



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (AAH, AEEH, PCH, APA, ASH) et panorama des aides extralégales

MAI 2025

Pierre CUNÉO
Paul BOURGEOIS
Alice MUNOZ-GUIPOUY
Olivier PERNET-COUDRIER

Céline PERRUCHON
Émilie FAUCHIER-MAGNAN

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



Inspection générale des
finances

IGF N° 2024-M-072-03

Inspection générale des
affaires sociales

IGAS N° 2025-014R

RAPPORT

DIVERGENCES TERRITORIALES DANS LES MODALITÉS D'ATTRIBUTION DES AIDES SOCIALES LÉGALES (AAH, AEEH, PCH, APA, ASH) ET PANORAMA DES AIDES EXTRALÉGALES

Établi par

PIERRE CUNÉO

Inspecteur général des
finances

CÉLINE PERRUCHON

Inspectrice des
affaires sociales

PAUL BOURGEOIS

Inspecteur des
finances

ÉMILIE FAUCHIER-MAGNAN

Inspectrice des
affaires sociales

ALICE MUNOZ-GUIPOUY

Inspectrice des
finances adjointe

OLIVIER PERNET-COUDRIER

Data scientist au pôle
science des données

- MAI 2025 -

SYNTHÈSE

L'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances ont été saisies par le Premier ministre d'une mission d'évaluation de la qualité de l'action publique relative aux divergences territoriales pour cinq aides sociales légales de soutien à l'autonomie (allocation adulte handicapé (AAH) ; allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ; allocation personnalisée d'autonomie (APA) ; prestation de compensation du handicap (PCH) ; aide sociale à l'hébergement (ASH)) et des aides extralégales sur le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Cette mission visait à formuler des recommandations pour harmoniser les pratiques, améliorer le contrôle interne et la lutte contre la fraude sur ces prestations, dans une logique de paiement au juste droit, ainsi qu'à documenter des économies budgétaires.

Les prestations légales étudiées représentent 30 milliards d'euros en 2023, soit 1 % du PIB. Elles sont principalement financées par les départements, chefs de file des politiques d'action sociale¹ (à hauteur de 42 %, via le financement de l'ASH, de l'APA et de la PCH), par l'État (à hauteur de 38 %, au seul titre de l'AAH), et enfin par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (à hauteur de 20 %, à travers le financement de l'allocation adulte enfant handicapé (AEEH) mais aussi des concours financiers aux départements pour l'APA et la PCH). L'effort national de soutien à l'autonomie a augmenté de 2,6 % par an entre 2010 et 2023 hors inflation. A la date de la mission :

- ♦ pour les départements, **les dépenses de solidarité (incluant le financement des dépenses d'insertion et de l'aide sociale à l'enfance) représentent le premier poste de dépenses de fonctionnement**, à hauteur de 69 %² en moyenne³ ;
- ♦ pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui est depuis 2021⁴ le gestionnaire de la cinquième branche « autonomie » de la Sécurité sociale, les dépenses liées à ces aides sociales légales représentent 15 % de son budget⁵ en 2023.

Quoique convergentes dans leur finalité d'accompagner et soutenir les personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie du fait de l'âge, **les cinq aides sociales légales diffèrent assez largement**, que ce soit :

¹ La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales consacre le département comme chef de file de l'action sociale. L'article L. 121-1 du CASF dispose ainsi que « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent ».

² À comparer à 60% quinze ans auparavant en 2007. Ce chiffre intègre les concours CNSA aux départements. Ces moyennes nationales ne doivent pas masquer des disparités significatives entre départements : les aides sociales départementales y représentent entre 50% (Alpes-de-Haute-Provence) et 78% (Nord) de l'ensemble des dépenses de fonctionnement, pour une médiane à 68%.

³ DREES, 2024, [L'aide sociale départementale : bénéficiaires, dépenses, financement, personnel](#) en 2022.

⁴ Art. 32 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 qui précise les missions de la CNSA et les insère dans le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles.

⁵ 90 milliards d'euros d'effort national en faveur du soutien à l'autonomie en 2023 d'après le [rapport de branche 2025 de la CNSA](#) dont 40,6 milliards d'euros de charges inscrites au budget de la seule CNSA pour 2024, dont trois-quarts [31,6 Mds€] financent les établissements sociaux et médico-sociaux et 6,3 Mds€ au titre des aides sous revue.

Synthèse

- ♦ **dans leur objet et leur nature** (minimum social et lutte contre la pauvreté pour l'AAH, logique de compensation personnalisée pour la PCH, l'APA et l'AEEH⁶, logique de soutien financier au financement des frais d'hébergement en établissement, au-delà des solidarités familiales pour l'ASH). Certaines sont des prestations en espèces (AAH, AEEH), d'autres en nature (APA, ASH, PCH) ;
- ♦ **pour leur financement** : l'AAH représente en 2023 38 % du montant total attribué dans le champ de la mission, l'APA et l'ASH près de 25 % et la PCH et l'AEEH respectivement 10 % et 5 %. Certaines de ces prestations peuvent laisser à leurs bénéficiaires un reste à charge, dont le montant dépend de leurs ressources (APA et PCH), tandis que l'ASH demeure soumise à l'obligation alimentaire des proches et au recours sur succession, principes historiques du Code civil⁷ et du Code de l'action sociale et des familles⁸ ;
- ♦ **dans les modalités qui régissent leur gestion** : l'APA et l'ASH sont gérées uniquement par les départements (avec une autonomie plus forte pour l'ASH) ; ; les aides sociales légales dans le champ du handicap font intervenir plusieurs acteurs : les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), ou les maisons départementales de l'autonomie (MDA), pour leur instruction ; les Caf (et la MSA), pour l'AEEH et l'AAH, et les départements (PCH) pour leur versement, sur la base des décisions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).
- ♦ **dans leur dynamique** : l'évolution récente des dépenses sur le champ du handicap est très dynamique (+7,8 %/ an entre 2017 et 2023 pour l'AEEH, + 7,6 %/an pour la PCH +5,4 %/ an pour l'AAH, +1,9 %/ an pour l'ASH pour les personnes handicapées), tandis que la croissance est plus modérée pour l'APA (+2,9 %/an) et que l'ASH pour les personnes âgées décroît (-1,0 %/an). Dans le champ du handicap, l'augmentation des dépenses est principalement liée à la hausse du nombre de bénéficiaires, du fait des tendances démographiques, d'un meilleur repérage, et surtout de l'extension du périmètre des prestations (prise en compte des altérations de la fonction psychique, cognitive et mentale et des troubles neuro-dégénératifs pour la PCH, déconjugalisation de l'AAH en 2023). Dans le champ du grand-âge, après une montée en charge de l'APA après sa création en 2001 (effet volume), la croissance récente est d'abord liée à l'évolution du montant moyen versé (effet prix). À compter de 2030, la croissance du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie⁹ devrait s'accélérer.

⁶ L'AEEH allie une logique de compensation personnalisée du fait de l'adaptation de son complément à la réalité des charges de la famille et logique de versement forfaitaire.

⁷ [Article 205](#) du code civil.

⁸ [Article L132-6](#) du CASF : « La proportion de l'aide consentie par les collectivités publiques est fixée en tenant compte du montant de la participation éventuelle des personnes restant tenues à l'obligation alimentaire ». Des dispositions législatives spécifiques prévoient la non-subordination de l'ensemble des aides sociales légales (en dehors de l'ASH) à cette obligation d'aliment (APA via l'[article L232-24](#), PCH via l' [article L245-7](#), AAH via l'[article L821](#) du CSS et son caractère différentiel : l'AAH versée est diminuée des éventuelles pensions alimentaires reçues).

⁹ DREES, 2024, [Révisions du modèle LIVIA](#) : +0,4 million de seniors dépendants entre 2020 et 2030 (dont +0,07 en établissement) et +0,6 million entre 2030 et 2040 (dont +0,15 en établissement).

Les différences territoriales, globalement stables et expliquées en partie par des facteurs socio-démographiques, varient selon les prestations.

Les écarts interdépartementaux dans l'attribution des prestations en termes de densité (taux de bénéficiaires) comme d'intensité (montant moyen par bénéficiaire) sont globalement stables au cours des six dernières années. Les disparités en densité des aides sont supérieures pour l'AEEH et pour l'ASH, tandis que les écarts d'intensité sont plus importants pour la PCH et l'APA, en cohérence avec leur caractère très individualisé, dans le cadre de plans personnalisés prenant en compte les besoins et les aides mobilisables par les bénéficiaires. L'AAH est la prestation la plus homogène, du fait des règles nationales qui la régissent, en tant que minimum social.

Les analyses statistiques réalisées par la mission sur les disparités entre départements sont convergentes avec les résultats des études antérieures, qui montrent qu'**une part variable selon les aides¹⁰ de ces écarts tient aux différences de caractéristiques de leurs populations : âge, revenus, prévalence des limitations d'activité.** Une part complémentaire de l'explication de ces disparités, pour ce qui concerne les montants d'aides légales versées, **est liée à l'offre de service aux personnes âgées et en situation de handicap.** Sans qu'il soit statistiquement possible d'expliquer l'intégralité des disparités résiduelles entre départements, **une partie d'entre elles résulte également des modalités de leur attribution et de leur gestion.**

Par ailleurs, les aides extralégales¹¹ dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie sont peu articulées entre elles et avec les aides légales.

La mission a identifié plusieurs leviers dans l'objectif d'améliorer l'harmonisation et l'équité territoriales de la gestion de ces cinq aides sociales légales sous revue.

Les écarts de pratiques sont consubstantiels d'une part à la décentralisation et à la libre-administration des collectivités territoriales. Ces prestations légales ont d'autre part un **caractère très individualisé et reposent sur une appréciation relativement subjective de la situation du demandeur** (appréciation du taux d'incapacité ou du degré de limitation, analyse des retentissements du handicap ou de la perte d'autonomie sur l'environnement du bénéficiaire ou sur sa capacité à retrouver un emploi, implication des aidants). Ces disparités individuelles n'apparaissent pas par construction dans les moyennes départementales analysées, et peuvent être à l'origine d'une part des écarts constatés. Elles pourraient utilement faire l'objet d'une analyse dédiée sur la base des remontées individuelles en cours de collecte.

Même s'il n'est donc pas anormal d'observer des différences, les objectifs de justice sociale et d'équité territoriale légitiment une harmonisation des pratiques, confiée à la CNSA depuis sa création. Continûment renforcée depuis, couvrant l'ensemble des « *acteurs participant à la mise en œuvre des politiques publiques d'autonomie¹²* » (MDPH, MDA, services autonomie des départements), cette mission concerne également la mise en place de systèmes d'informations qui constitue un point encore critique pour la productivité des équipes, la qualité des informations de gestion, la sécurité des opérations et l'effectivité des contrôles. Au niveau départemental, la plupart des MDPH et départements déploient également des démarches pour harmoniser les pratiques d'évaluation en leur sein. L'ensemble de ces démarches aux niveaux national et territorial (formations, échanges de pratiques, intégration des référentiels dans les SI, etc.) mérite d'être approfondi, sous l'égide de la CNSA auprès des départements et des MDPH.

¹⁰ Environ 70% des disparités d'intensité et de densité sont expliquées pour l'AAH, entre 55% et 60% pour l'APA et la PCH, 40 % pour l'AEEH et entre 25% et 40% pour l'ASH. Pour l'ASH-PA, le taux de non-recours très élevé (environ 70%) explique probablement une partie des écarts constatés.

¹¹ Financées par les communes, les intercommunalités, les conseils départementaux et les caisses de sécurité sociale (notamment les CarSat pour l'assurance vieillesse).

¹² [Article L223-5](#) du Code de la sécurité sociale.

En premier lieu, **le cadrage national (loi, règlement, guides-barèmes et référentiels) mériterait d'être actualisé, consolidé et précisé sur plusieurs aspects**, s'agissant notamment du cadrage des dépenses que l'AEEH et la PCH sont (ou pas) susceptibles de prendre en charge, ou des barèmes nationaux de calcul de l'obligation alimentaire pour l'ASH.

En second lieu, **l'application de ce cadrage national doit être rendue plus homogène**, en particulier s'agissant des durées d'attribution des droits d'une part, et des modalités de réalisation des évaluations d'autre part, en associant autant que possible les demandeurs eux-mêmes. L'exemple de l'attribution de l'AAH pour les taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % (dite AAH-2) montre qu'en dépit de l'existence de nombreux outils d'évaluation, la décision d'attribution de la prestation peut demeurer délicate pour les MDPH, **notamment du fait d'instructions réalisées très majoritairement sur dossier**. Sans compromettre les délais de traitement, la systématisation d'un entretien pour l'ensemble des primo-demandeurs d'AAH 2 doit permettre de compléter la connaissance de leur situation, et d'identifier plus systématiquement les situations où les demandes sont infondées (incapacité insuffisamment caractérisée) voire frauduleuse (certificats médicaux « de complaisance », voire falsifiés).

Par ailleurs, il est impératif de renforcer le contrôle sur ces prestations et de structurer une politique de lutte contre la fraude, aujourd'hui quasi-inexistante

Si le déploiement du contrôle interne et de la gestion des risques constitue désormais un objectif de la CNSA et des acteurs territoriaux (MDPH, MDA, équipes médico-sociales des départements), celui-ci reste encore embryonnaire. L'acculturation des acteurs territoriaux à la maîtrise des risques constitue un enjeu fort. La distinction instructeur/ payeur nécessite de définir les responsabilités des différents acteurs et de formaliser les processus, informations et outils, pour réduire les risques de déresponsabilisation et d'aléa moral, susceptibles d'altérer le paiement à bon droit, l'équité territoriale, et l'égalité devant la solidarité nationale. Le contrôle d'effectivité demeure peu structuré (pas d'axes de contrôle, absence d'outils de requêtages), hétérogène et, en tout état de cause, largement insuffisant, notamment parce qu'il est souvent vu comme secondaire par rapport aux délais de traitement et à l'accès aux droits.

Au surplus, les lacunes de l'automatisation des échanges de données entre les services instructeurs et services payeurs avec les autres organismes, notamment publics (sécurité sociale, services fiscaux, etc.) ne permettent pas de sécuriser les informations ni lors de l'instruction des demandes, ni pour leur actualisation en fonction de l'évolution de la situation du bénéficiaire.

Le développement des SI-MDPH harmonisé (notamment la brique commune SI-évaluation qui va prochainement se déployer) et SI-APA unique (encore en phase de conception) constitue une opportunité à ne plus reporter pour gagner en qualité des données (*a fortiori* si le taux de dématérialisation des demandes progresse au-delà des 20 % actuels), en productivité des équipes, sans induire de charge induite pour les bénéficiaires.

En matière de fraude aux aides sociales sous revue, il n'existe aucune stratégie de détection, en dépit de l'existence de fraudes avérées, y compris au sein des seuls départements rencontrés par la mission (altération de certificats médicaux, fraude à la résidence, prestations d'aides humaines sous-réalisées et/ou surfacturées, fraude interne, etc.).

Ainsi, la mission formule plusieurs recommandations pour introduire la faculté de réaliser un contrôle d'effectivité des dépenses d'une part (AEEH), et d'en généraliser la pratique d'autre part (APA et PCH). Cela passe notamment par une évolution des modalités de versement de l'APA et de la PCH (télégestion, relance de l'expérimentation de contemporanéisation du crédit d'impôt (Home+)) qui permet d'assurer non seulement l'effectivité de l'aide mais aussi l'exactitude des déclarations sociales et fiscales. Compte tenu de son rôle fondamental dans l'instruction des demandes (d'autant que le plus souvent les équipes d'évaluation n'ont pas toujours accès à un médecin pour compléter leur appréciation de la situation), la mission préconise un **plan d'action pour sécuriser et renforcer la qualité du certificat médical**, en association avec l'assurance maladie, notamment à travers sa dématérialisation, pour limiter les risques afférents. Plus globalement, une stratégie de lutte contre la fraude devra être développée et pilotée par la CNSA.

D'autres mesures ont été examinées dans une logique d'amélioration de la qualité de la dépense publique et dans une perspective d'économies budgétaires.

Sur le champ du handicap, quatre mesures étudiées permettent de renforcer la cohérence des prestations et leur équité. Concernant l'APA et l'ASH, l'évolution de leur base ressource permettrait de mieux prendre en compte la faculté contributive réelle des bénéficiaires.

S'agissant de l'APA, un renforcement de la progressivité du barème et une meilleure articulation avec le crédit d'impôt pour les services à la personne sont proposés par la mission. Une autre option de réforme, plus structurante, pourrait être mise à l'étude. Elle consisterait à introduire une obligation alimentaire, sur le modèle de l'ASH, en cohérence avec les principes du Code civil et au nom de l'équité entre enfants aidants, à condition que cette subordination ne constitue pas un motif de non-recours, qui serait préjudiciable non seulement à l'égalité devant les aides sociales, mais aussi à la santé des bénéficiaires.

La dépense fiscale devrait également être mieux articulée avec les prestations sociales, notamment pour les crédits d'impôts liés aux services à la personne. Le questionnement pourrait également concerner l'exonération d'impôt sur le revenu et de cotisations sociales des aides sociales, uniquement pour celles qui sont versées dans une logique de revenus (AAH) et non dans une logique de compensation de surcoûts (PCH, APA) ainsi que, pour les mêmes motifs d'équité, le cumul de la demi-part supplémentaire invalidité et l'exonération d'impôt sur le revenu pour les bénéficiaires de la PCH, ou encore l'abattement forfaitaire « PAPI » pour les personnes âgées.

De même, les aides extralégales des collectivités sur le champ du handicap et de la perte d'autonomie, doivent être mieux articulées entre départements et CCAS, en veillant en particulier à limiter les « doublons » (télé-alarme, portage de repas) pour consacrer les ressources limitées de l'action sociale aux personnes dans les situations les plus critiques, conformément au principe de subsidiarité. La généralisation en cours du service public départemental de l'autonomie constitue une opportunité pour renforcer la complémentarité des interventions des départements et du bloc communal en direction des personnes handicapées et en perte d'autonomie.

LISTE DES PROPOSITIONS

n°	Proposition	Autorités responsables
1	Dans le cadre de la généralisation du service public départemental de l'autonomie, renforcer la complémentarité entre les aides extralégales des départements et les offres de services des CCAS et éviter les recoupements.	CNSA, ARS et départements au niveau territorial
2	Élargir le bénéfice de l'action sociale extralégale des caisses de retraite à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie limitée (GIR 5 et 6), quel que soit leur niveau de revenu et supprimer l'aide sociale départementale à domicile.	DGCS, CNAV et caisses de retraite, en concertation avec Départements de France (DF)
3	Conforter l'action de la CNSA en matière d'harmonisation des pratiques des MDPH et des MDA, et la développer pour les équipes autonomie départementales, à travers l'intégration des guides et référentiels d'évaluation dans les SI, le renforcement des actions de formation et d'échanges de pratiques. Généraliser les pratiques départementales d'harmonisation des pratiques	CNSA, Départements, MDPH et MDA
4	Mettre en place un barème national pour le calcul de l'ASH, que le département peut assouplir sous forme d'aide extralégale, précisant les modalités d'évaluation des ressources des bénéficiaires et le calcul de l'obligation alimentaire ; rendre exécutoire la décision du conseil départemental.	DGCS, en concertation avec DF
5	Prévoir dans la réglementation les catégories de dépenses pouvant être couvertes par l'APA, l'AEEH et la PCH, dans une logique d'équité territoriale et d'efficacité thérapeutique.	DGCS, DSS, CNSA, en concertation avec DF
6	Mettre en place un cadre national de référence pour les durées d'ouverture des droits, et intégrer les indicateurs correspondants au suivi national.	CNSA
7	Par voie réglementaire, proscrire le recours au certificat médical simplifié lors des demandes d'AEEH et de PCH (enfant).	DGCS et DSS
8	Ouvrir la possibilité de réduire à un an la durée des droits pour les compléments d'AEEH.	DSS
9	Systématiser un entretien (par téléphone, en visio-conférence ou, autant que possible, en présentiel) pour l'ensemble des primo-demandeurs d'AAH 2, afin de compléter la connaissance de leur situation et renforcer la qualité des décisions.	DGCS, CNSA, MDPH et MDA
10	Proposer systématiquement un accompagnement par le service public de l'emploi aux nouveaux allocataires de l'AAH 2 (Convention quinquapartite).	DGEFP, France travail, Chéops
11	Introduire un contrôle d'effectivité des dépenses prises en charge au titre de l'AEEH pour la compensation de la réduction d'activité.	DSS, CNAF, CNSA
12	Mettre en place un financement direct des dépenses de soins par l'assurance maladie des professionnels de santé et des autres frais aux professionnels, évitant l'avance des frais par le bénéficiaire et permettant de sécuriser les flux financiers.	CNAM, CNSA
13	Encourager la télégestion pour les prestataires et les mandataires et le recours au CESU préfinancés pour l'emploi direct, pour le paiement des heures d'aide humaine au titre de l'APA et de la PCH.	DF, départements

Synthèse des propositions

n°	Proposition	Autorités responsables
14	Relancer et généraliser le projet de crédit d'impôt contemporain (Home +) pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH porté par la DSS, en collaboration avec la DGCS et l'ACOSS.	DSS, en collaboration avec la DGCS et l'ACOSS
15	Promouvoir et faciliter l'accès des MDPH et des départements au répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), au DRM et renforcer les échanges de données entre les MDPH et les services autonomie avec la DGFIP et le ministère de l'intérieur. À moyen terme, développer des requêtes embarquées de non-cumul dans les SI (CNSA).	DSS, CNSA, DGFIP, Ministère de l'intérieur
16	Développer un programme de dématérialisation du certificat médical MDPH, en coopération avec l'assurance maladie, et poursuivre la dématérialisation des dossiers de demandes et des pièces justificatives apportées à l'appui, dans une logique de simplification.	CNSA, en lien étroit avec la CNAM
17	Confier à la CNSA le pilotage d'un programme pour améliorer la qualité du remplissage du certificat médical (en collaboration <u>étroite</u> avec la caisse nationale d'assurance maladie)	CNSA, en collaboration étroite avec la CNAM
18	Formaliser une stratégie de lutte contre la fraude à la fois au niveau national et dans les départements (MDPH, équipes autonomie), pilotée par la CNSA et intégrer l'autonomie et le handicap dans les travaux des comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF).	CNSA, MDPH, départements, préfectures
19	Réviser les modalités des aides à la parentalité de la PCH, dans une logique compensatrice, en tant compte des coûts réellement supportés, en particulier lorsque les enfants des bénéficiaires ne sont pas présents au foyer.	DGCS
20	Réviser le régime de l'aide humaine de la PCH pour les personnes accueillies en établissement s'agissant des délais de prise en compte ou du champ d'application au regard des besoins réels du bénéficiaire hébergé.	DGCS
21	Pour la PCH et l'APA, déduire les éventuels droits à indemnités versés par les assurances et autres tiers, en cas de cause accidentelle, du montant des aides légales, et instaurer une obligation de notification par les assureurs des montants d'indemnités alloués (loi).	DGCS, DSS, en concertation avec DF
22	Élargir la base ressource prise en compte dans le calcul de l'ASH-PH au patrimoine mobilier, immobilier, financier (assurance vie notamment), le cas échéant en élargissant l'application de l'article R. 132-1 du CASF aux bénéficiaires de l'ASH-PH.	DGCS, en concertation avec DF
23	Réformer le barème de l'APA pour en renforcer la dégressivité, le cas échéant en tenant compte des ressources patrimoniales et en adaptant les critères du crédit d'impôts services à la personne.	DGCS, en concertation avec DF

SYNTHÈSE FINANCIÈRE DES MESURES

Proposition ou mesure	Chiffrage (ordre de grandeur)	Détail du chiffrage
Mettre en place un barème national pour le calcul de l'ASH, précisant les modalités d'évaluation des ressources des bénéficiaires et le calcul de l'obligation alimentaire.	50 M€	3.1.2 et fiche ASH (PJ)
Systématiser un entretien (par téléphone, en visio-conférence ou, autant que possible, en présentiel) pour l'ensemble des primo-demandeurs d'AAH 2, afin de compléter la connaissance de leur situation et renforcer la qualité des décisions	Entre 300 et 500 M€	3.1.4 et fiche AAH (3.2.2)
Introduire un contrôle d'effectivité des dépenses prises en charge au titre de l'AEEH pour la compensation de la réduction d'activité.	Entre 20 et 50 M€	3.2.2.1 et fiche AEEH (3.2.3)
Mettre en place un financement direct des dépenses de soins par l'assurance maladie des professionnels de santé et des autres frais aux professionnels, évitant l'avance des frais par le bénéficiaire et permettant de sécuriser les flux financiers.		
Relancer et généraliser (DSS, en collaboration avec DGCS et ACOSS) le projet de crédit d'impôt contemporain (Home +) pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH	50 à 100 M€	Fiche APA (3.2.2)
Réviser le régime de l'aide humaine de la PCH pour les personnes accueillies en établissement	10 M€	Fiche PCH (3.3.4.2)
Élargir la base ressource prise en compte dans le calcul de l'ASH-PH au patrimoine mobilier, immobilier, financier (assurance vie notamment), le cas échéant en élargissant l'application de l'article R. 132-1 du CASF aux bénéficiaires de l'ASH-PH.	50 à 150 M€	Fiche ASH (PJ)
Réformer le barème de l'APA pour en renforcer la dégressivité, le cas échéant en tenant compte des ressources patrimoniales et en adaptant les critères du crédit d'impôts services à la personne.	50 à 250 M€, voire 500 M€ si articulé avec une réforme du crédit d'impôt	Fiche APA (1.5.1)
Sous-revalorisation (ou non-revalorisation) de l'AAH	Jusqu'à 250 M€	Fiche AAH (4.2)
Sous-revalorisation (ou non-revalorisation) de l'AEEH	Jusqu'à 20 M€	Fiche AEEH (4.2)
Suppression du cumul intégral de six mois de l'AAH et des revenus d'activité professionnelle en milieu ordinaire	25 M€	Fiche AAH (4.1)

LISTE DES AUTRES PROPOSITIONS

Annexe 4

Proposition n° 1 : Étudier la faisabilité de l'abandon de l'obligation d'instruction des dossiers d'ASH par les CCAS.

Proposition n° 2 : Préciser le cadre réglementaire sur la recevabilité des pièces justificatives obligatoires du dossier [CNSA ; DGCS].

Proposition n° 3 : Prévoir un suivi d'un indicateur relatif aux durées d'attribution des droits par la CNSA, au titre de ses missions d'harmonisation.

Proposition n° 7 : Réaliser une étude en vue, le cas échéant, de modifier la loi pour permettre un pré-tri des instructions, ou permettre une approche souple de l'évaluation fondée sur deux niveaux (AAH, AEEH, PCH).

Annexe 5

Proposition n° 1 : Définir par voie réglementaire le seuil à partir duquel le recouvrement d'indus de PCH et d'ASH est abandonné.

Proposition n° 6 : Poursuivre et systématiser les échanges de données entre les deux branches au niveau national pour structurer les démarches de contrôle interne et de lutte contre la fraude ; décliner ces échanges au niveau local.

Fiche AAH

Proposition 1 : Garantir l'accès de l'ensemble des évaluateurs de l'AAH au sein des MDPH et au SI DUDE de France travail pour prendre connaissance des démarches de recherche d'emploi des demandeurs de l'AAH.

Proposition 3 : Étudier la possibilité d'échanges de données sécurisés concernant la consommation de soins des demandeurs d'AAH entre les MDPH et l'assurance maladie.

Proposition 5 : Renforcer la présence du service public de l'emploi (Cap emploi et France Travail) dans les équipes pluridisciplinaires des MDPH aux fins d'approfondissement de l'évaluation de l'orientation et de l'insertion professionnelles lors des demandes d'AAH

Proposition 7 : Investiguer sur les éventuelles pratiques de rehaussement de taux d'incapacité en CDAPH (mission d'audit de la CNSA) et, le cas échéant, procéder à un rappel de la réglementation auprès des CDAPH.

Proposition 8 : Développer les réunions conjointes Caf/ MDPH relatives à l'anticipation des fins de droit d'AAH, et fixer une règle nationale concernant la durée de versement d'avances versées en l'attente de la décision relative au renouvellement de l'AAH.

Proposition 9 : Étudier la mise en œuvre du DRM pour l'AAH.

Proposition 10 : Contemporanéiser les ressources des allocataires de l'AAH qui travaillent exclusivement en ESAT.

Fiche AEEH

Proposition n° 1 : Établir une étude d'impact de l'intégration de l'AEEH dans la base ressources prise en compte pour le calcul de la prime d'activité.

Proposition n° 3 : Favoriser les échanges d'information automatisés entre les MDPH et les CAF, à un niveau permettant d'identifier précisément les frais pris en charge.

Synthèse des propositions

Fiche ASH

Proposition n° 1 : Dans une logique de subsidiarité, inscrire dans le Code de l'action sociale et des familles le principe de liquidation préalable du patrimoine liquide, en instaurant un seuil de liquidité à laisser au bénéficiaire. En parallèle, codifier la jurisprudence du Conseil d'État concernant les charges obligatoires à déduire pour évaluer les ressources nettes du bénéficiaire.

Proposition n° 3 : Renforcer les échanges de données avec les services des finances publiques et les caisses d'allocation familiales pour faciliter le calcul de l'obligation.

Proposition n° 4 : Généraliser les partages de données visant à fluidifier le processus de recours sur succession (avec les établissements d'accueil, la CAF, les notaires, la DGFIP), que ce soit au niveau de l'identification des décès ou de l'évaluation de l'actif net successoral. Permettre un accès pour les services départementaux à FICOBA et aux données bancaires (dont assurance vie) dans le cas des successions sans notaire. Généraliser les outils métiers permettant d'établir de façon automatique la créance au décès du bénéficiaire afin de limiter les coûts de gestion.

Fiche APA

Proposition n° 2 : Étudier dans plusieurs départements une mesure visant à introduire une obligation alimentaire pour l'APA pour simuler les effets (coût de gestion, délais de traitement, enjeux et transferts financiers).

Proposition n° 3 : Systématiser les flux de données entre services départementaux et administrations afin de faciliter l'instruction des demandes, pour les services comme pour les demandeurs, suivant le principe du « Dites-le nous une fois » et l'accompagnement des bénéficiaires de l'APA, en particulier :

Proposition n° 4 : Simplifier la détermination du domicile de secours sur la base du domicile déclaré sur l'avis d'impôt de l'année n-1 précédant la demande.

Proposition n° 6 : Généraliser des réunions a minima mensuelles d'harmonisation entre les différentes équipes médico-sociales départementales.

Proposition n° 8 : Rendre obligatoire le contrôle d'effectivité de l'aide humaine et technique lors du renouvellement de l'APA [services évaluateurs et comptables départementaux].

Proposition n° 9 : Prévoir, dans le cadre de la conception du SI-APA, des requêtes natives de vérification des règles de cumul avec les autres prestations, en intégrant des API avec le RNCPS [CNSA].

Fiche PCH

Proposition n° 5 : Réaliser une étude en vue, le cas échéant, de modifier la loi pour permettre une instruction allégée, sans évaluation systématique approfondie au domicile du demandeur, pour les dossiers manifestement hors champ de la prestation PCH.

Proposition n° 11 : Structurer les contrôles par une analyse des risques sur le paiement à bon droit (non recours ou sur-montants) et uniformiser, en cas de fraude, l'identification de zones de fragilité dans les processus ou les types d'aides (ou toute autre dimension, y compris pour les certificats médicaux) coordonnant la vérification des situations similaires sur l'ensemble du territoire, avec en particulier des axes de contrôle et des requêtes discutés, partagés et suivis entre la CNSA et les MDPH.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. EN CROISSANCE, LES AIDES SOCIALES EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP OU DE PERTE D'AUTONOMIE CONNAISSENT DES ÉVOLUTIONS DIFFÉRENCIÉES.....	4
1.1. Sur une longue période, la dépense publique d'accompagnement de la perte d'autonomie et du handicap croît au niveau national et dans les budgets départementaux	4
1.1.1. <i>L'effort national de soutien à l'autonomie a cru de 2,6 % par an entre 2010 et 2023, avec une croissance plus dynamique sur le champ des personnes âgées.....</i>	4
1.1.2. <i>La hausse des dépenses publiques sur le champ de l'autonomie concerne notamment les départements, qui consacrent près de 70 % de leur budget de fonctionnement aux dépenses sociales.....</i>	5
1.2. Les cinq aides légales sous revue obéissent à des logiques distinctes et font intervenir de nombreux acteurs, sous l'égide du département, conforté dans son rôle de chef de file	6
1.2.1. <i>Des prestations dans une logique de minima social ou de prestations de compensation, en nature ou en espèce, sous condition de ressource ou non</i>	6
1.2.2. <i>Les aides sociales légales sous revue font, sauf exception, l'objet d'une gestion (instruction, évaluation, décision, versement, financement) faisant intervenir une multiplicité d'acteurs.....</i>	7
1.3. Les cinq aides sociales étudiées sont en croissance, à des rythmes marqués dans le champ du handicap, du fait d'une extension des droits et d'un meilleur repérage.....	8
1.4. Des aides extralégales qui nécessitent d'être mieux articulées entre départements et le bloc communal	11
2. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES EXPLIQUENT, DE MANIÈRE AGRÉGÉE, LA MOITIÉ DES ÉCARTS DE DENSITÉ (BÉNÉFICIAIRES) ET D'INTENSITÉ (MONTANTS MOYENS) POUR LES CINQ AIDES SOCIALES LÉGALES, AVEC DES DIFFÉRENCES IMPORTANTES ENTRE LES AIDES.....	13
2.1. Les disparités entre départements, globalement stables, sont plus importantes en densité qu'en intensité, sauf pour la PCH.....	14
2.2. Les facteurs socio-démographiques expliquent, pour chaque aide, une partie, parfois majoritaire, des écarts de dépenses.....	17

3. L'HARMONISATION DES PRATIQUES D'ATTRIBUTION DES AIDES PEUT ENCORE PROGRESSER, TANDIS QUE LE CONTRÔLE INTERNE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE SONT ENCORE LARGEMENT À DÉPLOYER OU À DÉVELOPPER..... 19

- 3.1. En dépit d'efforts d'harmonisation, les pratiques d'évaluation et de versement des prestations par les MDPH et les services autonomie des conseils départementaux présentent des disparités qui compromettent l'égalité de traitement des demandes..... 20
 - 3.1.1. *Les missions de la CNSA en matière d'harmonisation des pratiques se sont renforcées, tandis que la plupart des MDPH et conseils départementaux mènent des actions d'harmonisation* 20
 - 3.1.2. *Le cadre juridique, qui laisse une grande souplesse, mérite d'être précisé pour limiter les disparités, sans revenir sur le principe d'évaluations individualisées*..... 23
 - 3.1.3. *Les durées d'attribution des droits mériteraient d'être harmonisées, tandis que l'objectif de simplification doit être concilié avec l'adaptation à l'évolutivité du handicap*..... 24
 - 3.1.4. *L'évaluation de l'AAH 2 nécessite des aménagements dans une logique de juste droit mais aussi pour renforcer l'accompagnement des allocataires* 25
- 3.2. Le déploiement du contrôle interne et la structuration de la lutte contre la fraude constituent des priorités pour le versement à bon droit des prestations 26
 - 3.2.1. *La culture du contrôle et de la lutte contre la fraude, embryonnaire tant en MDPH que dans les services autonomie, présente un risque au regard des enjeux humains et financiers des aides attribuées*..... 26
 - 3.2.2. *Un contrôle interne à renforcer tant au niveau national que local*..... 28
 - 3.2.3. *Une stratégie de lutte contre la fraude à construire, par convergence progressive des standards et des pratiques vers ceux des organismes de sécurité sociale*..... 32

4. D'AUTRES MESURES PARAMÉTRIQUES OU FISCALES POURRAIENT GÉNÉRER DES ÉCONOMIES BUDGÉTAIRES D'ICI À 2027 32

- 4.1. Des mesures d'aménagement des paramètres des cinq prestations peuvent permettre de renforcer leur cohérence et mieux prendre en compte la faculté contributive des personnes concernées..... 33
 - 4.1.1. *Quatre mesures relatives aux prestations du champ du handicap permettraient de renforcer leur équité ou leur cohérence* 33
 - 4.1.2. *Des mesures d'évolution des prestations en vue de mieux refléter la faculté contributive des bénéficiaires, sans remettre en cause l'universalité des prestations*..... 34
 - 4.1.3. *D'autres mesures pourraient être adoptées dans une logique de rendement budgétaire*..... 35
- 4.2. La dépense fiscale peut et doit être mieux articulée avec les aides sociales pour en renforcer la légitimité et l'efficacité 36

CONCLUSION 37

INTRODUCTION

Par lettre du Premier ministre du 4 décembre 2024 (*cf. infra*, annexe I), l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales ont été saisies aux fins de la réalisation d'une mission portant sur les divergences territoriales dans les modalités d'attribution de cinq aides sociales légales et extralégales. Le périmètre de la mission a porté sur trois prestations dans le champ du handicap (allocation adulte handicapé -AAH-, prestation de compensation du handicap -PCH-, allocation d'éducation de l'enfant handicapé -AEEH-), une prestation dans le champ de l'autonomie des personnes âgées (allocation personnalisée d'autonomie -APA-) et une prestation au bénéfice des deux publics (aide sociale à l'hébergement -ASH-).

Ces prestations sociales légales, attribuées au niveau départemental représentent 30 Mds€ en 2023. Elles obéissent à des logiques distinctes et complémentaires : logiques de minimum social largement régi par un cadre national et les principes de solidarité (AAH), de prestation familiale monétaire sans condition de ressources, visant à compenser les charges et pertes de ressources liées au handicap (AEEH), de prestations en nature, répondant à des principes de compensation de la dépendance ou du handicap (PCH et APA), d'aide sous condition de ressources, pour financer tout ou partie des frais d'hébergement en établissement (ASH).

S'agissant des prestations légales, la lettre de saisine des inspections portait sur les points suivants :

- ◆ objectiver et quantifier la part de la disparité liée aux éléments caractéristiques de la population (âge, état de santé, prévalence du handicap et de l'autonomie, situation économique et familiale) et la part dont l'origine doit être recherchée dans d'autres éléments ;
- ◆ identifier les sources de disparités d'origine non socio-démographique.

La mission devait également dresser un panorama des aides extra-légales apportées à titre subsidiaire sur financements publics, soit par les collectivités territoriales (départements, communes et intercommunalités, mais également les régions), soit par l'action sociale des caisses de sécurité sociale, notamment pour les personnes âgées par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). La mission devait en outre proposer des recommandations visant à assurer un meilleur suivi et un encadrement de ces aides, dans le respect du principe constitutionnel de libre-administration des collectivités territoriales. L'investigation des doctrines et pratiques de contrôle et de lutte contre la fraude complétait les attendus de cette mission. Enfin, la mission a intégré dans son analyse les dispositifs fiscaux en faveur des personnes handicapées et en perte d'autonomie, dans une approche élargie de la dépense publique intégrant la dépense fiscale, s'agissant d'une mission qui devait aussi documenter des économies budgétaires.

Fait social, mais aussi économique et sanitaire majeur, la perte d'autonomie est l'un des défis les plus structurants des systèmes de protection sociale des sociétés confrontées à un vieillissement accéléré de leurs populations. Les politiques de l'autonomie portent l'ambition d'un accompagnement des personnes concernées, âgées et en situation de handicap, dans leur parcours de vie, d'une reconnaissance des droits et d'une inclusion croissantes de ces personnes dans la vie économique et sociale du pays.

