agence comptable nationale.

¹⁶⁷ Référentiel CNAF PM21E1- PM21E4- PM21E5 – gérer les AF, CF, ARS, l'AEEH, l'AJPP.

Récapitulatif des bonnes pratiques contenues dans le référentiel national AEEH

PM21E4.1.1 - Instruire le dossier AEEH		
Référence	Libellé court de la bonne pratique	Description
PM21E4.1.1.1.2	S'assurer de la fourniture de la demande auprès de la MDPH si absence du formulaire de demande à réception d'une décision CDAPH	A réception d'une décision CDAPH non accompagnée du formulaire de demande(s) auprès de la MDPH (ouverture de droit ou renouvellement) : - vérifier la présence d'une demande dans le dossier - à défaut mettre la demande en instance et réclamer le formulaire à la MDPH.
PM21E4.1.1.1.3	S'assurer que la demande d'AEEH a moins de 6 mois	1- En présence d'une DSIT de moins de six mois dans le dossier : enregistrer la demande et conserver les informations les plus récentes. 2- En l'absence de DSIT de moins de six mois dans le dossier : mettre en instance la demande d'AEEH et faire un appel de pièce de DSIT.
PM21E4.1.1.1.4	Vérifier la situation de l'enfant lors de l'ouverture de droit et en cours de droit	A l'ouverture de droit : Vérifier la corrélation entre la situation de l'enfant (placement) sur la demande et l'accord de la CDAPH. En cours de droit : analyser systématiquement les changements de situation de l'enfant au regard de la notification d'accord AEEH.
PM21E4.1.1.1.5	Vérifier le recours à une tierce personne ou le taux d'activité du/des parents	Si ce contrôle fait apparaître des modifications de la quotité du recours global à une tierce personne, l'ODPF suspend le versement du complément attribué par la CDAPH et sert provisoirement, à titre d'avance, le complément inférieur. Parallèlement il saisit la CDAPH qui a deux mois pour se prononcer.
PM21E4.1.1.1.6	Vérifier la situation de l'enfant sur le formulaire de demande auprès de la MDPH	Le formulaire de demande auprès de la MDPH ne précisant pas clairement les personnes concernées par l'hospitalisation ou le placement, il convient de considérer que tout signalement d'hospitalisation ou placement concerne l'enfant.
PM21E4.1.1.1.7	S'assurer de la continuité des droits entre l'AEEH et l'AAH	Afin de ne pas interrompre la continuité des droits AEEH/AAH le mois des 20 ans, la demande AAH doit être immatriculée et une échéance doit être positionnée. Au traitement de l'échéance, une note interne est positionnée sur le dossier des parents.
PM21E4.1.1 - Instruire le dossier AEEH		
Référence	Libellé court de la bonne pratique	Description
PM21E4.1.1.2.1	Saisir le fait générateur DECCDE en cas de renouvellement	En présence d'un accord de renouvellement, saisir le fait générateur " DECCDE ".
PM21E4.1.1.2.2	Analyser tous les champs du fait générateur DECCDE	Tous les champs du fait générateur doivent être examinés. Il convient notamment, en cas d'option PCH, de renseigner le complément attribué dans le champ AEEH. Renseigner le code PCH et le code choix.
PM21E4.1.1.2.3	S'assurer du paiement de l'AEEH retour au foyer suite au transfert de charge de l'enfant	Au moment du départ de l'enfant pour qui l'AEEH retour au foyer est versée, réclamer au parent n'ayant plus l'enfant à charge le détail des retours au foyer pour la période où l'enfant était à sa charge.
PM21E4.1.1.2.4	Mettre en place une subrogation PCH / AEEH	Afin d'améliorer le recouvrement des indus, mettre en place une convention visant à la subrogation PCH/AEEH (réciprocité possible).

Selon une méthodologie précise et reposant en partie sur des outils de contrôle interne (cf partie 2), cette démarche de déploiement de processus suppose une évaluation quant à l'observance de ces bonnes pratiques au sein des caisses mais aussi l'établissement en conséquence, de plans d'actions locaux visant à rectifier les principaux écarts constatés.

Ainsi, lors des missions sur site, il a pu être observé que les 6 CAF composant le panel des caisses auditées avaient déployé le processus selon la méthode présentée par la caisse nationale et dressé l'autodiagnostic correspondant contenant une analyse et présentant un plan d'action local. Ces derniers présentent un caractère profondément transversal car les différents constats d'écarts peuvent donner lieu à des initiatives multiples, à la fois en termes d'organisation interne ou externe, de supervision ou de contrôle.

A titre d'illustrations, les plans d'action contenus dans les auto-diagnostics évoquent des pistes diverses :

- dans le document établi par la CAF du Var, il est indiqué qu'un rappel a été diffusé à l'ensemble des techniciens par le pilote de processus sur les règles de complétude des demandes AEEH ainsi que sur les règles de saisie du code placement et du code de prise en charge pour les enfants externes ;
- l'autodiagnostic établi par la CAF de l'Orne précise que la caisse entend corriger certains écarts par des actions de formation interne ;
- la CAF de Paris liste parmi les actions correctrices à mettre en place des actions ponctuelles et ciblées de vérification, la nécessité de former de nouveaux agents et évoque également des travaux engagés avec la MDPH sur les notifications de décisions d'AEEH, notamment afin que celles-ci reproduisent des motifs d'attribution des compléments plus clairs.

Au moment du déploiement des audits sur site, seule la CAF du Nord n'avait pas encore finalisé son auto-diagnostic.

Parmi les 10 bonnes pratiques recensées par la caisse nationale, deux présentaient en 2015 un caractère obligatoire (bonnes pratiques 1.1.1.3 et 1.1.2.2) et les sept autres un caractère facultatif. Ces dernières n'en comportent pas moins un effet incitatif important pour les organismes concernés, d'autant que la méthodologie est fondée sur une certaine progressivité.

En effet, le périmètre et la caractérisation des bonnes pratiques sont amenés à évoluer au cours des prochaines années. En ce sens, les bonnes pratiques facultatives en 2015 sont susceptibles d'acquiescer ultérieurement un caractère obligatoire.

A ce stade, il est important de préciser que les auto-diagnostics et les plans d'action correspondant ne portent principalement que sur les bonnes pratiques obligatoires.

En tout état de cause, l'introduction d'un tel cadre de référence doit permettre de dresser un état des lieux relativement complet des pratiques observées au sein des CAF et de leurs éventuelles disparités. Pour l'heure, la CNAF n'a pas encore livré l'analyse globale du déploiement ainsi opéré en 2015 mais il ne fait pas de doute que les résultats qui seront présentés seront révélateurs sur une prestation d'AEEH qui demeure assez largement méconnue.

A terme, la « démarche processus » constitue un puissant vecteur de convergence et d'amélioration des pratiques observées au sein des CAF.

Au-delà des modalités de traitement internes, ces initiatives sont également susceptibles (comme le mentionne le plan d'action établi par la CAF de Paris) d'avoir soulevé le besoin d'une meilleure concertation avec les MDPH sur la nature et le périmètre des informations communiquées.

1.3.2 Les modalités de transmission et la faiblesse des échanges entre MDPH et ODPF créent des risques en termes de paiement à bon droit ainsi qu'en termes d'efficience au service des familles

En l'absence de modèle national de convention de fonctionnement, les relations partenariales mises en place avec les MDPH se sont nouées de manière empirique et variable.

Si les CAF n'ont qu'un seul interlocuteur MDPH, il est utile de préciser que les MSA reçoivent des notifications émanant de plusieurs MDPH en fonction de leur périmètre territorial de compétence. Ainsi, sur les deux MSA auditées, la MSA Alpes-Vaucluse est en relation avec trois MDPH correspondant aux trois départements administratifs compris dans son ressort territorial tandis que celui de la MSA Nord-Pas-de-Calais correspond à deux départements et donc à deux MDPH. Les caisses de MSA sont ainsi susceptibles de constater des différences d'approche ou de méthode entre MDPH.

Les audits menés sur site ont permis de constater que la grande majorité des caisses du panel n'ont pas de cadre formalisé ni même parfois de lieu et de moment d'échanges périodiques avec la ou leurs MDPH de rattachement. Néanmoins, des correspondants ou référents de la MDPH, officiellement ou non désignés, sont dans tous les cas bien identifiés.

Dans les deux MSA composant le panel, des référents sont ainsi identifiés mais leurs liens avec les MDPH se limitent à des échanges ponctuels et informels (mails, téléphone) sur la gestion de dossiers problématiques.

A la CAF du Var, les relations ne sont pas non plus formalisées mais donnent lieu à des réunions semestrielles, portant principalement sur la gestion de dossiers, avec établissement d'un compte rendu.

La CAF et la MDPH du Nord disposent d'une boîte aux lettres électronique (BAL) spécifique par laquelle l'ensemble des échanges s'effectuent entre les référents des deux structures. Cette caisse dispose de 4 référents techniques permanents qui sont chargés de faire le lien entre les techniciens de la caisse et les correspondants de la MDPH sur les thèmes de l'AAH et de l'AEEH.

A la CAF de Haute-Garonne, le service expert « handicap » est l'interlocuteur unique des partenaires de la CAF sur ce thème, dont la MDPH. Cette spécialisation permet un traitement prioritaire et un suivi attentif des dossiers et garantit dans une certaine mesure le risque d'indu.

A la CAF de Saône-et-Loire, il a été décidé en 2015 de dupliquer pour le secteur enfants, le dispositif de réunions existant pour le secteur adultes. Cette initiative a été prise au moment du déploiement du référentiel national CNAF relatif à l'AEEH (cf. partie 2). Aussi, des réunions régulières portant sur l'organisation générale, l'actualité et des points d'amélioration, sont organisées sur un rythme trimestriel voire bimestriel et formalisées par la rédaction d'un compte-rendu commun.

Seule la CAF de Paris a passé avec sa MDPH de rattachement une véritable convention de fonctionnement. Par ce biais, a été mise en place une organisation atypique impliquant la présence d'un personnel de la CAF au sein même des locaux de la MDPH. Les agents ne sont pas spécialisés mais opèrent dans cette structure par roulements et sur la base du volontariat.

Cette organisation garantit globalement un traitement efficace de la prestation, de la réception de la décision de la CDAPH à la notification de l'allocation au bénéficiaire et à son paiement. Elle évite les pertes de documents et fluidifie les échanges d'informations et les vérifications sur les documents d'origine, notamment pour ce qui est du respect des règles de non cumul. Toutefois, cette convention aujourd'hui expirée, n'a pas encore été renouvelée.

Il a été souligné que la fiabilité de l'exécution financière réalisée par la caisse est très largement tributaire de la qualité et de l'exhaustivité des informations transmises. En ce sens, la qualité de la prestation soumise aux allocataires dépend plus largement de la bonne relation entre les deux entités concernées par le processus et de la mise en place d'un dialogue constructif en vue de l'identification de marges de progression communes.

2 MALGRE CERTAINES EVOLUTIONS RECENTES, LES ACTIONS DE CONTROLE DEPLOYEES PAR LES ODPF NE CIBLENT ACTUELLEMENT QU'A LA MARGE LES RISQUES SPECIFIQUES LIES A L'AEEH

Sur le champ du contrôle, l'AEEH n'est pas perçue comme une prestation prioritaire du fait d'enjeux financiers globaux modestes, d'un nombre de bénéficiaires relativement réduit et d'un risque qualifié de raisonnable. Il n'en reste pas moins que les dossiers d'AEEH sont contrôlés, au même titre que l'ensemble des prestations familiales, mais pas nécessairement sur ses risques spécifiques (2.1).

Néanmoins, la mise en place en 2015 d'un référentiel national relatif à l'AEEH, a été l'occasion pour les caisses du régime général de mieux connaître une prestation pour laquelle elles n'avaient pas nécessairement identifié de risques particuliers au préalable et de mettre en place certains contrôles ciblés (2.2).

De manière plus large et malgré leur caractère encore récent, ces évolutions commencent à permettre au réseau de la branche famille du régime général d'analyser plus précisément les modalités de gestion de la prestation et d'en tirer les conséquences idoines.

Enfin, la mise en place de ce référentiel a également eu pour effet d'introduire certaines initiatives en termes de contrôle d'effectivité alors que celui-ci était quasiment inexistant jusqu'alors (2.3).

2.1 Le faible enjeu financier de l'AEEH au regard de l'ensemble des prestations gérées par les ODPF ne les pousse pas à exercer un contrôle ciblé

Les cartographies des risques des caisses de sécurité sociale¹⁶⁸ n'identifient pas de risques spécifiques sur l'AEEH car les enjeux financiers apparaissent modestes au regard de l'ensemble des prestations légales versées par ces organismes (environ de 0,5 % à 2 % suivant les organismes). Il en découle des conséquences assez comparables tant en ce qui concerne les actions de contrôle interne (2.1.1) que celles de contrôle externe (2.1.2) déployées par les ODPF.

De fait, les plans de contrôle ordonnateurs et comptables des ODPF, qui déclinent le plan de contrôle interne, ne ciblent pas la prestation AEEH en elle-même mais celle-ci peut être contrôlée indirectement par la vérification de certains faits générateurs susceptibles d'impacter le droit comme par exemple, la situation familiale, la notion de charge d'enfants ou la situation professionnelle des parents...

Le contrôle métier (contrôle interne), déclenché principalement en avant paiement, a pour objectif de vérifier l'activité des techniciens conseil dans l'exercice de leurs pratiques professionnelles par rapport à la réglementation et aux informations traitées dans les dossiers allocataires. Ainsi, le contrôle métier ne vise pas une prestation en particulier mais des cibles dont certaines ont un niveau de sélection élevé compte tenu de taux d'erreurs et d'incidences financières importants relevés les années précédentes.

¹⁶⁸ Ce document obligatoire est établi conjointement par le directeur et l'agent comptable des caisses en vertu de l'article D.114-4-7 du code de la sécurité sociale.

Certaines de ces cibles peuvent indirectement impacter des dossiers d'AEEH puisqu'elles sont vérifiées de manière obligatoire et exhaustive (par exemple, celles concernant les indus et rappels de gros montants, supérieurs à 5 ou 10 BMAF¹⁶⁹).

D'autres cibles, activées de façon sélective, peuvent concerner à titre incident des dossiers d'AEEH car elles ont trait au handicap, aux situations familiales, à la notion de charge effective d'enfants ou aux situations professionnelles.

Au régime agricole, le contrôle interne porte sur 22 processus métier socles et se décline en 142 actions de contrôle interne (ACI). Cependant, aucune de ces ACI n'est spécifique à l'AEEH.

Le contrôle des données entrantes (contrôle externe) mis en œuvre par les services ordonnateurs et comptables vise quant à lui à maîtriser le risque externe de déclarations erronées en provenance des allocataires et des tiers ; ce type de contrôle ne vise pas une prestation en particulier mais des situations ou faits générateurs et s'exerce au moyen de contrôles sur pièces ou sur place ou de contrôles datamining.

L'AEEH peut être, tout comme les autres prestations légales, indirectement impactée par des faits générateurs qui ne lui sont pas spécifiques à l'occasion de ces différents types de vérifications à l'exception du contrôle datamining. En effet, concernant ce dernier mode de sélection, l'AEEH ne fait pas partie des prestations scorées par les caisses nationales car elle n'est pas considérée comme une prestation à risque.

Le plan de contrôle externe national du régime agricole (qui vise à contrôler les données fournies par les bénéficiaires) comprend des contrôles obligatoires et optionnels. Le champ du handicap fait l'objet de contrôles optionnels pouvant porter soit sur l'allocation adulte handicapé (AAH), soit sur l'AEEH. Or, les caisses auditées ont fait le choix de ne pas la retenir au profit de celle portant sur l'AAH qui présente des enjeux plus importants sur le plan financier. La mission n'est donc pas en mesure d'en évaluer ses modalités de mise en œuvre ou ses résultats.

2.2 Le régime général a néanmoins mis en place certaines cibles spécifiques et déployé un processus national ayant eu pour effet d'encourager des initiatives locales en termes de contrôle de l'AEEH

Comme indiqué précédemment, la branche famille du régime général s'est engagée dans une démarche de formalisation d'un processus national portant sur l'AEEH qui repose notamment sur le recensement de 10 bonnes pratiques.

Cette démarche implique ainsi la réalisation d'un « auto-diagnostic », c'est-à-dire d'une évaluation de la mise en œuvre de ces bonnes pratiques et d'un référentiel déterminé. Cette évaluation (appelée « évaluation de la cible qualité ») vise, d'une part, à vérifier l'adéquation des activités et des tâches et leurs enchainements tels que pratiqués au regard de la description nationale du processus et, d'autre part, à partager les risques identifiés par le niveau national et s'assurer que les bonnes pratiques obligatoires (BPO) soient bien mises en place pour maîtriser ces risques.

Si cette démarche de processus ne concerne pas de manière exclusive le champ du contrôle, certains outils de contrôle interne et externe ont été mis à contribution pour la réalisation des auto-diagnostics tels que conçus par la caisse nationale.

¹⁶⁹ BMAF : base mensuelle des allocations familiales.

Le déploiement du processus a également produit, en ce qui concerne le traitement de l'AEEH, un effet vertueux en impulsant au niveau local un certain nombre de démarches et d'initiatives de contrôle sur la prestation d'AEEH au niveau de l'établissement des plans d'actions locaux.

Certains types de contrôles existaient déjà avant 2015 mais ont été repris et généralisés avec la mise en œuvre du référentiel. Surtout, ils ont été complétés par d'autres dispositifs et l'instauration des bonnes pratiques évoquées précédemment.

L'existence de certains contrôles ciblés antérieurs au déploiement du référentiel / processus AEEH :

Dès avant la mise en place du référentiel national, les services de vérification comptable des CAF procédaient à des contrôles ciblés, en aléatoire, notamment via deux faits générateurs spécifiques à l'AEEH :

- le fait générateur DECCDE qui permet d'enregistrer, de modifier ou de supprimer les éléments de décision CDAPH ou ajouter une nouvelle décision concernant l'AEEH ou la PCH, ainsi que d'enregistrer une date de procédure d'urgence mise en place par le Conseil départemental.
- le fait générateur RETFOYAES qui permet d'enregistrer ou de modifier mois par mois le nombre de jour de retour au foyer.

Ces dossiers sont d'une part, soumis à un contrôle de cohérence des éléments contenus dans la demande *cerfa* d'AEEH et dans la notification de la décision CDAPH et d'autre part, à un contrôle de la situation de placement de l'enfant pour les cas de retour au foyer.

Tableau 1 : Résultats nationaux des cibles de vérification AEEH

Contrôles avant paiement										
	2014					2015				
	Volume de FG	Volume de vérification	% de vérification	Volume de rejets	% de rejets	Volume de FG	Volume de vérification	% de vérification	Volume de rejets	% de rejets
DECCDE	212 491	34 624	16,3 %	2 201	6,4 %	225 828	41 132	18,2 %	3 914	9,5 %
RETFOYAES	35 814	6 537	18,3 %	372	5,7 %	36 685	6 452	17,6 %	467	7,2 %

Source : Agence Comptable CNAF

Les pourcentages de vérification de ces deux faits générateurs avoisinent seulement 20 % du champ de vérification global sur les deux années considérées ; les taux de rejet progressent en 2015 respectivement de 3,1 points sur le fait générateur concernant la saisie de la demande et de 1,5 point sur le fait générateur relatif à la situation de placement de l'enfant.

C'est sur le fait générateur DECCDE que se concentrent le plus d'erreurs ; si le taux moyen national de rejets n'est que de 6,4 % en 2014, il peut atteindre des niveaux plus conséquents dans certains organismes ; ainsi, en 2014, un ciblage de ce fait générateur AEEH avait révélé un pourcentage d'erreur de 15 % à la CAF de Haute-Garonne.

Le déploiement du référentiel / processus AEEH et les premiers enseignements observés en termes de marges d'amélioration de la qualité d'instruction et de contrôle de la prestation :

Dans le cadre de l'évaluation de la « démarche processus » les services de l'Agence comptable nationale ont demandé à chaque caisse de sélectionner un échantillon de dossiers d'AEEH et de procéder à des vérifications de contrôle interne, à partir des requêtes portant sur les faits générateurs préexistants. La réalisation de ces tests a permis de s'apercevoir que la liquidation de cette prestation présente des faiblesses et des taux d'erreurs non négligeables.

En effet, certains résultats, dont ceux issus du tableau reproduit ci-dessous, ont déjà été compilés et portés à la connaissance de la mission par la CNAF. Ils recensent des vérifications de contrôle interne effectuées sur des faits générateurs impactant l'AEEH selon une grille et une méthodologie différente des contrôles évoqués sur le tableau n°1. Le périmètre des vérifications retenu est notamment plus large que celui retenu pour le contrôle avant paiement. Les motifs d'anomalie en outre sont détaillés en fonction d'une certaine typologie.

Tableau 2 : Résultats détaillés de la cible qualité 433-1 par fait générateur AEEH (contrôles après paiement)

Faits générateurs	Nombre de faits générateurs vérifiés	R01x - Erreur de législation	R02x - Erreur de codification	R03x - Justificatif absent	R04x - Saisie erronée	R07x - Saisie omise	R08x - Non respect des procédures	R09x - Mauvais usage du référentiel	R10x - Justificatif non conforme	R20x - Application des bonnes pratiques non conforme	Nombre de faits générateurs rejetés	Taux anomalies	Taux anomalies avec impact financier
DECCDE (1)	11 062	149	779	122	941	110	13	14	839	1 521	4 488	40,1 %	4,2 %
RETFOYAES (2)	897	1			19	5			14	3	42	4,7 %	2,6 %
SITENFAUT (3)	3844	2	199	52	114	617	6	5	3	8	1006	26,2 %	4,4 %
HOSPLA (4)	21	1		4		6				3	14	66,7 %	19 %
Cumul	15 824	153	978	178	1074	1812	19	19	856	1535	7082		

Source : Synthèse des résultats de la cible qualité Prestations d'entretien – année 2015 – CNAF

- (1) Ce fait générateur concerne le traitement de la demande AEEH
- (2) Ce fait générateur concerne le traitement du nombre de jours de retour au foyer de l'enfant
- (3) Ce fait générateur permet d'enregistrer la situation de l'enfant handicapé
- (4) Ce fait générateur permet d'enregistrer ou de modifier les éléments liés à une hospitalisation ou à un placement et au suivi du paiement du forfait journalier

A ce stade, il convient de préciser que la CNAF n'a pas encore livré son analyse globale de ces résultats, un tel document devant certainement paraître en septembre 2016. Dès lors, ces éléments chiffrés doivent être analysés avec prudence, certains éléments techniques explicatifs pouvant ne pas être pris en compte par la mission. Cette réserve se justifie d'autant plus qu'il s'agira alors du premier exercice d'évaluation de ce processus.

Cependant, il est d'ores et déjà possible de relever que les résultats nationaux reproduits ci-dessus démontrent que les caisses ont des difficultés dans la saisie des notifications des décisions CDAPH (fait générateur DECCDE) avec un taux d'anomalies moyen national de 40 % même s'il est important de souligner que le taux d'anomalie ayant un impact financier reste limité à seulement 4,2 %.

Les principaux motifs d'erreurs concernent principalement le non respect des bonnes pratiques, des erreurs de saisies, des justificatifs non conformes ou des codifications erronées.

Les organismes analysent globalement ces résultats comme la conséquence d'une liquidation peu fréquente de cette prestation par les techniciens.

Concernant le fait générateur relatif à la situation de l'enfant, les résultats indiquent un taux d'anomalies moyen national de 26,2 % dont 4,4 % avec impact financier. Les erreurs les plus fréquentes sur cet item sont l'omission de saisie de la situation de l'enfant, des erreurs de codification et des saisies erronées.

A titre d'illustration, l'auto-diagnostic réalisé par la CAF de Paris mentionne que les erreurs les plus courantes sont les demandes d'AEEH incomplètes au niveau des informations obligatoires transmises par la MDPH, un « code origine » du complément (E ou F) erroné, la saisie d'une date de fin de période d'octroi de la prestation erronée vis-à-vis de celle indiquée sur l'accord rendu par la CDAPH.

L'auto-diagnostic réalisé par la CAF de Haute-Garonne fait part de sources d'erreurs assez dispersées et évoque des erreurs de saisie portant sur le taux d'incapacité, des demandes qui s'avèrent en réalité incomplètes, une absence de saisie de la date de la séance de la CDAPH, des erreurs de saisie du code AEEH.

La CAF de Saône-et-Loire indique sur son document que beaucoup d'erreurs de pré-liquidation sont constatées : des placements d'enfants non pris en compte, des informations manquantes sur la demande d'AEEH et non coproduites auprès de l'allocataire ou encore des pages manquantes sur la numérisation de la demande d'AEEH.

Comme indiqué précédemment (*cf.* partie 1.3.1), les différents constats réalisés au sein des organismes ont donné lieu à la mise en place de plans d'actions susceptibles d'intervenir sur différents plans (formation des personnels, renforcement des supervisions, modalités d'échanges d'informations avec les MDPH ...).

Sur le champ du contrôle, la prise en compte de ces évaluations ont également pu impulser des initiatives. Ainsi, certaines caisses ont commencé à mettre en place des contrôles ciblés sur le volet instruction de cette prestation, outre les rappels de consignes de vérification à effectuer auprès des techniciens conseils. Ainsi les CAF de Paris et de Haute-Garonne ont respectivement décidé de diligenter des contrôles exhaustifs sur la prestation AEEH à certains moments de l'année.

Ainsi et dans l'attente d'une analyse plus fine quant aux résultats de cette première année de mise en œuvre du référentiel, il est d'ores et déjà possible de constater que ces travaux ont entraîné une prise de conscience des acteurs locaux quant à certains risques spécifiques à l'AEEH ainsi que des initiatives locales visant à rectifier les anomalies constatées.

Ces démarches ont également eu pour effet d'initier certaines pratiques, jusqu'alors quasi inexistantes, en termes de contrôle d'effectivité.

2.3 Un contrôle d'effectivité encore embryonnaire

Cette question étant déjà abordée assez largement dans le corps du rapport, la présente partie se limitera à établir un point général de situation (2.3.1), avant d'explicitier plus en avant les avancées contenues par la démarche de déploiement du référentiel AEEH et les freins qui entravent la généralisation de tels contrôles (2.3.2).

Enfin, il conviendra d'examiner, via un focus particulier, la question des enfants placés en établissement et les perspectives de simplification susceptibles d'être apportées par les expérimentations ITEP (2.3.3).

2.3.1 Point général de situation

Les décisions rendues par les CDAPH retiennent l'attribution de compléments d'AEEH pour des destinations bien précises, notamment la diminution ou la cessation d'activité ou le recours à une tierce personne s'agissant des compléments les plus élevés. Or, le contrôle des données entrantes réalisé par les ODPF ne procèdent pas à des vérifications portant sur une utilisation des sommes allouées conformément à l'objet déterminé par la CDAPH.

Une fois la prestation mise en paiement, les caisses n'assurent pas un réel contrôle de l'effectivité des situations de l'enfant (internat et hospitalisation de longue durée) et du recours à une tierce personne (ou du taux d'activité des parents). En général, seule une nouvelle notification de la CDAPH ou une déclaration de la famille peuvent entraîner une révision de l'attribution de la prestation.

Dans certaines situations, les caisses peuvent stopper d'elles-mêmes le versement de la prestation. Ainsi, pour les enfants placés en internat, la production d'une attestation renseignée par l'établissement accueillant l'enfant est demandée aux familles chaque mois de septembre. En l'absence de réponse, le versement de l'AEEH est suspendu. En dehors de cette déclaration, les caisses n'ont pas de moyen de vérifier l'effectivité d'un placement.

De même, concernant les situations d'hospitalisation, elles ne disposent de l'information que lors de la formulation de la demande d'AEEH et sous réserve que celle-ci soit remplie par la famille. Ultérieurement, seule une déclaration volontaire de la famille de l'enfant permettra la mise à jour du dossier et éventuellement la suspension du versement de l'AEEH (si l'hospitalisation porte sur une durée de plus de deux mois consécutifs). L'information ne leur est pas transmise par les établissements de santé. Les caisses ne procèdent pas non plus à un croisement de données avec l'assurance maladie, y compris au régime agricole qui a pourtant l'avantage d'être un guichet unique pour ses adhérents.

Les ODPF devraient aussi s'assurer, pour les enfants de 16 ans et plus, que ceux-ci ne perçoivent pas une rémunération nette supérieure à 55 % du SMIC¹⁷⁰ : en réalité, ce point ne donne pas lieu à des contrôles systématiques et ciblés sur l'AEEH par croisement avec les fichiers de la DGFIP pour s'assurer d'une connaissance exhaustive des mineurs rémunérés.

Il en résulte un risque d'une utilisation détournée de l'allocation même si a priori il ne s'agit pas de la prestation la plus sujette à fraude.

¹⁷⁰ Article R.512-2 du CSS : 55 % du SMIC brut calculé sur la base de 169 heures (pour 39 heures).

2.3.2 Malgré son introduction via le référentiel national AEEH, la généralisation de tels contrôles se heurte actuellement à un certain nombre de freins

Comme indiqué dans le corps du rapport, le référentiel national du processus AEEH déployé en 2015 dans les CAF, préconise la mise en œuvre d'une bonne pratique non obligatoire visant à vérifier le recours à une tierce personne ou le taux d'activité du/des parents.

Cette bonne pratique étant facultative, les éléments de situation afférents ne ressortent pas nécessairement des différents auto-diagnostics réalisés par les CAF composant le panel des caisses auditées.

Néanmoins, il ressort des différents entretiens menés qu'aucun contrôle d'effectivité, portant sur le recours à une tierce personne ou le taux d'activité du/des parents, n'avait été mené jusqu'à présent sur 5 CAF sur les 6 ayant été auditées (CAF du Var, CAF de Haute-Garonne, CAF de l'Orne, CAF de Saône-et-Loire et CAF du Nord).

Seule la CAF de Paris indique avoir pu réaliser ce type de contrôle, de manière non systématique, à l'occasion de contrôles diligentés par d'autres biais. L'organisme n'était cependant pas en mesure d'identifier ou de quantifier ce type d'actions ou encore de préciser quels ont été les résultats et les suites de ces contrôles.

Dans l'attente de la compilation des résultats globaux par la CNAF, il apparaît donc légitime de supposer qu'une très grande majorité des CAF n'appliquait pas au moment du déploiement du référentiel national cette bonne pratique facultative.

Son inscription au sein du référentiel national a cependant pu conduire certaines caisses à impulser récemment certaines initiatives tendant à vérifier le recours à une tierce personne ou le taux d'activité du/des parents.

Ainsi, au vu de l'auto-diagnostic effectué et du constat de non application de la bonne pratique, la CAF de l'Orne a programmé en mars 2016 une reliquidation de plus d'un quart des dossiers en examinant pour la première fois de façon généralisée l'effectivité des dépenses (réduction d'activité professionnelle, recours à une tierce personne) au regard des compléments d'AEEH attribués.

Ainsi, 130 bénéficiaires de la prestation AEEH ont été ciblés par la caisse à partir des dossiers traités au premier trimestre 2016 (bénéficiaires de compléments 1 à 6) et ont été destinataires d'un courrier-type leur demandant de produire les pièces justificatives de leurs dépenses liées à l'AEEH¹⁷¹. Les techniciens ont ensuite contrôlé les pièces transmises dossier par dossier.

Les résultats du contrôle n'étaient pas encore stabilisés au moment de la mission sur site mais démontrent toutefois que les dépenses engagées par les familles sont pour une très large part justifiées et correspondent aux prestations délivrées.

En effet, selon les résultats provisoires, 83 % des dossiers étudiés ne présentaient pas d'incohérence et seuls 2 % des dossiers se sont vus appliquer une réduction du complément (complément inférieur suite à une incohérence). Néanmoins, 6 % des dossiers nécessitaient encore des informations complémentaires auprès des familles et 9 % avaient donné lieu à une suspension du complément suite à une absence de réponse au courrier de la CAF.

¹⁷¹ Le courrier-type transmis lors de la mission d'audit demande à l'allocataire une transmission de « toutes les pièces justifiant de l'attribution du complément (attestation employeur sur la réduction du temps de travail et/ou les factures de soins/matériels ou de l'Établissement...) ».

En ce qui concerne le régime agricole, aucun contrôle de ce type n'a été mené dans les deux caisses auditées.

Au sein du régime général, l'inscription de cette bonne pratique au sein du référentiel national pourrait augurer d'une appropriation progressive du thème par les CAF.

Néanmoins, il est possible de lister à ce stade, de manière non exhaustive, un certain nombre d'obstacles qui se heurtent actuellement à la généralisation de tels contrôles. Ceux-ci relèvent de différentes catégories de raisons :

- Raisons liées aux relations entretenues avec les MDPH :

Dans le cadre de l'instruction administrative et de la liquidation, les agents des ODPF n'ont pas nécessairement connaissance de la définition ni de l'exécution du «plan personnalisé de compensation». Il est en conséquence difficile, voire dans certains cas impossible, de vérifier que l'engagement des frais financés par l'allocation et ses compléments est conforme à la destination prévue.

Par ailleurs, les ODPF ne sont pas informés, lors du renouvellement de l'AEEH, des résultats de l'analyse menée par la CDAPH concernant l'exécution du PPC initial (contrôle indirect). De ce fait, aucune coopération n'est menée à cette fin entre la MDPH et les caisses en vue d'aboutir à une analyse commune de la bonne destination des fonds versés.

- Raisons liées à la réglementation applicable :

Les textes relatifs à l'AEEH n'évoquent pas les éventuelles modalités de contrôle de la prestation à l'exception du dernier alinéa de l'article R.541-4 du code de la sécurité sociale qui prévoit que « l'organisme débiteur des prestations familiales peut contrôler l'effectivité du recours à une tierce personne ».

Or, ce texte n'évoque qu'une simple faculté, sur un champ limité au seul recours à une tierce personne et sans préciser les modalités pratiques de mise en œuvre du contrôle. Dans ces conditions, il est possible de se demander si ce texte, portant sur un point de contrôle particulier, ne fragilise pas d'un point de vue juridique la faculté générale de contrôle des ODPF sur l'effectivité de l'utilisation des prestations allouées ou du moins n'entrave pas les éventuelles initiatives des ODPF sur d'autres champs de contrôle.