Les aides sociales légales caractérisent la volonté de la Nation d'accompagner et soutenir les vulnérabilités liées à la perte d'autonomie du fait de l'âge ou aux situations de handicap et à leur retentissement. Elles constituent également un investissement sur plusieurs dimensions : outre un objectif de justice sociale dont elles sont l'instrument privilégié, elles s'inscrivent dans un objectif d'activation du potentiel de croissance économique et sociale du pays via l'insertion scolaire et professionnelle des personnes en situation de handicap, ou encore via la limitation des dépenses de soins liées à la prévention de l'aggravation de la dépendance liée à l'âge.

En France, une personne sur sept âgée de 15 ans et plus se déclare en situation de handicap¹³, dont une personne sur quatre âgée de 60 ans ou plus ; 501 700 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en France à la rentrée 2022, dont 87 % en milieu ordinaire ; une personne sur quatorze de plus de 60 ans (7,2 %) bénéficie de l'APA¹⁴. L'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie s'appuie sur une offre d'accueil et d'hébergement en établissement médico-social, ainsi que de services d'aide à domicile qui constitue un secteur économique important et en croissance : 1,4 million de professionnels salariés travaillent dans le secteur, essentiellement des femmes (87 %)¹⁵. Au-delà, les aidants constituent également une réalité sociale majeure dans le soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées : 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche¹⁶ en situation de handicap ou de perte d'autonomie, au risque parfois de s'y épuiser et/ou de porter atteinte à leur insertion professionnelle et sociale.

Si la France est le pays européen qui consacre la plus grande part de sa richesse nationale à la protection sociale (31,5 % contre 26,7 % en moyenne en 2023), les dépenses publiques pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées sont proches de la moyenne des États membres de l'Union européenne comme des pays de l'OCDE¹⁷, même si les comparaisons internationales en la matière doivent être considérées avec force précautions.

Historiquement, et plus encore depuis les années 1980, le département a été reconnu comme le chef de file des politiques publiques d'action sociale. Ses compétences ont été continûment renforcées pour coordonner l'action sociale de l'ensemble des acteurs territoriaux, et, dans le même mouvement, la part des dépenses sociales dans ses charges de fonctionnement ont également crû continûment (69 % en 2023). À cette fin, il dispose de services autonomie en charge de l'instruction des aides sociales en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Les groupements d'intérêt publics (GIP) maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), guichets uniques de l'aide aux personnes handicapées depuis leur création par la loi de 2005, instruisent et ouvrent les droits au bénéfice des personnes en situation de handicap.

¹³ 7,6 millions de personnes de 15 ans ou plus vivant en ménages « ordinaires » ont une limitation sévère ou une restriction dans les activités quotidiennes en France, soit 14 % de la population. « *En 2022 en France métropolitaine, 14,5 millions de personnes de 15 ans ou plus (28 %) vivant à domicile déclarent avoir au moins une limitation fonctionnelle sévère (des problèmes de vue ou d'audition malgré une correction, des difficultés pour monter un escalier, des trous de mémoire fréquents, etc.) et 5,4 millions (10 %) déclarent être fortement restreintes dans des activités essentielles du quotidien (se coucher et se lever, s'habiller, faire ses courses, manger et boire, etc.).* » in [DREES, 2024 \(mai février 2025\), Le handicap en chiffres, Edition 2024](#).

¹⁴ CNSA, [Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2024](#). 1,3 million de bénéficiaires payés au titre de l'APA en décembre 2022, dont 794 000 à domicile et 542 500 en établissement, soit 7,2% de la population de 60 et plus (2,4 millions de personnes).

¹⁵ Rapport de Mme Brigitte Bourguignon, 2015, [États généraux du travail social](#) et CNSA, 2024, [Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2024](#).

¹⁶ DREES, 2023, *Études et résultats* [1255](#).

¹⁷ Cf. *infra*, annexe IX, sur l'étude de comparaison internationale réalisée sous l'égide de la DG Trésor dans huit pays dans le cadre de la mission, cf. aussi notes 19 et 22.

Rapport

Afin de réaliser ses travaux, la mission s'est appuyée sur :

- ♦ une analyse statistique et économétrique prise en charge par le pôle science des données de l'IGF, qui a notamment conduit à identifier cinq groupes de départements, représentatifs des différentes particularités territoriales en termes de caractéristiques pertinentes au regard des cinq aides sociales sous revue¹⁸ ;
- ♦ des déplacements dans cinq départements (Gironde, Nord, Oise, Paris, Yonne), sur la base de groupes de départements statistiquement reconstitués, permettant des entretiens approfondis avec les exécutifs et leurs équipes, les MDPH, et une investigation fine des processus de gestion des demandes ;
- ♦ des auditions et échanges de données et de vues avec les principales parties prenantes de ces politiques publiques : État (administrations centrales et services territoriaux), caisses nationales et locales de sécurité sociale, Départements de France, représentants associatifs des populations concernées, centres communaux d'action sociale ou encore associations. Le monde académique a également été sollicité pour éclairer la mission, notamment dans le cadre de projets de recherche en cours (cf. liste des personnes rencontrées en annexe II) ;
- ♦ la passation d'un questionnaire auprès de l'ensemble des présidents de conseils départementaux et de leurs équipes complétée par un autre questionnaire adressé à l'ensemble des préfetures (avec un taux de réponse de près de 50 %) ;
- ♦ une étude de comparaison internationale réalisée sous l'égide de la DG Trésor et qui a mobilisé les services économiques régionaux et conseillers sociaux de huit de nos représentations à l'étranger¹⁹.

Le présent rapport de synthèse qui rend compte de ses travaux est ainsi complété par :

- ♦ neuf annexes, portant notamment²⁰ sur :
 - les disparités de dépenses entre départements pour les cinq aides sous revue (annexe III) en distinguant écarts de densité (taux de bénéficiaires des aides rapportés à la population générale) et différences interdépartementales d'intensité des aides (montant moyen versé à chaque bénéficiaire) ;
 - les disparités départementales pour les modalités de gestion de ces aides (annexe IV), sur la base d'une analyse plus qualitative des disparités de gestion transverses aux cinq prestations légales ;
 - une annexe relative aux caractéristiques et disparités des actions de contrôle et de lutte contre la fraude sur les cinq prestations légales (annexe V) ;
 - un panorama des aides extralégales (annexe VI) ;
 - une analyse des dépenses et avantages fiscaux pour les personnes en situation de handicap et les personnes dépendantes (annexe VII).
- ♦ cinq fiches monographiques portant sur chacune des prestations légales étudiées par la mission qui en analysent le cadre juridique, l'évolution des dépenses, le processus de gestion et détaillent les propositions spécifiques les concernant.

¹⁸ Cf. *infra*, annexe III.

¹⁹ Allemagne, Canada, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Japon, Pays-Bas, Royaume-Uni. Les contributions reçues et leur mise en perspective par la mission sont retracées *infra* en annexe IX du présent rapport.

²⁰ Les autres annexes sont la lettre de mission (annexe I), la liste des personnes rencontrées (annexe II), l'étude de comparaison internationale (annexe IX) ainsi qu'une projection du cadre d'analyse de la dépense publique et de sa revue pour en améliorer la qualité et l'efficacité (annexe VIII).

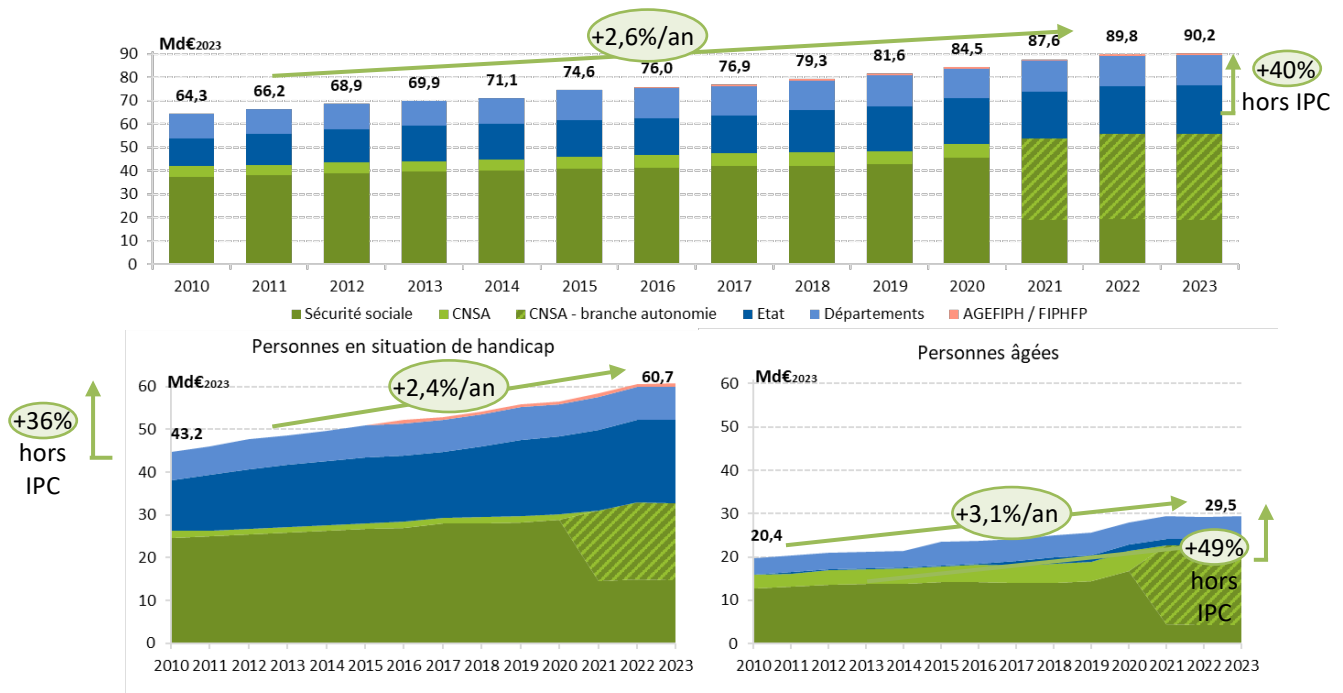
1. En croissance, les aides sociales en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie connaissent des évolutions différenciées

1.1. Sur une longue période, la dépense publique d'accompagnement de la perte d'autonomie et du handicap croît au niveau national et dans les budgets départementaux

1.1.1. L'effort national de soutien à l'autonomie a cru de 2,6 % par an entre 2010 et 2023, avec une croissance plus dynamique sur le champ des personnes âgées

En incluant les dépenses de soins prises en charge par l'assurance-maladie pour les personnes concernées²¹ et les versements publics en soutien des établissements d'accueil et d'hébergement, la dépense publique en faveur du soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées est de 90 Mds€ en 2023, en croissance annuelle de 2,6 % par an au-delà de l'inflation.

Graphique 1 : Effort national de soutien à l'autonomie (euros constants 2023)



Source : Sécurité sociale, PLFSS 2025, annexe 7. IPC pour indice des prix à la consommation.

Plaçant la France dans la moyenne européenne²², cet effort de la solidarité nationale se décompose pour deux tiers pour le soutien aux personnes en situation de handicap (60,7 Mds€ en 2023) et pour un tiers, en croissance plus rapide sur longue période, pour les personnes âgées en perte d'autonomie (29,5 Mds€ en 2023).

²¹ L'assurance maladie, les dépenses principalement au titre des pensions d'invalidité, des soins de ville et des unités de soins de longue durée (USLD). Sécurité sociale, PLFSS 2025, annexe 7.

²² Cf infra, annexe IX sur les éléments de comparaison internationale établis dans le cadre de la mission. Ils sont à considérer avec précaution compte tenu des spécificités propres à l'organisation des systèmes de soutien à l'autonomie dans les différents pays, même s'ils s'appuient sur des concepts communs forgés par l'OCDE et Eurostat.

Rapport

Cet effort de la solidarité nationale s'inscrit après la prise en charge des charges afférant à leurs limitations par les personnes concernées elles-mêmes pour autant qu'elles le peuvent, le cas échéant après les devoirs mutuels de secours et d'assistance entre époux²³, les obligés alimentaires (toutefois souvent peu mobilisés) et les versements reçus de tiers au titre des assurances ou tiers. Il mobilise également la solidarité informelle via d'abord le soutien des proches aidants (notamment la famille).

Ainsi en France, 8,8 millions d'adultes et 0,5 million de mineurs âgés de 5 ans ou plus sont proches aidants²⁴, soit respectivement une personne sur six et un mineur sur vingt. Le pourcentage de proches aidants culmine aux alentours de 60 ans : entre 55 et 64 ans, une personne sur quatre est concernée²⁵, principalement parmi les conjoints et les enfants.

Pour les seules personnes âgées en perte d'autonomie, l'aide informelle pour les seules personnes âgées en situation de dépendance était ainsi évaluée entre 7 et 11 milliards d'euros par le Conseil d'analyse économique²⁶ en 2016, estimation comparable aux dépenses de soins (12 Mds€). Rapportée au PIB, cette aide s'inscrit dans la moyenne des pays de l'OCDE²⁷.

1.1.2. La hausse des dépenses publiques sur le champ de l'autonomie concerne notamment les départements, qui consacrent près de 70 % de leur budget de fonctionnement aux dépenses sociales

Cette croissance des dépenses au titre de l'effort de la nation au soutien de l'autonomie mobilise l'ensemble des financeurs : État (financeur de 38 % des prestations légales étudiées), caisses de sécurité sociale, notamment la CNSA (qui finance 20 % des prestations), et les départements, chefs de file de l'action sociale²⁸ (qui financent 42 % des prestations).

²³ [Article 212](#) du Code civil : « Les époux se doivent mutuellement respect, fidélité, secours, assistance ».

²⁴ Entretien avec les personnes aidées « des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne » (Article L113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles)

²⁵ DREES, 2023, [9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021](#)

²⁶ Cité pour les personnes âgées en perte d'autonomie par Bozio, Gramain et Martin, Conseil d'analyse économique, 2016, [Quelles politiques publiques pour la dépendance ?](#) reprenant sur ce point DREES, 2004, « Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 », Dossiers Solidarité et Santé, n° 50.

²⁷ Fels et Cullen, OCDE, 2024, [Competition in the Care Economy](#).

²⁸ Cf. *infra*, 1.2.

La part des dépenses d'aides sociales dans les dépenses de fonctionnement départementales (y compris aide sociale à l'enfance enfance et RSA) **a ainsi augmenté significativement sur une période récente**, et représente 69 % en 2023²⁹ (contre 50 % en 2013). Elle varie significativement d'un département à l'autre³⁰ : elle s'échelonne de 50 % (Alpes de Haute Provence) à 78 % (département du Nord). Les budgets départementaux sont soumis à un double effet-ciseau :

- ♦ d'une part, les recettes des départements sont assises sur de la fiscalité affectée, des transferts de la part de l'État et des concours de la CNSA. Les recettes issues de la fiscalité suivent pour certaines les cycles économiques (fraction de TVA), pour d'autres des cycles propres (DMTO³¹, avec un niveau de volatilité élevé). En tout état de cause, les départements ne disposant pas de levier fiscal (à l'exception du demi-point supplémentaire de DMTO³²) pour ajuster leur niveau de recettes à celui de leurs dépenses ;
- ♦ d'autre part, dans le temps, les charges du département liées aux dépenses de solidarités connaissent une croissance continue, supérieure à la croissance des autres dépenses et des recettes (DREES, 2024). S'agissant en majorité de dépenses liées à l'attribution d'aides légales, qui peuvent pour certaines être contra cycliques (notamment pour les minima sociaux), les départements disposent de peu de marge pour les contraindre ou les réduire.

1.2. Les cinq aides légales sous revue obéissent à des logiques distinctes et font intervenir de nombreux acteurs, sous l'égide du département, conforté dans son rôle de chef de file

1.2.1. Des prestations dans une logique de minima social ou de prestations de compensation, en nature ou en espèce, sous condition de ressource ou non

Ces cinq aides diffèrent dans leurs logiques (minimum social universel ou catégoriel, compensation globale et individualisée, soutien financier en fonction des charges et des ressources) et dans leur fonctionnement (nature ou espèce) :

- ♦ l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (9 k€ en moyenne pour 1,3 million de bénéficiaires en 2023) s'inscrit dans une **logique de minimum social**, avec un caractère subsidiaire et différentiel, tempéré récemment par sa déconjugalisation en 2023 ;
- ♦ l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) (3 k€ pour 463 800 bénéficiaires en 2023) est financée par la branche autonomie depuis 2021 ; c'est **une aide monétaire**, sans condition de ressources, visant à compenser les charges et pertes de ressources liées au handicap de l'enfant ;

²⁹ DREES, 2024, [L'aide sociale départementale : bénéficiaires, dépenses, financement, personnel](#).

³⁰ DREES, 2024, *op. cit.*

³¹ Les droits de mutation à titre onéreux (DMTO) sont constitués de deux taxes, dont les recettes sont partagées entre les départements, les communes et l'État. Ces droits sont dus lors des mutations immobilières, et assis sur le prix de vente :

- la taxe départementale de publicité foncière (TPF) et droits d'enregistrement départementaux ;
- la taxe communale additionnelle à la taxe de publicité foncière et aux droits d'enregistrement.

³² [Article 116](#) de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025 à son II.A. : « Par dérogation à l'article 1594 D du code général des impôts, les conseils départementaux peuvent relever le taux de la taxe de publicité foncière ou du droit d'enregistrement prévu au même article 1594 D au-delà de 4,50 %, sans que ce taux excède 5 %, pour les actes passés et les conventions conclues entre le 1er avril 2025 et le 31 mars 2028 ».

- ♦ l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (5 k€ en moyenne pour 1,36 million de bénéficiaires en 2023) et la prestation de compensation du handicap (PCH, incluant l'ACTP en extinction³³, 6 k€ en moyenne pour 450 000 bénéficiaires en 2023), prestations en nature, répondent à des **principes de compensation** des charges supplémentaires induites par la dépendance ou le handicap³⁴. Pour l'APA comme pour la PCH, il peut subsister un reste à charge pour les bénéficiaires des plans d'aide individualisés³⁵ ;
- ♦ l'aide sociale à l'hébergement (ASH) (10 k€ en moyenne pour 116 000 bénéficiaires en 2023, pour l'ASH-PA, 37 k€ en moyenne pour 135 000 bénéficiaires en 2023, pour l'ASH-PH) est une aide financière sous condition de ressources, qui permet **de prendre en charge une partie des frais d'hébergement en établissement**, au bénéfice des personnes âgées (PA) comme des personnes en situation de handicap (PH). Il s'agit d'une aide différentielle, versée de façon subsidiaire par rapport aux autres aides et prestations, et qui n'intervient qu'après mise à contribution des obligés alimentaires (qui ne sont pas les mêmes pour l'ASH PA et l'ASH PH). Elle constitue une avance qui peut être récupérée par le département (dans le cadre du recours sur succession), selon des modalités différentes pour l'ASH-PA et l'ASH-PH³⁶.

1.2.2. Les aides sociales légales sous revue font, sauf exception, l'objet d'une gestion (instruction, évaluation, décision, versement, financement) faisant intervenir une multiplicité d'acteurs

Ces prestations reposent sur une gestion qui peut être soit intégrée soit partagée entre trois acteurs (cf. tableau infra).

Les départements sont chefs de file de la politique d'action sociale³⁷. Ils gèrent l'APA et l'ASH pour les personnes âgées de manière intégrée, au sein de services autonomie³⁸ intégrés aux conseils départementaux. Ils exercent également un rôle prépondérant³⁹ au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), **guichet unique départemental pour les personnes en situation de handicap et de leurs proches**, créées par la loi du 11 février 2005. Les MDPH instruisent l'ensemble des prestations pour les personnes handicapées (à l'exception de l'ASH-PH) et préparent les décisions d'ouverture des droits relevant des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées⁴⁰.

³³ La mission a pris en compte dans ses travaux l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) dans la mesure où cette prestation a été remplacée par la PCH en 2005. Si de nouveaux droits ne sont plus accordés au titre de l'ACTP depuis cette date, les bénéficiaires peuvent ou non exercer un droit d'option vers la PCH.

³⁴ Blavet, 2024. [Comment prendre en compte le coût supplémentaire lié au handicap dans la mesure du niveau de vie des ménages en France ?](#) in Économie et Statistique, 37-55.

³⁵ Pour l'APA, le reste à charge suit un barème progressif en fonction des revenus. Pour la PCH, le reste à charge est de 20% au-delà d'un certain niveau de ressources, sinon il est nul.

³⁶ En particulier, le recours sur succession ne vise pas le conjoint, les enfants ni les personnes qui ont assumé la charge effective et constante de la personne en situation de handicap. L'obligation alimentaire ne peut pas non plus être mise en œuvre (article L 344-5. 2° du CASF).

³⁷ [Article L121-1](#) du CASF : « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent ».

³⁸ Il est à noter que ces MDPH peuvent se regrouper avec les équipes autonomie du département au sein de « maisons départementales de l'autonomie », compétentes à la fois pour les personnes âgées et les personnes handicapées, sans que ce regroupement ne donne lieu toutefois à une nouvelle personnalité juridique morale ([Article L149-4](#) du CASF).

³⁹ [Article L146-4](#) du CASF : « La maison départementale des personnes handicapées est un groupement d'intérêt public constitué pour une durée indéterminée, dont le département assure la tutelle administrative et financière » au premier alinéa et par ailleurs « La maison départementale des personnes handicapées est administrée par une commission exécutive présidée par le président du conseil départemental » au quatrième alinéa.

⁴⁰ [Chapitre Ier bis \(articles L241-5 à L241-12\)](#) du CASF.

L'État exerce une mission de régulation et de financement. La définition du paysage institutionnel et juridique ainsi que la détermination du régime de ces prestations relèvent du législateur et du pouvoir réglementaire, y compris la fixation des montants de certains plafonds, tarifs-socles et barèmes auxquels elles sont soumises. L'État conserve également un rôle de financement (AAH, mais aussi une dépense fiscale évaluée à 2,5 Mds€, cf. annexe VII).

Le rôle de la sécurité sociale a été normalisé par la création de la cinquième branche « autonomie » en 2020, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée en 2004, devient alors gestionnaire⁴¹. Depuis 2015 et *a fortiori* à compter de 2020, la CNSA est investie par la loi⁴² d'une mission de pilotage, d'animation et de coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques d'autonomie, à la fois à l'égard des MDPH, des maisons de l'autonomie (MDA), des services publics départementaux de l'autonomie (SPDA) et des équipes autonomie des départements, en vue de garantir l'équité de ces politiques.

Enfin, les Caf (et MSA) assurent le versement d'une partie des prestations (AAH, AEEH).

Tableau 1 : Répartition des compétences dans la gestion de l'AAH, de l'AEEH, de la PCH, de l'APA et de l'ASH

	AAH	AEEH	PCH	APA	ASH
Instruction et évaluation	MDPH	MDPH	MDPH	Département	Département
Versement	Caf	Caf	Département	Département	Département
Financement	État (programme 157)	Branche autonomie	Département (avec un concours CNSA)	Département (avec un concours CNSA)	Département

Source : Mission, d'après le CSS et le CASF.

Ce fonctionnement hybride correspond à un équilibre entre deux logiques : **d'une part, la libre-administration des collectivités territoriales⁴³, d'autre part, l'égalité de toutes et tous devant la solidarité nationale⁴⁴.**

1.3. Les cinq aides sociales étudiées sont en croissance, à des rythmes marqués dans le champ du handicap, du fait d'une extension des droits et d'un meilleur repérage

Les dépenses des cinq aides du champ de la mission sont en croissance, à l'exception de l'ASH pour les personnes âgées⁴⁵. Les prestations du champ du handicap augmentent de manière très dynamique entre 2017 et 2023 (+7,8 %/an pour l'AEEH, +7,6 %/an pour la PCH, +5,4 %/an pour l'AAH). La croissance des dépenses est plus modérée pour l'APA (+2,9 %/an), tandis que les dépenses d'ASH progressent à un rythme moyen d'1,5 % par an, combinant une légère contraction pour les personnes âgées (-1,0 %/an), et une croissance pour les personnes en situation de handicap (+1,9 %/an).

⁴¹ [Article 5](#) de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

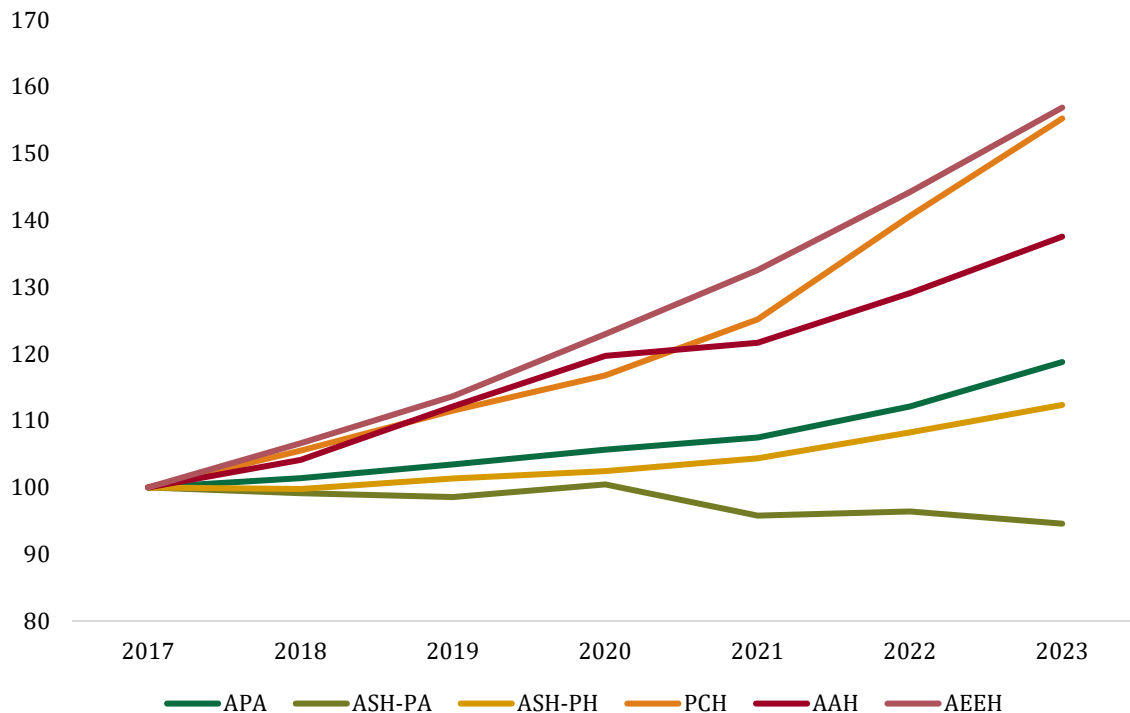
⁴² [Article L223-5](#) du CSS.

⁴³ [Article 72](#) de la Constitution du 4 octobre 1958 : « Dans les conditions prévues par la loi, ces collectivités s'administrent librement par des conseils élus et disposent d'un pouvoir réglementaire pour l'exercice de leurs compétences ».

⁴⁴ [Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946](#), notamment son alinéa 11 : « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ».

⁴⁵ Cf. *infra*, annexe III et fiche monographique sur l'ASH.

**Graphique 2 : Évolution comparée des dépenses liées aux cinq aides sous revue (2017-2023)
(indice 100 = 2017)**



Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES (données APA, PCH, ASH) ; CNAF (données AAH et AEEH).

La dynamique des dépenses des prestations sur le champ du handicap est principalement portée par un effet-volume, liée à la croissance continue du nombre de bénéficiaires (*cf. infra*, tableau 2), en lien :

- ♦ d'une part, avec les évolutions démographiques, sociales et épidémiologiques : pour les adultes, le vieillissement de la population, le recul de l'âge de départ à la retraite⁴⁶ ou encore la hausse de la prévalence des maladies chroniques ; par ailleurs, le meilleur diagnostic de troubles (maladies psychiques, troubles du développement et troubles de l'apprentissage) et l'appréciation de leur retentissement dans l'environnement de vie du bénéficiaire contribuent à l'élargissement des reconnaissances des situations de handicap ;
- ♦ d'autre part, avec l'extension du périmètre des prestations : comme la PCH « psy »⁴⁷, ou encore le déplaçonnement de la barrière d'âge pour les personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique (SLA) comme la maladie de Charcot en 2025⁴⁸ ou, pour l'AAH, la déconjugalisation⁴⁹ à compter d'octobre 2023 qui emporte à la fois un effet volume (entrée de nouveaux bénéficiaires) et un effet prix (augmentation du montant de la prestation pour des personnes déjà allocataires).

⁴⁶ Celui-ci contribue à la hausse du nombre de bénéficiaires d'AAH 2, qui basculent plus tard, notamment à l'ASPA, lors du passage à la retraite.

⁴⁷ [Décret n° 2022-570 du 19 avril 2022 relatif à la prestation de compensation mentionnée à l'article D. 245-9 du code de l'action sociale et des familles](#) entré en vigueur au 1^{er} janvier 2023 qui ouvre la PCH aux personnes souffrant d'une altération de la fonction psychique, mentale ou cognitive et de troubles neuro-dégénératifs (TND).

⁴⁸ [Loi n° 2025-138 du 17 février 2025 pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique et d'autres maladies évolutives graves.](#)

⁴⁹ La déconjugalisation consiste à ne plus prendre en compte les revenus de l'éventuel conjoint pour apprécier l'éligibilité à l'AAH et pour en calculer le montant. S'agissant de l'AAH, elle résulte de l'article 10 de la loi n° 2022-

Rapport

Pour ces prestations, l'effet-prix est lié aux politiques de revalorisation, plus importantes pour l'AAH que l'AEEH⁵⁰, et, pour la PCH, à l'évolution des tarifs d'aide à domicile (*cf. infra* pour l'APA). Par ailleurs, les nouvelles aides intervenues sur la période (aides humaines et techniques à la parentalité, forfait surdicécité) ont pour effet d'augmenter les montants versés.

Tableau 2 : Décomposition en effet-prix et effet-volume de l'évolution 2017-2023 des montants de prestations versées

Aide	AAH	AEEH	PCH	APA	ASH PA et PH
Dépenses 2023, en Mds€	11,8	1,4	3,0	7,1	7,0
Part dans les cinq aides légales	39 %	5 %	10 %	23 %	23 %
Dynamique (2017 - 2023)	+38 %	+57 %	+55 %	+19 %	+9 %
... dont effet volume	+17 %	+56 %	+36 %	+4 %	+2 %
... dont effet prix	+18 %	+1 %	+14 %	+14 %	+7 %
Bénéficiaires (en millions)	1,31	0,46	0,42	1,36	0,25

Source : Mission, sur données DREES, CNAF et CNSA.

S'agissant de l'APA (7,1 Mds€ de dépenses en 2023, +19 % sur 2017-2023), la croissance est tirée principalement par un effet prix lié, pour l'APA à domicile, à l'introduction d'un tarif plancher pour les services d'aide à domicile en 2022, puis à sa revalorisation, ainsi qu'aux extensions des mesures de revalorisation du Ségur. À l'inverse, l'effet-volume est moindre, du fait de la surmortalité liée au Covid, du recul de l'âge de survenue de la dépendance⁵¹ mais aussi d'un creux démographique lié à la Seconde guerre mondiale. Cette tendance devrait s'inverser à l'avenir, avec, à compter de 2030, l'arrivée dans le grand-âge des « babyboomers » nés à partir de 1945 et dont les plus âgés atteindront 85 ans à cet horizon.

Enfin, l'ASH (7,1 Mds€ en 2023) agrège des soutiens financiers à l'hébergement de nature et de dynamiques différentes : en contraction pour les personnes âgées, en augmentation pour les personnes en situation de handicap, tirée par l'effet-prix de cette aide, *i.e.* en particulier par la progression des tarifs des établissements médico-sociaux.

1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat et du décret n° 2023-360 du 11 mai 2023 relatif à la déconjugalisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

⁵⁰ L'évolution de l'AEEH est corrélée à celle de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

⁵¹ Les travaux de la DREES montrent une hausse de l'espérance de vie sans perte d'autonomie entre 2015 et 2022 : « Dans un contexte de quasi-stagnation de l'espérance de vie à 60 ans entre 2015 et 2022, l'espérance de vie sans perte d'autonomie a donc augmenté sur la même période de 0,8 an pour les femmes et de 0,5 an pour les hommes. » Études et résultats n°1318, novembre 2024.

Rapport

Tableau 3 : Nombre de bénéficiaires de l'APA, ASH-PA, PCH et ACTP, AAH et AEEH entre 2002 et 2023

Aide sociale légale		2002	2007	2012	2017	2022	2023	Evol. 23/17
APA	Allocation personnalisée à l'autonomie	596 917	1 075 144	1 223 289	1 310 296	1 336 612	1 364 741	+4 %
ASH-PA	Allocation de soutien à l'hébergement-PA	115 623	119 553	120 387	121 349	114 303	115 874	-4,5 %
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne	126 709	119 524	81 560	61 345	46 501	43 782	+25 %
PCH	Prestation de compensation du handicap	N.A.	40 405	209 588	299 474	382 358	407 228	
AAH	Allocation aux adultes handicapés	751 263	813 151	996 957	1 127 900	1 258 300	1 289 900	+14 %
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	N.A. (AES)	153 051	216 390	302 687	434 970	463 885	+53 %

Source : Mission, sur données DREES, CNAF et CNSA.

1.4. Des aides extralégales qui nécessitent d'être mieux articulées entre départements et le bloc communal

L'annexe VI présente un état des lieux des aides extralégales⁵² sur le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Leur principe découle :

- ◆ de celui de **libre-administration des collectivités territoriales** dans les conditions prévues par la loi (art. 72 de la Constitution) et ;
- ◆ du champ de compétence délégué dans le champ social, pour le département, et de la clause de compétence générale, pour les communes. Il en résulte :
 - une **logique de subsidiarité** vis-à-vis des aides légales : ces dernières présentant, pour le département, un caractère obligatoire dès lors que l'éligibilité est reconnue et le département identifié comme celui en charge de la gestion des prestations⁵³ ;
 - une **grande hétérogénéité** dans la typologie et le niveau d'aides, notamment au niveau communal (télé-alarme, portages de repas, répit de l'aidant, organisation d'événements, colis de Noël, etc.), qui dépend des moyens dont est doté le CCAS ou le CIAS.

⁵² Les aides extralégales sont prévues par la loi ou par les délibérations des exécutifs territoriaux ou des caisses de sécurité sociale. Elles sont extralégales au sens où celles-ci ne sont pas prescrites par la loi, mais interviennent en complément de celles-ci.

⁵³ Troisième alinéa de l'article L121-1 du CASF : « Les prestations légales d'aide sociale sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours ».

Si le périmètre de ces aides extralégales se réduit au niveau départemental, la plupart des conseils départementaux attribuent toujours des aides extralégales pour les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap à la date de la mission (77 % des départements répondants ont indiqué continuer à le faire), et ce même s'ils en supportent directement et intégralement la charge financière⁵⁴. Les aides extralégales les plus fréquemment indiquées par les départements dans leurs réponses au questionnaire soumis par la mission sont :

- ◆ le financement d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire (14 départements sur 46 répondants) ;
- ◆ le port de repas (14) ;
- ◆ des aides à l'adaptation du logement (10) ;
- ◆ le financement des frais d'obsèques (9) ;
- ◆ les aides au transport et à la mobilité (7) ;
- ◆ des majorations de prestation légales ou des ouvertures de droits élargies (tranches supplémentaires dans le barème de l'APA, majoration parent isolé à l'APA ou la PCH) (6) ;
- ◆ des services d'information et de conseil (6) ;
- ◆ des séjours de vacances pour les personnes en situation de handicap, les personnes âgées ou leurs aidants (séjours de répit) (4) ;
- ◆ la téléassistance (4).

Pour autant, les montants versés au titre de ces aides extralégales départementales ne sont pas toujours séparés (notamment concernant les majorations au barème de l'APA), en comptabilité publique des collectivités locales, des montants versés au titre des aides légales⁵⁵. Cette absence de traçabilité comptable apparaît problématique dans la mesure où des départements peuvent inclure ces dépenses extra-légales parmi le total qui fera ensuite l'objet d'une compensation par le concours de la CNSA.

Au niveau communal, les principales aides extralégales accordées relèvent des CCAS (ou CIAS), qui varient sensiblement selon la taille de la commune⁵⁶, et sont *a fortiori* dépendantes de la taille de la commune ou de l'EPCI, de ses priorités politiques, et surtout de ses moyens (budget, immobilier, ressources humaines).

Il en résulte un enjeu d'articulation entre l'offre d'aide extralégale du conseil départemental et les aides des CCAS et CIAS pour les personnes âgées ou handicapées de son territoire, dont certaines peuvent viser les mêmes objets, les mêmes populations, sans nécessairement être coordonnées (télé-alarme et portage de repas en particulier).

⁵⁴ [Article L121-4](#) du CASF : « Le conseil départemental peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations mentionnées à l'article [L. 121-1](#). Le département assure la charge financière de ces décisions ».

⁵⁵ Par exemple, un complément extralégal d'APA figurera en comptabilité de manière ensemblière des versements d'APA légale, rendant difficile la pleine identification des montants concernés, ni leur suivi. De manière qualitative en revanche, pour les communes comme pour les départements, ces aides extralégales peuvent représenter des montants significatifs, et leur révision à la baisse poser des difficultés réelles dans le quotidien de celles et ceux qui en bénéficient. Cela a également un impact dans la répartition des concours de la CNSA vers les départements, qui reposent sur ces données comptables censées retracer uniquement les aides légales versées par les départements.

⁵⁶ La dernière enquête quantitative permettant d'estimer de manière globale l'action sociale des communes et des centres communaux d'action sociale est l'enquête ASCO de la DREES, en 2015-2016. Celle-ci montrait que les secours d'urgence étaient proposés dans 35 % des petites communes, contre 86 % des moyennes et grandes communes.

La généralisation du service public départemental de l'autonomie (SPDA) à partir de 2025 devra permettre une meilleure articulation entre les offres de services des départements et celles des CCAS, et éviter les recoupements d'aides pour un même public. La conférence territoriale de l'autonomie, chargée de coordonner l'action des membres du SPDA et de décliner un programme annuel d'actions, pourra établir un recensement des aides extralégales et veiller à leur bonne articulation.

Proposition n° 1 : Dans le cadre de la généralisation du service public départemental de l'autonomie, renforcer la complémentarité entre les aides extralégales des départements et les offres de services des CCAS et éviter les recoupements (pilotage CNSA, ARS et départements au niveau territorial).

Enfin, si la frontière entre l'action extralégale des caisses de retraites et l'action légale des départements dans le cadre de l'APA apparaît bien démarquée par le niveau de GIR (qui fait progressivement l'objet d'une reconnaissance mutuelle), ce n'est pas le cas avec l'aide sociale départementale à domicile. En effet, **les personnes en GIR 5 ou 6 peuvent soit prétendre à un plan d'aide de la CNAV, soit au dispositif d'aide sociale départementale en fonction de leur niveau de ressources (seuil au niveau du minimum vieillesse)**. Il apparaît possible de simplifier ce dispositif, en supprimant le dispositif d'aide sociale légale à domicile avec un transfert des bénéficiaires vers l'action sociale des caisses de retraite. Il en résulterait un unique critère en fonction du niveau de GIR, ce qui permettrait une plus grande lisibilité pour les usagers, d'améliorer la qualité du service pour les personnes âgées (l'offre de service de la CNAV étant plus complète) et de simplifier les processus en gestion.