- Raisons liées à la perception des acteurs des ODPF de l'AEEH :

De manière générale, les entretiens menés au sein des ODPF ont mis en relief une prestation perçue davantage comme une allocation forfaitaire qu'à un versement destiné à une utilisation déterminée. Un parallèle avec l'AAH est notamment souvent réalisé, tendant ainsi à faire entrer l'AEEH dans la catégorie des prestations relevant des minimas sociaux. Une telle perception est due à la nature hybride de l'AEEH qui constitue une allocation modulable mais forfaitaire mais versée dans une logique de compensation.

Les interlocuteurs rencontrés ont également fait part du caractère sensible qui s'attache aux contrôles, notamment ceux effectués sur place, diligentés auprès de familles déjà durement éprouvées par la situation de handicap de leur enfant.

A noter que le rapport de synthèse formule des recommandations visant d'une part, à mieux cibler les situations générant les dépenses les plus significative et d'autre part, à faciliter les contrôles par en créant des interfaces numériques entre les acteurs institutionnels et les familles.

2.3.3 Focus sur le contrôle de l'information relative à la situation d'internat et le déploiement des expérimentations ITEP

Il a été observé dans l'ensemble des caisses auditées que le placement en internat ne fait pas l'objet d'un signalement spontané par les établissements médico-sociaux. Dès lors, cette information repose exclusivement sur les familles qui doivent demander aux établissements la production de certificats à échéance annuelle ou mensuelle (cf. partie 1.2.1), ce qui peut générer une certaine lourdeur administrative.

Si la notification de la décision de la CDAPH contient l'information relative à un paiement « retour au foyer », la famille est placée dans l'obligation de fournir ces attestations pour obtenir les paiements de la prestation. En revanche, en cas de changement de situation et de placement en internat au cours d'une période d'attribution, un risque d'omission, volontaire ou non, s'avère bien réel¹⁷².

Les caisses de MSA constituant un guichet unique pour leurs ressortissants, l'information serait sans doute disponible au titre de la branche maladie gérée par le régime. Toutefois, dans les deux caisses MSA auditées, il n'existe pas de contrôles croisés entre la concordance des jours déclarés et les éléments dont peut disposer le service de la caisse en charge de l'assurance maladie.

A propos de la gestion des placements en internat, le dispositif ITEP (Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques) déjà amorcé pour 2013-2014 a été prolongé pour la période septembre 2014-décembre 2017, pour six régions administratives. Le volet AEEH de ce dispositif a pour but une gestion facilitée des variations dans le nombre de jours passés en internat ne donnant pas lieu à versement d'AEEH.

Le principe est en effet que les partenaires intervenant dans l'éducation de l'enfant et inscrits en ITEP puissent gérer eux-mêmes les variations de durée de séjours de l'enfant entre différents établissements, avec retour intermédiaires éventuellement au foyer, et adresser à cet effet une fiche de liaison à l'ODPF, indiquant les jours passés par établissement, sans avoir à obtenir une nouvelle notification de la CDAPH pour chaque nouvelle situation.

De telles pistes constituent très certainement une manière pertinente d'alléger le processus de gestion et les contraintes administratives des familles.

Dans le panel de caisses auditées, ce dispositif concernait 4 organismes pour 3 régions administratives : la CAF de Paris (région île de France), la CAF de l'Orne (région Normandie), la CAF du Nord et la MSA Nord-Pas-de-Calais (ancienne région administrative Nord-Pas-de-Calais).

En ce qui concerne la CAF de Paris, celle-ci avait signé la convention se rapportant au dispositif mais au moment de l'audit, elle restait encore dans l'attente de la signature des autres parties prenantes de la région (ARS, MDPH, rectorats, CPAM, Caf et départements).

S'agissant de la CAF du Nord, la convention a été signée en mai 2016. La MSA Nord-Pas-de-Calais est également signataire de ce document. Lors de l'audit, la caisse n'avait cependant pas encore été concernée pour la mise en œuvre de ce dispositif au titre de l'un de ses ressortissants.

Par ailleurs, le département de Saône-et-Loire n'est pas inscrit dans l'expérimentation mais une expérimentation est menée localement à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne Franche Comté, sur un « dispositif ITEP » depuis la rentrée scolaire 2015. Toutefois, lors de la mission sur site, la CAF de Saône et Loire a indiqué ne pas avoir connaissance de la mise en place de ce dispositif qui impacte pourtant le versement de l'allocation.

¹⁷² Cf Rapport MNC réalisé à la MSA Alpes-Vaucluse avec une situation détectée par les auditeurs – cf. paragraphes 171.

Pour ce qui concerne la CAF de l'Orne, la Normandie expérimente le dispositif ITEP et la caisse a signé la convention multipartite régionale avec l'ARS. Une fiche de liaison validée par la CNSA et diffusée par l'ARS a été adoptée. La caisse s'était investie dans le groupe de travail préparatoire à l'expérimentation.

Néanmoins, à ce jour, un seul dossier d'AEEH avec une orientation en mode ITEP a été traité par la CAF en 2014 et compte tenu de ce faible volume, aucun bilan n'a été réalisé au niveau de l'organisme.

Il convient en effet de préciser que tous les enfants inscrits dans le dispositif ITEP ne sont pas forcément bénéficiaires d'une AEEH ; la MDPH peut orienter un enfant vers le dispositif ITEP par rapport à ses besoins de scolarisation (par exemple, un enfant souffrant de troubles du comportement) même s'il a un taux d'incapacité inférieur à 50 %.

Compte tenu du caractère récent du dispositif ITEP et des différents éléments avancés, il apparaît qu'aucune analyse n'a pu aboutir sur sa mise en œuvre actuelle au niveau des organismes audités par la mission et ses éventuels impacts en termes de gestion administrative.

3. LA GESTION DE LA PRESTATION DANS LE TEMPS EST ORIENTEE VERS LA PREVENTION DES RISQUES DE RUPTURE DE DROITS

La gestion de la prestation d'AEEH dans le temps est rendue complexe du fait de l'évolutivité inhérente à la situation de handicap de l'enfant. Dans ces conditions, la nécessité d'assurer d'une part, un versement à bon droit de la prestation, et de limiter d'autre part, toute situation de rupture de droits, constituent les enjeux essentiels pour les organismes en charge du versement de la prestation.

De ce point de vue, les différents audits menés sur site font état d'une situation relativement maîtrisée en ce qui concerne la gestion des fins de droits (3.1). En revanche, la gestion des changements en cours de périodes d'attribution de droits est plus complexe à appréhender (3.2).

Les modalités d'instruction de la prestation et son évolutivité dans le temps présentent un risque financier par la génération de situations d'indus ou la nécessité de procéder à des rappels de versement (3.3).

3.1 La gestion des fins de droits ne pose pas de difficultés particulières aux ODPF

La continuité des droits est généralement couverte par les caisses qui informent les allocataires à tous les moments de la « vie du dossier » de la nécessité de solliciter la MDPH pour percevoir les prestations, que ce soit dans le cadre d'un renouvellement de période d'octroi de la prestation ou lors du passage à l'âge de 20 ans avec une éventuelle demande de l'AAH.

La continuité des droits en cas de renouvellement :

De façon à ce que l'allocataire saisisse à temps la CDAPH pour une demande de renouvellement, les organismes du régime général comme ceux du régime agricole, adressent six mois avant l'échéance un courrier à édition automatisée à l'allocataire pour lui rappeler le terme de ses droits. Une telle pratique est de nature à amener l'allocataire à saisir la MDPH d'une nouvelle demande et donc à anticiper d'éventuelles difficultés de gestion.

La continuité des droits lors du passage de l'AEEH à l'AAH :

Lorsque les familles ne peuvent plus bénéficier de l'AEEH en raison du critère d'âge, se pose la question de la transition vers d'autres types d'aides, parmi lesquelles l'AAH¹⁷³ ou la PCH adulte¹⁷⁴, étant précisé que le passage à l'une ou l'autre de ces prestations n'est pas systématique.

De la même manière que pour le renouvellement, les ODPF adressent six mois avant la date d'anniversaire des 20 ans, un courrier type pour rappeler au bénéficiaire la fin de l'AEEH et la possibilité de solliciter une nouvelle période de droits à l'AAH auprès de la MDPH. En l'absence de notification d'AAH reçue par la caisse, le versement de l'AEEH cesse automatiquement le mois précédant les 20 ans.

Au sein du rapport principal, la mission a formulé une recommandation visant à anticiper de manière plus systématique la phase de sortie de l'AEEH et la transition vers d'autres formes d'aides. Néanmoins, cette piste de travail concerne principalement l'action d'accompagnement déployée par la MDPH et impacte peu les ODPF.

Même si ces cas ont été très faiblement évoqués lors des entretiens au sein des ODPF, l'attention de la mission a été attirée sur l'existence de deux cas de rupture de droit spécifiques dus essentiellement à une faible articulation des dispositifs de prise en charge :

- 1^{er} cas : le jeune, placé en internat jusqu'à ses 20 ans, aura dû financer ses frais d'hébergement à partir de l'âge de 19 ans (car la CPAM cesse sa prise en charge à partir de cet âge) hors période de retour au foyer pour lesquelles il perçoit l'AEEH ;
- 2^{ème} cas : le jeune en attente d'une place dans un établissement spécialisé pour adulte peut exceptionnellement être autorisé à rester dans son internat jusqu'à l'âge de 25 ans (amendement Creton) ; en ce cas, il ne perçoit également que l'AEEH retour au foyer pour les week-ends et vacances, et ce jusqu'à 20 ans, et doit financer son hébergement car la CPAM a cessé sa prise en charge dès ses 19 ans.

Au-delà de ces deux situations, il apparaît que le renouvellement des droits et la prise en compte des fins de droits avec un « passage de relais » éventuellement vers l'AAH comportent un risque relativement bien maîtrisé par les ODPF grâce aux rappels automatiques adressés aux familles et intégrés au systèmes informatiques.

Si une difficulté est malgré tout observée, soit du fait d'une négligence de la famille, soit du fait d'un délai de traitement très important au niveau de la MDPH, des contacts se nouent généralement en amont entre les correspondants de la MDPH et ceux de l'ODPF afin d'assurer, dans la limite du possible, une continuité des droits. De tels contacts sont plus fréquemment noués, selon des cadres et des schémas variables, pour le suivi des changements en cours de période d'attribution.

3.2 La gestion des changements en cours de périodes d'attribution de droits est plus complexe à appréhender pour les ODPF

L'AEEH et son éventuel complément sont accordés pour une durée pouvant aller de un à cinq ans. Le versement prend effet à compter du premier jour du mois suivant la date d'enregistrement de la demande par la MDPH ou par l'ODPF en cas de dossier mal dirigé.

¹⁷³ L'AAH peut se demander à partir de 20 ans ou dès 16 ans si la personne n'est plus à la charge de ses parents pour le bénéfice des prestations familiales. Pour l'obtenir, il faut un taux d'invalidité supérieur à 80 % ou alors, compris entre 50 et 79 % avec une reconnaissance de restriction substantielle et durable d'accès à un emploi (difficultés importantes d'au moins 1 an d'accès à l'emploi ne pouvant être compensées par des mesures d'aménagement de poste de travail) mettre un point

¹⁷⁴ La PCH adulte peut se demander à partir de 18 ans ou dès 16 ans si la personne n'est plus à la charge idem

Néanmoins, des éléments nouveaux et notamment l'aggravation de l'état de l'enfant peuvent amener la famille à saisir à nouveau la CDAPH avant le terme fixé dans la notification d'ouverture de droits. D'autres événements peuvent également survenir durant cette période d'ouverture de droits (placement en internat, hospitalisation supérieure à 2 mois ...) et aboutir à une modulation des montants accordés ou à une suspension de la prestation.

Deux hypothèses peuvent être distinguées :

- Celle de la révision des compléments d'AEEH initialement octroyés, ouvrant ainsi de nouveaux droits à l'AEEH sur une nouvelle période ;
- Celle de l'exercice d'un droit d'option en faveur de la PCH ayant pour effet de maintenir le versement de l'AEEH de base mais de ne plus retenir de complément d'AEEH pour la nouvelle période considérée (sauf s'il s'agit du seul élément 3 de la PCH).

La continuité des droits en cas de révision du complément d'AEEH :

La demande de révision à la hausse du complément d'AEEH intervient en principe sur demande de la famille pour faire face à un changement de situation de l'enfant au plan médico-social. Dans la mesure où cette demande n'est pas prévisible, les ODPF ne peuvent généralement pas intervenir en amont.

Lorsque le technicien de la CAF reçoit de la MDPH une notification de décision CDAPH rectificative, il procède éventuellement à une vérification de la nouvelle situation ayant entraîné la révision par rapport à la situation antérieure et s'il n'y a pas d'incohérence, il traite la révision en appliquant la nouvelle décision rendue par la CDAPH. L'ajustement se fait en général à la hausse et génère alors un rappel d'allocation au bénéfice de l'allocataire à compter du mois suivant celui du dépôt de la demande de révision.

Dans le cas inverse, la prise en compte d'une situation d'amélioration de la situation médico-sociale de l'enfant n'est a priori que rarement prise en compte car elle ne saurait reposer que sur la formulation spontanée d'une nouvelle demande de la part de la famille tendant à une baisse des compléments liés à l'allocation. Un tel cas de figure n'est sans doute que rarement observé du fait d'une démarche allant à l'encontre de l'intérêt financier des familles mais également en raison d'une perception toujours difficile et subjective de la charge liée au handicap de l'enfant.

Néanmoins, lorsqu'une telle situation est observée, elle peut donner lieu à l'émission d'indus liés au trop perçu durant la période comprise entre le mois suivant la date à laquelle la demande a été formulée et la liquidation de la prestation.

La continuité des droits lors d'une révision accompagnée de l'exercice du droit d'option :

Ce cas de figure est le plus complexe à appréhender par les ODPF en raison d'un octroi, d'une gestion et d'un versement de la PCH qui leur sont extérieurs. La situation comporte des risques en termes de création d'indus compte tenu du décalage dans le temps entre l'ouverture des droits et la liquidation des prestations. Elle est également susceptible de mettre les familles en difficulté, lors du passage d'un complément de l'AEEH à la PCH.

Les audits menés sur site font état d'une prise en compte de ces risques très variable et empirique en fonction des ODPF, de leur organisation interne mais aussi en fonction des liens noués avec les MDPH et les Conseils départementaux.

Il convient ici de préciser que les modalités de gestion de la PCH sont elles-mêmes susceptibles d'être très différentes d'un département à l'autre, les MDPH assurant dans certains cas une large part du travail d'instruction voire de contrôle tandis que dans d'autres cas, ces opérations sont entièrement confiées aux services du Conseil départemental.

Aussi, des modes d'organisation reposant sur un lien plus ou moins étroit avec ces partenaires ont pu voir le jour.

Dans le département de la Haute-Garonne, si l'allocataire choisit de percevoir la PCH à la place d'un complément d'AEEH, la gestion de la révision par le technicien est facilitée par l'organisation centralisée du suivi de la PCH au sein de la caisse par deux experts du pôle handicap. Ces derniers sont destinataires de l'ensemble des décisions PCH avec un classement spécifique de celles concernant le droit d'option via un système de pochettes transmises par navette depuis la MDPH. A noter que les demandes de compléments d'informations sont effectuées par ces experts auprès de la MDPH via une fiche de liaison formalisée.

Une telle organisation paraît pertinente et de nature à limiter les risques du cumul (et donc d'indus) et les situations de rupture de droits.

Dans le Var, il a été décidé que le gestionnaire du Conseil départemental informerait de manière systématique la CAF par courriel en cas d'une notification de PCH, notamment en vue d'une vérification par rapport au droit à l'AEEH et à ses compléments. Ce système d'alerte permet d'anticiper d'éventuelles difficultés mais permet également de vérifier le respect des situations de non cumul.

En effet, une situation de cumul non détectée initialement serait susceptible de générer des indus bien plus importants que ceux liés à la seule application rétroactive du droit à la PCH au moment de sa liquidation et de la suppression, via la génération d'indus, des compléments d'AEEH sur cette même période.

Dans certains départements, il a été indiqué à la mission d'audit qu'en accord avec les ODPF concernés, la MDPH limite le risque d'indus en veillant à ne pas attribuer de PCH à titre rétroactif. Si elle présente l'avantage de ne pas créer d'indus, une telle solution est néanmoins en contradiction avec les textes applicables¹⁷⁵ et implique en ce sens un risque juridique d'autant plus important qu'elle est susceptible d'entraîner un préjudice financier pour les familles. En outre, une telle option emporte un transfert de charges non justifié sur les comptes de la sécurité sociale et ceux de la branche Famille en particulier, affectant par là même leur sincérité.

En revanche, une solution adaptée et pertinente a été mise en place dans certains départements avec la mise en œuvre d'un mécanisme de subrogation entre les Conseils départementaux et les ODPF.

Ce mécanisme se traduit par le versement par le Conseil départemental, en faveur de l'ODPF et en lieu et place de la famille, du « trop perçu » lié à l'AEEH. Ce versement a pour effet de diminuer parallèlement les rappels de PCH à réaliser par le Conseil départemental en faveur des familles. Cela évite ainsi de leur demander de rembourser les indus à l'ODPF tandis que les départements verseraient parallèlement des rappels de prestation.

Les audits menés sur site ont néanmoins permis de constater qu'une telle pratique demeure encore isolée.

En effet, dans le panel des caisses auditées, seule la CAF de l'Orne a mis en place une convention de subrogation avec le Conseil départemental pour gérer les remboursements d'indus lors du passage d'un complément AEEH à la PCH. Il a été indiqué lors de la mission sur site que ce mécanisme, même s'il ne concerne qu'un faible volume de dossiers, s'applique sans difficulté et a notamment donné lieu à l'élaboration d'un courrier type informant l'allocataire de son indu et de la subrogation.

¹⁷⁵ L'article D245-34 du code de l'action sociale et des familles prévoit que s'agissant de la PCH, « la date d'ouverture des droits est le premier jour du mois du dépôt de la demande ».

S'agissant de la CAF de Paris, un mécanisme de subrogation est actuellement pratiqué mais n'est pas formalisé dans le cadre d'une convention¹⁷⁶.

Aucune convention, pratique ou réflexion en ce sens n'a été identifiée au sein des deux MSA composant le panel d'audit. La caisse centrale a indiqué ne pas avoir de visibilité sur ce point. Il est vrai que l'exercice est rendu particulièrement difficile pour le régime agricole du fait de liens avec plusieurs MDPH et donc plusieurs Conseils départementaux.

Dans certaines autres caisses du régime général, il a été indiqué que des travaux devraient prochainement être engagés en ce sens avec le Conseil départemental (CAF de Haute-Garonne) tandis que dans d'autres (CAF de Saône-et-Loire), il a été indiqué que l'organisme demeurerait dans l'attente d'un modèle national de convention par souci d'équité et d'harmonisation des pratiques.

Le déploiement en 2015 par la CNAF du processus / référentiel national a érigé l'établissement d'une convention de subrogation en qualité de bonne pratique facultative, ce qui devrait impliquer au cours des prochaines années un effet incitatif important pour les CAF.

Comme indiqué précédemment, cette bonne pratique est susceptible de devenir obligatoire lors des prochaines révisions du référentiel / processus, ce qui justifierait d'autant plus l'élaboration d'un modèle national de convention. Une telle évolution pourrait ainsi laisser augurer une quasi généralisation¹⁷⁷ de ce mécanisme à moyen terme.

3.3 Des impacts financiers liés à la gestion du temps qui doivent être différenciés

Comme décrit dans la partie précédente, la complexité de la gestion de la prestation de l'AEEH dans le temps, la complexité de la réglementation et l'intervention conjuguée de plusieurs intervenants sont susceptibles de générer de nombreuses situations d'indus ou de rappels de prestations en cas d'évolution de l'allocation, respectivement à la baisse ou à la hausse (3.3.1). S'il apparaît que ces situations ne créent pas de difficultés majeures en termes de gestion au sein des ODPF, il convient néanmoins de souligner qu'elles sont susceptibles d'avoir un impact important sur les familles (3.3.2).

3.3.1 Des manipulations nombreuses en termes d'émissions de rappels et d'indus qui sont relativement neutres en termes de gestion interne ...

L'indu peut découler de l'octroi d'une nouvelle période de droits avec une révision des compléments à la baisse, de l'exercice d'un droit d'option au profit de la PCH ou encore de l'absence de déclaration (ou de déclaration tardive) par l'allocataire d'un changement de situation (placement en internat et/ou hospitalisation par exemple) ou encore.

Comme évoqué précédemment, dans cette dernière hypothèse, il appartient en principe à l'allocataire de déclarer tout changement de situation. Or, l'enregistrement d'une modification qui conduit à l'arrêt du versement ou à la baisse du montant de l'AEEH est susceptible de générer des indus importants s'il intervient de manière tardive.

¹⁷⁶ Cf. rapport d'audit de la CAF de Paris qui indique (paragraphe 165) en ce sens que « l'encadrement de cette pratique de subrogation dans le cadre d'une convention serait souhaitable dans un souci de bonne gestion et de prévention des recours juridictionnels ».

¹⁷⁷ A droit constant et même si elle était fortement encouragée par l'Assemblée des Départements de France (ADF), les organismes de sécurité sociale ne pourraient obliger un Conseil départemental qui ne le souhaiterait pas, à conclure une telle convention.

Il ressort des différents audits menés que les ODPF ne sont pas en mesure de maîtriser la constitution de l'indu lorsque l'allocataire est à l'origine du fait générateur, car ils doivent attendre la plupart du temps la déclaration spontanée de celui-ci, à moins que le changement ait été mis en évidence à l'occasion d'un contrôle.

S'agissant des rappels de prestations, ils interviennent en général lors de la première demande. Une révision peut par ailleurs intervenir à la hausse en cas d'aggravation de la situation médico-sociale de l'enfant, générant ainsi un rappel incluant le différentiel entre les anciennes sommes perçues et les nouvelles, depuis la date d'ouverture des nouveaux droits.

Tant dans le régime agricole que dans le régime général, les organismes procèdent au remboursement par prélèvement sur les prestations familiales futures. Un prélèvement peut se réaliser dans le cadre d'un plan de remboursement personnalisé, alliant éventuellement également, si l'allocataire le souhaite, un certain nombre de remboursements directs réalisés par chèque ou virement bancaire. Cette option sera naturellement privilégiée si le débiteur n'est plus allocataire.

Une remise gracieuse par l'ODPF de tout ou partie de l'indu peut également intervenir (cf. ci-après partie 3.3.2). Elle peut également faire l'objet, sous certaines conditions, d'une admission en non valeur lorsque l'allocataire disparaît ou se révèle insolvable.

Lorsque la situation d'indu ou la nécessité de procéder à des rappels sont avérés, le technicien de l'ODPF l'enregistre dans le système d'information. Les manipulations afférentes sont très largement automatisées tant du point de vue des calculs que sur les modalités d'émission et ne posent donc aucune difficulté de gestion administrative. Les actions de recouvrement mises en œuvre sont les mêmes que pour les autres prestations. Elles font l'objet d'un suivi régulier via les applicatifs.

A l'exception des indus frauduleux, la CNAF n'est pas en mesure d'isoler les indus résultant du traitement des dossiers d'AEEH.

En ce qui concerne le régime agricole, un certain nombre de données ont été communiquées par la CCMSA. Elles font part d'un volume global d'indus d'AEEH émis annuellement qui se situe autour de 500 000 euros entre 2010 et 2014.

En 2014, pour le régime agricole, ce sont ainsi 428 220 euros d'indus liés à l'AEEH qui ont été émis sur une dépense totale de 21,26 millions d'euros, soit seulement 2 % de la dépense totale.

Ce montant d'indus concernait pour cette même année 422 créances pour un montant moyen de 1014 euros, laissant supposer ainsi que certains indus peuvent atteindre des sommes très importantes.

Si on rapproche ce nombre de créances au nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH relevant du régime agricole en 2014 (6 113 foyers), il est possible d'estimer qu'environ 7 % des familles seraient concernées par l'émission d'un indu au cours d'une année. Une telle proportion apparaît déjà significative, notamment au regard de l'ensemble des formalités administratives auxquelles les familles sont confrontées et au regard de l'importance potentielle des sommes dont le remboursement est demandé.

3.3.2 ... mais qui sont susceptibles d'avoir un impact important sur les familles

La complexité de la prestation et la difficile prise en compte de son évolutivité présente indubitablement du point de vue des familles bénéficiaires, des risques importants de complications administratives (mise à charge d'indus ou effets d'une décision de la MDPH retardés dans le temps notamment) alors même qu'elles sont déjà largement éprouvées et mobilisées par la situation de handicap de leur enfant.

De surcroît, si les montants globaux d'indus d'AEEH demeurent modestes vis-à-vis de l'ensemble des indus gérés par les caisses, les sommes individuelles sont susceptibles d'être très importantes et de mettre en difficulté les familles. De même, les rappels effectués notamment pour les primo-demandeurs, intervenant parfois sur des périodes assez longues en raison des délais attendant à l'instruction médico-sociale réalisée par la MDPH puis des mesures d'instruction et de liquidation réalisées par les caisses, contraignent souvent les familles à procéder à des avances importantes de frais.

Comme indiqué précédemment, dans l'hypothèse d'indus générés par l'exercice d'un droit d'option au profit de la PCH, la procédure de subrogation évitant le remboursement des indus par l'allocataire, le risque de rupture de ressources pour ce dernier est couvert. La mise en place de tels mécanismes s'avère donc très utile pour les familles concernées, même si le nombre de procédures appliquées demeure modeste.

Au sein des ODPF, les missions déployées sur site ont toutes relevé que la prestation génère peu de réclamations et de contestations portées devant les commissions de recours amiable (CRA). Le nombre de contentieux engagés devant les TASS apparaît par ailleurs anecdotique, même si la mission relève l'absence de données statistiques fiables sur ce versant.

L'absence de contestations de droit sur le thème de l'AEEH s'explique en partie par le fait que les décisions générant des ouvertures de droits sont prises par la MDPH et non par l'organisme débiteur de prestations familiales et qu'il existe à ce titre des voies de recours propres (recours à la médiation d'un tiers extérieur, recours gracieux adressés à la MDPH ou recours juridictionnels relevant du contentieux technique de la sécurité sociale).

Cette absence de recours portant sur le fond s'explique également, par le fait que les décisions de rejet prononcées par l'organisme et liées aux seules conditions administratives dont il a la charge demeurent très marginales. Il s'agit en effet d'une prestation non soumise à conditions de ressources dont l'instruction ne donne donc lieu qu'à un nombre relativement limité de vérifications.

Aussi, les contestations portées devant la CRA se présentent le plus souvent sous la forme de demandes de remises de dettes concernant des indus adressés aux familles. La gestion de ces contestations d'indus est commune à l'ensemble des prestations avec un enregistrement et un traitement qui s'effectue pour le régime général sur l'outil de branche CORALI.

Les entretiens menés sur site ont mis en lumière le fait que les administrateurs composant les CRA se montrent généralement sensibles à la situation de la famille, telle que née du handicap de l'enfant. Dès lors, il apparaît que des décisions de remise, totales ou partielles, sont très souvent rendues par ces instances pré-contentieuses, étant précisé qu'un indu qualifié de frauduleux ne peut jamais faire l'objet d'une remise de dette.

Cette position tient compte du fait que l'AEEH est perçue comme une prestation sensible. Certaines CRA, telles celle de la CAF du Var, vont jusqu'à estimer que l'indu n'est le plus souvent pas de la responsabilité de l'allocataire (délai de traitement et rétroactivité de l'accord MDPH) et ce même si les revenus du foyer sont conséquents.

L'audit mené dans cette caisse a également permis de constater que les administrateurs composant la CRA pratiquent une politique de remise systématique des indus générés par le transfert de l'AEEH à la PCH quel que soient les revenus de l'allocataire.

Or, le montant des indus remis peut s'avérer conséquent¹⁷⁸ et nonobstant l'attention légitimement portée aux bénéficiaires de l'AEEH, la doctrine ainsi développée ne semble pas compatible avec les termes de l'article L.553-2 du code de la sécurité sociale qui dispose que « la créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations ».

¹⁷⁸ Au sein de la CAF du Nord, l'audit mené sur site a permis de relever qu'un indu de plus de 20.000 euros a été constaté en 2015. Cette créance avait été générée lors de la découverte d'une situation de cumul non autorisé entre la PCH et un complément 6 d'AEEH. Le montant financier significatif qui s'attache à ce complément et le fait que la situation a perduré sur une période relativement importante expliquent le montant particulièrement élevé de cette créance. Il apparaît toutefois que des indus de cette importance demeurent exceptionnels. A titre d'exemple, en 2015 au sein de la CAF du Var, 31 demandes de remises sur les 34 requêtes reçues ont fait l'objet d'une remise totale (29) ou partielle (2) pour un montant de 48 549,28 €(soit un indu moyen de 1566 €).

SIGLES UTILISES

AAH	Allocation adulte handicapé
ADF	Assemblée des départements de France
AFM	Association française contre les myopathies
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AES	Allocation éducation spéciale
AJPP	Allocation journalière de présence parentale
ANESM	Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale
ANPEA	Association nationale des parents d'enfants aveugles
ANPEDA	Association nationale des parents d'enfants déficients auditifs
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APF	Association des paralysés de France
APL	Aide personnalisée au logement
APP	Allocation de présence parentale
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
BNC	Bénéfices non commerciaux
CAF	Caisse d'allocation familiale
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CD	Conseil départemental
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMSA	Caisse de la mutualité sociale agricole
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

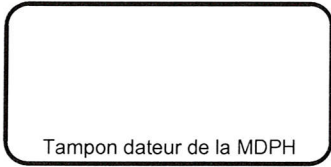
CNAVTS	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs salariés
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNNSE	Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
COMEX	Commission exécutive
CRA	Centre ressource autisme
CSS	Code de la sécurité sociale
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DEPP	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DJR	Documentation juridique de référence
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EDI	Echanges de données informatisées
EN	Education nationale
EPE	Équipe pluridisciplinaire d'évaluation
ESMS	Etablissement social ou médico-social
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
FFDYS	Fédération française des DYS
GEVA	Guide d'évaluation
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute autorité de santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMPACT	Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INSET	Institut national spécialisé d'études territoriales
ITEP	Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
MDPH	Maisons départementales des personnes handicapées
MPI	Majoration pour parent isolé
MNC	MNC : Mission nationale de contrôle
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ODPF	Organismes débiteurs de prestations familiales
PAP	Plan d'accompagnement personnalisé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile

PPC	Projet personnalisé de compensation
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
RSA	Revenu de solidarité active
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SipaPH	Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées
SMIC	Salaire minimum de croissance
SNGI	Système national de gestion des identifiants
TED	Troubles envahissant du développement
TSA	Troubles du spectre autistique
UNAPEI	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et leurs amis

PIECES JOINTES

Pièce jointe n°1	Formulaire de demande (s) auprès de la MDPH - <i>Cerfa</i> n°13788*01
Pièce jointe n°2	Certificat médical – <i>Cerfa</i> n°13788*01
Pièce jointe n°3	Arbre de décision – AEEH (source : CNSA)
Pièce jointe n°4	Schéma institutionnel d’attribution de l’AEEH, de la PCH et de l’AJPP
Pièce jointe n°5	Règles de cumul entre allocations AEEH, PCH, AJPP
Pièce jointe n°6	Montants de l’AEEH de base, des compléments et de la MPI au 1 ^{er} avril 2016
Pièce jointe n°7	Circulaire n° DSS/SD2B/2016/77 du 15 mars 2016 relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropole au 1 ^{er} avril 2016
Pièce jointe n°8	Nombre total d’enfants bénéficiaires de l’AEEH 2010-2014 Cartes départementales 2010-2014 relatives au nombre de bénéficiaires et aux dépenses de compléments d’AEEH. <ul style="list-style-type: none">- nombre des bénéficiaires de l’AEEH rapportés aux enfants de 0 à 20 ans par département en 2010 et 2014- nombre des compléments de C4 à C6 rapportés à l’ensemble des compléments par département en 2010 et 2014- montant moyen des compléments attribués par département en 2010 et 2014
Pièce jointe n°9	
Pièce jointe n°10	Formulaire de demande expérimental dit « Impact »
Pièce jointe n°11	Tableau des tarifs PCH – avril 2016

PIECE JOINTE N°1
FORMULAIRE DE DEMANDE (S) AUPRES
DE LA MDPH - CERFA N°13788*01



Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH



N° 13788*01

Réinitialiser

Imprimer

Pour remplir ce formulaire correctement, vous devez disposer du logiciel Adobe Reader 9 ou supérieur.

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Nom d'épouse ou nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : Pays : FRANCE _____

Code postal : _____

Commune : _____

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____

N° de sécurité sociale ou NIR : _____

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : _____

Dans quel département ? _____

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____

Complément _____ Code postal _____ Localité _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

Précisez qui détient l'autorité parentale : Mère Père Les deux Autre

Mère

Père

Nom : _____

Prénom (s) : _____

N° et rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

Adresse électronique : _____

■ Nom :

■ Prénom :

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____

Complément _____ Code postal _____ Localité _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____

Complément _____ Code postal _____ Localité _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom de l'allocataire : _____

Prénom (s) de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : _____

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____

Complément _____ Code postal _____ Localité _____

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : Célibataire Marié(e) En couple sans être marié(e) Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom (s) : _____ Date de naissance : _____

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :

Type de contrat : _____ Vous _____ Votre conjoint _____
 CDI CDD Apprentissage CDI CDD Apprentissage

Date de début du contrat : _____

Date de fin du contrat : _____

en milieu protégé ESAT depuis le : _____

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

Vous

Votre conjoint

Stagiaire de la formation professionnelle depuis le :

Le stage est-il rémunéré ?

Oui Non

Oui Non

Nom de votre employeur :
ou organisme de formation

Adresse de votre employeur :
ou organisme de formation

N° et Rue :

N° Nom de la voie

N° Nom de la voie

Complément d'adresse :

Complément

Complément

Code postal :

Code postal

Code postal

Commune :

Localité

Localité

Téléphone de votre employeur :

Non salarié(e) depuis le :

y compris exploitant agricole, prof. Libérale

Précisez à quel régime vous cotisez :

Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le :

Indemnisé(e) depuis le :

Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique :

Oui Non

Oui Non

Retraité(e) depuis le :

Recevez-vous l'Allocation supplémentaire Personne Agée ?

Oui Non

Oui Non

Avez-vous demandé une pension de retraite ?