Proposition n° 2 : Élargir le bénéfice de l'action sociale extralégale des caisses de retraite à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie limitée (GIR 5 et 6), quel que soit leur niveau de revenu et supprimer l'aide sociale départementale à domicile.

2. Les caractéristiques socio-démographiques expliquent, de manière agrégée, la moitié des écarts de densité (bénéficiaires) et d'intensité (montants moyens) pour les cinq aides sociales légales, avec des différences importantes entre les aides

Les études sur les disparités d'aides légales versées par les départements sont aussi anciennes que l'est la décentralisation des politiques sociales. Soucieux de préserver l'égalité de toutes et tous devant la solidarité nationale, le législateur a mis en place des dispositifs et outils pour suivre ces disparités, qui ont permis aux instituts statistiques d'en faire un champ d'analyse privilégié.

Pour autant, les moyennes départementales de densité des aides (taux de bénéficiaires) et d'intensité des aides (montants par bénéficiaire) font apparaître des écarts significatifs entre les territoires.

La mission souligne que ces moyennes départementales masquent par construction la diversité des situations individuelles au sein des départements. Cette diversité est réelle et résulte d'abord, pour certaines prestations (APA et PCH), d'une démarche d'évaluation individualisée des besoins de la personne, fondement de la prise en charge. Elle vient aussi d'autres facteurs : solidarités familiales formelles et informelles, projet de vie ou libre-choix des bénéficiaires, qui relèvent principalement de l'individu et de son environnement.

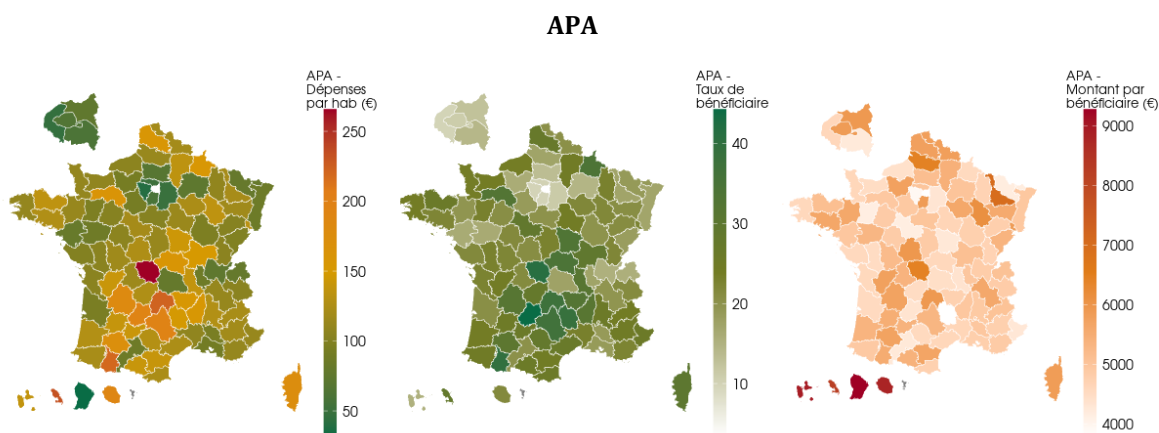
Les développements qui suivent se fondent sur ces moyennes, et mériteraient d'être complétés d'une analyse des écarts au sein des départements, en fonction de pathologies, de méthodes d'évaluation des demandes d'aides ou de prise en compte des aidants, qui peuvent varier au sein d'un département de la même manière qu'entre départements. Ceci pourrait utilement faire l'objet d'une analyse dédiée sur la base des remontées individuelles en cours de collecte par la DREES.

2.1. Les disparités entre départements, globalement stables, sont plus importantes en densité qu'en intensité, sauf pour la PCH

Les écarts interdépartementaux présentés peuvent parfois paraître importants (taux de bénéficiaires pour 1 000 habitants allant de 1 à 4, voire 1 à 5⁵⁷, montants moyens versés pouvant aller de 1 à 3, voire 1 à 4). En l'absence de métrique normative du « bon écart » ou de l'« écart raisonnable » ou « acceptable », il est néanmoins difficile de qualifier ces écarts bruts de « normaux » ou d'« anormaux ».

Par ailleurs, ces cartes de densité (taux de bénéficiaires rapportés à la population générale) et d'intensité (montant moyen versé par bénéficiaire) ne prennent pas en compte les sous-jacents de ces différences départementales, mis à part la taille de la population. La partie 2.2 et l'annexe III viennent compléter cette première analyse, en introduisant les caractéristiques socio-économiques ou démographiques des populations (âge, urbanité, chômage, pauvreté, offre de soins), afin d'établir des écarts corrigés de ces effets.

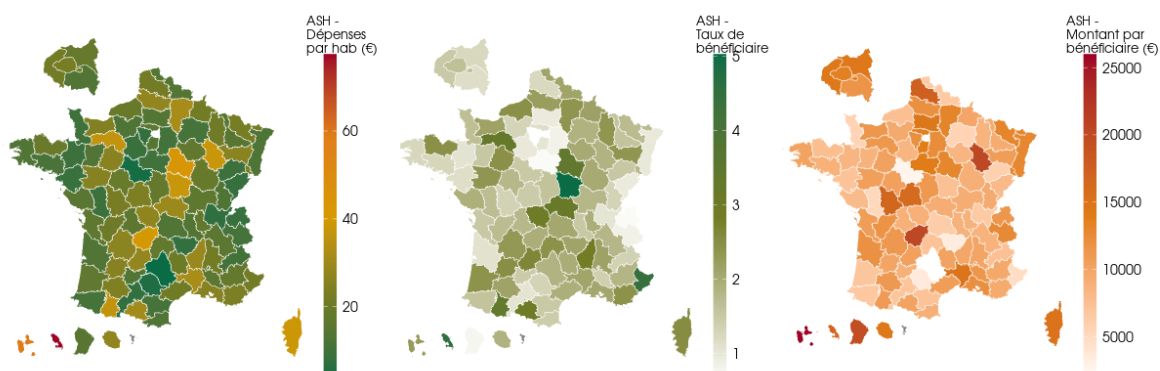
Graphique 3 : Cartes présentant les dépenses en niveau, la densité (nombre de bénéficiaires) et l'intensité (montant moyen par bénéficiaire) départementales pour les cinq aides sociales légales sous revue (2023)



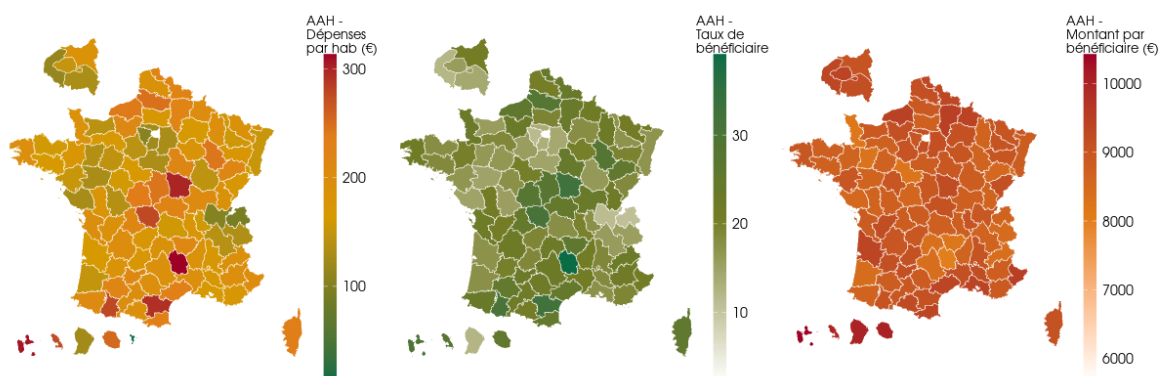
⁵⁷ Pour l'APA par exemple, les taux de bénéficiaires varient de 10 pour 1 000 hab. dans les Hauts-de-Seine à 44 pour 1 000 hab. dans le Lot, pour une moyenne nationale pondérée de 20‰. Pour l'ASH-PA, les extrema sont encore plus éloignés : le taux de bénéficiaires varie de 0,63 ‰ dans les Yvelines à 5 ‰ dans la Nièvre, les montants annuels versés s'échelonnent entre 1 700 € dans l'Aveyron et 26 000 € en Guadeloupe, pour une moyenne nationale de 10 700 €.

Rapport

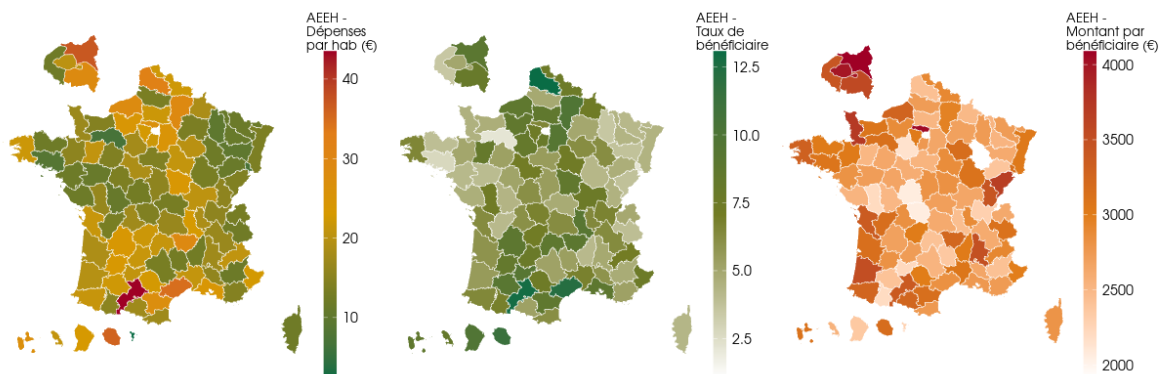
ASH-PA



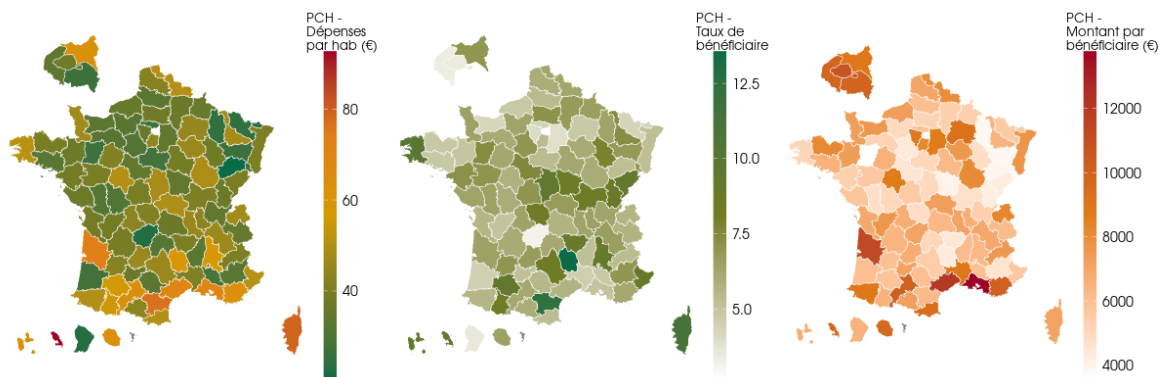
AAH



AEEH

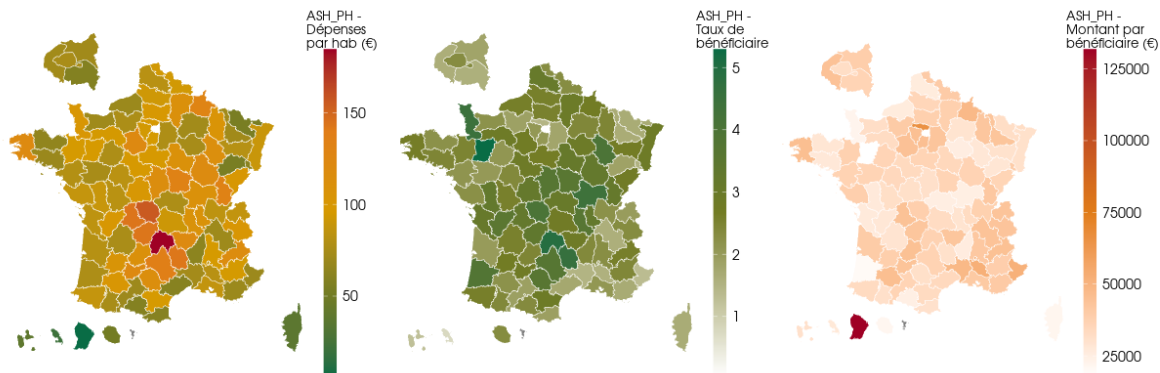


PCH



Rapport

ASH-PH



Source : Mission, sur données DREES, CNAF, RP INSEE et CNSA. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

La mission a notamment retenu le **ratio interquartile** pour caractériser la dispersion des départements⁵⁸ en fonction de la densité (nombre de bénéficiaires pour 1000 habitants) et de l'intensité des aides (montant moyen de la prestation). Il a toutefois le mérite d'être simple, de caractériser à la fois la « centralité » (50 % des départements sont entre les seuils des premier et troisième quartile) et d'écarter les données « extrêmes » d'un point de vue statistique. Il a aussi le mérite de permettre la comparaison entre les densité et intensité pour une même prestation sociale, entre les prestations sociales, entre différentes périodes. Une augmentation de ce ratio dans le temps indique ainsi un élargissement de la dispersion des départements selon l'axe d'analyse choisi.

Tableau 4 : Écarts interdépartementaux statiques et dynamiques des aides légales sous revue en densité (taux de bénéficiaires) et en intensité (montant moyen versé). 2023 et 2017-2023

Aide	AAH	AEH	PCH	APA	ASH
Dépenses 2023, en Mds€ (poids dans l'assiette sous revue)	11,8 (39 %)	1,4 (5 %)	3,0 (10 %)	7,1 (23 %)	7,0 (23 %)
Nombre de bénéficiaires (en million)	1,31	0,46	0,42	1,36	0,25
Disparités territoriales en densité (rapport interquartile bénéficiaires/habitants) (2023)	1,3	1,63	1,32	1,38	1,45
Dynamique des disparités – 2017-2023	-0,02	0,14	-0,11	0,00	-0,01
Disparités territoriales en intensité (rapport interquartile montant/bénéficiaire) (2023)	1,05	1,21	1,44	1,19	1,29
Dynamique des disparités – 2017-2023	0,01	-0,05	-0,05	0,07	-0,03

Source : Données DREES, CNAF, CNSA, calculs de la mission. Disparités mesurées par le ratio interquartile (cf. annexe III).

Plusieurs constats peuvent être dégagés de cette analyse descriptive (et non explicative) des écarts interdépartementaux dans l'attribution des prestations :

- ♦ **les disparités sont globalement plus importantes pour la densité** (taux de bénéficiaires) **que pour l'intensité des aides** (montant moyen par bénéficiaire). Seule la PCH fait exception et présente des écarts interdépartementaux supérieurs pour l'intensité ;

⁵⁸ Cet indicateur, nécessairement simplificateur, est complété dans l'annexe III par des indicateurs complémentaires complétant l'analyse de la dispersion des départements selon les axes d'analyses retenus (évolution des valeurs extrêmes, corrélation entre variables, régression statistique des disparités par rapport aux facteurs sociodémographiques départementaux, calcul des résidus de disparité corrigés de la part expliquée par la régression etc.)

- ♦ **les disparités en densité des aides sont supérieures pour l'AAEH et pour l'ASH** par rapport à d'autres prestations à moindre dispersion des taux de bénéficiaires (notamment AAH et PCH) ;
- ♦ les écarts interdépartementaux **d'intensité des aides** sont résiduels pour l'AAH (ce qui correspond à sa logique de minimum social), tandis que **les écarts de montant moyen versé par département sont les plus élevés pour la PCH** ;
- ♦ si, dans l'ensemble, les écarts entre départements se stabilisent au cours des six dernières années, avec des différences marquées entre prestations, **les disparités en taux de bénéficiaires s'accroissent sensiblement pour l'AAEH** (mais se réduisent pour les montants versés, sans toutefois se compenser) et se réduisent pour la PCH à la fois en densité et en intensité. S'agissant des montants moyens versés par bénéficiaire, les écarts s'accroissent pour l'APA tout en demeurant inférieurs aux divergences des autres aides sociales sous revue, à l'exception de l'AAH.

2.2. Les facteurs socio-démographiques expliquent, pour chaque aide, une partie, parfois majoritaire, des écarts de dépenses

L'analyse statistique permet de rechercher des corrélations entre les écarts interdépartementaux observés pour l'attribution des aides sociales et les caractéristiques des départements. À l'instar de la littérature souvent ancienne sur l'analyse de ces disparités, **la mission a réalisé des régressions portant sur la densité et l'intensité des cinq aides à l'échelle des départements (variables « expliquées ») à partir de variables décrivant les caractéristiques socio-économico-démographiques** des différents départements (variables « explicatives »). Le détail de ces travaux est présenté en annexe III et dans les fiches monographiques sur les différentes aides.

L'analyse procède en deux temps. Dans un premier temps, seules les variables caractérisant les populations départementales (âge, prévalences, niveau de vie, taux de pauvreté, taux d'urbanisation, structure socio-professionnelle, etc.) sont intégrées dans le modèle. Dans un second temps, les variables de structuration départementale de l'offre d'accueil en établissement (taux d'équipement en structures d'accueil, prix moyen hébergement), ainsi que le potentiel financier, sont ajoutées au modèle. La part expliquée par le modèle est le « R^2 » des différentes régressions réalisées⁵⁹.

⁵⁹ Le modèle économétrique est estimé sur les données départementales, contenant 98 observations, limitant la robustesse statistique des estimations, sans toutefois les rendre non fiables. Par ailleurs, l'ordre d'introduction des variables dans le modèle a une importance dans l'interprétation des R^2 . La variation marginale du pouvoir explicatif du modèle suite à l'introduction d'une nouvelle variable dépend des variables déjà intégrées dans le modèle et de leur degré de corrélation avec la nouvelle variable, et ne peut être interprétée comme le seul pouvoir explicatif de la variable additionnelle, notamment en cas d'autocorrélation interne des variables explicatives. .

Rapport

Tableau 5 : Part des écarts interdépartementaux expliquée par les caractéristiques des populations des départements, puis par ces mêmes caractéristiques complétées de variables additionnelles (R²)

R ² pour chaque aide sociale légale		AAH	AEEH	PCH	APA	ASH-PA	ASH-PH
Part expliquée par les caractéristiques des populations	Densité (taux de bénéficiaires)	61 %	32 %	29 %	71 %	40 %	31 %
	Intensité (montant moyen par bénéficiaire)	71 %	40 %	59 %	53 %	26 %	37 %
Part expliquée par les caractéristiques des populations et des départements	Densité (taux de bénéficiaires)	68 %	34 %	33 %	77 %	49 %	44 %
	Intensité (montant moyen par bénéficiaire)	73 %	41 %	59 %	58 %	37 %	41 %

Source : Données DREES, CNAF, CNSA, calculs de la mission.

De manière congruente avec les travaux réalisés depuis une vingtaine d'années sur les écarts interdépartementaux, **une partie des différences entre départements est explicable par les caractéristiques de leur population (part majoritaire pour l'APA et l'AAH), et mieux encore si l'on ajoute les caractéristiques du département** (offre d'accueil et d'hébergement en établissement en particulier). En revanche, la richesse du département (appréciée à travers le potentiel fiscal par habitant et le niveau d'endettement par habitant) est faiblement explicative des taux de bénéficiaires et des montants moyens d'aides versés.

Ce constat légitime *ex post* la répartition de concours de la CNSA finançant les prestations individualisées pour la perte d'autonomie (APA) et le handicap (PCH) sur des critères objectivés et actualisés s'appuyant sur les caractéristiques de la population puisque les montants dépensés sont largement expliqués par le modèle (58 % et 59 % respectivement). **Pour l'AAH, prestation la plus homogène entre les départements, le modèle explique deux-tiers des écarts de densité et trois-quarts des écarts d'intensité d'attribution de ce minimum social.**

Il en va différemment de l'ASH et de l'AAEH pour lesquelles la proportion de disparités expliquées par le modèle est moindre. Pour l'ASH, l'aide versée correspond à la différence entre les coûts de prise en charge en établissement et les ressources des bénéficiaires (avec un reste à vivre de 10 % ou d'un centième mensualisé de l'ASPA annuelle), après mobilisation sous l'égide du département et le cas échéant du juge judiciaire des obligés alimentaires, et relève donc d'une logique spécifique, faisant une large place aux contraintes de financement individuelles d'une part et à la profondeur et à la ténacité de la mobilisation des obligés d'aliment par les départements d'autre part. L'ASH-PA se caractérise également par un taux de non-recours élevé (évalué à 73 % par la Drees en 2018⁶⁰), qui varie probablement selon les départements et peut expliquer une partie des écarts. Pour l'AAEH, le modèle ne capture pas la nature des limitations particulières des enfants et adolescents (ce qui est également valable pour la densité de la PCH), et ne prend en particulier pas en compte les disparités entre départements en termes d'école inclusive.

L'analyse des déterminants des disparités et de l'intensité des aides attribuées aux personnes en perte d'autonomie fait apparaître par construction des écarts entre départements. Si ceux-ci sont liés aux différences des populations des départements, ainsi qu'aux facteurs d'offres, les modalités de gestion de ces aides par les départements et les services qui y sont rattachés, constituent un élément *a priori* également puissant pour expliquer les disparités entre départements pour la gestion de ces aides sociales légales. **Pour autant, la part inexpliquée par les différences socio-économiques et d'offre de soins et de services d'aide parmi ces écarts interdépartementaux ne peut être attribuée aux seules différences dans les pratiques de gestion des équipes.**

3. L'harmonisation des pratiques d'attribution des aides peut encore progresser, tandis que le contrôle interne et la lutte contre la fraude sont encore largement à déployer ou à développer

Au-delà de l'analyse statistique développée précédemment, qui permet d'expliquer une partie des écarts entre départements, la mission a cherché à évaluer les différences dans les modalités d'attribution des cinq aides sociales légales, dans un système décentralisé, qui repose sur les équipes autonomie des départements et sur les MDPH pour l'instruction, et sur les conseils départementaux et les Caf s'agissant des versements.

Ces écarts de pratiques sont objectivés au moyen des réponses des départements au questionnaire soumis par la mission et par les entretiens qu'elle a conduits avec les équipes des services autonomie et des MDPH dans cinq départements. Malgré un cadre normatif unique (CASF, CSS, Code général des impôts), et des outils d'aides à la décision (guides-barèmes, référentiels, arbres décisionnels), ces disparités demeurent sur l'ensemble de la chaîne de suivi des demandes :

- ◆ recevabilité des demandes via la vérification des pièces justificatives ;
- ◆ évaluation dans le cadre notamment des plans personnalisés (tant du côté des besoins que des aides humaines « accessibles » notamment apportées par les proches) ;
- ◆ application des guides ou référentiels d'évaluation ;
- ◆ place réservée aux demandeurs (visites à domicile, entretiens, ou étude documentaire des demandes) au titre de l'évaluation ;
- ◆ organisation des instances décisionnaires des MDPH (CDAPH) ;

⁶⁰ Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2020, [L'obligation alimentaire, la récupération sur succession et leur mise en œuvre dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement](#), 53 p. Ce non-recours relève en partie d'un choix des bénéficiaires potentiels, en raison de l'existence d'une obligation alimentaire et d'un recours sur succession pour l'ASH (cf. monographie ASH).

Rapport

- ◆ décisions d'attribution, notamment pour la durée des droits ouverts ;
- ◆ versement des prestations (prise en compte des revenus, cumul avec les autres aides, le cas échéant, recherche des obligés alimentaires) ;
- ◆ contrôles et lutte contre la fraude.

Ces disparités aux différentes étapes de la chaîne de traitement sont détaillées dans l'annexe IV (disparités de gestion), l'annexe V (contrôle et lutte contre la fraude) ainsi que dans chacune des fiches monographiques détaillant chacune des aides sociales légales sous revue.

Des disparités existent potentiellement aussi dans le recours aux prestations et dans les politiques de non-recours. Elles n'ont toutefois pas fait l'objet d'une analyse par la mission.

La mission formule ci-dessous différentes recommandations pour renforcer l'harmonisation des pratiques relatives à l'attribution des prestations et à leurs modalités de contrôle, dans une optique d'amélioration de la qualité de la dépense publique. Évaluatifs, les chiffrages ont vocation à donner des ordres de grandeur, et devront faire l'objet de travaux spécifiques, en lien avec l'ensemble des parties prenantes des politiques publiques de soutien à l'autonomie.

3.1. En dépit d'efforts d'harmonisation, les pratiques d'évaluation et de versement des prestations par les MDPH et les services autonomie des conseils départementaux présentent des disparités qui compromettent l'égalité de traitement des demandes.

3.1.1. Les missions de la CNSA en matière d'harmonisation des pratiques se sont renforcées, tandis que la plupart des MDPH et conseils départementaux mènent des actions d'harmonisation

La mission historique de la CNSA en matière d'harmonisation des pratiques d'attribution des aides sociales légales dans les départements a été étendue en 2015⁶¹, puis approfondie à la faveur de la création de la branche autonomie⁶² en 2020 et 2021, avant d'être renforcée par la loi « Bien-vieillir » de 2024⁶³. **La réduction des disparités est ainsi l'un des objectifs assignés à la CNSA⁶⁴ par la loi⁶⁵, mesurés et évalués dans le cadre des lois de financement**

⁶¹ [Article 70](#) de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui étend aux services autonomie des départements les missions préexistantes depuis 2005 sur les MDPH.

⁶² [Article 5](#) de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et [article 49](#) de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 sur le SI-APA.

⁶³ [Article 7](#) de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, notamment sur « les missions d'accompagnement, d'audit et de conseil » réalisées par la CNSA « au bénéfice des départements, des MDPH, des MDA et des SPDA ».

⁶⁴ Ainsi qu'à son conseil, cf. [article L223-7](#) du CSS : « Le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie détermine, par ses délibérations : [...] 2° Les objectifs à poursuivre, [...] avec les départements [...] pour garantir l'égalité des pratiques d'évaluation individuelle des besoins et améliorer la qualité des services rendus aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes ».

⁶⁵ [Article L223-5](#) du CSS : La loi investit la CNSA d'un rôle de pilote, « d'animation et de coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. [...] Elle assure, au bénéfice des départements, des MDPH [...] et des MDA, une mission nationale d'accompagnement, de conseil et d'audit, en vue de déployer des outils de contrôle interne et de maîtrise des risques, de garantir la qualité du service, notamment celle du service public départemental de l'autonomie [...], et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie ».

de la sécurité sociale⁶⁶. Cet objectif doit être poursuivi vis-à-vis tant des MDPH et des MDA que des équipes autonomie des départements.

Si la CNSA a mis en place différentes actions pour harmoniser les pratiques des MDPH (cf. encadré), les missions que la loi lui fixe à l'identique⁶⁷ à l'égard des équipes autonomie des départements⁶⁸ n'ont en pratique pas été mises en œuvre avec la même vigueur.

Encadré 1 : Actions mises en œuvre par la CNSA en matière d'harmonisation des pratiques, principalement envers les MDPH

- **la production de guides ou de référentiels d'évaluation à destination des équipes pluridisciplinaires** (ou des équipes d'instruction)⁶⁹. Si ces référentiels sont bien identifiés par les professionnels des MDPH et des conseils départementaux, leur appropriation reste inégale ;
- **la formation des professionnels, au travers de webinaires nationaux** (principalement dans le champ du handicap, par exemple, sur l'AEEH, l'AAH, la PCH, etc.). Ces formations approfondies, composées de plusieurs modules, sont bien identifiées et jugées positivement par les agents des MDPH, même si elles sont parfois jugées insuffisamment fréquentes ou méritant d'être approfondies sur certaines thématiques (par exemple sur l'insertion dans l'emploi et l'analyse de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE), s'agissant de l'AAH ;
- **le pilotage de la modernisation des systèmes d'information** des MDPH (déploiement par paliers fonctionnels de briques harmonisées entre différentes solutions logicielles⁷⁰) et, de manière encore très liminaire, pour les services autonomie des départements (perspective du SI-APA unifié) ;
- **dans le champ du handicap, des baromètres de suivi de l'action des MDPH**, notamment les taux d'accords et les délais de traitement, qui retracent également des écarts parfois significatifs entre les départements, notamment en termes de respect des délais réglementaires de réponse (2 ou 4 mois) ;
- conformément aux engagements pris dans la COG, la CNSA a mis en place une **mission d'appui opérationnel et d'évaluation de la qualité (MAOP)**, qui a jusqu'ici ciblé son action sur les MDPH en difficulté (délais de traitement, stocks de dossiers en attente), favorise l'harmonisation des pratiques, en contribuant à un meilleur respect de la réglementation et une organisation plus homogène des MDPH ;
- **le lancement d'initiatives en 2024 en vue de déployer de contrôle interne et la gestion des risques dans les MDPH, et, à terme, dans les services autonomie des départements.**

Source : Mission sur documents internes CNSA.

⁶⁶ Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) relatif à l'autonomie, annexé à la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, comprend trois indicateurs sur la réduction des disparités de prise en charge : de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, des adultes et des enfants en situation de handicap.

⁶⁷ Au moins depuis 2015 comme l'indique [l'exposé des motifs du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement](#) : « L'article 47 renforce les missions et élargit la gouvernance de la caisse. [...] Elle est également chargée de développer des échanges d'expériences et d'informations entre les services des départements en charge de l'APA et entre les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et de développer l'harmonisation des pratiques en matière d'évaluation et d'élaboration des plans d'aide et de gestion de l'APA, dans un objectif d'équité de traitement et de partage des bonnes pratiques. Dans le cadre de son rôle actuel en matière de recueil des données, cet article prévoit qu'elle analyse les conditions dans lesquelles les territoires répondent aux besoins de compensation des personnes âgées, ce pour quoi elle est déjà compétente dans le champ du handicap ».

⁶⁸ Cf. réponse de la ministre des solidarités et de la santé dans le cadre du [rapport d'information, n° 438 - 15e législature](#) de l'Assemblée nationale « Je rappelle que la CNSA est la maison commune de l'autonomie. Elle permet de regrouper l'ensemble des acteurs et d'animer les structures locales. C'est une structure d'appui aux territoires ».

⁶⁹ Guide d'utilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants, guide pour l'éligibilité à la PCH, guide pour la mise en œuvre de la PCH psy, etc.

⁷⁰ À la date de la mission, les solutions logicielles utilisées par les MDPH sont réparties entre plusieurs éditeurs : Atoll (WebMDPH), Worldline (Genesis MDPH), Arche MC2 (Solis MDPH et autres composants), Inetum (IODAS MDPH), MDPHLA (Lot-et-Garonne) et GINETH (Meurthe-et-Moselle).

Au sein des MDPH et des équipes autonomie des départements, des initiatives ont également été prises localement aux fins d'harmonisation des pratiques d'attribution, notamment pour l'évaluation des besoins. Tout d'abord, des référentiels internes complétant les guides nationaux ont pu être mis en place, par exemple sur le champ des aides techniques pour l'APA ou la PCH. Ensuite, les MDPH et les services autonomie organisent des réunions de coordination (à des fréquences toutefois très variables), pour renforcer l'homogénéité des pratiques d'évaluation, élaborer des doctrines communes, le cas échéant nourries par des réexamens « croisés » de dossiers entre équipes pluridisciplinaires. En outre, toujours dans le champ du handicap, des postes de coordonnateurs d'évaluation (128 ETP en 2022) sont en place, pouvant aller dans certaines MDPH, à la mise en place de « pôles » dédiés à l'harmonisation de l'évaluation. Certaines MDPH ont enfin conduit des audits sur les pratiques d'attribution, y compris en mobilisant la mission d'appui opérationnelle de la CNSA. **L'ensemble de ces pratiques décentralisées mériteraient d'être localement confortées.**

En outre, plusieurs axes de progrès portant sur l'action de la CNSA ont pu être identifiés, en matière d'harmonisation de pratiques comme d'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes âgées et en situation de handicap :

- ◆ dans le champ du handicap, le déploiement du SI-évaluation courant 2025 constitue un levier pour renforcer l'application de la réglementation, des guides et des référentiels. À titre d'exemple, l'arbre de décision de la RSDAE doit y être intégré, et une proposition de décision pourrait être formulée par l'outil. La même démarche devra être adoptée lors de l'élaboration du SI-APA, encore en structuration, son déploiement ne doit plus être retardé ;
- ◆ les actions de formation des évaluateurs doivent être renforcées et complétées, en particulier sur certains aspects faisant l'objet de divergences de pratiques ou de difficultés d'analyse (par exemple, l'appréciation de la RSDAE, l'appréciation des taux d'incapacité ou, sur un autre registre, la mise en œuvre des droits sans limitation de durée) ;
- ◆ les échanges de pratiques entre MDPH, MDA comme entre services autonomie des départements, mériteraient d'être développés, sous le pilotage de la CNSA, par exemple en élargissant les ateliers d'échanges de pratiques organisés par la MAOP au-delà des MDPH en difficulté ;
- ◆ le déploiement du contrôle interne et de la gestion des risques devrait accélérer dans les prochaines années la formalisation des procédures, la clarification des responsabilités sur des chaînes souvent multi-acteurs, aux fins notamment de traçabilité et de suivi des pistes d'audit. Dans le sens des nouvelles missions que la loi confère à la CNSA, des audits thématiques pourraient utilement être développés aux fins d'harmonisation et de sécurisation des pratiques, en commençant par le respect de la réglementation, par exemple s'agissant de l'attribution du taux d'incapacité⁷¹.

Proposition n° 3 : Conforter l'action de la CNSA en matière d'harmonisation des pratiques des MDPH et des MDA, et la développer pour les équipes autonomie départementales, à travers l'intégration des guides et référentiels d'évaluation dans les SI, le renforcement des actions de formation et d'échanges de pratiques. Généraliser les pratiques départementales d'harmonisation des pratiques (départements, MDPH et MDA).

⁷¹ Lors d'une CDAPH, la mission a constaté plusieurs cas de relèvement de taux d'incapacité en séance (concernant l'AAH), ce que la réglementation n'interdit. Par ailleurs, s'agissant de l'AEEH, certaines MDPH ont rapporté des pratiques de relèvement « artificiel » du taux d'incapacité pour permettre le financement par l'AEEH de soins non remboursés par l'assurance maladie. La réalisation d'un audit sur cette thématique permettrait de mesurer si ces pratiques sont effectives et fréquentes.

3.1.2. Le cadre juridique, qui laisse une grande souplesse, mérite d'être précisé pour limiter les disparités, sans revenir sur le principe d'évaluations individualisées

En dépit de ces initiatives, locales ou nationales, visant à harmoniser les pratiques, lesquelles doivent être poursuivies, la mission a pu observer que le cadre normatif laisse des zones d'incertitudes non toutes justifiées par la nécessaire adaptation des dispositifs aux circonstances locales et à la situation individuelle des bénéficiaires.

Les constats et propositions correspondantes figurent dans les fiches monographiques relatives à chacune des prestations sous revue, ainsi que dans l'annexe IV, relative aux disparités de gestion dans les départements. Deux aménagements peuvent être utilement apportés à court-terme.

En premier lieu, la réglementation relative à l'ASH laisse des latitudes très significatives aux conseils départementaux, concernant les règles d'évaluation des ressources nettes du bénéficiaire ainsi que sur le calcul du montant de l'obligation alimentaire. En l'absence de barème national, les conseils départementaux ont défini localement des barèmes permettant de guider l'évaluation de l'obligation alimentaire par les équipes autonomie, avec des différences importantes selon les départements. En outre, la proposition de montant de l'obligation alimentaire par le conseil départemental n'ayant pas par elle-même force exécutoire, elle impose une saisine du juge aux affaires familiales qui complexifie la procédure⁷².

Proposition n° 4 : Mettre en place un barème national pour le calcul de l'ASH, que le département peut assouplir sous forme d'aide extralégale⁷³, précisant les modalités d'évaluation des ressources des bénéficiaires et le calcul de l'obligation alimentaire ; rendre exécutoire la décision du conseil départemental.

L'économie budgétaire pouvant résulter de la mise en place d'un barème national a été évaluée à un ordre de grandeur de 50 M€⁷⁴ (cf. *infra*, fiche ASH).

En second lieu, la réglementation et les référentiels ne déterminent pas certaines catégories de frais pouvant être couverts par les prestations (AEEH, PCH). Cette absence de précision conduit les MDPH à s'interroger sur l'opportunité de la prise en charge de certaines dépenses pour l'AEEH (équithérapie, financement d'AESH à titre privé, etc.) ou pour la PCH (sophrologie, art-thérapie) qui est, faute d'orientation nationale, laissée à l'appréciation des équipes, des MDPH et MDA. Cela conduit à des inégalités de prise en charge entre départements. Le cadrage national quant à leur prise en charge (ou non) via les prestations gagnerait à être documenté par l'évaluation préalable de leur valeur thérapeutique.

Par ailleurs, s'agissant de l'APA, le cadrage national relatif aux aides techniques mériterait d'être renforcé.

Proposition n° 5 : Prévoir dans la réglementation les catégories de dépenses pouvant être couvertes par l'APA, l'AEEH et la PCH, dans une logique d'équité territoriale et d'efficacité thérapeutique.

⁷² Ces recommandations s'inscrivent dans le prolongement de recommandations déjà formulées par des rapports IGAS portant sur l'ASH en 2011 (« Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement », n° RM2011-085P) et 2019 (« Habilitation à l'aide sociale et aide sociale à l'hébergement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), n°2018-095R).

⁷³ [Article L121-4](#) du CASF : « Le conseil départemental peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations mentionnées à l'article L. 121-1. Le département assure la charge financière de ces décisions », correspondant au demeurant au mode de financement actuel de l'ASH.

⁷⁴ La récupération auprès des obligés alimentaires représentait en 2018 un montant total de 118 M€. La mission fait les hypothèses que ce montant a peu évolué depuis et que l'application d'un barème commun, correspondant au barème le plus strict appliqué actuellement permettrait d'augmenter cette participation de 50 %. Cf. fiche monographique ASH.

3.1.3. Les durées d'attribution des droits mériteraient d'être harmonisées, tandis que l'objectif de simplification doit être concilié avec l'adaptation à l'évolutivité du handicap

La durée des droits ouverts fait également l'objet d'écarts importants de pratiques entre les départements, impactant très directement la situation des bénéficiaires, mais également le paiement à bon droit au regard de l'évolutivité de la situation des bénéficiaires, de leurs besoins, et de leurs ressources et, le cas échéant, de leur projet de vie. Dans un souci légitime de simplification des démarches pour les demandeurs et de réduction des délais de traitement, la réglementation a continûment assoupli les durées d'ouverture des droits (par exemple, alignement des durées de la PCH et de ses éléments sur une période de 1 à 10 ans pouvant par exception aller jusqu'à l'ouverture de droits sans limitation de durée).