Oui Non

Oui Non

Bénéficiaire d'une pension depuis le :

Catégorie de la pension d'invalidité :

1 2 3

1 2 3

Rente accident du travail :

Oui Non

Oui Non

Recevez-vous l'Allocation supplémentaire d'Invalidité :

Oui Non

Oui Non

Autre :

(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)

Précisez :

A8 - Autre situation de la personne concernée

Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social

Vous êtes hospitalisé(e)

Autres cas, précisez : _____

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement :

N° Extension Type de voie Nom de la voie

Complément

Code postal

Localité

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

Locataire, sous-locataire ou co-locataire

Propriétaire ou accédant à la propriété

Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)

Autres cas, précisez : _____

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.

Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.

Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...

Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins

Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation :

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

C - Demande d'Allocations d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément

Votre enfant est-il en internat ? Oui Non Depuis le :
Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

Si votre enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie l'État ou l'aide sociale ? Oui Non

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? Oui Non

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : _____ heures par semaine

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : _____ heures.

Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PÉRIODICITÉ Semaine, mois, année, occasionnelle
	Financeurs sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge	
Total		0 €	0 €	

D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? Précisez :

Nom : _____

Code postal : _____ Commune : _____

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

E - Demande de cartes

- Carte d'invalidité ou de priorité
- Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation

- Prestation de Compensation - PCH
Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AAEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)

- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ?

Oui Non

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

Aide humaine
Précisez : _____

Aide technique, matériel ou équipement
Précisez : _____

Aménagement du logement / Déménagement
Précisez : _____

Aménagement du véhicule / surcoût du transport
Précisez : _____

Charges spécifiques / exceptionnelles
Précisez : _____

Aide animalière
Précisez : _____

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : _____

Adresse _____

N° Extension Type de voie Nom de la voie

Complément Code postal Localité

Date de naissance : _____ Lien de parenté : _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

Allocation aux Adultes Handicapés - AAH Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

un revenu d'activité

du : _____ au : _____

un revenu issu d'une activité en ESAT

du : _____ au : _____

des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du : _____ au : _____

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH

Prime de reclassement

Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)

Orientation / Reclassement : Formation

Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)

Milieu protégé (ESAT)

J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

Un accueil de jour Précisez : _____

Un hébergement de nuit Précisez : _____

Un hébergement permanent Précisez : _____

Un accompagnement Précisez : _____

Autres (accueils temporaires ...) Précisez : _____

Quelle orientation souhaitez-vous ?

Un accueil de jour (CAJ, ...)

Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)

Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)

Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)

Autres (accueils temporaires ...)

Date d'entrée souhaitée :

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- ▶ le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- ▶ la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- ▶ l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention "priorité pour personne handicapé " ;
- ▶ la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapé ;
- ▶ les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ?

Oui Non

L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- ▶ Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- ▶ Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- ▶ Une photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes);
- ▶ Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à : _____

Le : _____

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus

Je suis : la personne concernée ou son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées .

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

PIECE JOINTE N°2
CERTIFICAT MEDICAL – CERFA N°13788*01

Confidentiel

Certificat médical

**Destiné à être joint à une demande auprès
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**

Nom de naissance

Nom d'épouse

Prénom Date de naissance/...../.....

Adresse

N° d'immatriculation sécurité sociale

N° de dossier auprès de la MDPH (si connu)

➡ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES) et

Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du, il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A le Cachet

Signature du médecin

➡ Dans les autres cas : **Veillez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

* «*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.*» (Article L.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Pathologie principale à l'origine du handicap

Code CIM

Pathologies autres

Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH

Date de début des troubles - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance **pour les enfants** - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...

Accident du travail Maladie professionnelle compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur ...

Poids Taille latéralité dominante avant handicap..... compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Perspective d'évolution

Stabilité Aggravation Incapacité fluctuante (*préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées*)
 Risque vital Amélioration (*préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles*) non définie

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (*dont régime*), préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires, ...

compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (*préciser*)

Nature / Fréquence

Soins ou traitements nocturnes non oui (*préciser*)

Projet thérapeutique (*le cas échéant*) :

Appareillages

- Appareil auditif unilatéral bilatéral
- Canne, déambulateur
- Fauteuil roulant manuel électrique
- Orthèse, prothèse (*préciser*)
- Sonde urinaire Stomie urinaire
- Stomie digestive d'élimination
- Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
- Trachéotomie
- Appareil de ventilation (*préciser*) O₂
- Autre(s) appareillage(s) (*préciser*)

Préciser : Type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance ...

Retentissement fonctionnel et/ou relationnel A compléter en tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne

Mobilité, maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement...

Périmètre de marche

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles (*à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus*) :

- 1 – pas de difficulté
- 2 – difficulté modérée
- 3 – difficulté grave ou absolue

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communication orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui...

Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint :

Utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur...)

Conduite émotionnelle, relationnelle

Cognition, attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, vitesse d'idéation, comportement, orientation dans le temps ou l'espace...

	1	2	3
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Retentissement sur la sécurité : gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger...

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : non oui (préciser)

Entretien personnel : toilette, habillement, continence, alimentation...

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique
C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vie quotidienne et vie domestique : travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...

Retentissement sur la vie sociale et familiale (si besoin)

Retentissement sur la scolarité (si en âge scolaire) :

non oui (préciser)

Retentissement sur l'emploi (si besoin)

Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : non oui (préciser)

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : non oui (préciser)

Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables...

Préconisations : Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Si besoin)

Observations (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

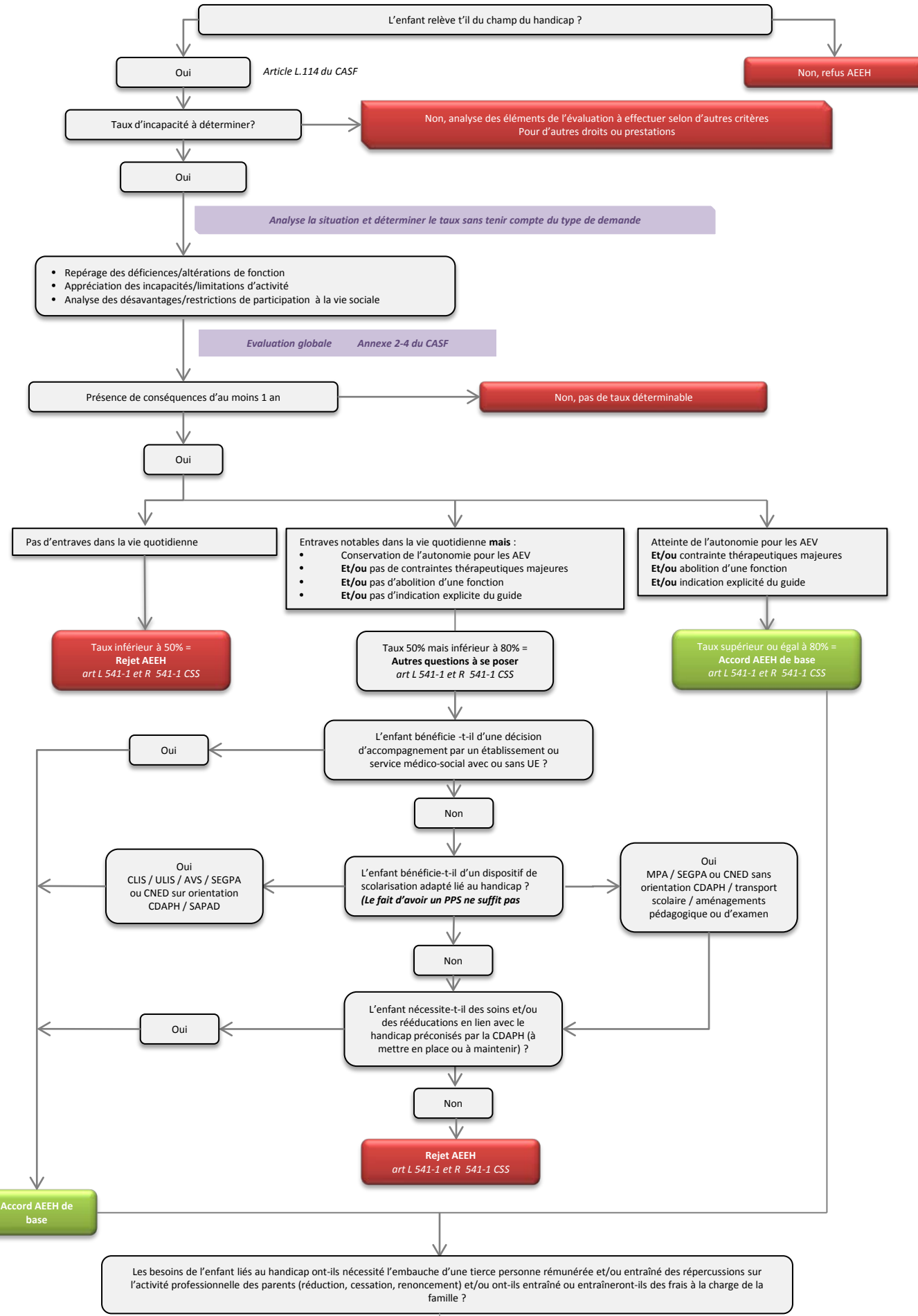
Certificat médical établi par :

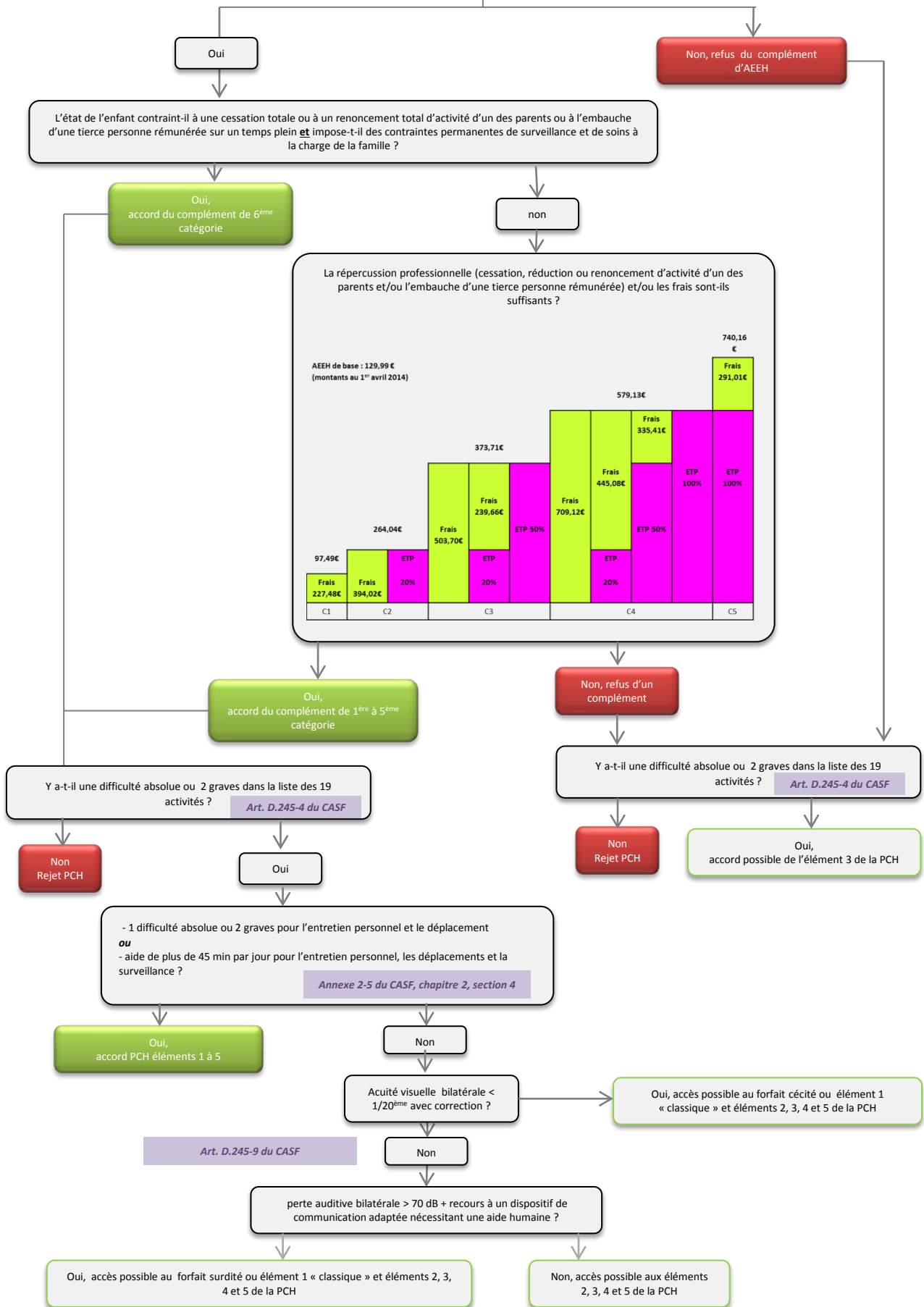
A le

Cachet (obligatoire)

Signature du médecin

PIECE JOINTE N°3
ARBRE DE DECISION – AEEH (SOURCE : CNSA)





PIECE JOINTE N°4
SCHEMA INSTITUTIONNEL D'ATTRIBUTION DE
L'AEEH, DE LA PCH ET DE L'AJPP

Famille

si enfant handicapé => 80% ou 50%*

Allocation de base = 130,12 €

AEEH de base

si option AJPP > complément AEEH

si frais liés au handicap => 227,71 € /mois

Montant du complément = de 97,59 € (C1) à 1 104,18 € (C6)

Complément

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

si droit d'option exercé

AJPP

Couple = 43,01 €/jour
Parent isolé = 51,10 €/jour

si frais d'aménagement (logement et/ou véhicule)

PCH

③

PCH

- ① ② ③ ④ ⑤

PCH

- ② ③ ④ ⑤

si parent isolé et droit à un complément => 2

Montant de la majoration suivant complément = de 52,86 € (C2) à 435,09 € (C6)

MPI

si parent isolé et droit théorique à un complément => 2

MPI

Instruction relevant des MDPH

Instruction relevant des ODPF

*si l'enfant fréquente un établissement d'éducation adapté ou a recours à un service d'éducation adapté (art. L541-1 du CSS)

PIECE JOINTE N°5
REGLES DE CUMUL ENTRE ALLOCATIONS
AEEH, PCH, AJPP

Les possibilités de cumul en fonction du choix des familles

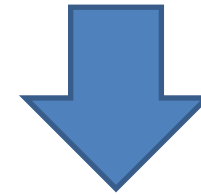
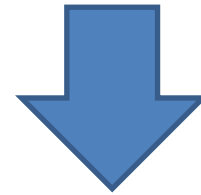
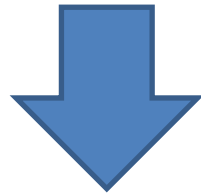
Allocation de base AEEH

Choix :

Complément AEEH

PCH

AJPP



Complément 1

Compléments
2 à 6

Complément

Complément

PCH

PCH

PCH

PCH

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

MPI

MPI

MPI


MPI¹


AJPP


AJPP

AJPP

AJPP

 cumulable
(si conditions remplies)

 non cumulable

 cumulable
si droit théorique à un complément 2 ou supérieur

¹ Le montant de l'AJPP est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant dans des conditions déterminées par décret (art. L 544-6 du CSS). Au 1^{er} avril 2016, le montant journalier pour un couple est de 43,01 € et pour un parent isolé de 51,11€. En conséquence, l'AJPP n'est pas cumulable avec la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçue pour le même enfant (art. L544-9 du CSS).

PIECE JOINTE N°6
MONTANTS DE L'AEEH DE BASE, DES
COMPLEMENTS ET DE LA MPI AU 1^{ER} AVRIL 2016

**CONDITIONS D'ATTRIBUTIONS ET MONTANTS DE L'AAEH ET DES DIFFERENTS COMPLEMENTS
POUR LES AVIS CDAPH A COMPTEUR DU 1^{er} avril 2016 (BMAF = 406,62 €)**

	Montant du complément en % de la BMAF	Réduction /arrêt activité parent		Embauche tierce personne		Coût handicap en % de la BMAF	Majoration spécifique pour parent isolé
Allocation de base	32 % soit 130,12 €	-		-		-	-
Complément n°1	24 % soit 97,59 €	-		-		≥ à 56% soit 227,71 €	-
Complément n°2	65 % soit 264,30 €	20%					MPI : 13 % soit 52,86 €
			ou	8 heures/semaine		-	
Complément n°3	92 % soit 374,09 €					≥ à 97 % soit 394,42 €	MPI : 18 % soit 73,19 €
		50%		-		-	
		-	ou	20 heures/semaine		-	
		20%		-	et	≥ à 59% soit 239,91 €	
Complément n°4	142,57 % soit 579,72 €	-	ou	8 heures	et	≥ à 59% soit 239,91 €	MPI : 57 % soit 231,77 €
		-		-	ou	≥ à 124% soit 504,21 €	
		100%		-		-	
		-	ou	Temps plein		-	
Complément n°5	182,21 % soit 740,90 €	50%			et	≥ à 82,57% soit 335,75 €	MPI : 73 % soit 296,83 €
			ou	20 heures / semaine	et	≥ à 82,57% soit 335,75 €	
		20%		-	et	≥ à 109,57% soit 445,53 €	
			ou	8 heures/semaine	et	≥ à 109,57% soit 445,53 €	
Complément n°6	1104,18 €	-		-	ou	≥ à 174,57% soit 709,84 €	MPI : 435,08 €
		100%		-	et	≥ à 71,64% soit 291,30 €	
		-	ou	Temps plein	et	≥ à 71,64% soit 291,30 €	
Complément n°6	1104,18 €	100%		-	et	Contraintes permanentes de surveillance et de soins	MPI : 435,08 €
		-		Temps plein	et	Contraintes permanentes de surveillance et de soins	

PIECE JOINTE N°7
CIRCULAIRE N° DSS/SD2B/2016/77 DU
15 MARS 2016 RELATIVE A LA REVALORISATION
DES PRESTATIONS FAMILIALES SERVIES EN
METROPOLE AU 1^{ER} AVRIL 2016



Ministère des finances et des comptes publics
Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction de l'accès aux soins
des prestations familiales et des
accidents du travail
Bureau des prestations familiales et
des aides au logement

Personne chargée du dossier : **Nora HADDAD**

tél. : 01 40 56 78 61
fax : 01 40 56 75 22
mél. : nora.haddad@sante.gouv.fr

Le ministre des finances et des comptes publics
La ministre des affaires sociales et de la santé
La ministre des familles, de l'enfance et des droits des
femmes

à

Monsieur le directeur de la caisse nationale des
allocations familiales,

Monsieur le directeur de la caisse centrale de mutualité
sociale agricole

Madame la cheffe de la mission nationale de contrôle et
d'audit des organismes de sécurité sociale

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DSS/SD2B/2016/77 du 15 mars 2016 relative à la
revalorisation des prestations familiales servies en métropole au 1^{er} avril 2016

Date d'application : 1^{er} avril 2016

NOR : AFSS1607684C

Classement thématique : prestations familiales

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : Revalorisation des prestations familiales versées en métropole à compter du 1^{er} avril 2016.

Mots-clés : Revalorisation des prestations familiales. Barème des prestations familiales.

Textes de référence : Articles : L. 161-25 ; L. 551-1 ; R. 523-7 ; D. 521-1 ; D. 521-2 ; D. 522-1 ; D. 531-1 ; D. 531-2 ; D. 531-3 ; D. 531-4 ; D. 531-23 ; D. 532-1 ; D. 541-1 ; D. 541-2 ; D. 542-34 ; D. 543-1 ; D. 544-6 ; D. 544-7 du code de la sécurité sociale. Article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Article 8 de la loi n° 2014-873 du

4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Article 67 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016. Article 89 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Décret n°2014-422 du 24 avril 2014 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant. Décret n° 2014-1705 du 30 décembre 2014 relatif à la prestation partagée d'éducation de l'enfant. Décret relatif à la revalorisation du montant de l'allocation de soutien familial et du montant majoré du complément familial en cours de publication.

Circulaires modifiée : Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2015/92 du 31 mars 2015 relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropole, dans les départements d'outre-mer et à Mayotte au 1^{er} avril 2015

Circulaire abrogée : Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2015/204 du 15 juin 2015 relative au barème de modulation des allocations familiales, de la majoration pour âge et de l'allocation forfaitaire servies en métropole et dans les départements d'outre-mer au 1^{er} juillet 2015

Annexe : Montants des prestations familiales (avant CRDS) au 1^{er} avril 2016 arrondi au centième d'euro le plus proche

Les modalités de revalorisation de l'ensemble des prestations versées par les régimes obligatoires de sécurité sociale ont été réformées par l'article 67 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016 et l'article 89 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Désormais, ces prestations sont revalorisées, en application de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, sur la base d'un coefficient égal à l'évolution moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées. L'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale maintient quant à lui une date de revalorisation des bases mensuelles de calcul des prestations familiales au 1^{er} avril de chaque année.

Au 1^{er} avril 2016, le taux de revalorisation de la BMAF est ainsi fixé à 0,1 %. Le montant de cette base mensuelle, en pourcentage duquel sont fixées les prestations familiales, est donc porté de 406,21 € à 406,62 € au 1^{er} avril 2016.

Par ailleurs, par application de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les montants de l'allocation de base, de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) sont maintenus à leur niveau en vigueur au 1^{er} avril 2013 jusqu'à ce que le montant du complément familial mentionné à l'article L. 522-1 du même code soit supérieur ou égal au montant de l'allocation de base.

La présente circulaire indique également les montants revalorisés de la prestation partagée d'éducation de l'enfant créée par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, applicable aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Conformément au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté, l'allocation de soutien familial et le montant majoré du complément familial connaissent pour la troisième année consécutive une revalorisation exceptionnelle de leur montant, effective pour les prestations dues à compter du 1^{er} avril 2016.

Ainsi le montant de l'allocation de soutien familial est fixé au 1^{er} avril 2016 (avant contribution au remboursement de la dette sociale) à 105,27 € lorsque l'enfant est orphelin de père ou de mère ou se trouve dans une situation assimilée au sens de l'article L. 523-1 du code de la sécurité sociale et à 140,28 € lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère ou se trouve dans une situation assimilée au sens du même article.

Le montant majoré du complément familial est fixé (avant contribution au remboursement de la dette sociale) à 220,23 € en métropole.

Enfin, le montant du sixième complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), revalorisé de la même manière que les pensions prévues à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale, fait l'objet d'une revalorisation de 0,1 % au 1^{er} avril 2016 qui le porte de 1 103,08 € par mois à 1 104,18 € par mois.

Les tableaux annexés ont pour objet d'indiquer aux organismes débiteurs des prestations familiales le montant des prestations familiales (avant contribution au remboursement de la dette sociale) qui leur est applicable pour procéder à la liquidation des prestations familiales à compter du 1^{er} avril 2016. Ces montants sont arrondis au centième d'euro le plus proche ; il en est de même lorsqu'il s'agit du service d'une allocation différentielle.

Je vous demande de bien vouloir transmettre les présentes instructions aux organismes débiteurs des prestations familiales de votre ressort.

Pour les ministres et par délégation,

Signé

Thomas FATOME
Directeur de la sécurité sociale

ANNEXE

MONTANTS DES PRESTATIONS FAMILIALES (avant CRDS) Au 1er Avril 2016 Arrondis au centième d'euro le plus proche

Base mensuelle de calcul des allocations familiales à compter du 1^{er} avril 2016 : 406,62 €.

I – LES ALLOCATIONS FAMILIALES, LA MAJORATION POUR AGE ET L'ALLOCATION FORFAITAIRE

I.1 Le montant des allocations familiales (par famille)

Nbre d'enfants à charge	Montant maximal*		Montant intermédiaire**		Montant minimal***	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
2 enfants	32	130,12	16	65,06	8	32,53
3 enfants	73	296,83	36,5	148,42	18,25	74,21
4 enfants	114	463,55	57	231,77	28,5	115,89
5 enfants	155	630,26	77,5	315,13	38,75	157,57

NB : * Le montant maximal correspond à la tranche 1 du tableau relatif aux plafonds de ressources applicables pour l'attribution du montant modulé des allocations familiales annexé à la circulaire interministérielle du 18 décembre 2015 relative à la revalorisation au 1^{er} janvier 2016 des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales servies en métropole, qui sera modifiée au 1^{er} janvier 2017. **Le montant intermédiaire correspond à la tranche 2 du même tableau.*** Le montant minimal correspond à la tranche 3 du même tableau.

I.2 Le montant des majorations pour âge (à l'exception de l'aîné des familles de deux enfants)

Majoration à partir de 14 ans pour les enfants nés après le 30 avril 1997 et à partir de 16 ans pour les enfants nés avant le 1^{er} mai 1997.

Majoration pour âge de l'enfant	Montant maximal		Montant intermédiaire		Montant minimal	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
	16	65,06	8	32,53	4	16,26

I.3 Le montant du forfait pour âge (à l'exception de l'aîné des familles de deux enfants)

Forfait d'allocations familiales	Montant maximal		Montant intermédiaire		Montant minimal	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
	20,234	82,28	10,117	41,14	5,059	20,57

II – LA PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

II.1 Prime à la naissance, prime à l'adoption, allocation de base (maintenus à leur montant en vigueur au 1^{er} avril 2013)

Éléments de la PAJE	Montants en euros
Prime à la naissance	927,71
Prime à l'adoption	1 855,42
Allocation de base	
- à taux plein	185,54
- à taux partiel*	92,77

* Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2014

II. 2 Prestation partagée d'éducation de l'enfant et complément de libre choix d'activité

Complément de libre choix d'activité pour les enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} avril 2014

En cas de non perception de l'allocation de base

Complément de libre choix d'activité majoré	% de la BMAF	Montants en euros
. taux plein	142,57	579,72
. taux partiel < 50 %	108,41	440,82
. taux partiel entre 50 et 80 %	81,98	333,35

En cas de perception de l'allocation de base

Complément de libre choix d'activité	% de la BMAF	Montants en euros
. taux plein	96,62	392,88
. taux partiel < 50 %	62,46	253,97
. taux partiel entre 50 et 80 %	36,03	146,51

Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARE) pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2015 et complément de libre choix d'activité (CLCA) pour les enfants nés ou adoptés entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 décembre 2014

CLCA et PREPARE	% de la BMAF	Montants en euros
. taux plein	96,62	392,88
. taux partiel < 50 %	62,46	253,97
. taux partiel entre 50 et 80 %	36,03	146,51

II. 3 Complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA)

Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} avril 2014

Complément optionnel de libre choix d'activité	% de la BMAF	Montants en euros
1) En cas de perception de l'allocation de base	157,93	642,17
2) En cas de non perception de l'allocation de base (COLCA majoré)	203,88	829,02

Prestation partagée d'éducation de l'enfant majorée pour les enfants nés ou adoptés depuis le 1^{er} janvier 2015 et complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) pour les enfants nés ou adoptés entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 décembre 2014

PREPARE majorée et COLCA	% de la BMAF	Montants en euros
	157,93	642,17

II. 4 Complément de libre choix du mode de garde

Complément de libre choix du mode de garde	% de la BMAF		Montants en euros	
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	0 à 3 ans	3 à 6 ans
⇒ emploi direct				
. CMG maximal	114,04	57,02	463,71	231,85
. CMG intermédiaire	71,91	35,96	292,40	146,22
. CMG minimal	43,14	21,57	175,42	87,71
⇒ association ou entreprise employant une assistante maternelle				
. CMG maximal	172,57		701,70	350,85
. CMG intermédiaire	143,81		584,76	292,38
. CMG minimal	115,05		467,82	233,91
⇒ association ou entreprise employant une garde à domicile ou recours à une micro-crèche				
. CMG maximal	208,53		847,92	423,96
. CMG intermédiaire	179,76		730,94	365,47
. CMG minimal	151,00		614,00	307,00

III - LES AUTRES PRESTATIONS FAMILIALES

Prestations	% de la BMAF	Montant en euros
1) Complément familial		
* Montant de base	41,65	169,36
* Montant majoré	54,16	220,23
2) Allocation de soutien familial		
* taux plein	34,50	140,28
* taux partiel	25,89	105,27
3) Allocation d'éducation de l'enfant handicapé		
* allocation de base	32,00	130,12
* complément 1ère catégorie	24,00	97,59
* complément 2 ^{ème} catégorie	65	264,30
majoration pour parent isolé (2 ^{ème} catégorie)	13	52,86
* complément 3 ^{ème} catégorie	92	374,09
majoration pour parent isolé (3 ^{ème} catégorie)	18	73,19
* complément 4 ^{ème} catégorie	142,57	579,72
majoration pour parent isolé (4 ^{ème} catégorie)	57	231,77
* complément 5 ^{ème} catégorie	182,21	740,90
majoration pour parent isolé (5 ^{ème} catégorie)	73	296,83
* complément 6 ^{ème} catégorie	-	1104,18
majoration pour parent isolé (6 ^{ème} catégorie)	107	435,08
4) Allocation journalière de présence parentale (AJPP)		
couples	10,63	43,22
personnes seules	12,63	51,36
Complément forfaitaire pour frais (montant et dépenses)	27,19	110,56
5) Prime de déménagement (maximum) + 20 % par enfant au-delà du troisième	240,00 + 20,00	975,89 81,32
6) Allocation de rentrée scolaire		
6-10 ans	89,72	364,82
11-14 ans	94,67	384,95
15-18 ans	97,95	398,28

PIECE JOINTE N°8
NOMBRE TOTAL D'ENFANTS BENEFICIAIRES
DE L'AAEH 2010-2014

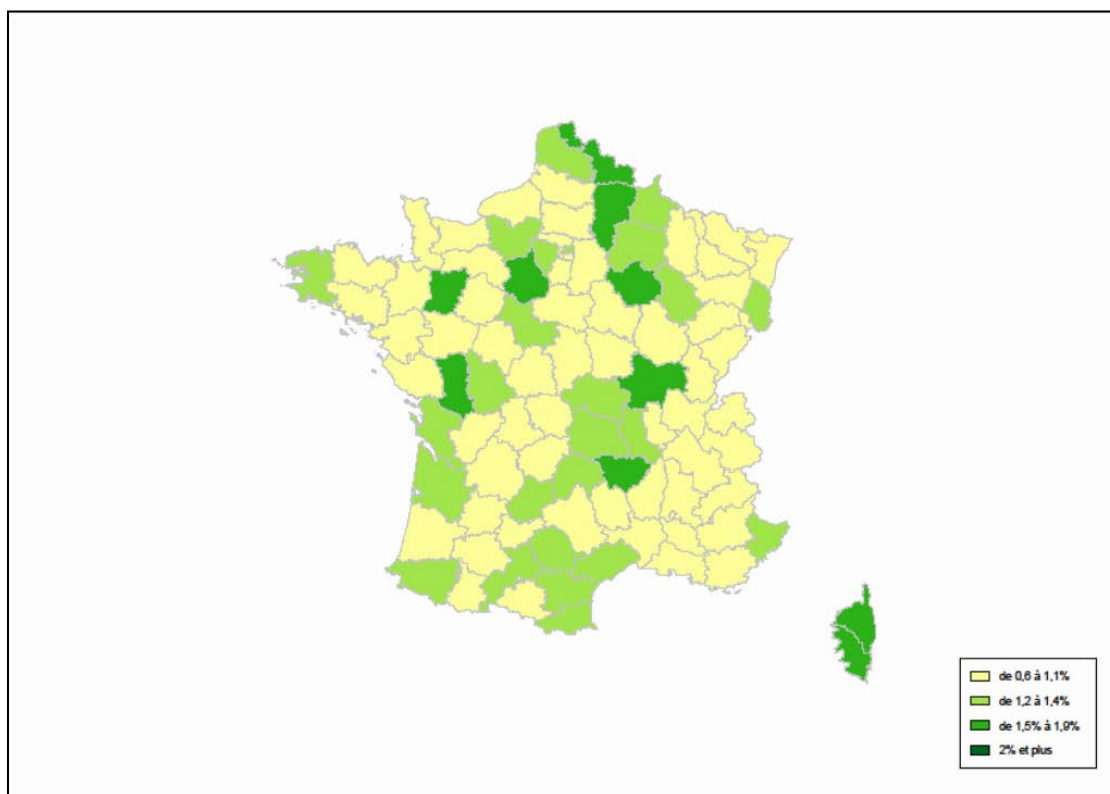
Nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH (AEEH de base+compléments AEEH+MPI) et nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH de base, de l'AEEH de base avec complément (distinction par catégorie) et de la majoration parent isolé (MPI) au titre de décembre 2010 et décembre 2014 (Métropole et Dom)

	Sans complément (base uniquement versée)	Avec complément						Avec majoration de parent isolé					Total Familles	Dont familles "retour au foyer"
		1ère catégorie	2ème catégorie	3ème catégorie	4ème catégorie	5ème catégorie	6ème catégorie	2ème catégorie	3ème catégorie	4ème catégorie	5ème catégorie	6ème catégorie		
Total 2010	103 924	6 428	27 627	13 370	10 392	1 435	2 819	6 523	3 413	2 570	345	705	179 551	1 308
Total 2014	207 848	12 856	55 254	26 740	20 784	2 870	5 638	13 046	6 826	5 140	690	1 410	359 102	2 616

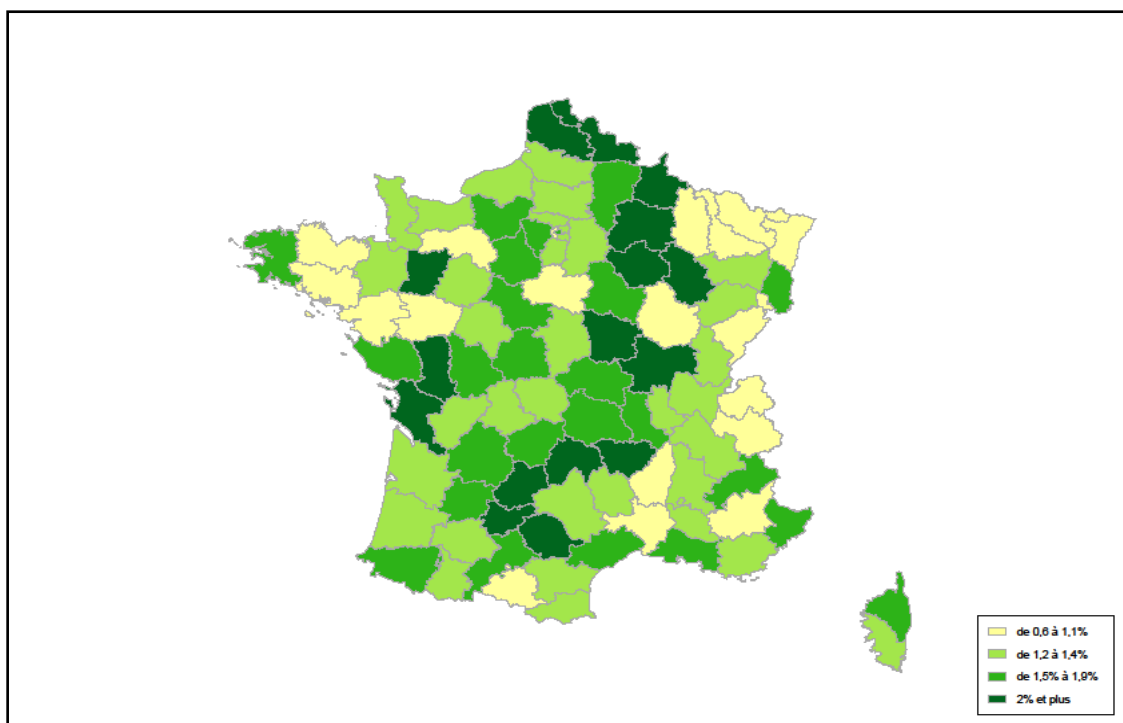
PIECE JOINTE N°9
CARTES DEPARTEMENTALES 2010-2014
RELATIVES AU NOMBRE DE BENEFICIAIRES ET
AUX DEPENSES DE COMPLEMENTES D’AEEH.