Or cette logique d'extension de durée des droits et d'application des droits sans limitation de durée fait l'objet de pratiques variables selon les départements qui nuisent à l'équité des droits. À titre d'exemple, s'agissant de l'AAH 1, dans un quart des départements, le taux de droits ouverts sans limitation de durée est compris entre 30 et 54 % et, pour un autre quart des départements, les taux de droits ouverts à vie sont supérieurs à 72 % des décisions. En matière de droits ouverts au titre de la PCH, les CDAPH ouvrent des droits pour des durées moyennes allant de deux à dix ans, hors droits ouverts sans limitation de durée.

Proposition n° 6 : Mettre en place un cadre national de référence pour les durées d'ouverture des droits, et intégrer les indicateurs correspondants au suivi national.

De manière plus générale, la logique de simplification des démarches (et l'ambition souhaitable et fondée de réduire la charge administrative pour les demandeurs) doit être conciliée avec la nécessaire adaptation des droits à la situation évolutive du handicap et de la dépendance. Or, à cet égard, les pratiques sont également variées selon les départements (MDPH ou équipes autonomie). Ainsi, les certificats médicaux dits « simplifiés » (qui se traduisent par une seule case à cocher pour le praticien lorsque celui-ci valide l'absence d'évolution de la situation), allègent la charge déclarative des médecins. Pour autant, pour les enfants et adolescents en situation de handicap (AEEH, PCH), l'utilisation de ce certificat simplifié (un document essentiel pour fonder l'ouverture ou la révision de droits) ne permet pas l'appréhension de handicaps évolutifs comme l'est le développement d'un enfant, mais également d'assurer la pleine prise en compte de leur retentissement.

Proposition n° 7 : Par voie réglementaire, proscrire le recours au certificat médical simplifié pour les enfants handicapés lors des demandes d'AEEH et de PCH (enfant).

Par ailleurs, les compléments d'AEEH sont accordés pour une durée de deux à cinq ans. Or, dans certaines situations, les soins pris en charge soit sont prescrits pour une durée plus courte, soit sont arrêtés avant (par exemple compte-tenu d'un changement d'établissement scolaire -entrée au collège-, de soins pour une durée inférieure à deux ans, ou de la difficulté logistique des parents à honorer des consultations régulières sur le temps long, ou à accéder à un professionnel compétent). La réduction à un an de la durée d'ouverture des droits au titre des compléments permettrait de s'adapter à la réalité du besoin de prise en charge, souvent rapidement évolutif, de l'enfant et d'éviter les indus sur une longue période. Si cette réduction de la durée d'ouverture des droits sans réexamen est plus lourde en gestion pour les MDPH et les CAF et augmente la fréquence des procédures de renouvellement pour les parents, elle sécuriserait l'adéquation continue des prestations aux besoins évolutifs des enfants et l'accompagnement de leur famille.

Proposition n° 8 : Ouvrir la possibilité de réduire à un an la durée des droits pour les compléments d'AEEH.

3.1.4. L'évaluation de l'AAH 2 nécessite des aménagements dans une logique de juste droit mais aussi pour renforcer l'accompagnement des allocataires

Pour l'AAH, qui représente 38 % des dépenses versées au titre des cinq aides sous revue, en dépit de l'existence de nombreux outils (guide-barème, arbre de décision, guide DGCS), l'évaluation du taux d'incapacité comme l'appréciation de la RSDAE⁷⁵ restent par nature subjectifs et contingents, et sont à ce titre l'objet de différences de pratiques entre évaluateurs, comme entre MDPH et MDA. Par exemple, les formulaires, souvent remplis de manière succincte pour la partie portant sur la situation professionnelle du demandeur, ne permettent pas par eux-mêmes d'apprécier si le demandeur est dans une démarche avérée d'insertion professionnelle (l'un des critères de la RSDAE).

Par ailleurs, l'instruction des droits à l'AAH se fait essentiellement sur base documentaire (demande, pièces justificatives, dont le certificat médical de moins de 12 mois), et les contacts des MDPH avec les demandeurs restent l'exception. Or, l'échange direct avec le demandeur apparaît déterminant pour préciser sa situation (dossiers lacunaires, datés ou imprécis) ou pour mieux identifier les situations où la demande d'AAH est infondée (certificats médicaux « de complaisance », etc.) voire frauduleuse (falsification de certificats médicaux, certificats médicaux raturés, ou complétés postérieurement par le demandeur et non par le praticien).

Compte-tenu de la charge en gestion pour les MDPH que représente un entretien systématique avec le demandeur, la mission propose de cibler cette pratique en premier lieu sur les primo-demandeurs de l'AAH 2, du fait de sa dynamique particulière.

Proposition n° 9 : Systématiser un entretien (par téléphone, en visio-conférence ou, autant que possible, en présentiel) pour l'ensemble des primo-demandeurs d'AAH 2, afin de compléter la connaissance de leur situation et renforcer la qualité des décisions.

Le coût de cette proposition est estimé à 12 M€ en 2024 : elle nécessite en effet des ressources humaines complémentaires au sein des MDPH pour mettre en œuvre ces entretiens systématiques sans conduire à une hausse des délais importante. Sa mise en œuvre pourrait, avec d'autres mesures, concourir à une économie en termes de versements d'AAH-2 (estimée à 3 % à 5 % des dépenses⁷⁶) pouvant atteindre entre 300 et 500 M€ tout en améliorant significativement le paiement à bon droit.

⁷⁵ En 2024, l'AAH-2 (taux d'incapacité entre 50 et 79% et réduction substantielle et durable à l'accès à l'emploi, RSDAE) dépasse en effectifs nationaux (692 k bénéficiaires, croissance moyenne de 5,4%/an sur les huit dernières années, soit +52% sur les huit dernières années) de l'AAH-1 historique (taux d'incapacité supérieur à 80%, 642 k bénéficiaires, en croissance de 0,5%/an, soit +4,2% sur les huit dernières années).

⁷⁶ Cette estimation tient compte du chiffrage réalisé par la mission IGAS-IGF réalisée en 2012 sur l'AAH en 2012. Celle-ci avait établi, sur la base d'un échantillon de 400 dossiers d'AAH étudiés, que 16 % d'entre eux ne contenaient pas les éléments nécessaires à la décision. La mission a sensiblement minoré ce chiffrage, pour tenir compte 1/ qu'il s'agissait d'un échantillon unique 2/ du fait que l'insuffisance d'éléments au dossier ne permet toutefois pas de conclure que l'ensemble de ces dossiers ne conduiraient pas à une décision d'attribution d'AAH, si des informations complémentaires avaient été collectées auprès des demandeurs. 3/ que des changements de pratiques qui ont pu survenir depuis 2012 (notamment en lien avec la publication du guide DGCS en 2017).

Par ailleurs, une coopération plus approfondie entre les MDPH/MDA et le service public de l'emploi (SPE, principalement Cap emploi et France travail) est nécessaire, dans le prolongement de l'expérimentation en cours sur l'orientation en ESAT. En effet, les ouvertures de droits à l'AAH 2 supposent fréquemment des démarches de la part des allocataires, afin d'initier ou poursuivre une formation ou de conforter leur projet professionnel, mais les MDPH n'assurent qu'exceptionnellement un accompagnement des allocataires après l'ouverture de droits au titre de l'AAH. Une expérimentation menée entre 2011 et 2016 (expérimentation « Potentiel emploi ») a permis de montrer qu'un dispositif d'accompagnement systématique des allocataires permet de diminuer le taux d'attribution d'AAH. Le coût de la généralisation de ce dispositif (alors évalué entre 20 et 25 M€) serait probablement largement inférieur aux économies induites par ce moindre recours à l'AAH 2⁷⁷, tout en améliorant la qualité et l'équité des décisions des CDAPH.

Proposition n° 10 : Proposer systématiquement un accompagnement par le service public de l'emploi aux nouveaux allocataires de l'AAH 2.

Cette recommandation pourrait être intégrée dans la convention quinquennale (État, France travail, Chéops pour les Cap emploi, Agefiph, FIPHFP) actuellement en renégociation (sous l'égide de la DGEFP).

3.2. Le déploiement du contrôle interne et la structuration de la lutte contre la fraude constituent des priorités pour le versement à bon droit des prestations

3.2.1. La culture du contrôle et de la lutte contre la fraude, embryonnaire tant en MDPH que dans les services autonomie, présente un risque au regard des enjeux humains et financiers des aides attribuées

La mission a constaté que le contrôle et la lutte contre la fraude sont insuffisamment structurés, formalisés et demeurent souvent contingents pour les services instructeurs (en particulier pour les MDPH/MDA) mais également pour les services payeurs (Caf, départements). Reposant le plus souvent sur les mêmes équipes que celles chargées de l'instruction, ils sont de fait en concurrence dans l'allocation des moyens humains et techniques, et secondaires par rapport du traitement des flux dans les meilleurs délais, qui constitue la priorité nationale affichée et suivie comme telle, tant au niveau national que dans les équipes. En outre, cette dépriorisation du contrôle est également parfois justifiée localement par la revendication d'une culture administrative et sociale d'accompagnement des bénéficiaires et de leurs besoins, passant d'abord et surtout par l'ouverture des droits. La distinction instructeur/payeur (MDPH/Caf) dans le cas de l'AAH et de l'AEEH, mais aussi au sein des services autonomie (service instructeur/service liquidateur) pour l'APA ou l'ASH, peut conduire à une forme de déresponsabilisation, voire un risque d'aléa moral⁷⁸, chaque service considérant que le contrôle relève d'une autre entité. Pour autant, la légitimité de la dépense publique en faveur des politiques de l'autonomie repose sur la mise en place d'une culture de contrôle et de la lutte contre la fraude. Cette situation conduit la mission à formuler deux constats :

⁷⁷ L'expérimentation Potentiel Emploi précitée avait montré que, pour les MDPH concernées par l'expérimentation, le taux d'attribution de l'AAH était inférieur au taux national pour les primo-demandeurs (38 % dans le cadre de Potentiel emploi, contre 45 % au niveau national- données sans valeur statistique robuste, compte tenu des faibles volumes concernés).

⁷⁸ Cf. *infra*, annexe III.

- ♦ **le contrôle d'effectivité est hétérogène et, en tout état de cause, largement insuffisant**, notamment faute d'outils et de ressources pour les services gestionnaires. Le contrôle d'effectivité des versements au titre des aides humaines et techniques (PCH, APA) est rendu difficile par le manque de ressources et d'éléments, pour vérifier que les heures financées correspondent bien à celles prévues dans le plan d'aides, ou que l'aide technique a réellement été mise en œuvre (paiement de l'aide sur devis et absence de transmission de factures), notamment dans le cas d'un versement sur compte ;
- ♦ **pour certaines aides, ce contrôle n'est pas par ailleurs prévu par les textes** (allocation de base AEEH ou complément parentalité de la PCH) ou limité à une possibilité restreinte (contrôle de la rédaction ou de la cessation d'activité pour l'attribution des compléments AEEH). Il en résulte des frustrations pour les équipes, dès lors qu'elles soupçonnent, voire ont connaissance, qu'un parent d'enfant en situation de handicap a repris son activité professionnelle mais continue de percevoir le complément correspondant de l'AEEH, ou que les enfants d'un couple de parents en situation de handicap sont pris en charge par un proche aux frais de ce dernier, mais perçoivent, sans aucun contrôle possible, deux compléments parentalité au titre de la PCH.

Les directions autonomie des départements n'ont ni les outils massifs de *datamining*, ni les capacités d'accès aux données fiscales, sociales et médicales, permettant un croisement avec les informations dont ils disposent sur le demandeur. Les données bancaires ou patrimoniales sont le plus souvent limitées aux déclarations des bénéficiaires.

En outre, malgré la mise en place d'un téléservice dédié, les dossiers ne sont transmis par les demandeurs aux MDPH de manière dématérialisée qu'à hauteur de 12,6 %, impliquant des ressaisies chronophages et sources d'erreur et rendant moins efficace la mise en place de règles de contrôle.

Par ailleurs, la difficulté pour les MDPH de recruter des médecins ne leur permet pas de bénéficier d'une contre-expertise des certificats médicaux (notamment en vue de l'attribution de l'AAH, de l'AEEH, ou de la PCH), quant à la sincérité et à l'exhaustivité des constats médicaux, alors même que certains « médecins compréhensifs » sont « connus » par les équipes. **Ce point est d'autant plus problématique que la grande majorité des ouvertures de droits⁷⁹ et attributions de prestations se fait de manière seulement documentaire, fondée essentiellement sur le contenu du certificat médical**, lequel ne permet pas non plus de cerner partout et pour chacun les retentissements du handicap, et leur caractère évolutif.

En matière de fraude, les aides étudiées sont considérées par les services comme moins sujettes que d'autres au dol. Pour autant, il n'y a pas à la date de la mission de stratégie articulée et déclinée territorialement de détection des fraudes. Les cas identifiés par la mission (faux certificats médicaux, fraude à la résidence, sous-déclaration des ressources, fausses factures ou déclarations erronées de la part de prestataires d'aide humaine) ne font pas l'objet d'informations partagées entre instructeurs et payeurs au sein du département, ou entre départements sous l'égide de la CNSA, et résultent plus souvent d'alertes de partenaires que de pratiques internes selon des axes de contrôle. En outre, ces risques, voire cas, de fraudes ne sont pas abordés dans les comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF).

⁷⁹ 86,6 % des évaluations avaient uniquement fait l'objet d'un traitement documentaire, d'après CNSA, 2024, [Synthèse des rapports d'activité 2022 des maisons départementales des personnes handicapées](#).

3.2.2. Un contrôle interne à renforcer tant au niveau national que local

Dans la suite de la création de la branche autonomie qui implique en particulier sa soumission à la certification des comptes, les objectifs fixés par la COG 2022-2026 et la loi n° 2024-217 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie ont renforcées les compétences de la CNSA sur les MDPH et MDA mais également sur les équipes autonomie des départements. Dans le cadre de sa mission nationale d'accompagnement, de conseil et d'audit, la CNSA a mis en place une mission nationale dont l'objectif est d'accompagner le déploiement du contrôle interne et de la gestion des risques, en commençant par un recensement des actions en place dans les MDPH. Cette démarche n'est toutefois pas encore lancée à date s'agissant des services autonomie des conseils départementaux.

Or, tant le contrôle interne (structuration des processus, définition des responsabilités et interfaces, évaluation de la maturité) que la gestion des risques (identification, analyse de la criticité, gestion via des plans d'action suivis) constituent des instruments puissants pour formaliser et harmoniser les pratiques des services, à la fois au niveau national (CNSA) comme au niveau des départements (départements, MDPH et MDA, voire Caf ou administrations fiscales et sociales). La maturité seulement naissante de ces outils dans les structures territoriales constitue une raison supplémentaire pour que la CNSA, désormais missionnée en ce sens par la loi et sur l'ensemble des champs du soutien à l'autonomie et des acteurs qui participent aux politiques publiques correspondantes, structure désormais rapidement ces outils.

3.2.2.1. Renforcer le contrôle d'effectivité des prestations, dans un objectif de paiement à bon droit, de simplification et d'équité

La mission a pu établir que tant la réglementation que les outils et les moyens dont disposent les conseils départementaux ne facilitent pas l'exercice de leur part d'un contrôle d'effectivité. C'est pourquoi elle recommande la mise en place d'un contrôle d'effectivité (par les Caf et les MSA) sur le champ de l'AEEH, en particulier s'agissant de la cessation ou de la réduction d'activité, pour encourager le paiement à bon droit et réduire les risques d'indus. S'agissant du financement des soins, la mission préconise d'étudier un mécanisme de financement en tiers payant, en s'inspirant du schéma mis en place pour les plateformes de coordination et d'orientation (PCO)⁸⁰, qui conduirait à réviser de manière profonde l'architecture de l'AEEH. Une telle évolution permettrait de garantir que les sommes versées sont bien allouées au financement de soins, tout en constituant une mesure de simplification pour les familles. Cela suppose une compensation de la branche autonomie à la branche famille.

L'impact financier de ces deux mesures a été estimé à 20 à 50 M€ (soit 1 à 3 % des dépenses d'AEEH).

Proposition n° 11 : Introduire un contrôle d'effectivité des dépenses prises en charge au titre de l'AEEH pour la compensation de la réduction d'activité.

Proposition n° 12 : Mettre en place un financement direct des dépenses de soins par l'assurance maladie des professionnels de santé et des autres frais aux professionnels, évitant l'avance des frais par le bénéficiaire et permettant de sécuriser les flux financiers.

⁸⁰ Pour la rémunération de professionnels libéraux non conventionnés avec l'assurance dans le cadre des bilans et interventions précoces réalisés dans les plateformes de coordination et d'orientation pour les troubles du neurodéveloppement (PCO-TND), les caisses d'assurance maladie leur versent les rémunérations correspondantes.⁸¹ Cf. par exemple, s'agissant de la PCH, [article L245-12](#) ou, pour l'APA, [article L232-8](#).

En outre, la mission préconise de limiter les pratiques de versement sur compte des bénéficiaires⁸¹ d'une part en encourageant, à l'instar de l'ASH quand elle est directement versée aux établissements d'accueil et d'hébergement, les outils de paiement direct des prestataires ou des fournisseurs (mécanismes de télégestion), d'autre part en recourant aux CESU préfinancés pour l'emploi direct.

Proposition n° 13 : Encourager la télégestion pour les prestataires et les mandataires et le recours au CESU préfinancés pour l'emploi direct, pour le paiement des heures d'aide humaine au titre de l'APA et de la PCH.

Le développement de la télégestion et du recours aux CESU doit être accompagné de la mise en place d'un flux de données des conseils départementaux vers les services de la DGFIP visant à préremplir l'avis d'impôt afin d'éviter les doublons potentiels entre versement de la prestation d'aide humaine et crédit d'impôt au titre des services à la personne, auquel les personnes âgées et en situation de handicap peuvent aussi prétendre. Un tel flux pourrait sécuriser également la bonne et complète perception des contributions sociales liées à la réalisation de services d'aide à domicile, et luttent contre le travail non-déclaré.

Ces mesures destinées à sécuriser le paiement à bon droit ont un autre effet positif, par rapport au droit applicable pour les prestations qui y sont soumises, en automatisant et en systématisant une large part du contrôle d'effectivité. Pour l'APA comme pour la PCH, la réalité de la consommation du plan d'aide constitue un enjeu sanitaire, social, économique et financier déterminant, d'abord pour s'assurer que le bénéficiaire peut accéder à l'aide qui lui a été notifiée, mais aussi que les plans personnalisés s'adaptent à la situation du bénéficiaire, soit que ses besoins s'accroissent (ou que les aides qu'il peut mobiliser se réduisent), soit que ses besoins se réduisent. De ce point de vue, le recours aux CESU préfinancés pour l'emploi direct participe de la même sécurisation des obligations déclaratives pour la prestation de service. Ces mesures représentent en outre un enjeu de simplification pour les personnes et limitent les risques de dépense fiscale injustifiée au titre du crédit d'impôt pour les services à la personne. Leur déploiement nécessite un portage et un accompagnement de la part de la CNSA.

À moyen terme, l'expérimentation lancée en 2020 relative au crédit d'impôt contemporain pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH, dont la généralisation a été repoussée en 2027 par la LFSS pour 2024 actuellement à l'arrêt, nécessite d'être relancée. Ce schéma est très structurant, permettant une simplification pour les usagers (déclaration unique du nombre d'heures réalisées et du salaire horaire), le renforcement du contrôle d'effectivité automatisé (fiabilisation des rémunérations et des cotisations sociales) et la fiabilisation des données intégrées dans le calcul de l'impôt sur le revenu (crédit d'impôt sur les services à la personne).

Proposition n° 14 : Relancer et généraliser (DSS, en collaboration avec DGCS et ACOSS) le projet de crédit d'impôt contemporain (Home +) pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH.

En extrapolant les données transmises par la Ville de Paris, la mission a estimé que cette proposition pourrait générer une économie de l'ordre de 50 à 100 M€ (cf. fiche APA, 3.2.2).

⁸¹ Cf. par exemple, s'agissant de la PCH, [article L245-12](#) ou, pour l'APA, [article L232-8](#).

Dans le même esprit et concernant l'ASH, le développement d'échanges de données avec la direction générale des finances publiques, les caisses d'allocations familiales, mais aussi l'accès à FICOBA et aux données bancaires doivent permettre de sécuriser le calcul des montants des participations des usagers, des obligés alimentaires et les recours sur succession. Ces échanges de données permettront également de simplifier significativement leur gestion par les départements. Les enjeux pour les départements en termes de financement de dépenses d'autonomie, légitiment un pilotage de ces échanges par la CNSA, cohérent de ses missions au titre de la branche et sur ses parties prenantes.

3.2.2.2. Consolider et fiabiliser les échanges de données

Les équipes instructrices des MDPH comme des départements, tant par entretien que dans leurs réponses au questionnaire soumis par la mission, ont souligné les difficultés récurrentes à accéder aux informations dont elles avaient besoin pour instruire les demandes de prestation, accompagner les bénéficiaires ou pouvoir proposer la révision des droits ouverts. Sans remettre en cause l'accessibilité des MDPH et équipes autonomie pour leurs bénéficiaires et leurs proches, notamment en cas de familiarité insuffisante avec le numérique, l'informatisation des éléments des dossiers des personnes âgées et des personnes handicapées facilite la traçabilité des décisions prises, mais aussi les échanges de données avec des sources tierces, notamment administratives. Elle permet en outre d'inverser certains des flux de données : l'actualisation de la situation du bénéficiaire pouvant venir de sources tierces et non plus d'une démarche pro-active et « sur demande », permettant là encore d'accélérer et de systématiser les travaux liés à l'actualisation de la situation du bénéficiaire, et, le cas échéant, de ses droits, ou à automatiser l'identification de cumul irrégulier de prestations (entre départements, entre prestations).

Le RNCPS regroupe, sur la base du numéro d'inscription au répertoire NIR, des données sur l'identification des bénéficiaires, l'affiliation et la nature des risques couverts, des avantages servis et des adresses déclarées pour les percevoir. L'accès à ce répertoire constitue donc un outil efficient de vérification des informations fournies dans les dossiers de demande, puisqu'il permet d'identifier les prestations perçues et les montants reçus. Les agents des collectivités peuvent accéder au RNCPS « pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale »⁸², mais, dans les faits, la moitié seulement des départements y ont accès⁸³.

La consolidation des échanges d'information avec les sources administratives (hormis SNGI, largement accessible depuis peu) contribuera enfin à sécuriser la qualité et l'actualisation des ressources des demandeurs, et faire valoir le cas échéant les droits des créanciers (obligation alimentaire, indus, recours sur succession, voire recours contre tiers) de manière sensiblement plus efficace.

Par ailleurs, le dispositif de ressources mensuelles (DRM)⁸⁴ permet de restituer de manière automatique à la maille individuelle (NIR) un ensemble de données liées aux ressources qui entrent dans les bases ressources de certaines prestations. L'accès des départements et des MDPH au DRM faciliterait les actions de contrôle et de lutte contre la fraude et éviterait certains échanges d'information.

⁸² [Article L114-12-1](#) (au 2°) et [article L114-14](#) du CSS.

⁸³ IGAS, 2021, *Évaluation du répertoire national commun de la protection sociale : bilan et perspectives*.

⁸⁴ Article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019 relatif à des traitements de données à caractère personnel portant sur les ressources des assurés sociaux.

Proposition n° 15 : Promouvoir et faciliter l'accès des MDPH et des départements au répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), au DRM et renforcer les échanges de données entre les MDPH et les services autonomie avec la DGFIP et le ministère de l'intérieur. À moyen terme, développer des requêtes embarquées de non-cumul dans les SI (CNSA).

Par ailleurs, la transmission de certificats médicaux sous format papier facilite l'ajout post-renseignement par le médecin, d'éléments, sans que les équipes d'évaluation ne soient en mesure de vérifier les informations, ayant souvent des difficultés à échanger avec les médecins ayant renseigné et signé le certificat médical.

À date, et compte tenu de contrôles d'éligibilité souvent réduits à des travaux documentaires et du caractère déterminant du certificat médical pour la proposition (MDPH, département) ou la décision d'ouverture ou de renouvellement de droits, la fragilité de ce certificat au risque d'altération voire de falsification en fait un élément décisif dans l'analyse des risques sur le paiement à bon droit.

Les contrôles seront aussi facilités par un développement fort de la dématérialisation des dossiers, qui reste à ce stade très limitée. La dématérialisation est aussi un préalable à la certification des pièces justificatives, au moins les plus essentielles à l'instruction du dossier.

La dématérialisation du certificat médical gagnerait à s'intégrer dans la démarche de simplification engagée au sein des MDPH.

Proposition n° 16 : Développer un programme de dématérialisation du certificat médical MDPH, en coopération avec l'assurance maladie, et poursuivre la dématérialisation des dossiers de demandes et des pièces justificatives apportées à l'appui, dans une logique de simplification (CNSA, en lien étroit avec la CNAM).

3.2.2.3. Déployer un plan relatif au certificat médical joint au dossier MDPH pour améliorer la qualité de son renseignement et sa complétude

Au-delà de sa dématérialisation (*cf. supra*, 3.2.2.2), et au regard de l'enjeu que représente le certificat médical dans l'évaluation de la demande de compensation du handicap, la mission recommande la mise en place d'un plan d'action pour faciliter son renseignement, adapter sa fréquence aux besoins de certains publics et sécuriser sa transmission, qui intégrerait les actions suivantes

- ♦ sensibiliser les médecins au remplissage des certificats médicaux, dans le cadre des entretiens menés par les délégués de l'assurance maladie (DAM), afin que les médecins soient mieux en mesure de renseigner le retentissement de la pathologie sur la vie quotidienne de la personne et comprennent les enjeux liés au remplissage de ce certificat ;
- ♦ expérimenter un nouveau partage des rôles entre médecins et infirmiers sur le remplissage du certificat médical, afin d'alléger les tâches du corps médical, en particulier dans les structures d'exercice coordonné ;
- ♦ analyser les pratiques des médecins en termes de certificats MDPH, en s'inspirant des pratiques de l'assurance maladie.

Proposition n° 17 : Confier à la CNSA le pilotage d'un programme pour améliorer la qualité du remplissage du certificat médical (en collaboration étroite avec la caisse nationale d'assurance maladie).

Il s'agit de déployer, en lien avec les professionnels, une démarche complète d'accompagnement et de contrôle, qui sera facilitée par le déploiement du SI évaluation en 2025 sous l'égide de la CNSA, qui prévoit l'identification des médecins signataires. Elle nécessite toutefois des délais liés en particulier à la mise en place des outils dématérialisés et des SI. L'économie liée à ce plan d'action est estimée à 50 M€ sur la base de 0,3 % de dépenses évitées (en prenant appui sur la métrique identique, 0,3 %, en ce qui concerne la fraude détectée par l'assurance maladie sur les arrêts de travail).

3.2.3. Une stratégie de lutte contre la fraude à construire, par convergence progressive des standards et des pratiques vers ceux des organismes de sécurité sociale

La mission a montré dans ses analyses que la branche autonomie est caractérisée par une moindre maturité en termes de culture du risque, de stratégie et de moyens, relativement aux autres caisses de sécurité sociale (RH, outils de gestion, interfaces et EDI avec les autres sources administratives). Dans un objectif de paiement au juste droit et de légitimité de la dépense d'aides à l'autonomie, et dans un contexte où la fraude existe et est ponctuellement repérée, la mission considère indispensable l'élaboration d'une stratégie de lutte contre la fraude au niveau national et déclinée au niveau local. Le pilotage de cette stratégie par la CNSA doit désormais intégrer à ambitions égales les services départementaux comme les MDPH.

Proposition n° 18 : Formaliser une stratégie de lutte contre la fraude à la fois au niveau national et dans les départements (MDPH, équipes autonomie), pilotée par la CNSA et intégrer l'autonomie et le handicap dans les travaux des comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF).

En profitant de l'opportunité du déploiement des SI APA et du SI MDPH, la CNSA doit construire cette stratégie dans une logique de convergence vers les standards mis en place par les caisses nationales de sécurité sociale. Il s'agit à la fois d'un objectif de partage de bonnes pratiques, mais aussi de facilitation à l'avenir de démarches de contrôle communes. Cette stratégie serait l'occasion de structurer des programmes de contrôle et des requêtes à partir des cas de détection de fraude importants, à diffuser dans les MDPH et les conseils départementaux.

Par ailleurs, les pouvoirs d'investigation et de sanction des agents de MDPH et des départements sont limités, relativement à ceux dévolus pour d'autres prestations, à l'image du RSA. Une étude mériterait d'être réalisée sur un renforcement des prérogatives des agents en termes de lutte contre la fraude aux prestations du champ de la mission.

Dans le même esprit, le renforcement éventuel des obligations des départements en matière de contrôle interne mériterait d'être instruit, à l'image des obligations existantes pour l'État⁸⁵.

4. D'autres mesures paramétriques ou fiscales pourraient générer des économies budgétaires d'ici à 2027

Au-delà des mesures d'harmonisation, de cohérence, de contrôle et de lutte contre la fraude détaillées *supra* (ainsi que dans les annexes et fiches monographiques annexées au présent rapport), la mission a étudié différentes mesures permettant de générer des économies financières. La première série de mesures touche aux paramètres des prestations, avec plusieurs réformes visant une plus grande cohérence des prestations et une meilleure prise en compte de la faculté contributive des bénéficiaires (4.1). Le deuxième volet concerne les dépenses fiscales, dont la cohérence avec les prestations sociales mériterait d'être renforcée (4.2).

⁸⁵ [Décret n° 2022-634 du 22 avril 2022 relatif au contrôle et à l'audit internes de l'État.](#)

4.1. Des mesures d'aménagement des paramètres des cinq prestations peuvent permettre de renforcer leur cohérence et mieux prendre en compte la faculté contributive des personnes concernées

4.1.1. Quatre mesures relatives aux prestations du champ du handicap permettraient de renforcer leur équité ou leur cohérence

Concernant la PCH, la mission recommande deux évolutions :

- ♦ une révision des paramètres des aides à la parentalité de la PCH, pour revenir à la philosophie compensatrice de la prestation. En effet, le complément parentalité est un forfait, qui peut être attribué aux deux parents de l'enfant, sans tenir compte des surcoûts réels induits pour la parentalité. L'ensemble des équipes d'instructeurs rencontrées ont témoigné leur incompréhension quant au caractère forfaitaire de ce complément, à l'absence de prise en compte des surcoûts réels et à l'absence de contrôle d'effectivité.

Proposition n° 19 : Réviser les modalités des aides à la parentalité de la PCH, dans une logique compensatrice, en tenant compte des coûts réellement supportés, en particulier lorsque les enfants des bénéficiaires ne sont pas présents au foyer.

- ♦ une amodiation du régime de la PCH pour les personnes accueillies en établissement (maintien de 10 % de la PCH à domicile pour les attributaires avant leur accueil ou hébergement en établissement), pour en réduire le champ d'application⁸⁶ et/ou amodier les délais de prise en compte (30 jours, 45 jours) en cohérence avec ceux de l'ASH.

Proposition n° 20 : Réviser le régime de l'aide humaine de la PCH pour les personnes accueillies en établissement s'agissant des délais de prise en compte ou du champ d'application au regard des besoins réels du bénéficiaire hébergé.

Par ailleurs, dans le prolongement du rapport IGF-IGAS de 2025 sur le recours contre tiers⁸⁷, la mission recommande, pour l'APA et la PCH, d'autoriser expressément les départements à tenir compte des indemnités versées par les responsables de la survenue, lorsqu'elle est accidentelle, d'un handicap, ou leurs assureurs dans la détermination du montant des prestations. En effet, il existe actuellement, en cas de cause de handicap accidentelle, une possibilité de cumul d'indemnisation entre les droits à indemnisation versés par les assurances et autres tiers, et les prestations d'autonomie. Cette recommandation, qui relève de la loi⁸⁸, nécessite que le département dispose d'informations sur l'origine accidentelle du handicap ou de la perte d'autonomie, et sur les procédures d'indemnités afférentes, à travers une obligation de notification par les assureurs des montants d'indemnités alloués.

La mission n'a pu évaluer l'impact financier de cette proposition, mais s'agissant de prestations pouvant être versées pendant de longues années, celui-ci serait substantiel.

Proposition n° 21 : Pour la PCH et l'APA, déduire les éventuels droits à indemnités versés par les assurances et autres tiers, en cas de cause accidentelle, du montant des aides légales, et instaurer une obligation de notification par les assureurs des montants d'indemnités alloués (loi).

⁸⁶ Un rapport de 2011 de l'IGAS avait déjà préconisé d'étudier la suppression, pour les nouveaux entrants, de la partie forfaitaire de l'aide humaine en établissement, au motif que le maintien de cette aide humaine ne serait pas justifié, constituant un simple complément de ressource qui s'ajoute à celui conservé par les mêmes bénéficiaires au titre de l'ASH ou de l'AAH, tout en créant des inégalités entre résidents.

⁸⁷ IGAS-IGF, 2025, *Le recours contre tiers des organismes de sécurité sociale et des employeurs publics*,

⁸⁸ [Articles L232-1 à L232-28](#) du CASF pour l'APA, articles [L245-1-1](#) et [R245-40](#) du même CASF pour la PCH.

Enfin, la mission recommande d'étudier l'actualisation des modalités du bénéfice de l'AAH pour les personnes en détention sans enfant et sans conjoint reconnu par la CDAPH comme ne pouvant travailler, dont les frais de vie sont à date pris en charge par la collectivité⁸⁹, en vue d'une convergence éventuelle avec les dispositions existantes pour le RSA.

4.1.2. Des mesures d'évolution des prestations en vue de mieux refléter la faculté contributive des bénéficiaires, sans remettre en cause l'universalité des prestations

En premier lieu, la mission recommande d'étudier un élargissement de la base ressource prise en compte dans le calcul de l'ASH-PH pour y intégrer le patrimoine mobilier, immobilier et financier (assurance vie). Une plus grande prise en compte de la faculté contributive de certaines personnes handicapées (qui sont peu nombreuses) se justifierait, par souci d'équité.

Proposition n° 22 : Élargir la base ressource prise en compte dans le calcul de l'ASH-PH au patrimoine mobilier, immobilier, financier (assurance vie notamment), le cas échéant en élargissant l'application de l'article R. 132-1 du CASF⁹⁰ aux bénéficiaires de l'ASH-PH.

En outre, la mission recommande deux évolutions paramétriques concernant le barème de l'APA et la prise en compte des ressources pour la détermination du reste à charge des plans personnalisés d'autonomie :

- ♦ la prise en compte du patrimoine (sur le modèle de l'ASPA, ou le cas échéant de l'ASH) ou des revenus déclarés du patrimoine dans les bases ressources déterminant le taux de prise en charge au titre de l'APA (dans le même esprit que le récent rapport Pirès Beaune⁹¹);
- ♦ la poursuite de la pentification (accroissement de la progressivité) de la courbe effective du reste à charge pour les personnes les plus aisées⁹², se justifiant notamment par l'existence d'un crédit d'impôt compensateur pour l'emploi d'un salarié à domicile. Plusieurs scénarios et chiffrage ont été réalisés par la mission (cf. Fiche APA), dont certains adaptent les critères du crédit d'impôts services à la personne (en réduisant son plafond).

De telles évolutions devront tenir compte de l'actuelle sous-consommation des plans d'aide APA, s'expliquant notamment par la persistance d'un reste à charge pour les bénéficiaires.

⁸⁹ Actuellement, pour les allocataires sans enfants, le montant de l'AAH est limité à 30% de l'AAH à taux plein, à compter du troisième mois. Pour le RSA, le droit est interrompu à compter de la deuxième révision trimestrielle suivant l'incarcération.

⁹⁰ « les biens non productifs de revenu, à l'exclusion de ceux constituant l'habitation principale du demandeur, sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis et à 3 % du montant des capitaux ».

⁹¹ Christine Pires-Beaune, 2023, « Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement, encadrer le reste à charge », rapport à la Première Ministre, réalisé avec l'appui de l'IGAS et de l'IGF

⁹² D'après DREES, 2022, [Le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie](#), in *L'aide et l'action sociales en France édition 2022*, le taux d'effort moyen (reste à charge rapporté aux ressources du bénéficiaire) de la population attributaire est de 2,5%, allant de 0% pour le premier quintile de revenus à 7% pour le dernier vingtile (les 5% des plus aisés, avec des ressources mensuelles supérieures à 2 600 €). Pour ces dernières, l'APA représente en moyenne un versement de 88 € par mois, à comparer avec un crédit d'impôt de 245 € par mois. Le vingtile précédent (5% des bénéficiaires de l'APA avec des ressources entre 2 160 € et 2 600 euros par mois) ont un crédit d'impôt de 130 € et une APA moyenne de 198 €, ce qui fait une contribution publique sociale et fiscale similaire (330 € / mois). Pour les GIR, le taux d'effort relatif et les restes à charge en valeur absolue augmentent avec la perte d'autonomie et les plans d'aide (33 €/mois soit 1,9% des ressources pour les GIR 4 et 4,5% et 89 € / mois pour les GIR 1).

Proposition n° 23 : Réformer le barème de l'APA pour en renforcer la dégressivité, le cas échéant en tenant compte des ressources patrimoniales et en adaptant les critères du crédit d'impôts services à la personne.

La mission a estimé qu'une telle réforme pourrait générer un rendement entre 50 et 250 M€ selon le scénario de « barémisation » retenu, voire jusqu'à 500 M€ en l'articulant avec une réforme du crédit d'impôt des services d'aide à domicile (cf. Fiche APA, 1.5.1).

Concernant l'APA, une autre option de réforme, plus sensible car incertaine dans ses effets et nécessitant une étude préalable, consisterait à introduire une obligation alimentaire, sur le modèle de l'ASH⁹³. Ceci pourrait se justifier au regard des principes posés par le code civil (art. 205 : « *Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin* »), ainsi que par une logique d'équité entre aidants d'un ascendant bénéficiaire de l'APA, entre ceux qui s'y épuisent et ceux qui sont déchargés de toute forme de solidarité familiale. Enfin, la mobilisation des obligés alimentaires contribuerait à une meilleure équité horizontale entre bénéficiaires, et leurs aidants, de différents dispositifs : selon que la personne aidée bénéficie (ou pas) de l'APA, ces derniers sont exonérés de toute obligation d'aliment du fait du bénéfice de l'APA, alors que les seconds y demeurent soumis par le code civil.

Toutefois, une telle réforme conduirait à revenir sur un des fondements de l'APA, dont une des différences majeures, par rapport à la prestation spécifique de dépendance qu'elle a remplacé en 2005, résidait dans la suppression du recours sur succession, (ainsi que dans son universalité). Une telle réforme engendrerait également un non-recours « choisi » significatif⁹⁴, ce qui augmenterait les dépenses de santé (dépenses d'hospitalisation, etc.). Enfin, elle se traduirait également par des coûts de gestion significatifs pour les départements (à l'instar de l'ASH), même si les échanges de données permettraient d'en limiter la portée.

Nonobstant ces limites, une étude pourrait être conduite, dans un ou deux départements, notamment à partir d'enquêtes auprès des bénéficiaires, pour évaluer le rendement budgétaire, l'impact en gestion et les conséquences en termes de recours d'une telle mesure.

4.1.3. D'autres mesures pourraient être adoptées dans une logique de rendement budgétaire

Enfin, la mission a envisagé, en lien avec sa lettre de saisine, plusieurs mesures complémentaires. Elle souligne la nécessaire concertation préalable à leur mise en œuvre, et la formalisation de modélisations pour en apprécier l'équité, mais aussi les effets de report sur d'autres prestations, les dispositifs de dépense fiscale et de contributions sociales, et l'insertion économique et sociale des bénéficiaires, à commencer par la couverture de leurs besoins. À ces égards :

- ♦ la non-revalorisation des prestations d'AAH et d'AEEH, qui pourrait être introduite en loi de finances et en LFSS pour une mise en œuvre au 1^{er} avril 2026, conduirait respectivement à une économie budgétaire respective de l'ordre de 250 M€ et 20 M€ ;

⁹³ Si l'obligation alimentaire était une caractéristique historique de l'aide sociale, au même titre que le recours sur successions, l'ASH est la seule prestation sociale pour laquelle les obligés alimentaires sont encore mis à contribution. Le recours sur succession subsiste encore pour l'ASPA (avec un seuil qui a récemment été relevé, alors qu'il n'y a pas de seuil pour l'ASH).

⁹⁴ À titre d'illustration, la DREES estime actuellement que le taux de non-recours à l'ASH-PA est de 73% (le non-recours sur l'ASH n'était pas uniquement lié à l'obligation alimentaire, mais aussi au principe de recours sur succession, et plus généralement au manque de lisibilité de cette aide)

- ♦ des mesures de révision des règles d'abattements actuels relatifs à l'AAH pourraient être mises en œuvre (décrets simples), en ayant pour inconvénient de ne pas s'inscrire dans la logique de renforcement de l'incitation à l'activité des bénéficiaires de l'AAH. L'une des deux mesures détaillées dans la fiche AAH⁹⁵ permettrait de générer une économie de l'ordre de 25 M€.

4.2. La dépense fiscale peut et doit être mieux articulée avec les aides sociales pour en renforcer la légitimité et l'efficacité

Les champs de l'aide sociale et de la dépense fiscale fonctionnent de manière relativement autonomes. Une meilleure articulation des dispositifs est à la fois génératrice d'une plus grande efficacité de dispositifs aujourd'hui parallélisés dans chacun des champs, d'une meilleure lisibilité pour les services instructeurs comme les bénéficiaires des droits activables, d'économies budgétaires notamment en limitant les droits indus, ouverts de manière cumulative dans le champ de l'aide sociale et dans le champ de la dépense fiscale (crédits d'impôts pour les services à la personne en particulier, lors notamment de l'exécution de plans d'aides financés, hors reste à charge de l'APA ou taux réduit pour la PCH, hors sous-consommation des plans, par la solidarité nationale).

Outre le développement de la télégestion et la généralisation de versements directs au titre des aides humaines de l'APA et de la PCH (Home +) et l'articulation des barèmes APA avec les crédits d'impôt pour les aides humaines (*cf. supra* 4.1.2, et fiche APA), la mission recommande, au moins à titre exploratoire, de réaliser des études spécifiques portant sur l'impact sur les bénéficiaires et sur les éventuels transferts de charge entre bénéficiaires et pouvoirs publics :

- ♦ de la suppression de l'exonération fiscale et sociale de l'AAH ;
- ♦ de la suppression de l'abattement forfaitaire « PAPI⁹⁶ » pour les personnes âgées ;
- ♦ de la modification du régime de la demi-part fiscale en cohérence de l'évolution de la PCH et le régime d'exonération de l'impôt sur le revenu pour les personnes qui en sont bénéficiaires ;
- ♦ de la sécurisation juridique des abattements de la base ressource entrant dans le calcul de l'AAH différentielle (*cf. notamment* CA Aix-en-Provence, 7 février 2025, M^{me} M. Deniau c/ CAF du Var), arrêt au fond faisant l'objet d'un recours en cassation à la date de la mission.

⁹⁵ Suppression du cumul intégral de six mois de l'AAH et des revenus d'activité professionnelle en milieu ordinaire (applicable pour ceux qui commencent ou reprennent une activité en milieu ordinaire).

⁹⁶ L'[article 157 bis du code général des impôts \(CGI\)](#) prévoit que les contribuables âgés de plus de soixante-cinq ans et les invalides de condition modeste peuvent bénéficier, pour le calcul de l'impôt, d'un abattement sur le revenu imposable. L'étude exploratoire ne s'attacherait à évaluer les effets que pour les personnes âgées.

CONCLUSION

La perte d'autonomie est appelée à des recompositions profondes correspondant à l'évolution démographique (« pic » de perte d'autonomie induit par l'arrivée des « babyboomers » au grand-âge à compter de 2030) et surtout à une société plus inclusive, qui permet aux personnes en situation de handicap d'accéder à l'école et à la vie professionnelle et sociale en milieu ordinaire, au-delà des établissements spécialisés.

Les lois de 2001 et 2005, puis leurs évolutions continues, ont permis de mettre en place des actions résolues qui dépassent le champ des aides sociales, qui irriguent de manière transversale l'ensemble des politiques publiques (logement, transport, santé, travail et emploi). Elles ont également structuré les cinq aides sociales étudiées par la mission, dont la forte croissance témoigne de l'effort public partagé (État, sécurité sociale, territoires autour des départements, chefs de file) pour mieux soutenir et accompagner la perte d'autonomie.

La France se situe aujourd'hui dans une situation moyenne en coupe internationale : entre, schématiquement, des pays du Nord qui reposent sur une prise en charge au domicile et de proximité, souvent gratuite, permettant de prévenir et d'accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées et le versement de pensions d'invalidité pour les adultes en situation de handicap, mobilisant ainsi une part très substantielle de la richesse nationale et de la dépense publique, et des pays du Sud qui reposent encore très largement sur les solidarités familiales, la cohabitation, et les aides informelles.

La tension entre égalité devant la solidarité nationale et gestion de proximité, confiée aux départements, soit en tant qu'opérateurs, soit en tant que coordinateurs des acteurs territoriaux, se traduit par un dispositif cadré au plan national par la loi et le règlement, mais qui donne lieu à des pratiques souvent différentes à l'échelle des équipes des MDPH et des exécutifs départementaux.

En effet, si une partie, majoritaire dans le cas de l'AAH, de l'APA et de la PCH, des disparités entre départements quant à l'attribution de ces cinq aides sociales est expliquée par les différences des caractéristiques de leurs populations, des écarts de pratiques ont été identifiés par la mission et doivent pouvoir être réduits par une harmonisation des référentiels à l'échelle réglementaire et législative, en particulier pour l'évaluation de la situation des bénéficiaires au regard de leurs souhaits et de la disponibilité de leur environnement proche, la durée d'ouverture des droits, les modalités de leur actualisation, par des systèmes d'information plus ouverts et intégrés (ou au moins harmonisés), ainsi que par des politiques de contrôle et de lutte contre la fraude plus structurées.

Pour ces aides, qui mobilisent 30 Mds€ par an, représentant une part croissante des financements publics, l'amélioration de la qualité de la dépense publique est d'autant plus légitime qu'elle interviendrait, si elle était mise en œuvre rapidement, dans une période de moindre pression démographique sur le service des prestations pour les personnes âgées, par rapport au choc démographique attendu à partir de 2030. Elle viserait à renforcer l'équité : l'équité entre les territoires, l'équité entre les bénéficiaires, et l'équité entre leurs aidants.

Rapport

La politique de soutien à l'autonomie est sous-tendue par des grands principes communs, qui méritent d'être confortés : libre-choix, universalité et prise en compte du projet de vie du bénéficiaire. Toutefois, la perte d'autonomie des personnes âgées diffère des altérations qu'induisent le handicap et son retentissement. La première est largement dépendante de l'âge, des parcours de vie, peut être anticipée, et s'inscrit sur une durée en moyenne plus courte, tandis que le handicap résulte d'un plus grand aléa (voire de causes accidentelles), pour une durée généralement plus longue, laquelle renchérit le coût de toutes les dimensions de la vie sociale et économique, et a des incidences parfois lourdes sur les parcours scolaire et professionnel. Ces différences intrinsèques justifient des approches propres, en particulier s'agissant de la mobilisation des ressources des bénéficiaires. À l'issue de ses travaux, la mission considère que le renforcement des dispositifs d'aides sociales, leur environnement, et les équipes de gestion des dispositifs concernés, repose sur leur légitimité politique, économique et sociale. Le paiement à bon droit en est une condition première et porte deux dimensions :

- ◆ d'une part, que celles et ceux qui ont droit à la prestation y accèdent effectivement, même s'ils sont éloignés, surtout s'ils sont éloignés, par leur environnement, des travailleurs sociaux et des dispositifs auxquels ils sont éligibles ;
- ◆ d'autre part, que celles et ceux qui n'y ont pas droit, ou des droits partiels et contingents, ne reçoivent pas ces aides de manière indue, car largement non contrôlées voire, parfois juridiquement, non contrôlables.

Dans le même esprit, la solidarité nationale doit être vue comme ensemblière d'autres solidarités. Notamment celles codifiées dans notre code civil : devoir de secours entre époux, et obligation alimentaire des enfants vers leurs parents et autres ascendants. Le fait que ces dernières prévalent, ou pas, sur la solidarité nationale est second par rapport au fait qu'elles puissent, les unes comme les autres, s'exercer et se compléter selon les volontés, les capacités et les facultés contributives. C'est la deuxième condition pour renforcer ces aides sociales.

Enfin, et c'est l'une des limites de ces aides sociales analysées par la mission, elles dépendent en pratique de la capacité à mobiliser l'offre et les ressources prévues par les dispositifs d'accompagnement et les plans d'aides. La sous-consommation des plans personnalisés d'autonomie, à laquelle font écho les difficultés pour construire des projets éducatifs inclusifs, notamment en milieu ordinaire, un monde professionnel accueillant la diversité dans ses rangs, en adaptant des postes de travail autant que de besoin, montrent la difficulté de faire se rencontrer une demande sociétale croissante vers davantage d'égalité réelle, des droits comme des chances. Les secteurs du travail social et de l'aide à la personne sont déjà, et seront encore plus, sollicités : l'attractivité des parcours qu'ils proposent est la troisième condition de la pertinence des aides sociales mises en place.

Rapport

À Paris, le 19 mai 2025,

Les membres de la mission,

L'inspecteur général des finances,



Pierre Cunéo

L'inspectrice des affaires sociales,



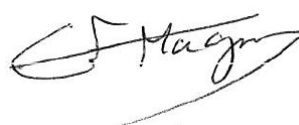
Céline Perruchon

L'inspecteur des finances,



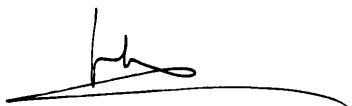
Paul Bourgeois

L'inspectrice des affaires sociales,



Émilie Fauchier-Magnan

L'inspectrice des finances adjointe,



Alice Munoz--Guipouy

Le *data scientist* au pôle
science des données de l'IGF,



Olivier Pernet-Coudrier

ANNEXES ET FICHES

LISTE DES ANNEXES ET DES FICHES

ANNEXE I :	LETTRE DE MISSION
ANNEXE II :	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES
ANNEXE III :	ANALYSE DES DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES DES DÉPENSES D'AIDES SOCIALES LÉGALES ET DE LEURS DÉTERMINANTS STRUCTURELS
ANNEXE IV :	DISPARITÉS DANS LES MODALITÉS D'ATTRIBUTION DES AIDES LÉGALES EN SOUTIEN À L'AUTONOMIE
ANNEXE V :	LE PAIEMENT À BON DROIT DES AIDES SOCIALES LÉGALES DU CHAMP DU HANDICAP ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE (CONTRÔLE, INDUS, LUTTE CONTRE LA FRAUDE, NON-RECOURS)
ANNEXE VI :	ÉTAT DES LIEUX DES AIDES EXTRALÉGALES SUR LE CHAMP DU HANDICAP ET DE L'AUTONOMIE
ANNEXE VII :	DÉPENSES ET AVANTAGES FISCAUX POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES
ANNEXE VIII :	APPLICATION DU CADRE DE MÉTHODE ET D'ANALYSE DES REVUES DE DÉPENSES (RDD)
ANNEXE IX :	ÉTUDE DE COMPARAISON INTERNATIONALE ALLEMAGNE, CANADA, DANEMARK, ESPAGNE, ETATS-UNIS, JAPON, PAYS-BAS, ROYAUME-UNI ÉLÉMENTS RECUEILLIS VIA LE RÉSEAU INTERNATIONAL DE LA DG TRÉSOR
FICHE AAH :	ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS - MONOGRAPHIE -
FICHE AEEH :	ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ - MONOGRAPHIE -
FICHE APA :	ALLOCATION PERSONNALISÉE POUR L'AUTONOMIE - MONOGRAPHIE -
FICHE ASH :	AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT - MONOGRAPHIE
FICHE PCH :	PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP - MONOGRAPHIE -

ANNEXE I

Lettre de mission



Paris, le

- 4 FEV. 2025

A

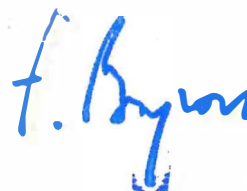
Monsieur le Chef de l'Inspection générale des Affaires Sociales

OBJET : addendum à la lettre de mission « divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales »

PJ : lettre de mission

Par lettre du 4 décembre 2024, le précédent Premier ministre avait saisi l'Inspection générale des finances d'une mission de revue des dépenses relative aux divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (AAH, AEEH, APA, PCH, ASH) et extralégales.

Eu égard aux enjeux, je saisis également votre inspection pour cette mission, dont les conclusions sont attendues pour la fin du mois de mars.



François BAYROU

Copie : Madame la Cheffe de l'Inspection générale des Finances

Paris, le - 4 DEC. 2024

Objet : Mission sur les divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (AAH, AEEH, APA, PCH, ASH) et extralégales

Madame la Cheffe du Service,

La loi de programmation des finances publiques (LPFP) pour la période 2023-2027 et la loi de finances pour 2023 prévoient la mise en place d'un dispositif d'évaluation de la qualité de l'action publique afin d'éclairer la préparation des textes financiers. Ce dispositif de revue de dépenses repose sur la conduite d'évaluations thématiques, menées annuellement sur l'ensemble du champ des administrations publiques (État, opérateurs, collectivités locales et sécurité sociale) afin d'irriguer les travaux budgétaires et parlementaires.

Trois vagues de missions ont été lancées depuis 2023 dont les résultats ont contribué à l'élaboration des projets de loi de finances pour 2024 et 2025. De nouvelles missions doivent être menées à présent, afin de préparer le projet de loi de finances, de permettre d'assurer le respect de la trajectoire de finances publiques inscrite dans le plan budgétaire et structurel à moyen-terme (PSMT) et de garantir l'atteinte de nos objectifs inscrits dans le cadre du plan d'investissements et de réformes.

Les aides sociales aux personnes en situation de handicap (allocation aux adultes handicapés, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, prestation de compensation du handicap) et de dépendance (allocation personnalisée à l'autonomie, aide sociale à l'hébergement) représentent 25 Md€ en 2023. Le financement de ces aides est réparti en 2023 de la manière suivante : 50,5% pour l'Etat (AAH), 21,2% pour la sécurité sociale (concours APA et PCH, AEEH) et 28,3 % pour les départements (APA, PCH, aide sociale à l'hébergement). Ces dépenses connaissent une dynamique importante (+20% entre 2019 et 2023) et celle-ci devrait se poursuivre dans les prochaines années, par exemple concernant l'AAH (+1,75 Md€ entre 2024 et 2027¹).

Madame Catherine SUEUR
Cheffe du service de l'Inspection Générale des Finances
139, rue de Bercy
75572 PARIS CEDEX 12

¹ Prévision CNAF – octobre 2024

L'attribution de ces prestations au niveau départemental conduit à une hétérogénéité des pratiques. La Cour des comptes avait par exemple mis en évidence dans son rapport de 2019² d'importantes hétérogénéités territoriales dans les décisions d'octroi de l'AAH, entre des départements présentant des caractéristiques sociodémographiques pourtant similaires. Pour l'AAH, la part des disparités départementales liée à des pratiques locales divergentes - et non à des facteurs socio-démographiques - serait comprise entre 27%³ et 69%⁴. Le rapport de certification des comptes de la sécurité sociale 2022⁵ soulignait également que *« l'absence de cadre national de contrôle interne ne permet pas de disposer d'une assurance raisonnable sur la fiabilité du traitement par les MDPH des dossiers pour lesquels la CNSA finance tout ou partie des prestations. »* (AEEH, PCH).

Par ailleurs les départements, mais également les communes et dans une moindre mesure les autres collectivités territoriales, mobilisent des aides extralégales dans le champ du handicap et de l'autonomie, qui viennent s'ajouter à ces prestations légales (les dépenses d'intervention des CCAS et CIAS s'établissent par exemple à 0,3 Md€ en 2023). Leur montant n'est pas intégré dans l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie, *« les dépenses d'action sociale extralégale des collectivités territoriales, majoritairement mises en œuvre par les communes, ne pouvant être précisément retracées »*⁶.

Dans ce cadre, nous souhaitons confier à l'Inspection générale des finances et à l'Inspection générale des affaires sociales une mission sur les divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales. La mission devra examiner en particulier les points suivants :

- État des lieux sur les divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (AAH, AEEH, APA, PCH, ASH) et sur la diversité des principales aides extralégales (type, montant, bénéficiaires etc.) des collectivités territoriales dans le domaine du handicap et de l'autonomie ;
- Identification des principales causes de divergences des aides sociales légales (hors caractéristiques socio-démographiques objectivables), notamment la nature et les modalités de financement et de contrôle de ces aides, les marges de manœuvre laissées aux départements pour les attributions ainsi que les interactions avec les autres aides extra-légales proposées et versées par les départements ;
- Analyse des dispositifs de lutte contre la fraude aux allocations concernées.

² [Cour des Comptes, l'allocation aux adultes handicapés, 2019](#)

³ DREES, L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements. Des disparités liées au contexte sociodémographique des territoires, In : dossiers solidarité et santé n° 49, décembre 2013.

⁴ Université d'Aix-Marseille et centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) PACA et Corse, Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine, 2018

⁵ [Cour des Comptes, Certification des comptes de la sécurité sociale, Exercice 2022](#)

⁶ [Annexe 7, PLFSS 2025](#)

Concernant les aides légales, la mission formulera des recommandations pour harmoniser les pratiques, dont le développement d'outils d'aide à la décision et de contrôle, et des modifications dans les règles d'attribution, de gouvernance ou les conditions financières de ces aides, y compris *via* des révisions législatives et réglementaires.

Concernant les aides extra légales, la mission formulera également des recommandations visant à suivre ces dépenses (données disponibles) et encadrer ces aides (conditions financières, encadrement des montants et des taux de prise en charge, principe de subsidiarité par rapport à des aides similaires existantes au niveau national, base ressources unifiée...).

La mission devra documenter des économies de l'ordre de 500 M€ à l'horizon 2027. La mission veillera particulièrement à proposer les modalités concrètes de mise en œuvre de plusieurs scénarii pour aboutir à cette économie, en tenant compte en particulier des conséquences sur les acteurs directement affectés par la modification des dispositifs étudiés.

La mission pourra s'appuyer sur la direction générale de la cohésion sociale, la direction de la sécurité sociale, la direction du budget, la direction générale du Trésor, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (drees), et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elle pourra également interroger plusieurs départements, en veillant à disposer d'un échantillon représentatif de leur diversité.

Nous souhaitons que les conclusions et recommandations de cette mission fassent l'objet d'un rapport définitif avant le 7 mars, afin de respecter l'échéance prévue par l'article 167 de la loi de finances pour 2023.



Michel BARNIER

ANNEXE II

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. CABINETS MINISTÉRIELS	1
1.1. Cabinet du Premier ministre	1
1.2. Cabinet du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique.....	1
1.3. Cabinet de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles	1
1.4. Cabinet de la ministre déléguée au ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargée des comptes publics	1
1.5. Cabinet de la ministre déléguée chargée de l'autonomie et du handicap.....	1
2. JURIDICTIONS.....	1
2.1. Cour des comptes.....	1
3. ADMINISTRATIONS CENTRALES.....	2
3.1. Services du Premier ministre.....	2
3.1.1. <i>Comité interministériel du handicap (CIH)</i>	2
3.1.2. <i>Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge</i>	2
3.1.3. <i>Haut conseil du financement de la protection sociale</i>	2
3.2. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique.....	2
3.2.1. <i>Direction générale du Trésor</i>	2
3.2.2. <i>Direction du budget</i>	2
3.2.3. <i>Direction générale des finances publiques</i>	3
3.2.4. <i>Direction générale des entreprises</i>	3
3.3. Ministère de l'Intérieur.....	3
3.3.1. <i>Direction générale des collectivités locales</i>	3
3.3.2. <i>Direction générale des outre-mer</i>	3
3.4. Ministère de la Santé et de l'accès aux soins.....	4
3.4.1. <i>Direction générale de la cohésion sociale</i>	4
3.4.2. <i>Direction de la sécurité sociale</i>	4
3.4.3. <i>Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique</i>	4
3.5. Ministère de l'éducation nationale.....	5
3.5.1. <i>Direction générale de l'enseignement scolaire</i>	5

4. SERVICES TERRITORIAUX DE L'ÉTAT	5
4.1. Services de l'État dans le Nord	5
4.2. Agence Régionale de Santé des Hauts de France	5
4.3. Services de l'État dans l'Oise	5
4.4. Services de l'État dans l'Yonne	5
4.5. Services de l'État en Gironde	6
5. CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE.....	6
5.1. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....	6
5.2. Caisse nationale des allocations familiales.....	6
5.3. Caisse nationale d'assurance vieillesse.....	6
5.4. Caisse nationale d'assurance maladie	7
5.5. Mutualité sociale agricole.....	7
5.6. Caisse d'allocations familiales de la Gironde	7
5.7. Caisse d'allocations familiales du Nord.....	7
5.8. Caf de l'Oise.....	7
5.9. Caf de l'Yonne	8
5.10.. Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) des Hauts de France	8
6. COLLECTIVITÉS TERRITORIALES.....	8
6.1. Départements de France	8
6.2. Ville de Paris.....	8
6.2.1. <i>Élues</i>	8
6.2.2. <i>Maison départementale des personnes handicapées</i>	8
6.2.3. <i>Direction des solidarités</i>	8
6.3. Conseil départemental du Nord	9
6.3.1. <i>Élus</i>	9
6.3.2. <i>Direction générale</i>	9
6.3.3. <i>Direction des affaires financières</i>	9
6.3.4. <i>Direction de l'autonomie</i>	9
6.4. Conseil départemental de l'Oise.....	10
6.4.1. <i>Élus</i>	10
6.4.2. <i>Direction de la solidarité</i>	10
6.4.3. <i>Direction de l'autonomie</i>	10
6.5. Conseil départemental de l'Yonne	10
6.5.1. <i>Maison départementale des personnes handicapées</i>	10
6.5.2. <i>Direction de l'autonomie</i>	10
6.6. Conseil départemental de la Gironde.....	11
6.6.1. <i>Direction générale des services</i>	11
6.6.2. <i>Maison départementale des personnes handicapées</i>	11
6.6.3. <i>Direction de l'autonomie</i>	11

6.7. Conseil départemental de Seine-Saint-Denis	12
6.8. Mairie de Lille	12
7. AUTRES ORGANISMES PUBLICS	12
7.1. Institut des politiques publiques	12
7.2. Autres organismes académiques.....	12
8. ASSOCIATIONS.....	12
8.1. Conseil national consultatif des personnes handicapées	12
8.2. Fédération nationale des accidents du travail et des handicapés.....	12
8.3. Petits frères des pauvres.....	13

1. Cabinets ministériels

1.1. Cabinet du Premier ministre

- ♦ M. Paul Teboul, conseiller Économie, finances, industrie et numérique, chef du pôle ;
- ♦ M. Jean-Benoît Eyméoud, conseiller macro-économie ;
- ♦ M^{me} Alix de Roubin, conseillère solidarités ;
- ♦ M. Louis d'Humières, chef du pôle budget et comptes publics

1.2. Cabinet du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique

- ♦ M. François Bolard, directeur adjoint de cabinet du ministre de l'économie.

1.3. Cabinet de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles

- ♦ M. Hadrien Mignon, conseiller solidarités.

1.4. Cabinet de la ministre déléguée au ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargée des comptes publics

- ♦ M. Paul-Armand Veillon, directeur adjoint de cabinet de la ministre chargée des comptes publics ;
- ♦ M. Louis Nouaille-Degorce, conseiller en charge des comptes sociaux au cabinet de la ministre chargée des comptes publics.

1.5. Cabinet de la ministre déléguée chargée de l'autonomie et du handicap

- ♦ M^{me} Solenne Gibon, conseillère citoyenneté, accès aux droits et simplification des parcours.

2. Juridictions

2.1. Cour des comptes

- ♦ M. Alexandre Brodu, conseiller référendaire en service extraordinaire ;
- ♦ M. Louis-Samuel Pilcer, auditeur.

3. Administrations centrales

3.1. Services du Premier ministre

3.1.1. Comité interministériel du handicap (CIH)

- ◆ M^{me} Céline Poulet, secrétaire générale du CIH ;
- ◆ M. Maxime Oillaux, adjoint à la secrétaire générale du CIH.

3.1.2. Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

- ◆ M. Marco Geraci, secrétaire général adjoint du HCFEA ;
- ◆ M. Jean-Philippe Vinquant, président de la formation spécialisée dans le champ de l'avancée en âge, vice-président.

3.1.3. Haut conseil du financement de la protection sociale

- ◆ M. Dominique Libault, président.

3.2. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique

3.2.1. Direction générale du Trésor

- ◆ M^{me} Albane Sauveplane, sous-directrice Polsoc (Politiques sociales et emploi) ;
- ◆ M. Rémi Monin, chef de bureau Polsoc 2 (Santé et comptes sociaux) ;
- ◆ M. Jean-François Tesson, adjoint au chef de bureau Polsoc 3 (retraites & redistribution) ;
- ◆ M. Baptiste Micheli, adjoint au chef de bureau Polsoc 2 (Santé et comptes sociaux) ;
- ◆ M^{me} Anne Bernard, cheffe du bureau Pilot – études, stratégies et pilotage international.

3.2.2. Direction du budget

- ◆ M^{me} Élise Delaitre, sous-directrice de la sixième sous-direction ;
- ◆ M. Olivier Dufreix, adjoint à la sous-directrice de la sixième sous-direction ;
- ◆ M^{me} Lolita Sabbah, cheffe du bureau de la solidarité et de l'inclusion à la sixième sous-direction ;
- ◆ M^{me} Clotilde Vitou, adjointe à la cheffe du bureau de la solidarité et de l'inclusion à la sixième sous-direction ;
- ◆ M. Nicolas Camelio, chef de bureau collectivités territoriales à la cinquième sous-direction ;
- ◆ M. Jean Adrian, adjoint au chef de bureau collectivités territoriales à la cinquième sous-direction.

3.2.3. Direction générale des finances publiques

- ◆ M^{me} Amélie Verdier, directrice générale des finances publiques ;
- ◆ M. Olivier Touvenin, chef de service de la gestion fiscale ;
- ◆ M. Jean-Philippe Espic, sous-directeur du conseil fiscal, financier et économique ;
- ◆ M. Gregory Berthelot, sous-directeur particuliers au sein du service de la gestion fiscale ;
- ◆ M. Patrice Garrier, chef du bureau de l'animation de la fiscalité des particuliers ;
- ◆ M^{me} Severine Fargeat-Lugnier, cheffe du bureau gestion et valorisation financières et fiscales locales et hospitalières ;
- ◆ M^{me} Catherine Privez, adjointe à la cheffe du bureau gestion et valorisation financières et fiscales locales et hospitalières ;
- ◆ M^{me} Sylvie Brenner, cheffe du bureau de la maîtrise d'ouvrage de la gestion financière locale et hospitalière ;
- ◆ M^{me} Daphné Couvelaere, adjointe à la cheffe du bureau de la maîtrise d'ouvrage de la gestion financière locale et hospitalière.

3.2.4. Direction générale des entreprises

- ◆ M. Arnaud Mazier, chef de la mission interministérielle de simplification et modernisation des formalités des entreprises ;
- ◆ M. Benjamin Nefussi, sous-directeur de la prospective, des études et de l'évaluation économiques, Service de la compétitivité de l'innovation et du développement des entreprises
- ◆ M^{me} Marion Anne Mace, sous directrice du développement des entreprises ;
- ◆ M^{me} Holy Rasandy, cheffe de projet, sous-direction des études, de l'évaluation et de la prospective économiques (aides d'État) ;
- ◆ M. Vincent Dortet, directeur de projet à la sous-direction de la prospective, des études et de l'évaluation économique.

3.3. Ministère de l'Intérieur

3.3.1. Direction générale des collectivités locales

- ◆ M. Xavier Barrois, adjoint à la Directrice générale des collectivités locales ;
- ◆ M. Yohan Blais, adjoint au sous-directeur des finances locales et de l'action économique ;
- ◆ M^{me} Isabelle Dorliat-Pouzet, sous-directrice Compétences et institutions locales ;
- ◆ M. Théo Cernel, magistrat administratif stagiaire.

3.3.2. Direction générale des outre-mer

- ◆ M^{me} Sandrine Jaumier, adjointe à la sous-directrice des politiques publiques ;
- ◆ M. Pierre-Emmanuel Bartier, chef du bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement.

3.4. Ministère de la Santé et de l'accès aux soins

3.4.1. Direction générale de la cohésion sociale

- ◆ M. Jean Benoit Dujol, directeur général de la cohésion sociale ;
- ◆ M. Benjamin Voisin, chef de service et adjoint au directeur général ;
- ◆ M. Arnaud Flanquart, sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- ◆ M^{me} Katarina Minetic Lacroix, adjointe à la sous-direction des affaires financières et de la modernisation ;
- ◆ M^{me} Sandrine Miclon-Hauboys, adjointe au sous-directeur de l'inclusion sociale, insertion et lutte contre la pauvreté ;
- ◆ M. Pierre Courbarien, chef du bureau des droits et aides à la compensation ;
- ◆ M^{me} Caroline Lefevre, adjointe à la cheffe du bureau des minima sociaux ;
- ◆ Margot Buridard, chargée de mission AAH, bureau des minima sociaux

3.4.2. Direction de la sécurité sociale

- ◆ M^{me} Claire Vincenti, sous-directrice du pilotage du service public de la sécurité sociale ;
- ◆ M. Thomas Ramilijaona, sous-directeur du financement de la sécurité sociale ;
- ◆ M^{me} Marion Muscat, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail ;
- ◆ M^{me} Maroussia Perehinec, adjointe à la sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail ;
- ◆ M^{me} Marie Trancart, cheffe du bureau du pilotage budgétaire et de la performance des organismes de sécurité sociale ;
- ◆ M. Vincent Malapert, chef du bureau des prestations familiales et aides au logement ;
- ◆ M. Gauthier Donnezan, adjoint au chef du bureau des prestations familiales et aides au logement.

3.4.3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique

- ◆ M. Fabrice Lenglard, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;
- ◆ M^{me} Julie Labarthe, sous-directrice chargée de l'observation de la solidarité ;
- ◆ M. Franck Arnaud, sous-directeur chargé des synthèses, des études économiques et de l'évaluation.
- ◆ M^{me} Layla Ricroch, cheffe du bureau handicap – dépendance ;
- ◆ M^{me} Clotilde Sarron, cheffe du bureau collectivités locales.

3.5. Ministère de l'éducation nationale

3.5.1. Direction générale de l'enseignement scolaire

- ◆ M^{me} Caroline Pascal, directrice générale de l'enseignement scolaire ;
- ◆ M. Mathieu Lahaye, chef du service de l'instruction publique et de l'action pédagogique ;
- ◆ M. Jean Bernard Alcaraz, bureau de l'école inclusive.

4. Services territoriaux de l'État

4.1. Services de l'État dans le Nord

- ◆ M^{me} Anne-Charlotte Richebe, directrice de cabinet du préfet délégué à l'égalité des chances ;
- ◆ M^{me} Emilie Mamcarz, directrice DDETS adjointe ;
- ◆ M^{me} Audrey Antson, responsable du pôle protection droit des usagers ;
- ◆ M. Fabrice de Barros, DASEN adjoint ;
- ◆ M. Reinold Masure, conseiller technique ASH ;

4.2. Agence Régionale de Santé des Hauts de France

- ◆ M. Charly Chevalet, directeur de l'offre médico-sociale à l'ARS ;

4.3. Services de l'État dans l'Oise

- ◆ M. Frederic Bovet, secrétaire général de la préfecture de l'Oise ;
- ◆ M^{me} Claude Dulamon, sous-préfète de Senlis, référente handicap ;
- ◆ Mme Dorothee Larairie, bureau de la cohésion sociale et du développement économique à la sous-préfecture de Senlis
- ◆ M. Bertrand Vandemoortele, directeur de la DDETS ;
- ◆ Patrice Hié, DD adjoint emploi et solidarités
- ◆ Fabienne MALRIQ, Cheffe du pôle Service public de l'insertion
- ◆ Jean-François Sioz, directeur Cap emploi Oise
- ◆ Alain CAUSIN, directeur départemental France Travail

4.4. Services de l'État dans l'Yonne

- ◆ M. Xavier Chonnet, service insertion et cohésion sociales à la DDETSPP ;
- ◆ M. Olivier Lenier, chef du service développement des territoires et insertion des entreprises ;
- ◆ M. David Sautereau, directeur Cap emploi 89 ;
- ◆ M. Yves Hutin, directeur territorial de France Travail ;

4.5. Services de l'État en Gironde

- ◆ M. Philippe Bradfer, directeur adjoint de la DDETS ;
- ◆ M^{me} Fabienne Barbon, cheffe du bureau des dotations et finances locales, préfecture de la Gironde.

5. Caisses de sécurité sociale

5.1. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- ◆ M. Maelig Le Bayon, directeur général ;
- ◆ M^{me} Aude Muscatelli, directrice adjointe ;
- ◆ M^{me} Carole Jankowski, directrice de l'information des publics et de la communication ;
- ◆ M. Olivier Paul, directeur du financement de l'offre ;
- ◆ M^{me} Julie Bloch Delmas, directrice du programme SI APA
- ◆ M. Timothée Chapelon
- ◆ M. Etienne Deguelle, directeur adjoint de l'accès aux droits et des parcours ;
- ◆ M. Hocine Madaoui, directeur adjoint en charge des systèmes d'information parcours ;
- ◆ M. Aurélien Fortin, directeur adjoint de la prospective et des études ;
- ◆ M. Jean-Michel Lamiaux, responsable de la mission contrôle interne et conformité ;
- ◆ M^{me} Carole Peintre, cheffe de projet du contrôle interne territorial.

5.2. Caisse nationale des allocations familiales

- ◆ M. Nicolas Grivel, directeur général
- ◆ M^{me} Patricia Chantin, directrice de cabinet adjointe et chargée des relations avec les corps de contrôle
- ◆ M. Thierry Dufant, directeur comptable et financier ;
- ◆ M. Marc le Floch, directeur par intérim chargé de la direction du réseau ;
- ◆ M. Guillaume George, directeur du département insertion et cadre de vie à la direction des politiques familiales et sociales ;
- ◆ M^{me} Isabelle Brohier, sous directrice à la direction des politiques familiales et sociales.

5.3. Caisse nationale d'assurance vieillesse

- ◆ M^{me} Frédérique Garlaud, directrice nationale de l'action sociale
- ◆ M. Laurent Tarrieu, directeur adjoint de l'action sociale.
- ◆ M^{me} Cécile Vermorel.

5.4. Caisse nationale d'assurance maladie

- ◆ M^{me} Manon Chonavel, directrice de cabinet du directeur général ;
- ◆ M^{me} Beatrice Rio, médecin conseil à la direction déléguée à la lutte contre la fraude ;
- ◆ M. Jeremie Buisson, médecin conseil ;
- ◆ M. Remi Pecault Charby, médecin conseil, direction déléguée aux opérations, mission animation du service médical ;
- ◆ M^{me} Agathe Finas, cabinet de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins ;
- ◆ M^{me} Elodie Naffrechoux-Querbes, cabinet de la direction déléguée aux opérations (DDO)

5.5. Mutualité sociale agricole

- ◆ M^{me} Karine Valvenere, Responsable de département métier et MO Stratégique, domaine Famille et projets transverses ;
- ◆ M^{me} Isabelle Servary ;
- ◆ M^{me} Anne Souffet Dépré, responsable du département famille ;
- ◆ M. Flavio Bousquat, département lutte contre la fraude ;
- ◆ M. Sébastien Audien, direction des statistiques ;
- ◆ M^{me} Rana Chreim, cabinet, en charge de la coordination.

5.6. Caisse d'allocations familiales de la Gironde

- ◆ M. Mathieu Arzel, sous-directeur des prestations.

5.7. Caisse d'allocations familiales du Nord

- ◆ Mme Valérie Sagot, sous directrice à la Direction des services aux usagers ;
- ◆ Mme Maud Billau experte réglementation.

5.8. Caf de l'Oise

- ◆ M. Sebastien Barré, directeur de la CAF ;
- ◆ M^{me} Delphine Boileau, directrice adjointe de la CAF ;
- ◆ Chrystelle Hanin ; directrice contrôle et lutte contre la fraude par interim ;
- ◆ Francine Duval, responsable du contrôle sur place et lutte contre la fraude ;
- ◆ Florence Victorion, gestionnaire conseil des allocataires sur le segment handicap (liquidation des dossiers d'AAH et d'AEEH) ;
- ◆ Famélya Mimange Nem, manager.

5.9. Caf de l'Yonne

- ◆ M^{me} Elizabeth Lacroix, directrice de la CAF ;
- ◆ M^{me} Christelle Marot, fondée de pouvoir ;
- ◆ M^{me} Solenn Cartaminia, manager production allocataires ;
- ◆ M. Fabien Chirol, responsable maîtrise des risques.

5.10. Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) des Hauts de France

- ◆ Mme Gazzera-Spieser, directrice adjointe maladie, CARSAT ;
- ◆ Mme Laurie Perrault, sous directrice en charge du pilotage de l'action sociale vieillesse, CARSAT.

6. Collectivités territoriales

6.1. Départements de France

- ◆ M. Marc Fleuret, président du conseil départemental de l'Indre ;
- ◆ M. Olivier Richefou, président du conseil départemental de la Mayenne ;
- ◆ M. Léo Lesne, conseiller spécial d'Olivier Richefou ;
- ◆ M. Eric Bellamy, directeur délégué solidarité, santé et travail.

6.2. Ville de Paris

6.2.1. Élués

- ◆ M^{me} Véronique Levieux, adjointe à la maire de Paris, en charge des seniors et des solidarités entre les générations ;
- ◆ M^{me} Lamia El Aaraje, adjointe à la maire de Paris, chargée de l'urbanisme, de l'architecture, du Grand Paris, de l'accessibilité universelle et des personnes en situation de handicap.

6.2.2. Maison départementale des personnes handicapées

- ◆ M^{me} Servanne Jourdy, directrice ;
- ◆ M^{me} Laetitia Pendaries, directrice adjointe ;
- ◆ M. Benjamin Wassong, chef du pôle instruction des droits ;
- ◆ M. David Lopez, responsable des services informatiques ;
- ◆ M^{me} Nelly Delsaut, médecin coordonnateur.