- nombre des bénéficiaires de l’AEEH rapportés aux enfants de 0 à 20 ans par département en 2010 et 2014
- nombre des compléments de C4 à C6 rapportés à l’ensemble des compléments par département en 2010 et 2014
- montant moyen des compléments attribués par département en 2010 et 2014

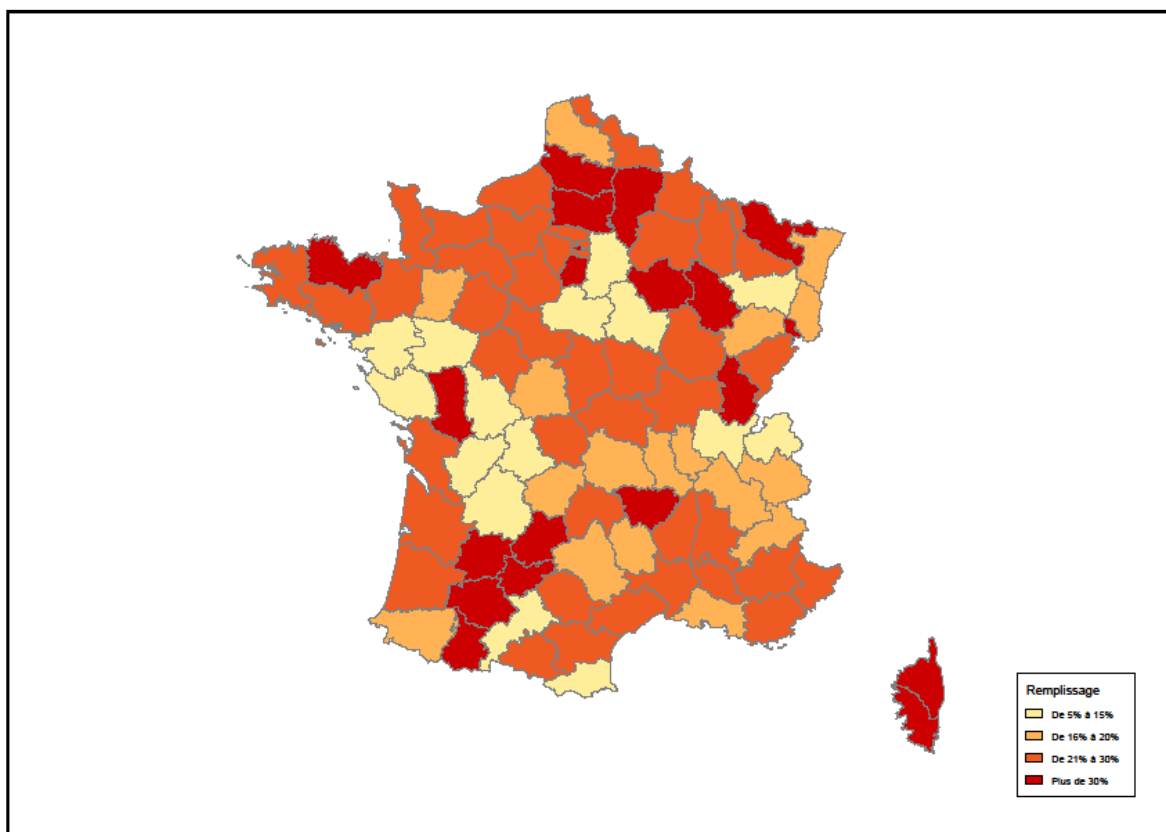
Carte 1 : nb des bénéficiaires de l'AEEH rapportés aux enfants de 0 à 20 ans par dép. en 2010



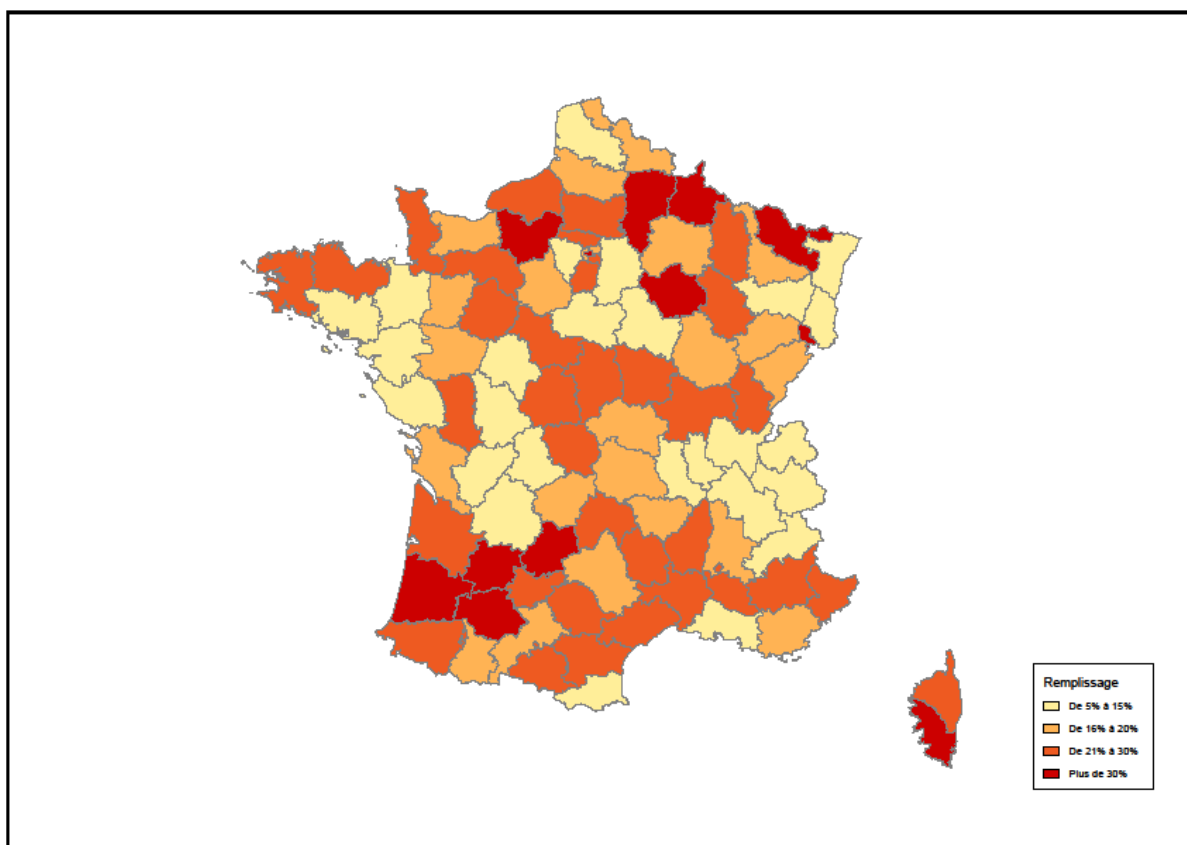
Carte 2 : nb des bénéficiaires de l'AEEH rapportés aux enfants de 0 à 20 ans par dép. en 2014



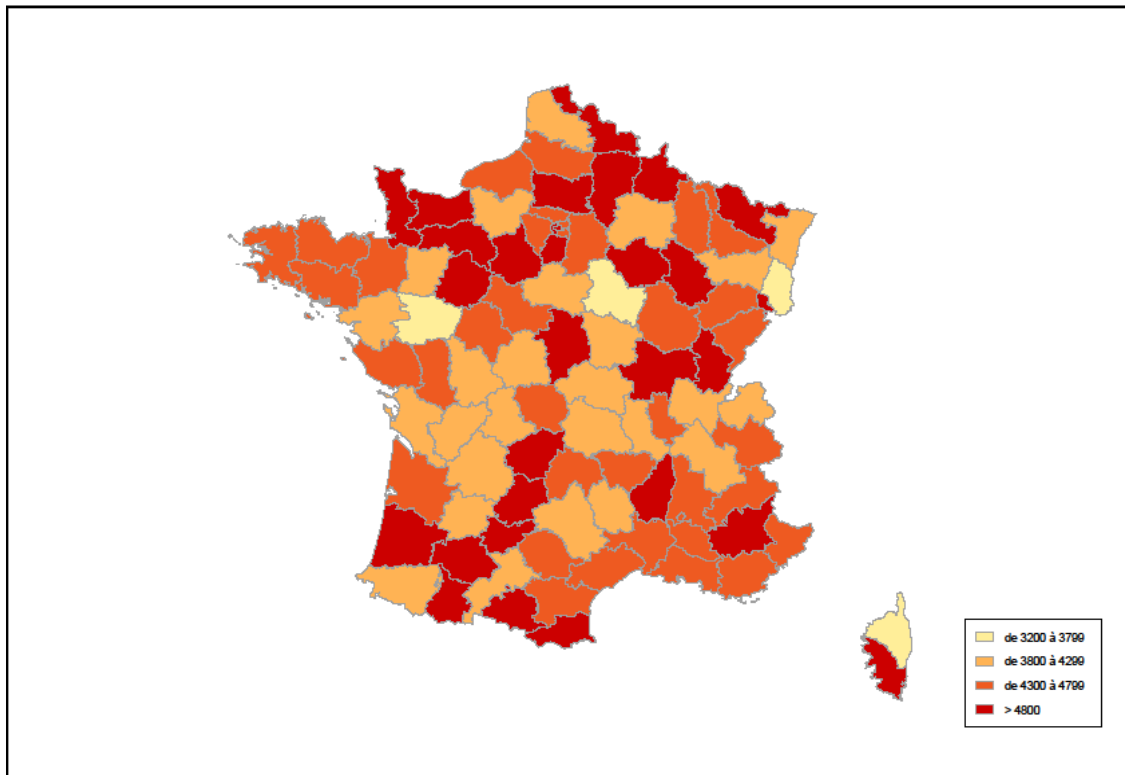
Carte 3 : nb des compléments de C4 à C6 rapportés à l'ensemble des compléments par dép. en 2010



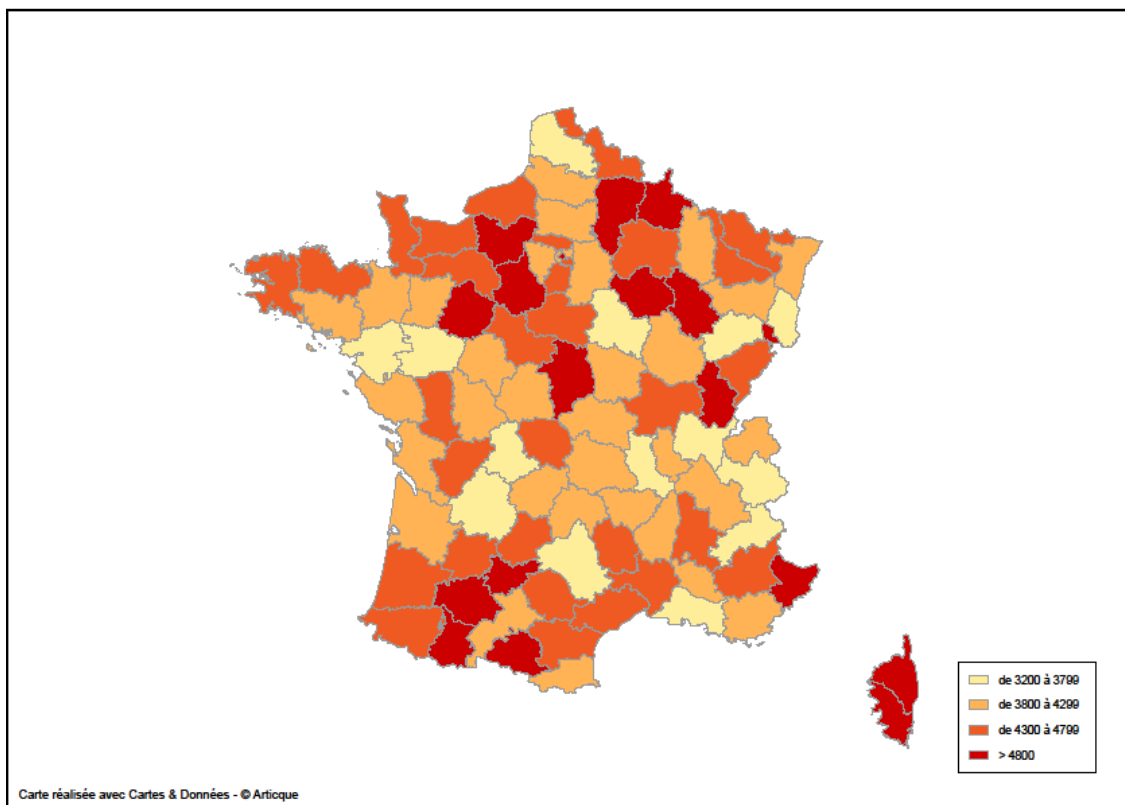
Carte 4 : nb des compléments de C4 à C6 rapportés à l'ensemble des compléments par dép. en 2014



Carte 5 : montant moyen des compléments attribués par dép. ans en 2010



Carte 6 : montant moyen des compléments attribués par dép. ans en 2010



PIECE JOINTE N°10
FORMULAIRE DE DEMANDE EXPERIMENTAL DIT
« IMPACT »

DEMANDE À LA MDPH 14

La MDPH, c'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

A qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.

Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.

Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection : son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

**Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.
Vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :**

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et un de ses compléments

Allocation aux adultes handicapés (AAH) et son complément

Carte d'invalidité/de priorité/de stationnement

Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)

Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation

Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Que dois-je remplir ?

- C'est ma première demande à la MDPH
- Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé
- Je demande une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits

Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins

- Je demande le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé

Précisez le(s)quel(s) :

**Remplissez les parties A et E
Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire**

- Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins

Il peut remplir la partie F

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : N° de dossier :

A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe : Homme Femme

Nom (figurant sur la carte d'identité / passeport) :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance : / /

Nationalité : Française Union européenne Autre :

Lieu de naissance : Code postal :

Pays :

Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : / /

Adresse : (numéro et rue)

Complément d'adresse : Code postal :

Commune : Pays :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

E-mail :

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? E-Mail Appel téléphonique SMS Courrier

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel :

Organisme payeur de prestations familiales : CAF MSA Autre N° d'allocataire :

Organisme d'assurance maladie : CPAM MSA RSI Autre (préciser) :

Numéro de Sécurité Sociale :

A2 Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

Qui exerce l'autorité parentale : Parent 1 Parent 2

Nom :

Prénom :

N° et Rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse E-Mail :



En cas de séparation des parents, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

A3

Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH

Vous acceptez que nous contactons ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

Un proche
 Une association
 Autre

Nom de l'association (si pertinent) :

Nom et prénom de la personne :

N° et rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse E-Mail :

Tuteur
 Curateur
 Autre

Nom de l'organisme : (si pertinent)

Nom de la personne :

N° et rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse E-Mail :

Merci de cocher si vous êtes dans l'une des situations d'urgence suivantes :

- Vous n'arrivez plus à vivre chez vous
- Votre établissement ne peut plus vous accueillir et vous ne pouvez pas retourner chez vous
- Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement
- Votre école ne peut plus vous accueillir
- Vous risquez de perdre votre travail
- Vous commencez bientôt une nouvelle formation. Date d'entrée prévue :
..... / /

Expliquer la difficulté :

.....

.....

- Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc ...)
- Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :

.....

.....

B1 Votre vie quotidienne

Vous vivez : Seul Avec vos enfants
(ou l'un d'entre eux) Avec vos parents
(ou l'un d'entre eux) En couple

Autre situation, préciser :

Où vivez-vous ?

Vous avez un logement indépendant
et vous êtes : Propriétaire Locataire

Dans un établissement médico social ou de soin
(préciser le nom, le type et le lieu)

.....