6.2.3. Direction des solidarités

- ◆ M^{me} Isabelle Bilger, sous-directrice de l'autonomie ;

Annexe II

- ◆ Delphine Cazor, adjointe à la sous-directrice
- ◆ M^{me} Gaelle Roux, Cheffe du service de l'EMS APA ;
- ◆ M. Gregoire Houdant, chef du service des aides sociales à l'autonomie ;
- ◆ Mohamed Elkhadadi, adjoint à la responsable de la mission Service aux usagers
- ◆ Epifania Morcillo, adjointe administrative (agent instruction APA-PCH)
- ◆ Odile Fauches, encadrant de section
- ◆ Sandra Talisot, responsable mission service aux usagers
- ◆ M^{me} Virginie Benakrouz, socio éducatrice ;
- ◆ M^{me} Sandra Talbot, Responsable de la Mission Service aux Usagers au sein du service des aides sociales à l'autonomie ;
- ◆ M^{me} Odile Fouche, encadrante secteur APA PCH ;
- ◆ M^{me} Fanny Amorciaux ;
- ◆ M. Henry Delca David.

6.3. Conseil départemental du Nord

6.3.1. Élus

- ◆ M^{me} Sylvie Clerc Cuvelier, vice-présidente en charge du handicap ;
- ◆ M. Sebastien Coolzaet, collaborateur ;
- ◆ M^{me} Romanie Tiberghien, conseillère technique affaires sociales au cabinet du président.

6.3.2. Direction générale

- ◆ M^{me} Sophie Blanquart, directrice générale des services ;
- ◆ M^{me} Florence Magne, directrice générale adjointe autonomie et directrice de la MDPH 59 ;
- ◆ M. Laurent Besse, directeur général adjoint partenaires et ressources.

6.3.3. Direction des affaires financières

- ◆ M^{me} Clarisse Vanbocquestal, directrice des finances et du conseil en gestion ;
- ◆ M^{me} Claire Constantin, responsable du service prospective et préparation budgétaire.

6.3.4. Direction de l'autonomie

- ◆ M. Pierre Loyer, directeur de l'autonomie ;
- ◆ M^{me} Gwenaëlle Carbajal, directrice des équipes de territoire autonomie ;
- ◆ M^{me} Odile Hamez, responsable du pôle ouverture des droits ;
- ◆ M^{me} Amina Orety, responsable du pôle suivi des prestations ;
- ◆ M^{me} Adélaïde Petit, responsable adjointe du pôle harmonisation et projets, MDPH ;
- ◆ M^{me} Imelda Laplace.

6.4. Conseil départemental de l'Oise

6.4.1. Élus

- ◆ M^{me} Nadège Lefebvre, présidente du conseil départemental.

6.4.2. Direction de la solidarité

- ◆ M. François Lansart, directeur général adjoint de la solidarité ;
- ◆ M^{me} Patricia Musemacque, chef du service finances et analyse du Secrétariat général de la DGA Solidarité.

6.4.3. Direction de l'autonomie

- ◆ M^{me} Stellinna Lismonde, directrice de la maison départementale de l'autonomie ;
- ◆ M^{me} Isabelle Detrée, directrice adjointe coordination autonomie ;
- ◆ M. Jean-François Vêques, directeur adjoint accès aux droits ;
- ◆ M^{me} Stéphanie Lenfant, chef de service évaluation et accompagnement personnes handicapées ;
- ◆ M^{me} Jennifer Lenne, chef de service accès aux droits personnes handicapées ;
- ◆ M^{me} Gaëlle Ansel, chef de bureau PCH-ACTP/FDC ;
- ◆ M^{me} Annabelle Delaïdde, chef de service accès aux droits personnes âgées.

6.5. Conseil départemental de l'Yonne

6.5.1. Maison départementale des personnes handicapées

- ◆ M^{me} Fatiya Laury, directrice de la MDPH ;
- ◆ M^{me} Ines Vizcaine, infirmière évaluatrice ;
- ◆ M^{me} Pascale Le Flohic, infirmière évaluatrice polyvalente ;
- ◆ M^{me} Marine Gardin, conseillère en économie sociale et familiale, évaluatrice adulte ;
- ◆ M^{me} Djamila Hamdi, infirmière évaluatrice PCH ;
- ◆ M^{me} Christelle Raviard, référente administratif ;
- ◆ M^{me} Céline Brunot Philippot, référente administratif ;
- ◆ M^{me} Anne Barillet, référente scolaire, mise à disposition par l'éducation nationale ;
- ◆ M^{me} Marie Godard, responsable accueil et services administratifs.

6.5.2. Direction de l'autonomie

- ◆ M^{me} Nelly Rouire, cheffe de service ASH ;
- ◆ M^{me} Aurélie Pruvost, instructrice ;
- ◆ M^{me} Emmanuelle Devillard, coordinatrice ;
- ◆ M^{me} Elisa Frasset ;
- ◆ M^{me} Catherine Maudet ;

- ◆ M^{me} Celine Renard ;
- ◆ M^{me} Françoise Richard.

6.6. Conseil départemental de la Gironde

6.6.1. Direction générale des services

- ◆ M. Stéphane Corbin, directeur général des services.

6.6.2. Maison départementale des personnes handicapées

- ◆ M^{me} Audrey Chanu, directrice ;
- ◆ M^{me} Eugénie Gué, directrice adjointe ;
- ◆ M^{me} Laura Spiteri, responsable pôle enfance et insertion professionnelle ;
- ◆ Dr Aurélie Ainardi, cheffe du service de la coordination médico-sociale ;
- ◆ M^{me} Gaëlle Micoulas, cheffe de service pôles territoriaux d'activité ;
- ◆ M^{me} Lucy Poquet, responsable thématique vie à domicile et PCH ;
- ◆ M^{me} Anne-Marie Rongieras, responsable du bureau des recours et du fonds de compensation ;
- ◆ M^{me} Nadine Pacary, chargée de mission information et Gironde 100 % inclusive ;
- ◆ M. Cyril Levêque, chargé de gestion ;
- ◆ M^{me} Sylvie Stella, coordinatrice administrative et ressources humaines ;
- ◆ M^{me} Flore Bassoka, coordinatrice ;
- ◆ M^{me} Estelle Nicolas, évaluatrice PCH ;
- ◆ M^{me} Nathalie Bardinnet, ergothérapeute ;
- ◆ M^{me} Charline Furlan, référente parcours de l'usager.

6.6.3. Direction de l'autonomie

- ◆ M. Xavier Jorrot, directeur des finances ;
- ◆ M^{me} Aurélie Tchekaloff, directrice de la mutualisation et des actions transversales ;
- ◆ M^{me} Stéphanie Bonaventure, directrice des actions pour l'autonomie ;
- ◆ M. Alban Lachiver, directeur adjoint des actions pour l'autonomie ;
- ◆ M^{me} Francine Bureau, cheffe du service de la gestion des droits des personnes âgées ;
- ◆ M^{me} Tania Ferreira Durand, service de la gestion des droits des personnes âgées ;
- ◆ M. Fabrice Le Medec, service de la gestion des droits des personnes âgées ;
- ◆ M^{me} Delphine Lutaud, adjointe à la cheffe de service de l'administration et des moyens, cheffe du bureau du suivi juridique, du budget et des RH ;
- ◆ M^{me} Cecile Pillefer, service de la gestion des droits des personnes âgées ;
- ◆ M^{me} Valérie Klimoff, cheffe du service des actions pour personnes handicapées ;
- ◆ M. Nicolas Zacharie, chef du service de la vie à domicile ;
- ◆ M^{me} Sandrine Elfa.

6.7. Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

- ◆ Olivier Veber, directeur général des services ;
- ◆ Yannis Wendling, directeur de l'inspection générale du département.

6.8. Mairie de Lille

- ◆ M. Philippe Metz, directeur du CCAS de Lille ;
- ◆ M^{me} Melanie Vallée ;
- ◆ M^{me} Isabelle Caron ;
- ◆ M. Élie Vallée.

7. Autres organismes publics

7.1. Institut des politiques publiques

- ◆ M^{me} Delphine Roy, directrice adjointe, économiste des politiques publiques ;
- ◆ M. Patrick Aubert, expert senior, économiste.

7.2. Autres organismes académiques

- ◆ M. Louis Arnault, ingénieur de recherche projet à l'Université Paris / PSL ;
- ◆ M. Yannick L'Horty, enseignant-chercheur en sciences économiques à l'Université Gustave Eiffel, directeur de TEPP-CNRS.

8. Associations

8.1. Conseil national consultatif des personnes handicapées

- ◆ M^{me} Julia Tabath, AFM Téléthon, vice-présidente du Conseil national consultatif des personnes handicapées ;
- ◆ M^{me} Sabine Poirier-Claverie, responsable de la coordination des travaux, secrétariat général ;
- ◆ M. Vincent Assante, ANPIHM ;
- ◆ M^{me} Fatima Khallouk, membre de la commission Compensation du handicap et ressources du CNCPH ;
- ◆ M. Grégory Widmer, membre de la commission Compensation du handicap et ressources du CNCPH.

8.2. Fédération nationale des accidents du travail et des handicapés

- ◆ M^{me} Sophie Crabette, secrétaire générale ;
- ◆ M. Raphael Lenoir, chargé de plaidoyer.

8.3. Petits frères des pauvres

- ◆ M. Yves Lasnier, délégué général ;
- ◆ M^{me} Hélène Gilquin, directrice des affaires institutionnelles ;
- ◆ M^{me} Linda Magalhaes.

ANNEXE III

Analyse des disparités départementales des dépenses d'aides sociales légales et de leurs déterminants structurels

SOMMAIRE

1. À L'EXCEPTION DE L'ASH À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES, LES DÉPENSES LIÉES AUX AIDES LÉGALES DANS LE CHAMP DE LA MISSION SONT EN CROISSANCE	1
1.1. Des aides sociales de natures différentes, qui suivent des logiques distinctes mais sont complémentaires et intriquées selon la possibilité (ou non) de les cumuler	1
1.1.1. <i>Plusieurs mécanismes d'intrication existent entre les aides sociales.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Certaines prestations font l'objet de droit d'option de la part du bénéficiaire.....</i>	<i>3</i>
1.1.3. <i>Les critères d'attribution induisent des effets de seuil à l'origine de différences substantielles pour le bénéficiaire.....</i>	<i>4</i>
1.2. À l'exception de l'ASH-PA, les dépenses des cinq aides légales sont en croissance sous le double effet de l'élargissement de la reconnaissance des situations de handicap et du vieillissement de la population	5
1.2.1. <i>Selon les prestations, la dynamique haussière est principalement alimentée soit par un effet-prix, soit par un effet-volume.....</i>	<i>5</i>
1.2.2. <i>La dynamique des dépenses connaît une plus forte croissance dans le champ du handicap que dans celui de la perte d'autonomie.....</i>	<i>10</i>
1.3. Les différences départementales, plus élevées s'agissant du taux de bénéficiaires, sont globalement stables entre 2017 et 2023, hormis pour l'AEEH ...	12
1.3.1. <i>Si les critères d'attribution des aides sociales sont cadrés par le législateur, les services départementaux disposent de marges opérationnelles qui peuvent être à l'origine de différences entre départements.....</i>	<i>13</i>
1.3.2. <i>Les disparités départementales sont particulièrement fortes sur la PCH, l'AEEH et l'ASH.....</i>	<i>15</i>
1.3.3. <i>D'un point de vue statistique, il n'existe pas de corrélation entre nombre de bénéficiaires et montant moyen de l'aide attribuée, sauf éventuellement pour la PCH.....</i>	<i>21</i>
1.3.4. <i>Les disparités départementales évoluent peu entre 2017 et 2023, à l'exception de l'AEEH pour laquelle elles augmentent significativement ..</i>	<i>22</i>
2. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMICO-DÉMOGRAPHIQUES DES POPULATIONS ET STRUCTURELLES DES POLITIQUES DÉPARTEMENTALES EXPLIQUENT ENTRE 26 ET 77 % DES DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES D'AIDES	27
2.1. Les disparités socio-économico-démographiques des populations constituent le principal facteur explicatif des disparités départementales dans l'attribution des aides sociales	32
2.1.1. <i>La part des disparités de dépenses expliquées par les caractéristiques socio-économico-démographiques des populations varie de 26 % à 71 % selon les aides.....</i>	<i>32</i>
2.1.2. <i>La prévalence de la perte d'autonomie et du handicap ainsi que les caractéristiques économiques des populations apparaissent comme structurantes des disparités</i>	<i>33</i>

2.2. La prise en compte des disparités départementales dans la structuration de l'offre permet d'augmenter la part expliquée de la variance des dépenses d'aide sociale à l'hébergement (ASH).....	40
2.4. Le potentiel financier et le niveau d'endettement des départements constituent à ce stade des facteurs faiblement explicatifs des disparités d'attribution des aides sociales dans le champ de la mission.....	43
2.4.1. <i>La situation budgétaire des départements constitue sur le plan statistique un facteur faiblement explicatif des disparités d'attribution de l'APA, de la PCH ou de l'ASH.....</i>	44
2.4.2. <i>Si l'effet des finances départementales sur l'attribution des aides sociales est aujourd'hui limité, les marges dont disposent les départements pour absorber la dynamique haussière sont réduites.....</i>	51
2.4.3. <i>La séparation entre instructeur et financeur pour l'AAH et l'AEEH constitue un aléa moral, sans que la mission n'ait pu mettre en évidence de pratiques de départements allant dans ce sens, et constitue également une incitation négative en termes de contrôle et de lutte contre la fraude.....</i>	60
2.5. La part résiduelle non expliquée dans les disparités d'attribution est significative pour l'ASH, l'AEEH et la PCH.....	62
3. LES HAUSSES TENDANCIELLES DE DÉPENSES ESTIMÉES À HORIZON 2030, TANT DANS LE CHAMP DU HANDICAP QUE DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES, SONT TRÈS SUPÉRIEURES AUX MARGES D'ÉCONOMIES LIÉES À L'HARMONISATION DES PRATIQUES DÉPARTEMENTALES DANS L'ATTRIBUTION DES AIDES.....	68
3.1. La part excédentaire des disparités non-expliquées représente 440 M€ pour l'APA, et 572 M€ pour l'AAH.....	68
3.2. Le modèle LIVIA, qui prédit l'évolution des situations de perte d'autonomie et <i>a fortiori</i> l'évolution des dépenses associées, n'a pas d'équivalent dans le champ du handicap, pourtant plus dynamique en termes de dépenses.....	68
3.2.1. <i>Les modèles existants permettent d'anticiper une hausse de 2,5 % par an de l'APA d'ici à 2030 et de tenir compte de l'effet des réformes.....</i>	69
3.2.2. <i>Malgré un enjeu budgétaire prégnant, il n'existe pas de modèle de projection des dépenses dans le champ du handicap</i>	70
ANALYSE STATISTIQUE DE GROUPEMENT HOMOGENÈME DE DÉPARTEMENTS AFIN D'ÉCLAIRER LES CHOIX DE DÉPLACEMENTS DE LA MISSION.....	72
I. Approche par la méthodologie des k-moyennes.....	72
II. Résultats du clustering	73
III. Implications pour le choix des départements.....	76

1. À l'exception de l'ASH à destination des personnes âgées, les dépenses liées aux aides légales dans le champ de la mission sont en croissance

1.1. Des aides sociales de natures différentes, qui suivent des logiques distinctes mais sont complémentaires et intriquées selon la possibilité (ou non) de les cumuler

Les cinq aides qui sont étudiées dans le cadre de la mission ne sont pas indépendantes entre elles (cf. 1.1.1 et 1.1.2), et ne constituent pas un système fermé, en ce sens où elles peuvent compléter ou se substituer à d'autres aides telles que le RSA, la prime d'activité, les pensions ou rentes d'invalidité, les APL, certaines dépenses fiscales ou encore les subventions de Maprimeadapt. Cela induit une **complexité pour le bénéficiaire (lisibilité), pour l'administration (gestion) et pour la mission, en termes d'évaluation, dans la mesure où les pistes et mesures suggérées ne doivent pas être évaluées au niveau de la prestation seule mais au niveau du système dans son ensemble**. Cette évaluation est rendue encore plus complexe par les non linéarités qui caractérisent certaines prestations (notamment l'AAH, cf. 1.1.3).

1.1.1. Plusieurs mécanismes d'intrication existent entre les aides sociales

Il existe au moins trois mécanismes d'intrication différents entre les aides légales dans le champ du handicap et de l'autonomie. Ces mécanismes concernent les aides dans le champ de la mission mais plus généralement l'ensemble des dispositifs sociaux ou fiscaux (aides individuelles, minimas sociaux, prestations, allocations, exonérations et abattements d'impôts sur le revenu, de CSG ou de CRDS, réductions et crédits d'impôts) destinés directement ou indirectement au soutien des personnes en perte d'autonomie :

- ♦ **règles de non-cumul** : le législateur a proscriit le cumul de certaines aides. C'est par exemple le cas de l'APA et de la PCH qui sont exclusives l'une de l'autre¹, une personne bénéficiaire de la PCH avant 60 ans bénéficiant d'un droit d'option pour la conserver au-delà de cet âge ;
- ♦ **ouverture conditionnelle** : certaines aides ou allocations sont ouvertes sous condition de percevoir une autre aide. C'est par exemple le cas de la majoration pour la vie autonome (MVA). Pour en bénéficier, il est nécessaire de percevoir l'allocation aux adultes handicapés (AAH) avec un taux d'incapacité supérieur à 80 % (AAH 1) ou l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). C'est également le cas de la PCH pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans : les bénéficiaires n'y sont éligibles que s'ils sont également éligibles à un complément de l'AEEH² (ils disposent alors d'un droit d'option entre les deux allocations qui, sauf pour l'élément 3 de la PCH, ne sont pas cumulables) ;

¹ [Article L245-9](#) du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : « Toute personne qui a obtenu le bénéfice d'une prestation de compensation avant l'âge mentionné à l'article L. 245-1 et qui remplit les conditions prévues à l'article L. 232-1 peut choisir, lorsqu'elle atteint cet âge et à chaque renouvellement de l'attribution de cette prestation, entre le maintien de celle-ci et le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Lorsque la personne qui atteint cet âge n'exprime aucun choix, il est présumé qu'elle souhaite continuer à bénéficier de la prestation de compensation ».

² III de l'[article L245-1](#) du CASF : « Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale peuvent la cumuler [...] avec la prestation de compensation prévue dans le présent article, dans des conditions fixées par décret, lorsque les conditions d'ouverture du droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé sont réunies... ».

- ♦ **allocation différentielle et condition de revenu** : en fonction des bases ressources prises en compte, certaines aides ou prestations sociales participent à atteindre le plafond de ressources pris en compte pour l'attribution d'autres aides. À titre d'exemple, l'AAH est cumulable avec une pension ou une rente d'invalidité, à condition que cette dernière n'atteigne pas le plafond de 1 016,05€/mois. Le montant de l'AAH est calculé en fonction des ressources du bénéficiaire, y compris les pensions d'invalidité, de façon différentielle pour atteindre le montant de 1 016,05€/mois. Un arrêt récent au fond de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence³ réinterroge également l'intrication entre l'AAH et les dispositifs fiscaux les abattements s'appliquant au revenu imposable à l'impôt sur le revenu devant être pris en compte avant le calcul du montant de l'AAH (cf. Annexe VII).

Cette codépendance des prestations entre elles n'est pas sans conséquence en termes, notamment, de financement. En effet, si les bénéficiaires peuvent être conduits à exercer des droits d'option plus ou moins avantageux (le droit d'option entre l'AEEH et la PCH doit d'ailleurs faire obligatoirement l'objet de deux propositions indiquant les montants versés), les financeurs de ces différentes aides n'étant pas les mêmes, l'orientation vers l'une ou l'autre de ces aides aura des conséquences sur le niveau des dépenses mais aussi sur leur répartition, compte tenu des transferts entre les budgets de l'État, des collectivités ou des caisses de sécurité sociale qu'ils induisent (cf. 2.4.1).

Par ailleurs, certaines ressources sont prises en compte dans l'attribution de certaines de ces aides mais pas dans d'autres. Dans une étude de 2021⁴ réalisée elle aussi à la demande du Premier ministre, **le Conseil d'État identifie ainsi quatre familles de base ressources, qui recèlent chacune des différences internes** :

- ♦ la base ressources de l'aide sociale légale (par exemple l'aide-ménagère) : en l'absence de définition légale, les départements, sous le contrôle du juge, apprécient le périmètre des ressources à prendre en compte ;
- ♦ la famille des bases ressources du RSA et de diverses prestations apparues à sa suite, détaillée par la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles ;
- ♦ la famille des bases ressources de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)⁵ et des prestations dérivées, qui s'apprécie à partir des revenus bruts, *i.e.* incluant en particulier les cotisations sociales ;
- ♦ la famille des bases ressources des prestations qui font appel à des notions fiscales pour apprécier les droits des bénéficiaires (somme des revenus nets catégoriels, revenu fiscal de référence). C'est notamment le cas de l'AAH.

En fonction de la famille considérée, un même revenu pourra être comptabilisé de façon très différente : ainsi, les abattements et exonérations fiscales concernant les revenus s'appliquent lorsque la base est fiscale, comme c'est le cas pour l'AAH, mais pas lorsqu'il s'agit du RSA ou de l'aide sociale ; les revenus du patrimoine se limitent aux revenus imposables dans le cas d'une base fiscale, ils sont en général étendus aux revenus non imposables et au patrimoine non productif de revenu (dépôt bancaire, biens immobiliers non loués) pour les prestations relevant de l'aide sociale et du RSA. Dans le cas spécifique de l'ASPA et de l'ASH, l'ensemble du patrimoine fait l'objet de la reconstitution d'un revenu fictif, par application d'un taux de 3 % à sa valeur vénale théorique.

³ CA Aix-en-Provence, 7 février 2025, n°2025/54, M^{me} M. Deniau contre CAF du Var, cette dernière s'étant pourvue en cassation dans le délai de deux mois.

⁴ Conseil d'État, nov. 2021, [Conditions de ressources dans les politiques sociales : 15 propositions pour simplifier et harmoniser leur prise en compte](#).

⁵ L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources (revenus et patrimoine) vivant en France. Elle est versée par les caisses de retraite (Carsat, MSA ...). Son montant varie avec la structure du foyer.

Le Conseil d'État proposait en 2021 une unification des bases ressources autour d'une base fiscale identifiable sur le bulletin de paye, le « net à payer avant impôt sur le revenu ». Cette proposition aurait pour double avantage de faciliter les procédures pour l'usager et l'administration, de limiter les taux d'erreur liées aux règles de non cumul et de réduire les stratégies d'optimisation. Elle s'inscrirait au surplus dans la perspective de la mise en place du versement de solidarité à la source dans le prolongement des travaux⁶ et annonces sur ce projet au long cours.

Cette proposition d'unification des bases ressources mériterait d'être réinstruite postérieurement à la mise en place du dispositif de ressources mensuelles (DRM) pour le RSA et la prime d'activité, avancée importante entrée en vigueur en mars 2025, qui a conduit à des évolutions dans les bases ressources de ces prestations.

1.1.2. Certaines prestations font l'objet de droit d'option de la part du bénéficiaire

La « clause du grand-père » relative à des prestations en voie d'extinction constitue le principal facteur ouvrant des droits d'option entre différentes prestations. Cette clause est à l'origine d'inégalités dans l'accès aux droits, sur la base de l'ancienneté. En outre, la superposition des dispositifs induit non seulement des coûts de gestion pour les organismes en charge de ces prestations, mais elle crée également une complexité significative pour les demandeurs et les bénéficiaires. Cette clause de maintien du bénéfice de prestations en extinction concerne deux aides :

- ♦ **le complément de ressources AAH** a été supprimé à compter du 1^{er} décembre 2019 et remplacé par la majoration pour la vie autonome, aux conditions d'accès équivalentes (percevoir l'AAH, ne pas avoir perçu de revenu à caractère professionnel sur les douze derniers mois, avoir un taux d'incapacité supérieur à 80 %, vivre dans un logement indépendant ; le complément de ressource ajoute la condition d'une capacité de travail inférieure à 5 %). Néanmoins, les personnes qui percevaient cette aide jusqu'au 1^{er} décembre 2019 peuvent continuer d'en bénéficier pendant dix ans si elles continuent d'en remplir les conditions. Elles y trouvent normalement un avantage financier puisque le complément de ressource s'élève à 179,31 € par mois, contre 104,77 € pour la majoration pour la vie autonome.

Par ailleurs, l'article 255 de la loi de finances du 29 décembre 2023 pour 2024⁷ prévoit le maintien du cumul de la majoration pour la vie autonome ou du complément de ressources pour les personnes perdant le bénéfice de l'AAH du fait de l'augmentation du montant de leur retraite à la suite de la réforme des retraites.

⁶ Cf. notamment rapport « Lengart » sur le revenu universel d'activité, 2022.

⁷ [Article 255](#) de la loi de finances pour 2024 « *Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent I continuent de bénéficier de la majoration pour la vie autonome sous réserve du respect des autres conditions prévues à l'article L. 821-1-2 du code de la sécurité sociale* ».

- ♦ tout en créant la prestation de compensation du handicap (PCH), la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées n'a pas éteint l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)⁸. L'article 95 de cette même loi précise que les bénéficiaires de l'ACTP peuvent en conserver le bénéfice tant qu'ils continuent à en remplir les conditions, ou opter à chaque renouvellement de droit pour la PCH. À partir de 60 ans, le bénéficiaire de l'ACTP peut également choisir de basculer sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). D'un montant compris entre 506,64 € par mois et 1013 € par mois en fonction du nombre d'actes du quotidien impossibles à réaliser, elle peut être dans certains cas plus avantageuse que la PCH qui relève d'une approche personnalisée (cf. Fiche monographique sur la PCH). Pour les bénéficiaires, l'ACTP présente l'avantage d'une plus grande simplicité, du fait de son caractère forfaitaire et de l'absence de contrôle d'effectivité.
- ♦ il existe également un droit d'option entre la PCH et l'AEEH, dont l'arbitrage est particulièrement complexe pour les bénéficiaires (cf. Fiche monographique sur l'AEEH)⁹.

1.1.3. Les critères d'attribution induisent des effets de seuil à l'origine de différences substantielles pour le bénéficiaire

Certains critères d'attributions sont non linéaires, ce qui introduit des effets de seuil importants dans les niveaux de prestation. Les principaux critères à l'origine d'effets de seuil identifiés par la mission sont les suivants :

- ♦ **taux d'incapacité et restriction substantielle et durable à l'emploi (RSDAE) :** en fonction du niveau de taux d'incapacité (TI) et de l'existence ou non d'une RSDAE, les personnes vont soit percevoir le RSA et toucher 635,70 € par mois pour une personne seule, avec une inscription obligatoire à France Travail et la signature d'un contrat d'engagement précisant ses objectifs d'insertion sociale et professionnelle (si le taux d'incapacité est inférieur à 50 %, ou en cas de taux compris entre 50 et 80 % mais en l'absence de RSDAE) ; soit être éligible à l'AAH et toucher 1 016 € par mois, sans contrat d'engagement (en cas de TI supérieur à 50 % et en cas de RSDAE, ou en cas de TI supérieur à 80 %) ;

⁸ [Article 95](#) 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 « *Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice prévue au chapitre V du titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la présente loi en conservent le bénéfice tant qu'ils en remplissent les conditions d'attribution. Ils ne peuvent cumuler cette allocation avec la prestation de compensation. Ils peuvent toutefois opter pour le bénéfice de la prestation de compensation, à chaque renouvellement de l'attribution de l'allocation compensatrice.* ». L'éligibilité à l'ACTP est subordonnée au cumul des conditions suivantes :

- avoir un taux d'incapacité d'au minimum 80 % reconnu par la CDAPH ;
- avoir recours à l'emploi d'une tierce personne (aidant, personnel de soins...) pour vous aider dans les actes essentiels du quotidien (par exemple : se nourrir, marcher, s'habiller) ;
- résider en France métropolitaine ou en Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin ou Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- être de nationalité française ou avoir un titre de séjour en cours de validité ;
- avoir des ressources inférieures ou égales aux plafonds de ressources pour percevoir l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

⁹ Voir aussi IGAS, 2019, « [Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants – clarifier l'articulation entre l'AEEH et la PCH](#) ». Ou, plus récemment, IGAS, 2024 « [Accueillir, évaluer, décider : comment les MDPH traitent les demandes des usagers](#) », qui qualifie le droit d'option entre l'AEEH et la PCH « *d'une complexité qui dépasse l'entendement* » (cf. p.3).

- ♦ **barrière d'âge** : il existe également un effet non linéaire lié à l'âge de la perte d'autonomie, souvent qualifié de « barrière d'âge ». À titre d'exemple, les personnes dont le taux d'incapacité (TI) est supérieur à 80 % avant 60 ans peuvent bénéficier de l'AAH 1. À 60 ans, elles pourront conserver l'AAH et la cumuler le cas échéant (de façon différentielle) avec leur pension de retraite pour atteindre 1 016€ par mois. En revanche, si la personne ne bénéficie que de l'AAH 2 au moment de faire valoir ses droits à la retraite (TI<80 %), et ce même si son taux d'incapacité évolue peu après, elle en perd le bénéfice au profit de sa pension de retraite, éventuellement complétée par l'aide sociale pour les personnes âgées (anciennement minimum vieillesse) pour atteindre 1 034 € par mois (montant équivalent mais en partie récupérable sur succession).

1.2. À l'exception de l'ASH-PA, les dépenses des cinq aides légales sont en croissance sous le double effet de l'élargissement de la reconnaissance des situations de handicap et du vieillissement de la population

1.2.1. Selon les prestations, la dynamique haussière est principalement alimentée soit par un effet-prix, soit par un effet-volume

Entre 2017 et 2023, la dynamique haussière des dépenses liées aux aides sociales dans le champ de la mission a été tirée par l'évolution des dépenses d'AAH (+37 %) et d'APA (+19 %), qui représentent à elles seules près de 55 % des dépenses totales du champ de la mission (cf. graphique 1 et tableau 1) :

- ♦ pour l'AAH, cette dynamique est due à deux facteurs à la contribution équivalente :
 - un effet-prix (+18 %) qui correspond à la revalorisation de l'AAH en fonction de l'inflation sur la période et de revalorisations exceptionnelles ou anticipées en 2019 et 2022 (cf. Fiche monographique sur l'AAH) ;
 - et un effet-volume (+17 %), presque entièrement lié au flux entrant de bénéficiaires de l'AAH 2 (cf. 1.2.2.).
- ♦ pour l'APA, l'effet-prix est plus limité, s'établissant à 14 % soit 3 points de moins que l'inflation sur la période. Il explique néanmoins la majorité de la hausse des dépenses, l'effet-volume jouant pour seulement 4 %. En effet, l'APA bénéficiant essentiellement aux seniors les plus âgés, la génération du *baby-boom* n'est pas encore entrée massivement dans le dispositif. **La vague de naissance post 1945 devrait avoir un impact plus fort à partir de 2030** (cf. Fiche monographique sur l'APA) tandis que, sur une période récente, la surmortalité liée à l'épidémie de Covid a limité la hausse du nombre de bénéficiaires.

Cette prépondérance de ces deux prestations dans la dynamique globale, liée à leur poids dans les dépenses totales, ne doit pas occulter la dynamique individuelle des autres aides. En particulier, **les dépenses d'AEEH et celles de PCH ont augmenté de plus de 50 % sur la période 2017-2023** :

- ♦ pour l'AEEH, cette augmentation est entièrement liée à un effet-volume. Le nombre de bénéficiaires a en effet augmenté de 56 %, tandis que l'effet-prix ne contribue que pour 1 %, compte tenu de la revalorisation en fonction de la BMAF, inférieure à l'inflation entre 2021 et 2025 ;
- ♦ pour la PCH, la hausse de 55 % est essentiellement liée à l'extension des droits, compléments et forfaits intervenus sur la période, permettant de nouvelles entrées dans le dispositif (+36 % du nombre de bénéficiaires entre 2017 et 2023, cf. Fiche monographique sur la PCH) mais également, quoique dans une moindre mesure, faisant augmenter les montants moyens versés (effet-prix de 14 %).

Annexe III

Enfin, les dépenses d'ASH, que ce soit à destination des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap se révèlent moins dynamiques (respectivement -6 % et +12 %). L'ASH-PA est la seule aide sociale légale dans le champ de la mission dont le volume de dépense décroît sur la période.

Tableau 1 : Dynamiques des dépenses et des bénéficiaires des aides dans le champ de la mission et des disparités départementales entre 2017 et 2023

	AAH	AEEH	PCH	ASH-PA	ASH-PH	APA
Dépenses 2023, en Mds€	11,8	1,4	3,0	1,2	5,7	7,1
Part dans les dépenses du champ de la mission	39 %	5 %	10 %	4 %	19 %	23 %
Nombre de bénéficiaires en 2023 (en million)	1,31	0,46	0,42	0,12	0,16	1,36
Montant moyen par bénéficiaire en 2023 (en k€)	9,0	3,0	7,4	10,4	42,8	5,2
Dynamique financière entre 2017 et 2023 ¹⁰ (hausse annuelle moyenne)	+37 % (5,4 %)	+57 % (7,8 %)	+55 % (+7,6 %)	-6 % (-1,0 %)	+12 % (+1,9 %)	+19 % (2,9 %)
... dont effet-volume ¹¹	+17 %	+56 %	+36 %	-5 %	+7 %	+4 %
... dont effet-prix ¹²	+18 %	+1 %	+14 %	-1 %	+5 %	+14 %
Disparités territoriales (rapport interquartile montant/bénéficiaire) ¹³	1,05	1,21	1,44	1,42	1,32	1,19
Dynamique des disparités (2017-2023) ¹⁴	0,01	-0,05	-0,05	0,06	-0,07	0,07
Disparités territoriales (rapport interquartile bénéficiaires/habitants)	1,3	1,63	1,32	1,67	1,42	1,38
Dynamique des disparités (2017-2023)	-0,02	0,14	-0,11	0,10	-0,13	0

Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF. Calculs de la mission.

¹⁰ Ratio dépenses 2023/2017.

¹¹ Ratio nombre de bénéficiaires 2023/2017.

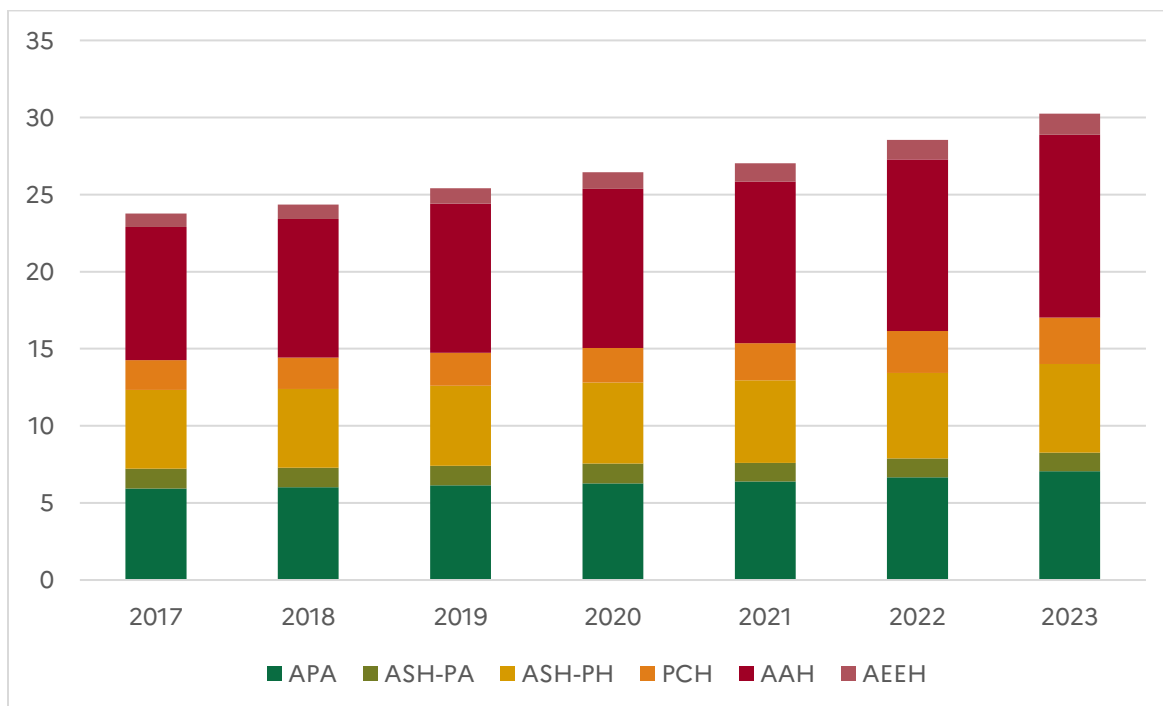
¹² Ratio dépenses par bénéficiaire 2023/2017.

¹³ L'écart interquartile (EI) est le rapport entre le troisième quartile (Q3, 25 % des départements ont des montants moyens versés par bénéficiaires supérieur à ce montant) et le premier quartile (Q1, 25 % des départements versent moins par bénéficiaire que ce montant), soit $EI = Q3/Q1$. Ce rapport supérieur à 1 mesure la dispersion des données en excluant les valeurs aberrantes.

¹⁴ Variation de l'écart interquartile entre 2017 et 2023. Une baisse indique un « resserrement » de la dispersion des montants par bénéficiaire, une hausse indique un « élargissement » de ladite dispersion.

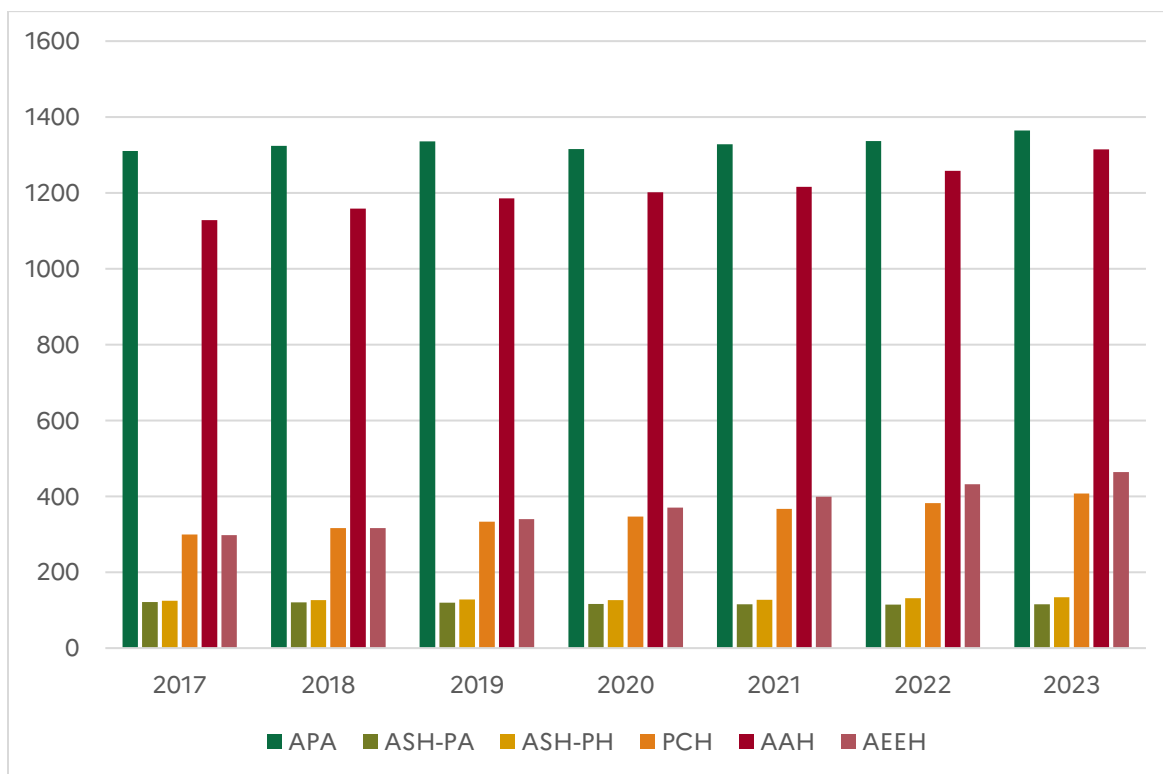
Annexe III

Graphique 1 : Dépenses totales pour les aides dans le champ de la mission, en Mds €



Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

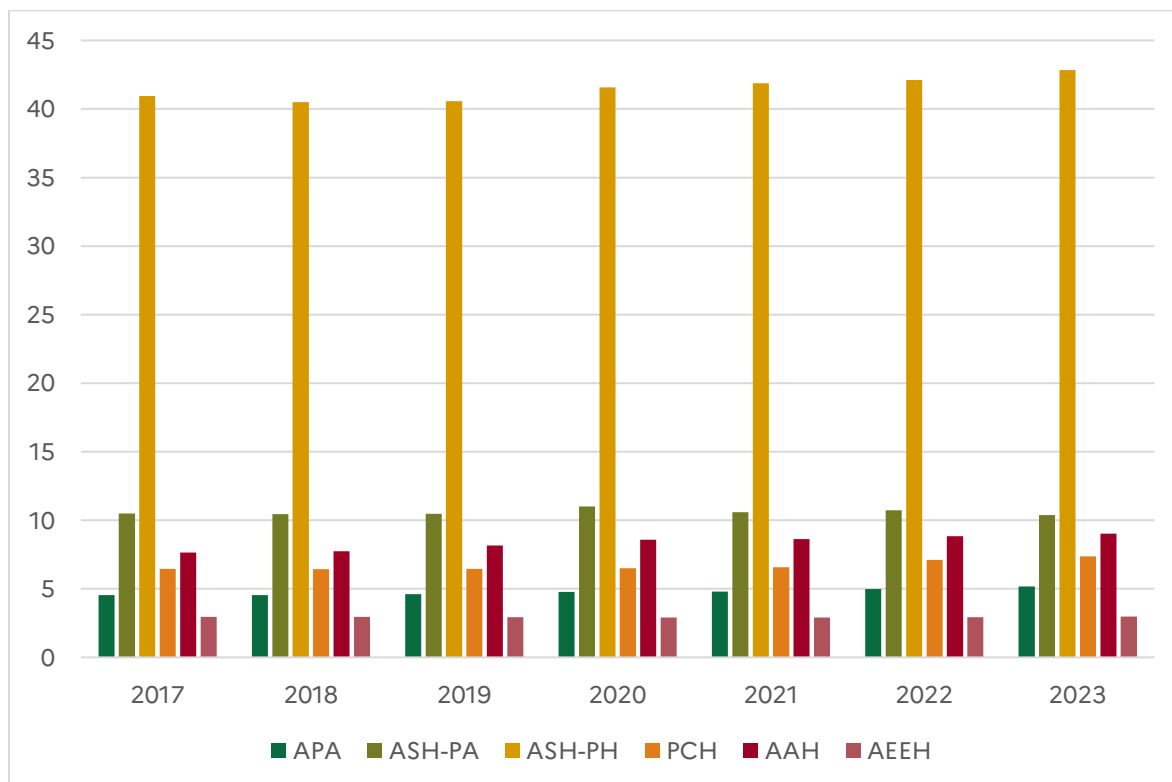
Graphique 2 : Nombre de bénéficiaires, par aide, en milliers



Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

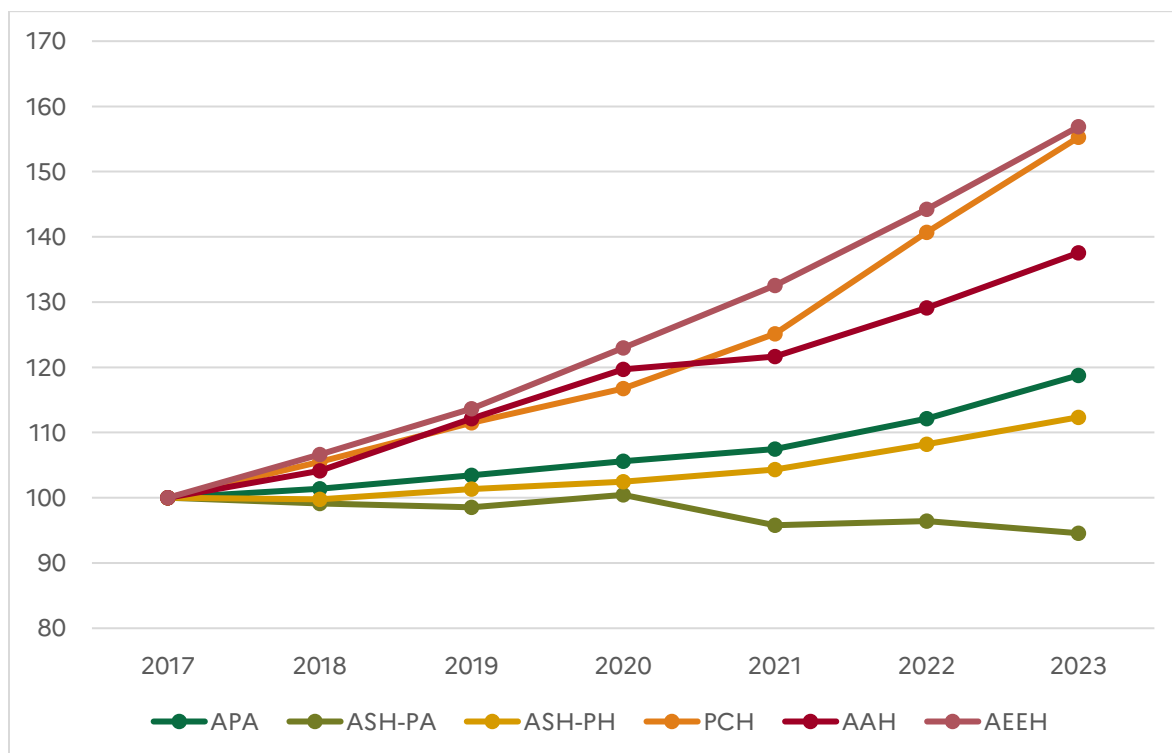
Annexe III

Graphique 3 : Montants moyens annuels par bénéficiaire, en k€



Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

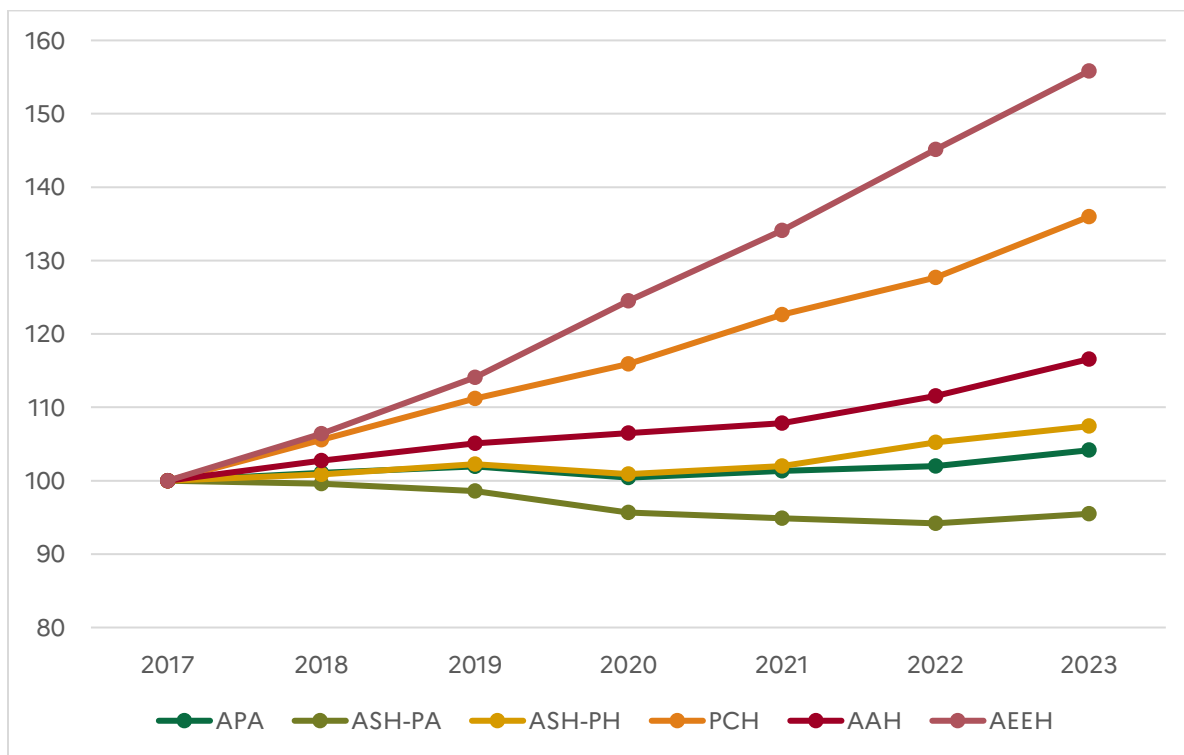
Graphique 4 : Dynamique des dépenses par aide, base 100 en 2017



Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

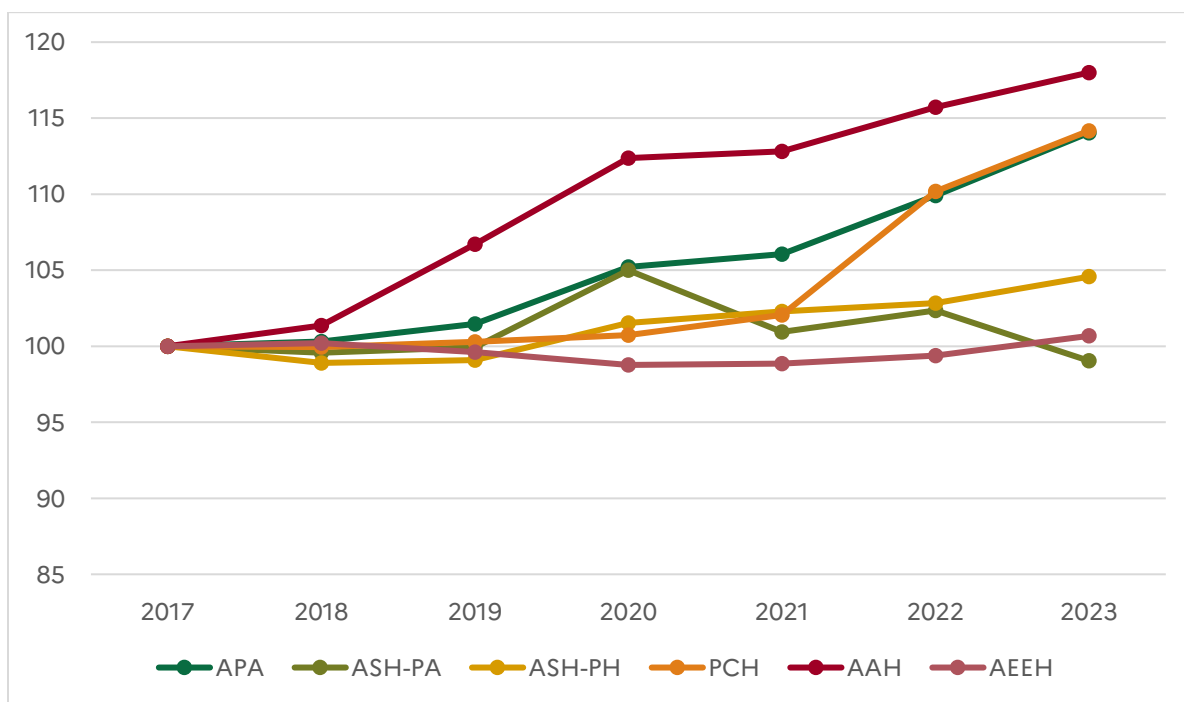
Annexe III

Graphique 5 : Dynamique du nombre de bénéficiaires par aide, base 100 en 2017



Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

Graphique 6 : Dynamique du montant moyen par bénéficiaire par aide, base 100 en 2017



Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

1.2.2. La dynamique des dépenses connaît une plus forte croissance dans le champ du handicap que dans celui de la perte d'autonomie

La dynamique des dépenses depuis 2017, dans le périmètre de la mission, est plus forte dans le champ du soutien aux personnes handicapées que dans celui des personnes âgées. En effet, le niveau total des dépenses a crû de 33 % entre 2017 et 2023 sur le volet des aides sociales légales pour les personnes en situation de handicap (AAH, PCH, AEEH, ASH-PH) et de 15 % sur la même période sur le volet des personnes âgées (APA, ASH-PA).

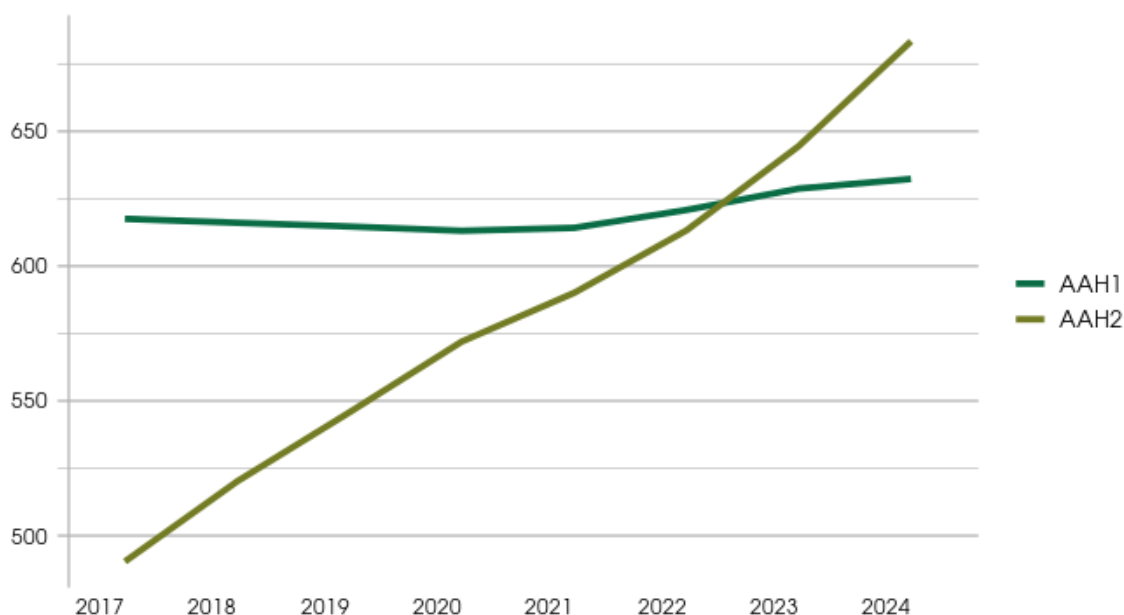
Graphique 7 : Dépenses totales (Mds€) et évolution des dépenses dans le champ du soutien aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap (périmètre des aides de la mission)



Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

Note de lecture : Le champ PA correspond à l'APA et à l'ASH PA. Le champs PH correspond à l'AAH, à l'AEEH, à la PCH et à l'ASH-PH. Les histogrammes correspondent aux dépenses totales associées, en Mds € (échelle de gauche). Les courbes correspondent à l'évolution des dépenses, en base 100 en 2017 (échelle de droite).

Graphique 8 : Évolution du nombre de bénéficiaires (en milliers) de l'AAH entre 2017 et 2024



Source : CNAF. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

Cette augmentation des dépenses dans le champ des personnes en situation de handicap est liée à plusieurs facteurs :

- ♦ **AAH : l'AAH est la principale contributrice de la hausse globale des dépenses dans le champ du handicap, du fait de son poids élevé dans l'assiette considérée.** En effet, les dépenses liées à cette allocation qui représente plus de la moitié des dépenses dans le champ des aides aux personnes en situation de handicap sous revue par la mission sont en hausse de 38 % sur la période. Cette hausse est liée à la revalorisation du montant de l'allocation suivant l'inflation (pour la moitié) et par un nombre de bénéficiaires en augmentation (pour l'autre moitié). **Dans le détail, la hausse du nombre de bénéficiaires est tirée par la dynamique spécifique de l'AAH 2¹⁵, avec un nombre de bénéficiaires qui est passé de 450 000 en 2016 à plus de 700 000 en 2024 (cf. graphique 8).** À l'inverse, le nombre de bénéficiaires de l'AAH 1 est resté stable dans le temps, entre 600 000 et 625 000 bénéficiaires, malgré une légère hausse ces deux dernières années. La déconjugalisation, entrée en vigueur à partir d'octobre 2023, a également mené à une augmentation de 23 900 bénéficiaires de l'AAH entre octobre et décembre 2023 qui n'étaient auparavant pas éligibles du fait de revenus trop importants au niveau du foyer. La hausse du nombre de nouveaux bénéficiaires devrait se poursuivre, puisque l'estimation du nombre total de nouveaux bénéficiaires attendu, bien qu'indicative, est de 80 000 ;

¹⁵ Destinée aux personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 79 % et qui font l'objet d'une restriction substantielle et durable à l'emploi (RSDAE, cf. Fiche monographique sur l'AAH)

- ◆ PCH et AEEH : la PCH et l'AEEH, moins importantes en volume de dépenses (en particulier en termes de nombre de bénéficiaires), sont en revanche en très forte hausse (plus de 50 % d'augmentation des dépenses entre 2017 et 2023 sur chacune de ces prestations). Dans les deux cas, cette hausse est avant tout tirée par une augmentation du nombre de bénéficiaires, avec une reconnaissance de plus en plus large du champ du handicap¹⁶. **La PCH s'est notamment enrichie depuis 2021 de plusieurs compléments spécifiques ayant fait l'objet d'un large consensus politique destinés à prendre en compte des besoins jusqu'ici mal couverts** (cf. Fiche monographique sur la PCH, partie 1.5 pour les éléments détaillés) :
 - **PCH parentalité** : depuis le 1^{er} janvier 2021, les parents en situation de handicap d'un enfant de moins de 7 ans et qui sont éligibles à la PCH, ont droit à une aide spécifique. Il s'agit de deux forfaits, censés compenser les aides humaines et aides techniques à la parentalité ;
 - **forfait surdicécité** : les personnes en situation de handicap visuel ou auditif peuvent bénéficier deux forfaits d'aide humaine : surdité (30 heures/mois) et cécité (50 heures). Depuis le 1^{er} janvier 2023, un troisième forfait¹⁷ a été mis en place pour les personnes atteintes des deux limitations cumulées et ne se compensant pas, le forfait surdicécité (80 heures par mois) ;
 - depuis le 1^{er} janvier 2023, les personnes ayant des **troubles psychiques, mentaux, cognitifs ou du neurodéveloppement (TND)** peuvent également plus facilement accéder à la PCH, notamment à l'aide humaine. Le temps d'aide humaine pour le soutien à l'autonomie peut atteindre 3 heures par jour. Il est attribué sous forme de crédit-temps et peut être capitalisé sur une durée de douze mois.
- ◆ ASH PH : l'ASH à destination des personnes en situation de handicap, second poste de dépense derrière l'AAH, se caractérise par une faible augmentation des dépenses, tant en termes de nombre de bénéficiaires que de montant moyen par bénéficiaire.

1.3. Les différences départementales, plus élevées s'agissant du taux de bénéficiaires, sont globalement stables entre 2017 et 2023, hormis pour l'AEEH

Les disparités de dépenses totales d'aides sociales au handicap et à la perte d'autonomie entre départements peuvent s'expliquer en premier lieu par un effet taille : les départements où la population est élevée présentent des dépenses totales plus élevées. Afin de neutraliser cet effet, **les dépenses d'aides sont décomposées en un taux de bénéficiaires d'une part (exprimé en nombre de bénéficiaires pour 1000 habitants) et en un montant annuel moyen par bénéficiaire d'autre part (soit le montant total dépensé sur le nombre de bénéficiaires).**

Cette approche a l'avantage de distinguer la « marge extensive » d'une aide, qui concerne les conditions d'éligibilité et de décision d'ouverture de droits, et la « marge intensive », qui concerne le montant d'aide accordé. L'action d'un département donné doit donc s'évaluer à l'aune de ces deux dimensions. Cette distinction permet également d'identifier plus finement les déterminants des dépenses d'aides des départements, et ainsi les causes de leurs disparités, tout en excluant un effet taille prépondérant dans les volumes d'aides sociales légales versés.

¹⁶ Et ce même si concernant la PCH, l'augmentation est également en partie due à un effet-prix, proche de l'inflation sur la période.

¹⁷ [Décret n° 2022-570](#) du 19 avril 2022 relatif à la prestation de compensation mentionnée à l'article D. 245-9 du code de l'action sociale et des familles. Cf. Fiche monographique sur la PCH établie par la mission et jointe au présent rapport.

1.3.1. Si les critères d'attribution des aides sociales sont cadrés par le législateur, les services départementaux disposent de marges opérationnelles qui peuvent être à l'origine de différences entre départements

Le législateur a défini pour chaque aide les critères qui régissent leur attribution, pour la plupart codifiés au sein du Code de l'action sociale et des familles, du Code de la sécurité sociale ou encore du Code général des impôts. Ils portent notamment sur les conditions liées à l'âge, au niveau de ressources, à la perte d'autonomie et à la nationalité. Ces critères sont complétés et précisés au sein de guides barèmes ou de référentiels qui ont vocation à harmoniser les pratiques, notamment concernant l'évaluation personnalisée dans le cadre des plans d'aides (PCH, APA), qui par nature sont individuels et contingents (prise en compte de l'environnement, établissement des plans personnalisés au regard du projet de vie des demandeurs ou bénéficiaires).

Pour autant, les départements et les MDPH en tant que services instructeurs, payeurs, contrôleurs conservent des marges opérationnelles significatives dans la mise en œuvre de ces politiques publiques dont ils ont la responsabilité. Les principales marges identifiées par la mission qui peuvent être à l'origine de disparités non sociodémographiques sont les suivantes :

- ◆ **ouverture des droits** : en tant que service instructeur, le conseil départemental et la MDPH sont conduits à apprécier l'éligibilité des bénéficiaires aux différentes prestations et aides du champ du handicap et de l'autonomie. La MDPH formule des évaluations sur le taux d'incapacité (sur la base d'un certificat médical) qui déterminent l'éligibilité à plusieurs prestations (AAH, AEEH) sous réserve de décision dans le même sens de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Pour l'AAH 2, l'ouverture des droits est également conditionnée à l'appréciation de la restriction substantielle d'accès à l'emploi (RSDAE). Dans le champ de l'autonomie, la reconnaissance de la dépendance et l'évaluation du niveau de GIR est également décentralisée, et relève des équipes des services « autonomie » des conseils départementaux. Dans les deux cas, les appréciations comportant nécessairement une part de subjectivité et de contingence auront des effets directs sur le nombre de bénéficiaires. Enfin, le délai d'instruction peut avoir un effet sur les dépenses versées, pour les prestations dont l'effet n'est pas rétroactif à la date de dépôt du dossier (c'est notamment le cas de l'APA) ;
- ◆ **évaluation des plans d'aides** : la MDPH et le conseil départemental sont à l'origine des plans d'aides qui définissent les prestations en termes d'aide auxquelles peuvent prétendre les bénéficiaires de la PCH et de l'APA. Le contenu des plans d'aides étant laissé à l'appréciation des départements et des MDPH, leur établissement (nombre d'heures d'aides humaines, aides techniques etc.) ayant un effet direct sur le montant versé par bénéficiaire. Au sein d'un même service, les propositions de plans personnalisés de compensation réalisées par des évaluateurs différents peuvent ainsi différer sensiblement (cf. Annexe IV sur les disparités dans l'évaluation des plans) ;

- ♦ **calcul du reste à charge** : dans le cadre de l'ASH, le législateur a laissé une marge de manœuvre importante aux départements, garantissant simplement un reste à vivre minimal à l'allocataire (le maximum entre 10 % de son revenu et 125€/mois). Dans ce cadre, les départements sont libres de définir dans leur règlement d'aide sociale le niveau plus ou moins important du reste à charge pour les bénéficiaires. Le calcul de l'obligation alimentaire est également laissé aux départements, qui ont des pratiques différentes plus ou moins explicitées dans les règlements départementaux d'action sociale (cf. Fiche monographique sur l'ASH). Concernant l'APA, la loi prévoit que le montant varie en fonction du degré d'autonomie de la personne (mesurée par le niveau de GIR et un montant plafond de prise en charge correspondant), d'une part, et en fonction du niveau de ressources des personnes (en fonction des ressources, le reste à charge varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide accepté). Or, certains départements calculent le reste à charge sur la base du prix réel du service d'aide à domicile, d'autres sur la base d'un forfait, indépendant du prix (cf. Fiche monographique sur l'APA). Ces différentes modalités de calcul conduisent ainsi à des montants par bénéficiaires différents ;
- ♦ **lutte contre le non recours** : l'intensité de la politique de lutte contre le non recours aura un effet direct sur l'assiette des demandeurs, et donc sur le nombre de bénéficiaires ;

D'autres politiques ou compétences départementales peuvent également avoir des effets indirects sur les taux de bénéficiaires ou les montants attribués par bénéficiaire :

- ♦ **régulation de l'offre** : en tant que régulateurs de l'offre dans le secteur de l'aide à domicile (loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale), les conseils départementaux délivrent les autorisations pouvant être attribuées aux prestataires d'aide à domicile, mais sont également chargés de la tarification de ces services pour services habilités¹⁸, et concluent des CPOM avec ces services. De ce fait, ils influencent la structure du marché, ce qui a un impact sur les niveaux de prix pratiqués par les services prestataires dans le cadre des plans d'aide APA et PCH et par effet de bord sur les services mandataires et sur l'emploi direct. De la même manière, les départements délivrent les autorisations d'exercice des EHPAD (conjointement avec les ARS), et fixent le prix du forfait hébergement pour les places habilitées à l'ASH. Là encore, ils exercent une influence sur la structure de marché en EHPAD. Ces deux éléments ont un effet sur les montants d'aides par bénéficiaire ;
- ♦ **action de long terme sur la structure de l'offre** : l'action de long terme des départements portant sur la structure de l'offre médico-sociale peut également constituer un facteur explicatif de disparités. Par exemple, un département pour lequel l'offre en EHPAD est insuffisante pourrait se distinguer par une surreprésentation de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile, qui se retrouvera dans le taux de bénéficiaires de l'APA et les montants versés.

¹⁸ Il existe trois modes d'intervention (de gré à gré, mandataire, prestataire) et, pour les services prestataires, deux modes de régulation (autorisés par le conseil départemental ou régulés). Or, les caractéristiques en termes de prix des producteurs varient notablement selon leur caractère régulé ou non.

1.3.2. Les disparités départementales sont particulièrement fortes sur la PCH, l'AEEH et l'ASH

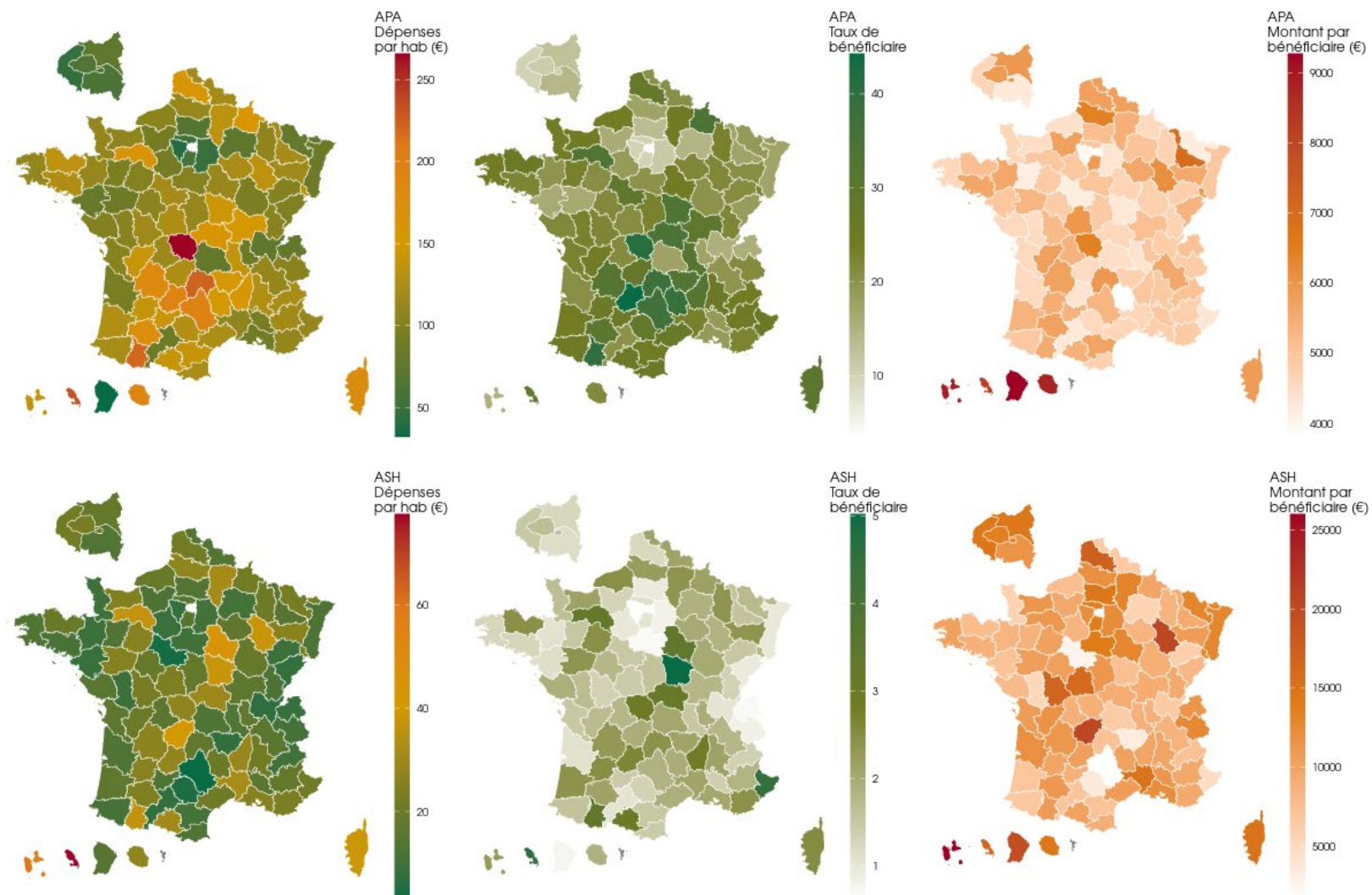
La mission a étudié les disparités interdépartementales sur la base de l'analyse de la dispersion de trois types de variables (cf. 2.1) :

- ◆ **les dépenses globales relatives à ces aides sociales**, qui dépendent de la taille du département, mais également des caractéristiques socio-démographiques (perte d'autonomie), sanitaires (prévalence des situations de handicap) et économiques (notamment pour les aides conditionnées au revenu) ;
- ◆ **les taux de bénéficiaires** (rapportés à la population du département), qui dépendent de facteurs socio-démographiques (vieillesse, structure familiale), sanitaire (gravité des vulnérabilités et de leurs conséquences), économique (environnement plus ou moins favorable ou « aidant », déséquilibres des marchés territorialisés du travail, taux de pauvreté), d'éloignement des centres urbains et péri-urbains (coûts de mobilité pour les bénéficiaires comme pour les aidants), ainsi que des logiques territoriales d'offre de services à la personne (services d'aide à domicile et places d'accueil en établissement, en volume comme en éléments de tarification) ;
- ◆ **les montants moyens par bénéficiaire**, qui dépendent également des facteurs cités *supra*.

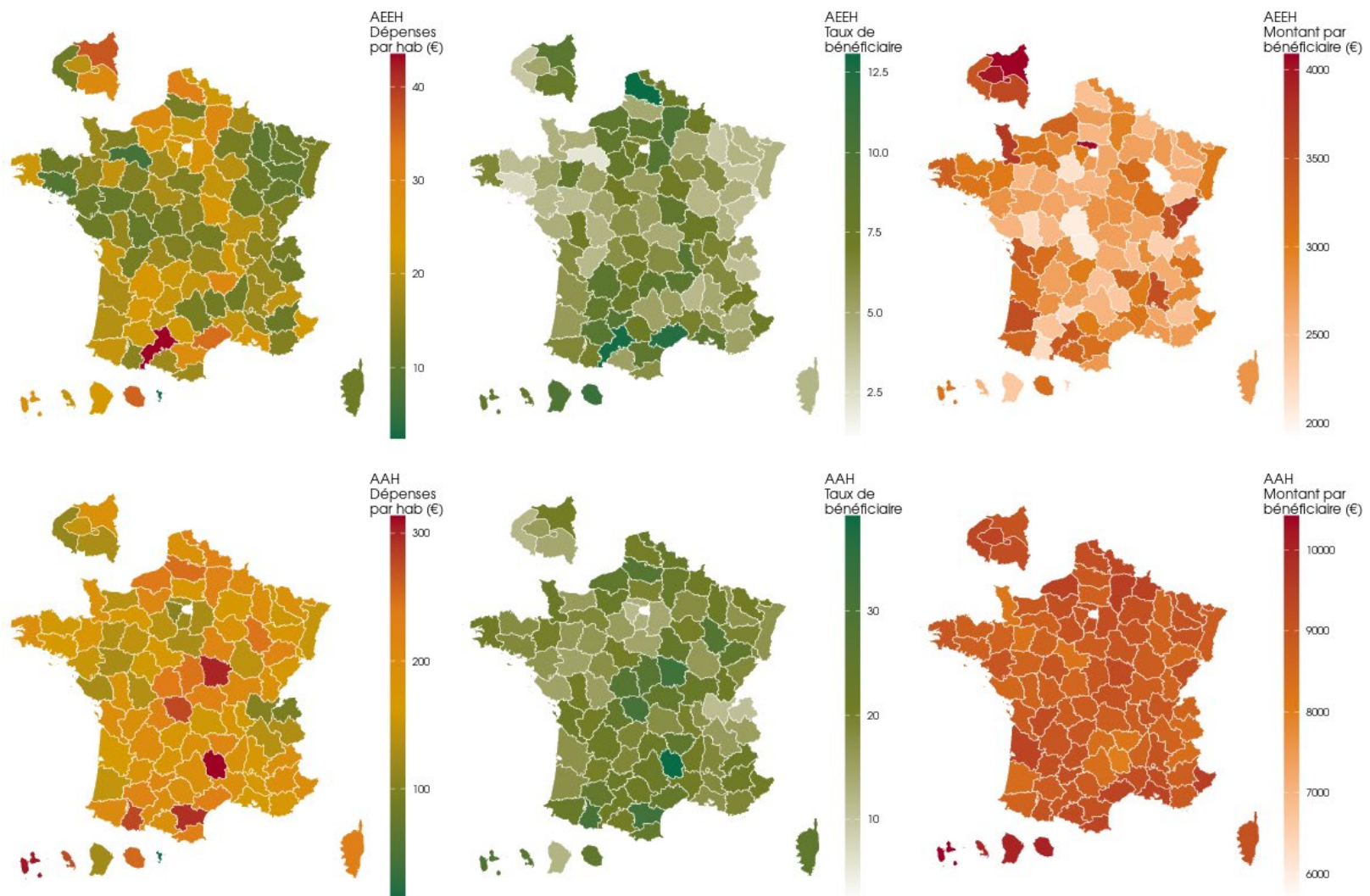
Au-delà des tendances structurelles et des différences territoriales dans l'attribution des aides, les évolutions normatives récentes quant aux prestations elles-mêmes peuvent avoir des effets sur chacun de ces registres : les revalorisations concernent l'intensité de l'aide et les dépenses afférentes, mais les extensions et ouvertures de droits peuvent à la fois faire entrer de nouveaux bénéficiaires dans le champ de la prestation (ex PCH-autonomie dite PCH-psy) et augmenter pour chacun d'eux les montants versés, faisant évoluer l'ensemble des variables analysées, parfois de manière différenciée en fonction de la vitesse d'appropriation par les départements.

Annexe III

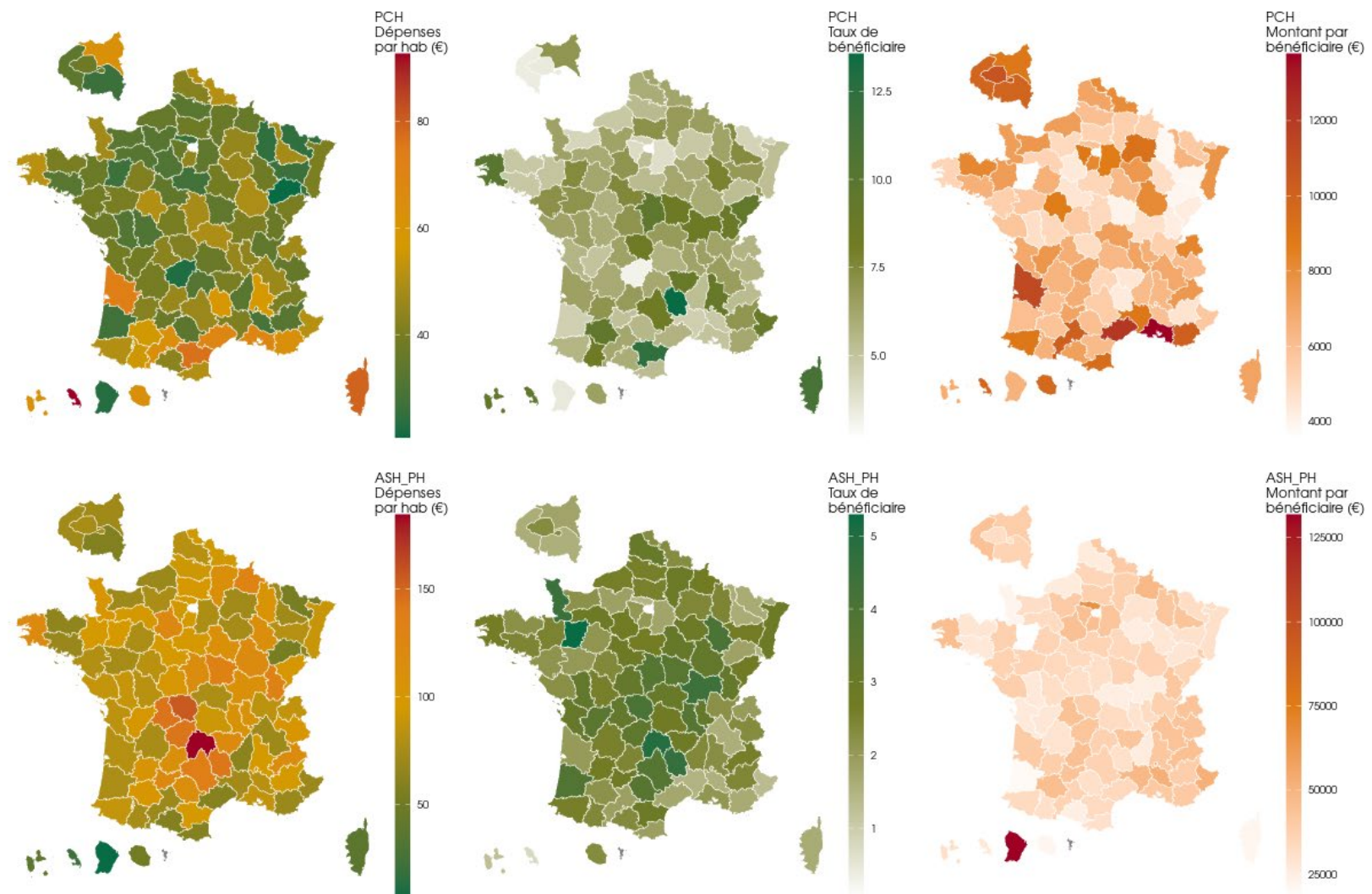
Graphique 9 : Disparités départementales de dépenses d'aides par habitant, de taux de bénéficiaires et de montant moyen par bénéficiaire en 2023



Annexe III



Annexe III



Source : données Drees enquête Aides sociales, CNAF, RP Insee. Calculs : Pôle science des données de l'IGF. Note de lecture : de haut en bas APA, ASH-PA, AEEH, AAH, PCH, ASH-PH. Le taux de bénéficiaires est exprimé en nombre de bénéficiaires pour 1000 habitants.