Autre situation, préciser :

Vous êtes hébergé(e) au domicile :

De vos parents (ou l'un d'entre eux) De vos enfants
(ou l'un d'entre eux)

D'un(e) ami(e) D'un autre membre
de votre famille

D'une famille d'accueil

Vous recevez les aides, ressources et/ou prestations suivantes :

Allocation Adulte Handicapé
(AAH)

Allocation chômage versée
par Pôle Emploi

Allocation de solidarité
spécifique (ASS)

Revenu de Solidarité Active (RSA)

Retraite pour inaptitude dans
la fonction publique ou retraite
anticipée

Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu :

Un revenu d'activité

Des indemnités journalières

Un revenu issu d'une activité
en ESAT

Du : / Au

Pension d'invalidité : 1^{ère} catégorie 2^{ème} catégorie 3^{ème} catégorie

Autres pensions de ce type :
(pension des deux tiers, d'incapacité, etc...)

.....

Majoration Tierce Personne

Allocation Supplémentaire d'Invalidité

Rente d'accident ou maladie professionnelle

Taux d'IPP :
(Incapacité Permanente Partielle)

Prestation Complémentaire de Recours à
Tierce Personne

..... %



- Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité
- Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

Retraite

Vous êtes retraité depuis le : / /

Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées)

Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Vous avez demandé une pension de retraite

Aide financière
et ressources

Aide technique,
matériel ou
équipement

 Aménagement
de logement

 Aménagement
de véhicule

 Aides animalières

 Aides techniques (préciser) :

ex : barre d'appui, déambulateur...

 Autres :

 Aide à la personne
(avec quelqu'un
qui aide)

 Votre famille

 Professionnel de soins à domicile

 Un accompagnement médico-social

 Autres :

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire. Précisez notamment si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par votre situation de handicap.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

B2

Vos besoins dans la vie quotidienne

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.
Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap.
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parents.
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière.
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis.
Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoin d'aide dans la vie quotidienne :

 Pour régler les dépenses courantes
(loyer, énergie, habillement, alimentation...)

 Pour faire les courses

 Pour gérer son budget et répondre aux
obligations (démarches administratives
assurances, impôts...)

 Pour préparer les repas

 Pour l'hygiène corporelle
(se laver, aller aux toilettes)

 Pour prendre les repas

 Pour s'habiller
(mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

 Pour faire le ménage et l'entretien des
vêtements

 Pour prendre soin de sa santé
(suivre un traitement, aller en consultation ...)

 Autre besoin, préciser :

Nom :

Prénom :

Besoin d'aide pour se déplacer

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer dans le domicile | <input type="checkbox"/> Pour utiliser un véhicule |
| <input type="checkbox"/> Pour sortir du domicile ou y entrer | <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun |
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur du domicile | <input type="checkbox"/> Pour partir en vacances |

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer : Oui Non

Autre situation, préciser :

Besoin d'aide pour la vie sociale

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pour communiquer
(s'exprimer, se faire comprendre) | <input type="checkbox"/> Pour s'occuper de sa famille |
| <input type="checkbox"/> Pour avoir des activités sportives et des loisirs | <input type="checkbox"/> Pour être accompagné dans la vie
citoyenne (ex : aller voter, vie associative ...) |
| <input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres | <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité |

Autre besoin, préciser :

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vivre à domicile | <input type="checkbox"/> Un aménagement
du lieu de vie | <input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités
dans la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Une aide financière afin
d'assurer un revenu minimum | <input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer | <input type="checkbox"/> Un accompagnement pour
l'adaptation / réadaptation à la
vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Une aide humaine :
quelqu'un qui aide | <input type="checkbox"/> Vivre en établissement | <input type="checkbox"/> Un accueil temporaire |
| <input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement | <input type="checkbox"/> Une aide financière pour des
dépenses liées au handicap | |
| <input type="checkbox"/> Une carte de stationnement | <input type="checkbox"/> Une carte d'invalidité ou de
priorité | |

Autre attente, préciser :

**Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil,
d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos
attentes ?**

Oui Non

Si oui lequel /
lesquels :

Êtes-vous en contact Oui Non

.....

Êtes-vous en contact Oui Non

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie quotidienne, indiquez-les ici :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


.....

.....

.....

.....

.....

-  Merci de joindre **si possible** les documents justificatifs suivants. Ils sont nécessaires à l'évaluation de votre situation et faciliteront le traitement de votre demande :
- Justificatifs, factures ou devis en votre possession concernant les frais évoqués en B1 et B3
 - En cas de réduction d'activité professionnelle pour la prise en charge de l'enfant en situation de handicap : Contrat de travail, bulletin de salaire, ou attestation de l'employeur justifiant la réduction du temps de travail ou le temps de travail effectif du ou des parents
 - En cas d'emploi rémunéré d'une tierce personne : Attestation d'emploi, contrat de travail, déclaration URSSAF, facture d'un service à domicile, précisant le nombre d'heures d'aide humaine
 - En cas d'attribution d'une pension de retraite ou d'une pension d'invalidité avec Majoration Tierce Personne, joindre une copie du justificatif

C1 Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

- En milieu ordinaire
- À domicile
- Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social
- En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile
- En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire
- En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

.....
.....

Depuis le : / /

Autre, préciser :

Si l'enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale ? Oui Non

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

- Il est trop jeune
- Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social

A partir de quand sera-t-il scolarisé ?

.....

Préciser :

.....

Autre, préciser :

Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :

Type d'études :

.....

Diplôme(s) obtenu(s) :

.....

Diplôme(s) préparé(s) :

.....

Nom de l'établissement :

.....

Rue :

.....

Ville :

.....

Depuis le : / /

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(s)

Vous disposez actuellement d'accompagnement et soins :

Soins hospitaliers Soins en libéral

Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

Aménagements et adaptations pédagogiques
 Outils de communication
 Matériel informatique et audiovisuel
 Matériel déficience auditive
 Matériel déficience visuelle
 Mobilier et petits matériels
 Transport

Autre, préciser :

Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :

	Matin	Midi	Après-midi
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			

C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.
Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap.
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière.
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis.
Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoins en lien avec la scolarité

Pour lire

Pour écrire, prendre des notes

Pour calculer

Pour comprendre, suivre les consignes

Pour organiser, contrôler son travail

Pour l'utilisation du matériel

Autre, préciser :

Besoins pour communiquer

Pour communiquer (s'exprimer, se faire comprendre)

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre, préciser :

Besoins pour l'entretien personnel

Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)

Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements)

Pour les repas (manger, boire)

Pour prendre soin de sa santé

Autre, préciser :

Besoins pour les déplacements

Pour se déplacer à l'intérieur des locaux

Pour se déplacer à l'extérieur des locaux

Pour utiliser les transports en commun

Autre, préciser :

C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

- Une adaptation de la scolarité
- Une orientation scolaire différente
- Une aide humaine
- Une aide matérielle
- Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation
- Une prise en charge par un établissement sans hébergement
- Une prise en charge par un établissement avec hébergement

Autre, préciser :

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social qui pourrait répondre à vos attentes ? Si oui, lequel :

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ? : Oui Non

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVAsco». Le GEVAsco, c'est un document que vous remplissez avec le directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (reexamen). Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.



Pour les enfants scolarisés, joindre impérativement le formulaire GEVAsco

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre enseignant référent, indiquez pourquoi :

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie scolaire, étudiante ou apprentissage, indiquez-les ici :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D1 Votre situation

Vous avez un emploi depuis le : / /

- En milieu ordinaire En entreprise adaptée
 En milieu protégé (Etablissements et services d'aide par le travail – ESAT)

Votre type d'emploi :

- CDI CDD Interim Contrat aidé

Travailleur indépendant. Régime :

.....

Votre employeur :

Nom :

Adresse :

.....

Votre emploi :

.....

Temps complet

Temps partiel

Est-il adapté à votre handicap : Oui

Non, préciser :

.....

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ?

.....
.....
.....
.....
.....



Si temps partiel, fournir une copie du contrat de travail

Accompagnement pour conserver votre emploi :

- Par la médecine du travail Le service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)



Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin du travail ou dernière fiche de visite médicale auprès du médecin du travail

Des aménagements ont été réalisés sur votre poste de travail. Préciser lesquels :

.....
.....

Vous êtes actuellement en arrêt de travail depuis le : / /

Arrêt maladie avec indemnités journalières

Vous êtes en arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle

Arrêt maladie sans indemnités journalières

Congé maternité / congé d'adoption / autres

Avez-vous rencontré un professionnel du service social de votre caisse de retraite ?

Non

Oui, le

..... / /

Avez-vous rencontré le médecin du travail en visite de pré-reprise ?

Non

Oui, le

..... / /

.....

.....

Vous êtes sans emploi depuis le : / /

Avez-vous déjà travaillé : Oui Non

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes
actuellement sans emploi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre situation :

Inscrit(e) à Pôle Emploi

En formation continue. Préciser :

.....

Étudiant

Stagiaire de la formation professionnelle

Rémunéré : Oui Non

Préciser le nom
de l'organisme :

Depuis le : / /

Accompagnement vers l'emploi réalisé par :

Mission locale Cap emploi Pôle Emploi Un référent RSA désigné par le Conseil Général

Autres, préciser :

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?

Aides de l'association de gestion du fonds
pour l'insertion professionnelle des personnes
handicapées (AGEFIPH)

Aides du fonds pour l'insertion des personnes
handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ? Oui Non

Autres, préciser :

D2 Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Temps plein ou partiel	Motif de fin d'activité
Exemple : 1998	Hôtesse de caisse	E leclerc	Temps partiel	Fin du CDD
6 mois				

Votre niveau de qualification :

Primaire
 Secondaire
 Supérieur

Dernière classe fréquentée :

Vos formations :

Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), préciser laquelle / lesquelles :

Diplômes obtenus :
 Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle (MOP), pré-orientation,...), préciser l'année et l'organisme :

D3 Votre projet professionnel

Avez-vous un ou plusieurs projet(s) professionnel(s) ?

Si oui, le(s)quel(s) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

- Faire un bilan de vos capacités professionnelles
- Préciser votre projet professionnel
- Adapter votre environnement de travail
- Accéder à un emploi
- Accéder à une formation

Avez-vous éventuellement déjà identifié une structure qui pourrait répondre à vos attentes? Si oui, laquelle :

Avez-vous déjà pris contact avec cette structure ? Oui Non

Autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre situation professionnelle :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



- Un certificat médical de moins de 3 mois prévu pour les demandes MDPH
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (Pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal ; pour les personnes hébergées par un tiers : justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant).
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :

.....
.....

Le :/...../.....

Signature :

- Signature : De la personne concernée
 De son représentant légal
 Des deux parents (pour les mineurs)

J'accepte, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.

ou

Je n'accepte pas que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :

- Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué,
- Décision relative à l'attribution d'une carte ou d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- Situation d'urgence.

Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu par la CDAPH.

Les informations que je donne sont confidentielles.

La loi vous donne le droit d'être reçu par la CDAPH.

La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et des propositions de la MDPH.

Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recontactera si nécessaire.

Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.

**Vous recevrez par courrier
une réponse à votre
demande dans environ**



4 Mois

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial de la personne en situation de handicap. L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide la personne en situation de handicap au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun. Vous pouvez expliquer à la MDPH l'aide que vous apportez actuellement à la personne en situation de handicap et vous pouvez exprimer vos attentes et vos besoins.

F1 Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant :

Prénom de l'aidant : Date de naissance : / /

Nom de la personne aidée :

Votre lien avec la personne en situation de handicap :

Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : Non Oui depuis le / /

Êtes-vous actuellement en emploi : Oui Non Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

Nature de l'aide apportée :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Surveillance / présence responsable | <input type="checkbox"/> Coordination des intervenants professionnels |
| <input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'intérieur du logement | <input type="checkbox"/> Gestion administrative et juridique |
| <input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'extérieur | <input type="checkbox"/> Gestion financière |
| <input type="checkbox"/> Aide pour entretenir le logement et le linge | <input type="checkbox"/> Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'hygiène corporelle | <input type="checkbox"/> Aide à la communication et aux relations sociales |
| <input type="checkbox"/> Aide à la préparation des repas | <input type="checkbox"/> Aide au suivi médical |
| <input type="checkbox"/> Aide à la prise de repas | |

Autre, préciser :

Êtes-vous dédommagé(e) pour l'aide apportée à votre proche ?

Oui Préciser le montant mensuel Non

Qui participe avec vous à l'accompagnement de la personne aidée ?

Un (des) professionnel(s) Un (ou plusieurs) autre(s) proche(s) Je suis le seul aidant du demandeur

Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?

Non Oui, préciser :

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer : Oui, laquelle : Non

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

- Éloignement géographique (déménagement...)
- Problème de santé
- Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)
- Changement majeur dans la situation professionnelle
- Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite ...)
- Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...)

Autre, préciser :

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

- Pouvoir vous reposer au quotidien
- Obtenir une contre-partie financière
- Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu
- Échanger avec d'autres aidants
- Vous faire remplacer en cas de besoin
- Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche
- Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances
- Avoir un soutien psychologique
- Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle
- Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche
- Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux
- Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse

Autre, préciser :

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes?
Si oui, lequel / laquelle :

Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :

- Pour vous
- Pour la personne aidée

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature de l'aidant :

PIECE JOINTE N°11
TABLEAU DES TARIFS PCH – AVRIL 2016

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

Document d'information actualisé au 1^{er} avril 2016, prenant en compte l'arrêté du 25 février 2016 portant modification de l'arrêté du 28 décembre 2005 modifié fixant les tarifs de l'élément 1^o de la PCH

I - Tarifs et montants applicables au 1^{er} élément de la prestation de compensation¹

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 - principe général	13,61 €/h	130% du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie C, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999 ² .
Emploi direct - si réalisation de gestes liés à des soins ou aspirations endo-trachéales ³	14,11 €/h	130% du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie D, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999 ² .
Service mandataire - principe général	14,97 €/h	Majoration de 10% du tarif emploi direct.
Service mandataire - si réalisation de gestes liés à des soins... ³	15,52 €/h	Majoration de 10% du tarif emploi direct.
Service prestataire	Tarif du service ou 17,77 €/h	En cas de service habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale : Tarif fixé par le Président du conseil départemental (PCD) en application de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). En cas de service autorisé au titre de l'article L. 313-1-2 du CASF ⁴ : - soit le prix prévu dans la convention entre le PCD 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	3,70 €/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	5,54 €/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	952,69 €/ mois	85% du SMIC mensuel net, calculé sur la base de 35 h/ semaine applicable aux emplois familiaux.
Montant mensuel maximum majoré (arrêté du 25/05/2008)	1143,23 €/ mois	Majoration de 20% du montant mentionné à la ligne précédente.

Tableau 3 : Montant des forfaits (art. D.245-9 du CASF)

Dispositions	Montant	Modalité de calcul
Forfait cécité	648,50 €/ mois	50 heures sur la base du tarif égal à 130% du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie A, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999.
Forfait surdité	389,10 €/ mois	30 heures sur la base du tarif égal à 130% du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie A, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999.

¹ Tarifs applicables en métropole et dans les DOM, sauf à Mayotte, où les tarifs sont les suivants : emploi direct : 9,49€/h ; mandataire : 10,44€/h ; prestataire : 12,41€/h ; aidant familial dédommagé : 3,66€/h (montant mensuel maximum : 870,61€) ; aidant familial dédommagé si réduction ou renoncement à une activité professionnelle : 5,49€/h (montant mensuel maximum : 1044,73€) ; forfait cécité : 474,5 € ; forfait surdité : 284,7€ ; montant mensuel d'aide humaine en établissement : minimum : 34,68€ ; maximum : 69,35€ ; montant journalier d'aide humaine en établissement : minimum : 1,17€ ; maximum : 2,34€.

² Complété et modifié par l'accord de classification des emplois et l'avenant « salaires » n°39 du 21 mars 2014, étendus par arrêté du ministre du travail en date du 7 mars 2016

³ Dans le cadre des dispositions de l'art. L1111-6-1 du CSP ou du décret n°99-426 et sous réserve de la production d'une attestation d'apprentissage ou de formation

⁴ La référence aux services autorisés au lieu d'agréés antérieurement résulte de la transformation, par l'article 47 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, des services agréés en services autorisés au titre de l'article L.312-1-2 du CASF, ne valant pas habilitation à l'aide sociale et n'étant donc pas associée à une tarification par le PCD.

Tableau 4 : Montant du 1er élément de la PCH pour les personnes hébergées à temps complet dans un établissement

Dispositions		Montant	Modalité de calcul
Montant mensuel	Minimum	45,93 €/ mois	4,75 fois le SMIC horaire brut applicable pendant le mois de droit.
	Maximum	91,87 €/ mois	9,5 fois le SMIC horaire brut applicable pendant le mois de droit.
Montant journalier	Minimum	1,55 €/ jour	0,16 fois le SMIC horaire brut applicable pendant le mois de droit.
	Maximum	3,09 €/ jour	0,32 fois le SMIC horaire brut applicable pendant le mois de droit.

II - Tarifs et montants applicables aux autres éléments de la prestation de compensation (avril 2016)

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

Élément de la prestation de compensation		Montant maximal attribuable	Durée maximale *	Montant mensuel maximum	Tarif	
2^{ème} élément aides techniques	Règle générale	3960 €	3 ans	110 €	Selon les aides techniques : tarif détaillé ou 75% du prix dans la limite du montant maximal attribuable.	
	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, du véhicule et surcoûts liés aux transports	Aménagement du logement	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 et exceptionnelles	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 aide animalière	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 50 km.