À l'exception de la PCH, les disparités¹⁹ en termes de densité de l'aide (ou nombre de bénéficiaires par habitant, *cf.* graphique 11) sont plus importantes que celles en termes d'intensité d'aide (ou montant par bénéficiaire), ce qui est cohérent avec le fait que l'éligibilité aux différentes aides soit, *a priori*, plus directement les disparités socio-démographiques, sanitaires et économiques des départements. **L'allocation d'éducation des enfants handicapés (AEEH) et l'allocation sociale d'hébergement (ASH-PA) sont les prestations pour lesquelles la dispersion en termes de nombre de bénéficiaires est la plus forte.** La variance observée pour l'allocation adulte handicapé est encore la plus faible sur les cinq aides considérées, mais le ratio entre la densité minimale et maximale apparaît difficile à expliquer. Les départements présentant des densités de bénéficiaires à l'AAH supérieures à 3 % du nombre d'habitants (Aude, Creuse, Lozère, Nièvre, Hautes Pyrénées) ne forment pas un ensemble *a priori* homogène.

Concernant l'intensité de l'aide, c'est-à-dire le montant moyen par bénéficiaire (*cf.* graphique 12), la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation sociale d'hébergement (ASH) sont les prestations pour lesquelles la dispersion interdépartementale est la plus marquée. La PCH étant une aide universelle mais personnalisée, qui fait l'objet d'une évaluation globale débouchant sur un plan personnalisé de compensation prenant en compte à la fois les besoins du bénéficiaire au regard de son projet de vie et les aides dont il bénéficie, il apparaît logique que l'instruction joue un rôle plus déterminant. S'agissant de l'ASH, les pratiques variées des départements de prise en charge des ressources et des charges pour évaluer le reste à charge soit, et *in fine* le montant de l'allocation, expliquent probablement une grande partie de cette différence (*cf.* Fiche monographique sur l'ASH). À l'inverse, la variance observée pour l'allocation adulte handicapé est la plus faible sur les cinq aides considérées, ce qui est cohérent avec son caractère de minimum social, dépendant une fois l'éligibilité acquise, essentiellement de l'évaluation des ressources des allocataires.

Tableau 2 : Disparités territoriales, France métropolitaine (2023)

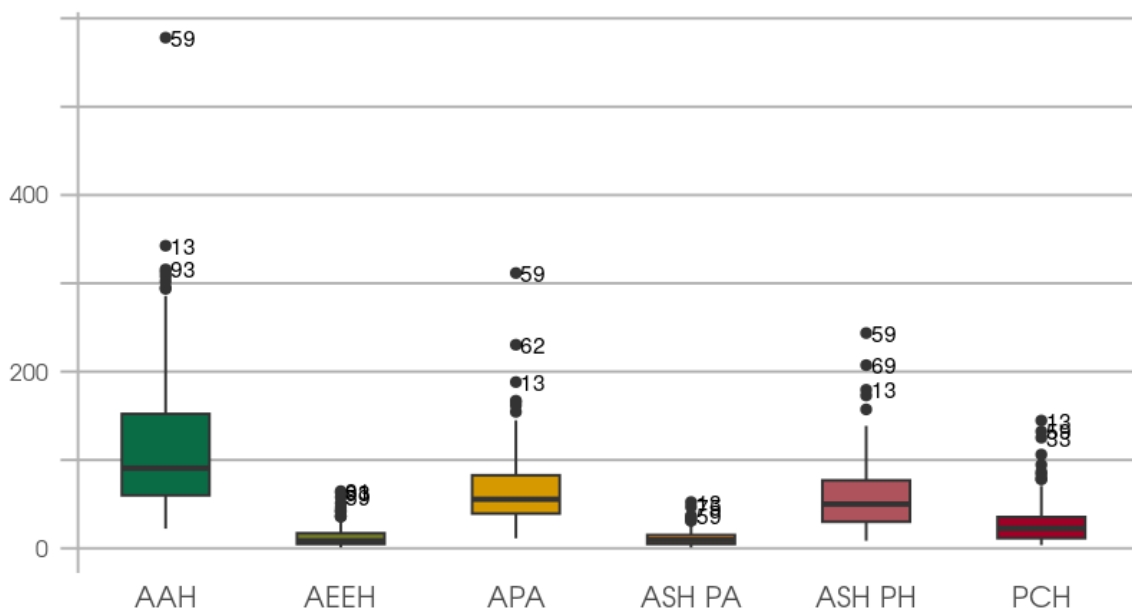
	AEEH	AAH	PCH	ASH-PA	ASH-PH	APA
Dispersion du nombre de bénéficiaires						
Bénéficiaires pour 1000 habitants	6,15	20,09	6,14	1,74	2,05	22,10
Ratio max/min	6,15	3,48	4,82	7,74	4,09	4,37
Ratio interquartile Q3/Q1	1,64	1,31	1,32	1,67	1,42	1,38
Dispersion du montant par bénéficiaire						
Montant par bénéficiaire (€)	2 820	8 820	6 330	9 940	41 530	5 020
Ratio max/min	2,13	1,18	3,84	11,84	3,46	1,83
Ratio interquartile Q3/Q1	1,21	1,05	1,44	1,42	1,32	1,19

Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

¹⁹ Mesurées sur la base de ratio interquartiles ou de ratio min/max

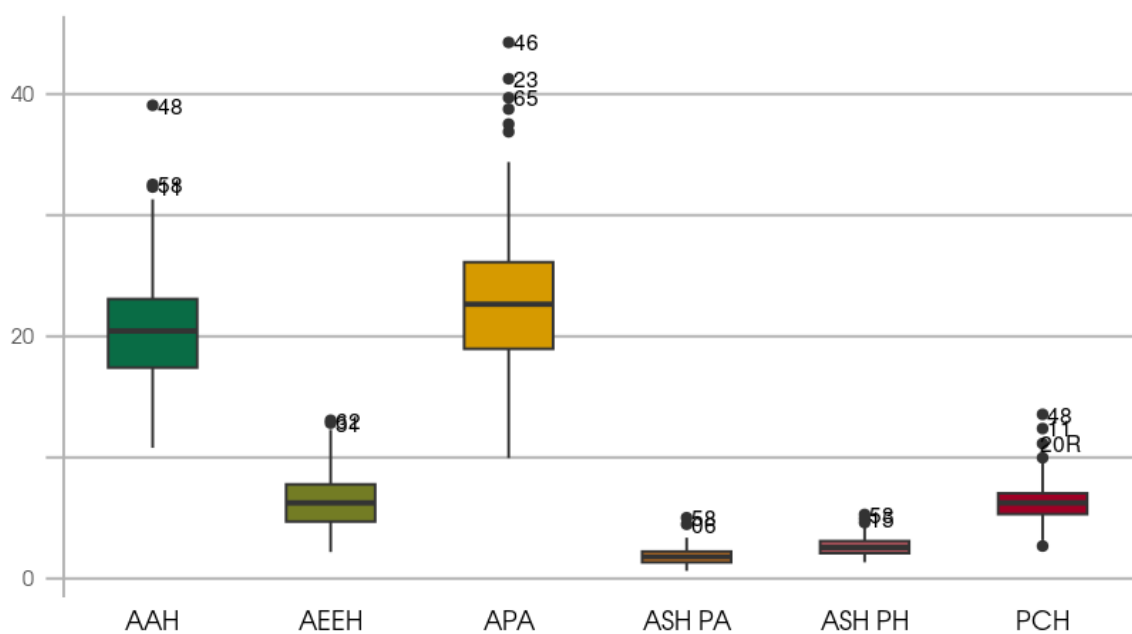
Annexe III

Graphique 10 : Disparités interdépartementales des dépenses (en M€) par type d'aide, en 2023



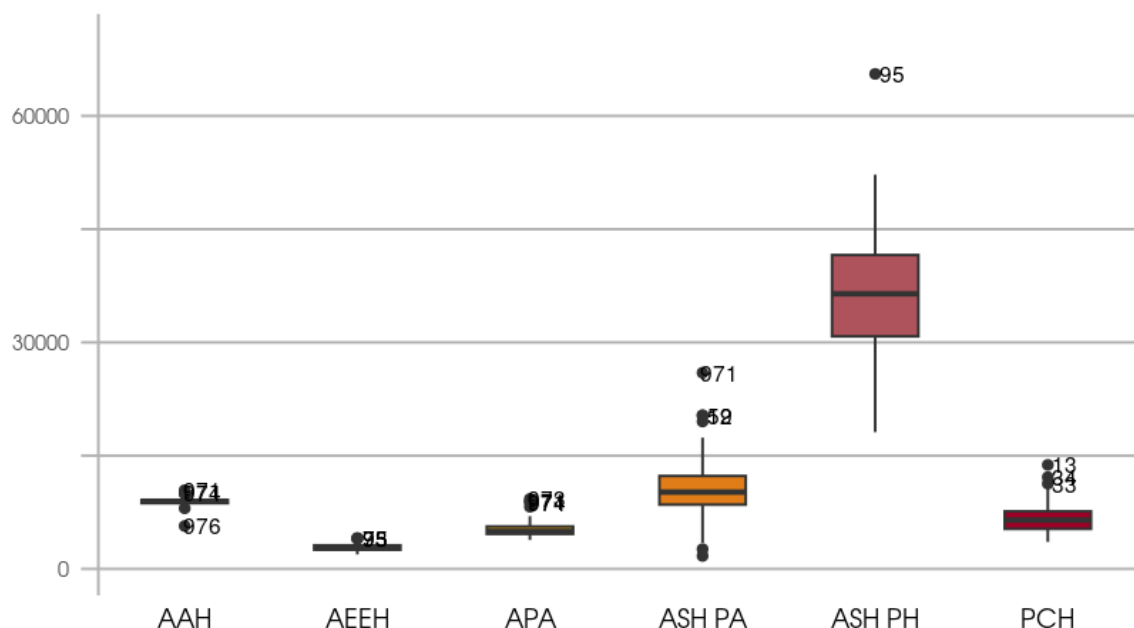
Source : données Drees enquête Aides sociales, CNAF. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

Graphique 11 : Disparités interdépartementales des taux de bénéficiaires pour 1000 habitants, en 2023



Source : données Drees enquête Aides sociales, CNAF. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

Graphique 12 : Disparités interdépartementales des montants annuels moyens par bénéficiaire (en €), en 2023



Source : données Drees enquête Aides sociales, CNAF. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

Note de lecture : Pour l'ASH-PH, le point correspondant à la Guyane n'est pas affiché dans ce graphique car le montant moyen annuel par bénéficiaire, de 132 000 €, du fait d'un nombre de bénéficiaires très faible, représente une valeur statistiquement considérée comme aberrante.

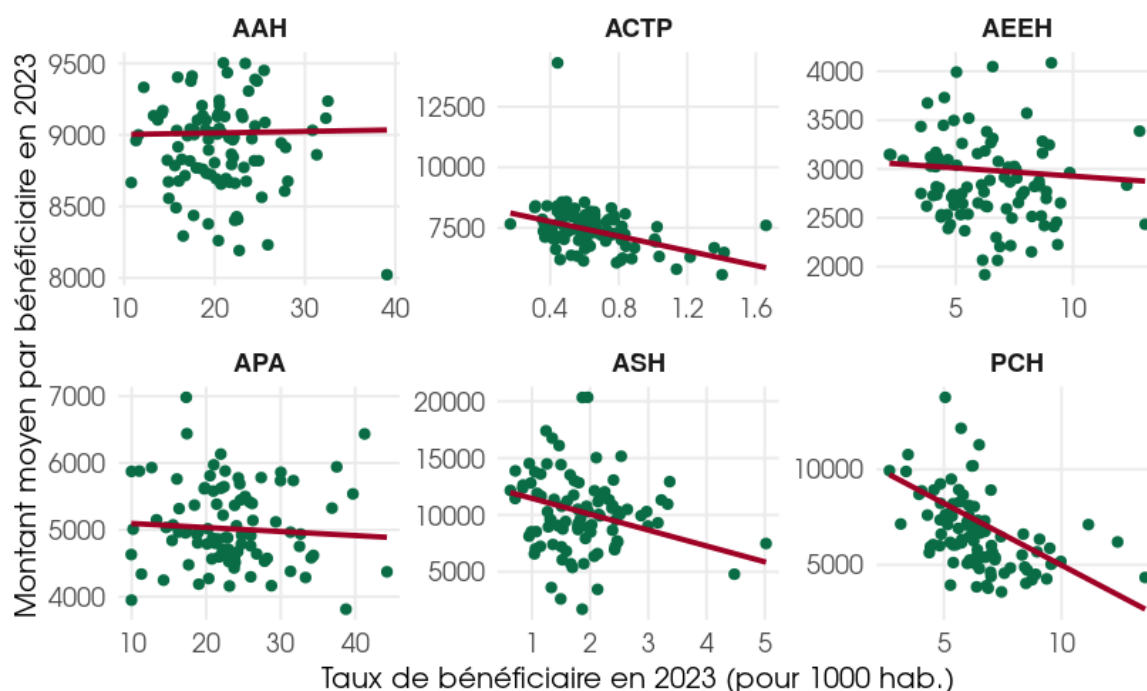
1.3.3. D'un point de vue statistique, il n'existe pas de corrélation entre nombre de bénéficiaires et montant moyen de l'aide attribuée, sauf éventuellement pour la PCH

Le lien statistique²⁰ entre densité de bénéficiaires et intensité de l'aide n'apparaît pas clairement établi, sauf éventuellement pour la PCH (cf. graphique 13). En d'autres termes, il n'est pas possible de mettre en évidence sur le plan statistique d'éventuels arbitrages (motivés notamment par des contraintes d'ordre budgétaire) de la part des départements comportant le plus grand nombre de bénéficiaires pour limiter le montant de l'aide sur l'APA et l'ASH²¹. En revanche, le graphique 13 fait apparaître une corrélation négative entre le taux de bénéficiaires de la PCH et le montant moyen de l'aide accordée, suggérant qu'il est plus probable que le montant attribué par le département tienne compte du nombre de bénéficiaires percevant l'aide dans le cas de la PCH. Il est également possible que, hors contrainte budgétaire, une ouverture des droits à la PCH moins stricte mène à accorder la prestation à des personnes dont le montant notifié dans le plan d'aide est moins élevé. L'AAH et l'AAEH étant respectivement financées par l'État et la CNSA, et les montants accordés ne faisant pas l'objet d'un plan d'aide mais suivant un barème national, il est cohérent de ne pas observer de corrélation entre le taux de bénéficiaires et le montant par bénéficiaire.

²⁰ Analysé ici en termes de corrélation entre les deux variables

²¹ S'agissant d'une corrélation statistique, il est néanmoins possible que ce type d'arbitrage ait lieu dans certains départements, sans que la régression ne soit capable de le capter tant qu'il ne s'agit pas d'un comportement global.

Graphique 13 : Corrélation entre densité et intensité de l'aide



Source : données Drees enquête Aides sociales, CNAF. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

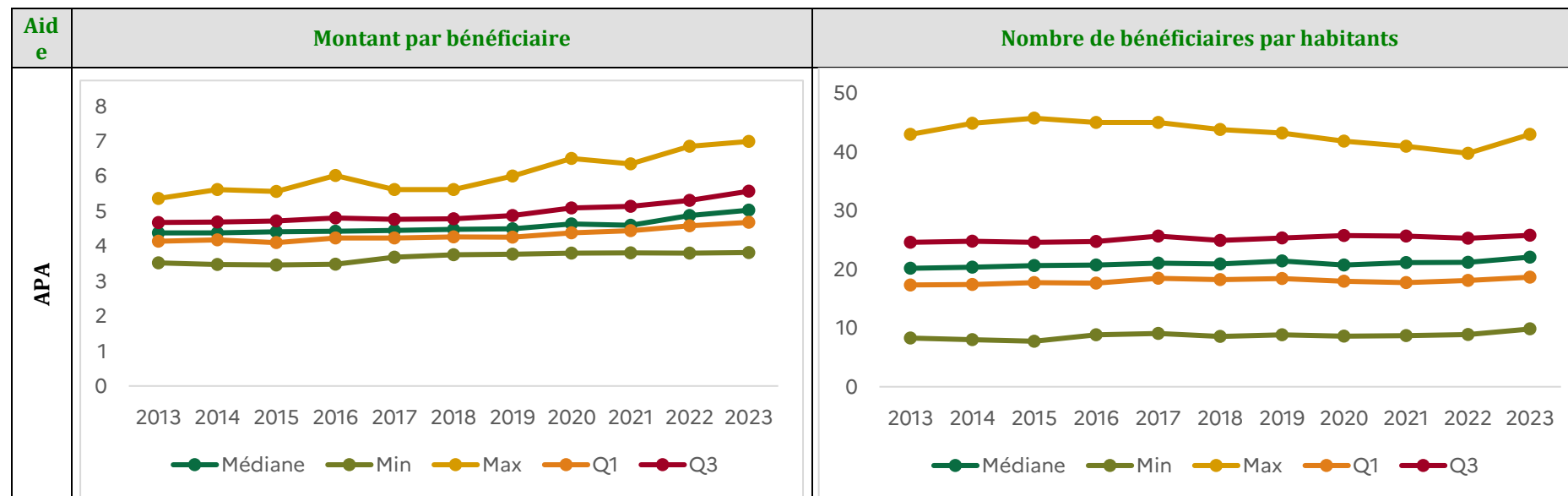
1.3.4. Les disparités départementales évoluent peu entre 2017 et 2023, à l'exception de l'AEEH pour laquelle elles augmentent significativement

La dynamique des disparités départementales est globalement stable sur la période. En d'autres termes, **les disparités existantes n'ont pas augmenté de manière significative sur la période 2017-2023, à l'exception de l'AEEH** pour laquelle le ratio interquartile de la densité d'aide, déjà parmi les plus élevés sur le champ des cinq aides étudiées par la mission, a augmenté de 14 points (*cf.* tableau 1). L'écart entre les départements extrêmes a également sensiblement augmenté. Dans le même temps, l'écart concernant l'intensité de l'aide pour l'AEEH s'est resserré (-5 points sur l'écart interquartile).

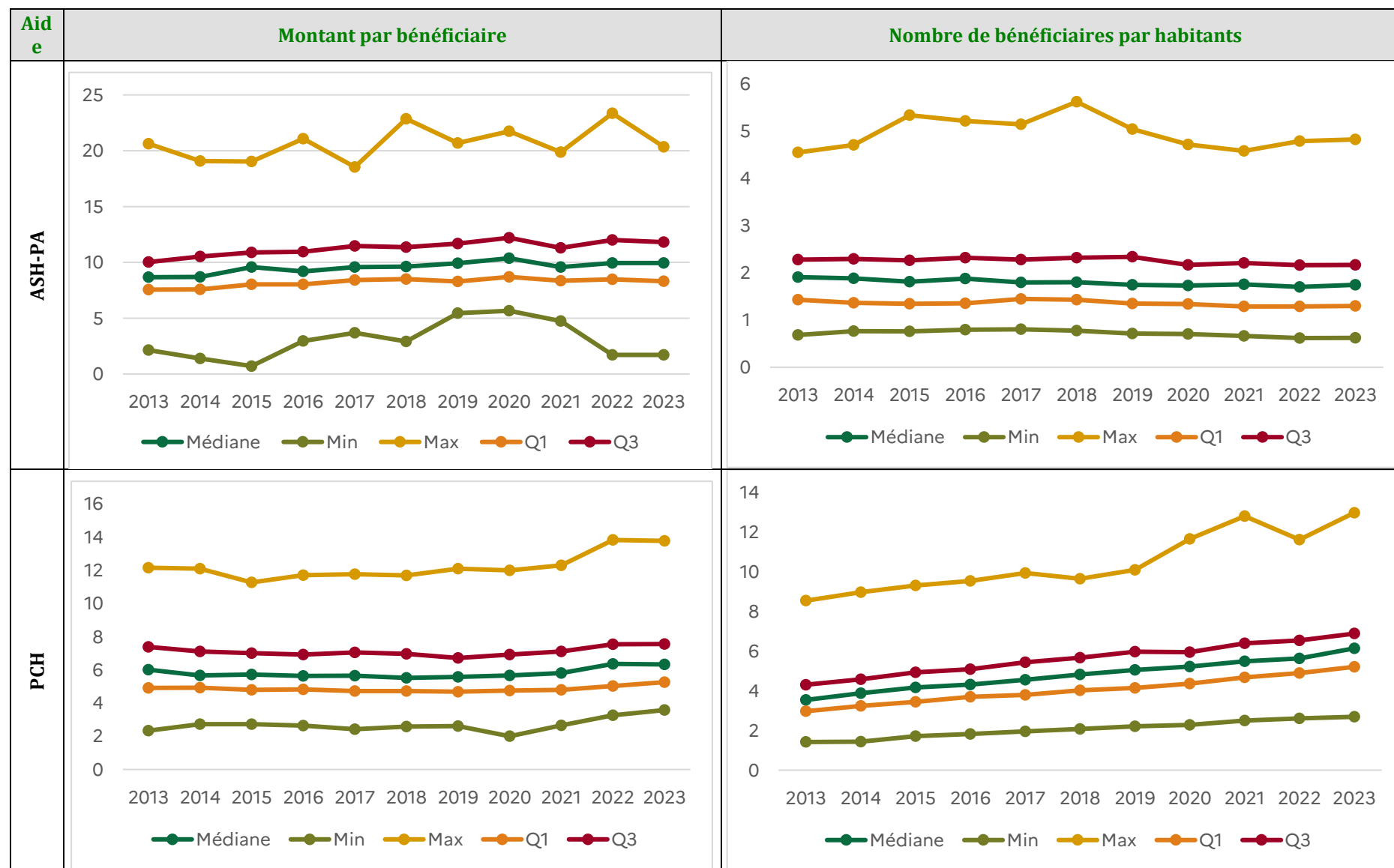
Si l'AAEH constitue l'aide pour laquelle la dynamique des disparités territoriales est en augmentation la plus rapide, nous constatons également une **augmentation plus faible de l'écart interquartile pour l'ASH-PA**, tant en termes de densité de bénéficiaire (+10 points) que d'intensité de l'aide (+6 points).

Annexe III

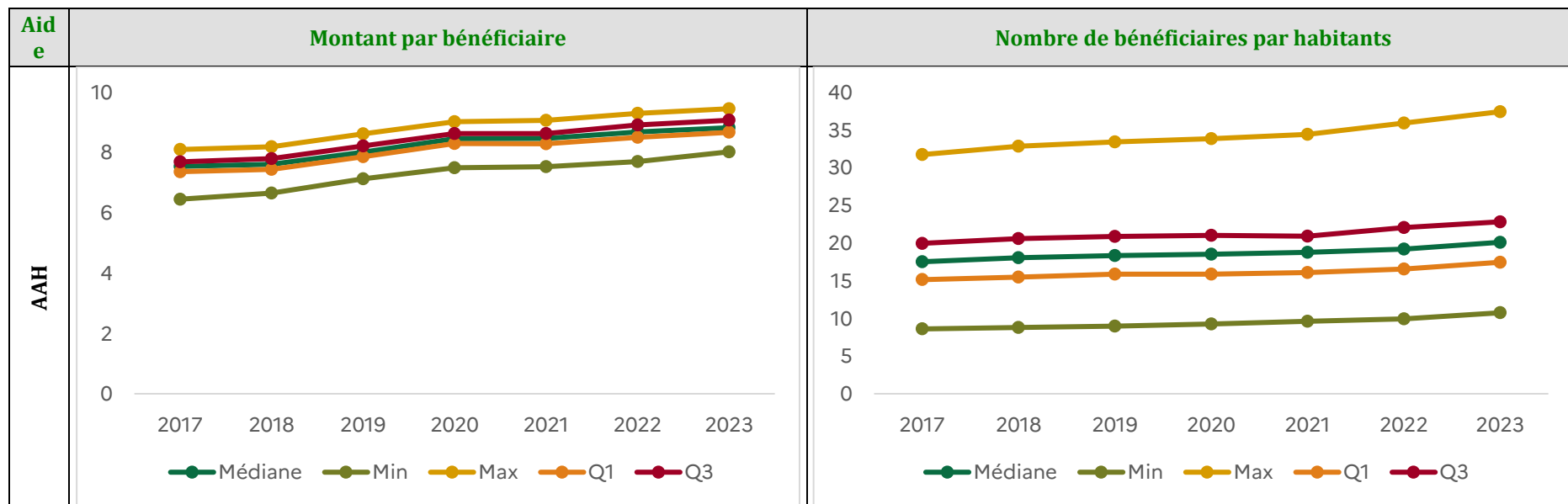
Tableau 3 : Évolution de l'intensité des aides et de la densité de bénéficiaires



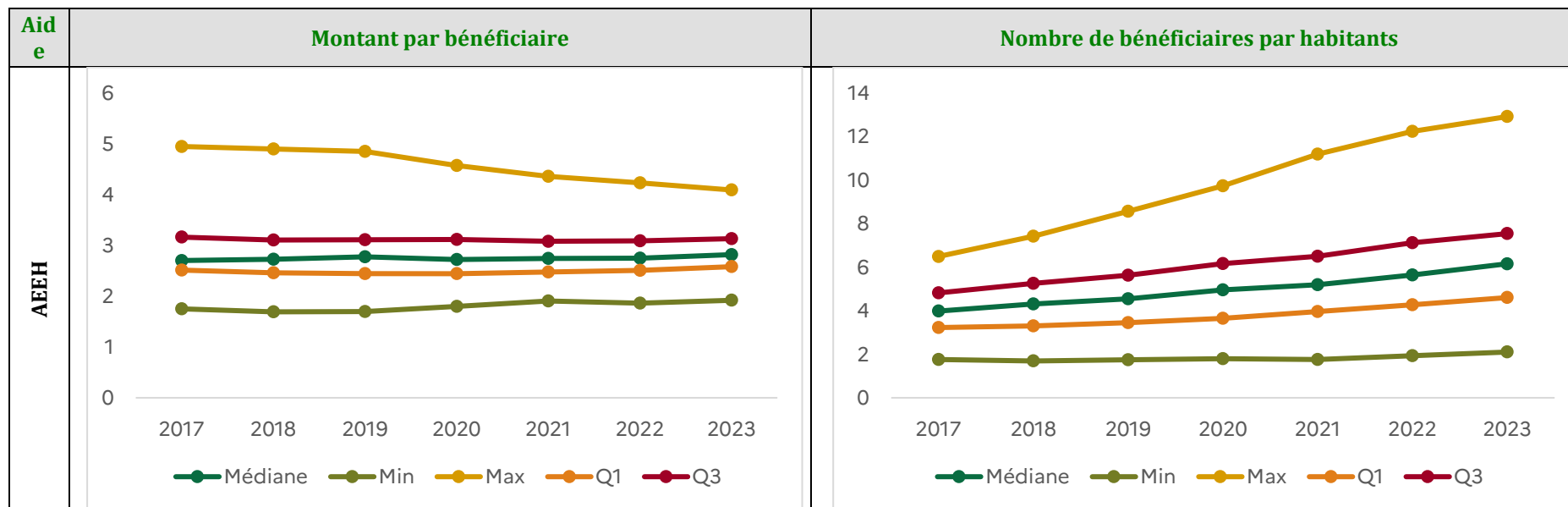
Annexe III



Annexe III



Annexe III



Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

Note de lecture : Les montants par bénéficiaires sont affichés en k€ ; le nombre de bénéficiaires par habitant en milliers

2. Les caractéristiques socio-économico-démographiques des populations et structurelles des politiques départementales expliquent entre 26 et 77 % des disparités départementales d'aides

Dans un premier temps, les facteurs de disparités étudiés concernent les caractéristiques socio-économico-démographiques des populations (cf. 2.1). Dans un second temps, ces mêmes facteurs sont pris en compte auxquels sont ajoutés les variables représentatives de la structuration et de la tarification de l'offre des établissements (cf. 2.2) ainsi que du potentiel financier du département (cf. 2.3).

Pour expliquer les différences de dépenses d'aides sociales aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap entre départements, il convient d'abord de tenir compte des différences structurelles des départements, en termes de caractéristiques des populations, ainsi que d'autres variables du contexte départemental, susceptibles d'influencer le montant de ces aides. **L'approche statistique développée par la suite (cf. encadré 1) permet de prendre en compte une partie de ces variables afin i) d'estimer la part des disparités totales qui peut s'expliquer par des disparités départementales sous-jacentes et ii) d'analyser les principales variables qui structurent ces disparités.**

Encadré 1 : Données et approche économétrique utilisées pour identifier les facteurs départementaux agrégés des disparités

Le taux de bénéficiaires et le montant moyen par bénéficiaire sont obtenus à partir des données départementales agrégées pour 2023, obtenues de l'enquête Aides sociales de la Drees (APA, ASH et PCH) et des données de la CNAF en libre accès (AAH, AEEH). Le jeu de données construit pour analyser les disparités départementales d'aides regroupe également des données départementales agrégées rendant compte des caractéristiques démographiques, sanitaires et économiques des populations ainsi que du contexte départemental (cf. tableau 4). La sélection des variables a été effectuée selon la disponibilité des données et la pertinence des variables dans les modèles économétriques, notamment en termes de respect des hypothèses de colinéarité et d'homoscédasticité.

Une partie des variables explicatives, comme l'espérance de vie, l'indice de vieillissement, la part des agriculteurs et ouvrier dans la population, la part des personnes âgées vivant seules, la part de la population vivant dans un pôle urbain le taux de chômage, le taux de pauvreté etc., provient des données ISD (Indicateurs Sociaux Départementaux). Le reste des variables provient des données Insee du recensement de la population (part des 0 à 24 ans dans la population, médiane du niveau de vie), des données en libre accès de la CNSA (taux d'équipement en EHPAD et ESAT, nombre d'élèves en ULIS), de l'enquête VQS 2021 (part de la population déclarant un handicap, part de la population déclarant recevoir de l'aide de leur entourage), de l'OFGL (potentiel financier) et des données du modèle LIVIA de la Drees (taux de seniors en situation de dépendance sévère).

L'objectif est d'identifier, à travers ces variables, des déterminants des dépenses d'aides des départements et ainsi d'analyser les causes sous-jacentes aux disparités départementales. Ces données agrégées trouvent leur limite dans le fait que ces aides sont individualisées, notamment l'APA et la PCH, et de nombreux critères caractérisant les conditions de vie des bénéficiaires sont pris en compte dans le calcul de leur montant. Les données agrégées retenues sont donc probablement insuffisantes pour rendre compte des montants notifiés dans les plans d'aide, et l'indicateur du montant moyen par bénéficiaire ne peut refléter intégralement cette diversité des situations. Le taux de bénéficiaires est moins multidimensionnel car il procède de la décision d'octroyer ou non une aide. Il dépend en revanche d'une variable supplémentaire, le non recours.

L'analyse de ces données doit mener à estimer la part de la variance de dépenses d'aides des départements qui peut être expliquée par les variables considérées et à identifier les variables avec l'effet le plus fort et le plus statistiquement significatif sur la détermination du taux de bénéficiaires et du montant moyen par bénéficiaire.

Annexe III

La méthode économétrique des moindres carrés est utilisée à cette fin. L'objectif de cette méthode est d'estimer les coefficients d'une combinaison linéaire qui lie des variables explicatives et une variable expliquée (ici, le taux de bénéficiaires d'une part et le montant moyen par bénéficiaire d'autre part), en minimisant la somme quadratique de l'écart entre les valeurs observées et les valeurs prédites de la variable d'intérêt. La valeur et le signe d'un coefficient donne l'effet de la variable explicative associée sur la variable expliquée. Cette approche est résumée par l'équation suivante :

$$Y_i = \alpha + \sum_j \beta_j X_{i,j} + \varepsilon_i$$

où Y est le vecteur des valeurs du taux de bénéficiaires ou du montant moyen par bénéficiaire pour chaque département i , β_j le vecteur des coefficients à estimer pour chaque variable explicative j , $X_{i,j}$ la matrice des valeurs des variables explicatives j , pour chaque département i , et ε le vecteur des résidus, c'est-à-dire la différence entre la valeur prédite de Y et la valeur observée qui n'est pas expliquée par les variables explicatives présentes dans X . Le coefficient de détermination, R^2 , mesure la part de la variance de la variable d'intérêt qui est expliquée par les variables explicatives observées. Le R^2 ajusté tient compte du nombre de variables sélectionnées dans le modèle, qui tend automatiquement à faire augmenter le R^2 . Cet indicateur est utilisé dans les analyses suivantes pour mesurer la part des disparités d'aides sociales non-expliquées. **L'ordre d'introduction des variables dans les différents modèles a une importance dans l'interprétation des R^2 . La variation marginale du pouvoir explicatif du modèle suite à l'introduction d'une nouvelle variable dépend des variables déjà intégrées dans le modèle et de leur degré de corrélation avec la nouvelle variable**, et ne peut être interprétée comme le pouvoir explicatif de la variable additionnelle.

La méthode des moindres carrés utilisée contient des pondérations des observations selon la population de chaque département, afin de tenir compte de l'effet différencié de chaque département dans les dépenses nationales d'aides selon sa taille.

Par ailleurs, le montant moyen par bénéficiaire est log-linéarisé afin de rendre les données plus adaptées au modèle et de faciliter l'interprétation des résultats. Mayotte est exclu du jeu de données utilisées pour estimer les coefficients du fait d'un nombre trop élevé de valeurs manquantes dans les variables explicatives. Par ailleurs, les départements de la Corse-du-Sud et de la Haute-Corse sont rassemblés dans le département de la Collectivité de Corse et ceux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin dans celui de la Communauté Européenne d'Alsace. Le département du Rhône est en revanche considéré dans sa forme ancienne, sans distinguer la Métropole de Lyon.

Un modèle est estimé pour chaque aide et pour chaque variable d'intérêt (taux de bénéficiaires et montant moyen par bénéficiaire) en n'intégrant dans un premier temps que les variables liées aux caractéristiques des populations, puis dans un second temps les variables de contexte départemental, notamment dans le but de mettre en évidence l'évolution de la part des disparités expliquées entre les deux approches.

Source : Pôle science des données de l'IGF.

Tableau 4 : Statistiques descriptives des variables utilisées dans les modèles économétriques²²

Variable	Moyenne pondérée	Médiane	Écart-type	D1	D9
AAH - Montant moyen par bénéficiaire (€)	9 043,10	8 971,4	392,7	8 474,2	9 392,9
AAH - Taux de bénéficiaires (pour 1000 hab.)	19,2	20,5	5,0	14,9	27,4
AEEH - Montant moyen par bénéficiaire (€)	2 980,50	2 815,8	429,3	2 383,4	3 401,6
AEEH - Taux de bénéficiaires (pour 1000 hab.)	6,8	6,3	2,2	4,1	9,1
APA - Montant moyen par bénéficiaire (€)	5 140,20	4 966,0	956,9	4 361,0	5 934,8
APA - Taux de bénéficiaires (pour 1000 hab.)	20,1	22,6	7,3	14,5	32,6
ASH-PA - Montant moyen par bénéficiaire (€)	10 712,30	10 168,8	3 863,6	6 515,4	14 679,0

²² L'analyse de regroupement de département par méthode dite de « clustering » utilise également une partie de ces variables (cf. Pièce jointe de l'annexe III).

Annexe III

Variable	Moyenne pondérée	Médiane	Écart-type	D1	D9
ASH-PA - Taux de bénéficiaires (pour 1000 hab.)	1,7	1,8	0,8	1,0	2,7
ASH-PH – Montant moyen par bénéficiaire (€)	37 410,4	36 432,7	12 475,3	26 267,8	45 049,0
ASH-PH – Taux de bénéficiaires (pour 1000 hab.)	2,4	2,49	0,86	1,62	3,67
PCH - Montant moyen par bénéficiaire (€)	7 629,90	6 464,9	1 975,4	4 469,7	9 543,5
PCH - Taux de bénéficiaires (pour 1000 hab.)	5,9	6,3	1,9	4,5	9,0
Accessibilité Potentielle Localisée aux médecins généralistes (en nombre de consultation par an et par habitant) (ISD)	3,9	3,7	0,7	2,7	4,4
Espérance de vie pour les hommes à la naissance en 2023 (ISD)	80,2	79,8	1,3	77,9	81,3
Part des 0 à 24 ans dans la population 2024	28,9	27,3	3,5	23,9	31,3
Indice de vieillissement 2021	88,8	98,3	29,2	67,3	139,3
Médiane du niveau de vie 2021 (k€)	23,1	22,2	2,3	20,8	24,3
Nombre d'élèves en ULIS (pour 1000 élèves)	8,78	9,7	2,4	6,3	13,0
Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021 (ISD)	49,6	37,4	16,9	25,1	57,2
Part des agriculteurs retraités dans la population en 2021 (ISD)	1,2	1,5	1,3	0,3	3,4
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 ou 2 parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile	20,7	18,0	6,4	13,8	27,3
Part des ouvriers et agriculteurs dans la population en 2021 (ISD)	12,5	14,1	2,8	9,9	16,9
Part des personnes de 60 ans et plus vivant seules 2022 (ISD)	30,5	30,4	2,2	27,8	32,5
Part des personnes âgées de plus de 65 ans propriétaires RP Insee 2021	73,5	76,8	5,7	69,2	81,7
Potentiel financier par habitant 2023 (OFGL)	675,4	635,4	91,3	563,5	744,1
Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant un handicap (VQS 2021)	10,5	10,6	1,8	8,6	12,8
Part de personnes âgées de 5 à 24 ans déclarant un handicap (VQS 2021)	3,6	3,6	1,3	2,2	5,4
Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant recevoir de l'aide de leur entourage (VQS 2021)	5,5	5,9	1,2	4,3	7,2
Part de personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant recevoir de l'aide de leur entourage (VQS 2021)	16,9	16,6	2,8	13,7	20,6
Prix moyen par jour en hébergement permanent d'une chambre seule non ASH (€)	96	89,2	13,8	75,5	107,2
Prix moyen par jour en hébergement permanent d'une chambre seule ASH (€)	66,4	62,5	8,0	57,5	73,0
Taux de chômage (ISD)	7,4	7,0	2,4	6,0	10,0
Taux de pauvreté en 2021 (ISD)	15,6	14,9	5,7	11,5	19,4
Taux de pauvreté >75 ans en 2021 (ISD)	11,6	10,8	6,3	8,4	16,0
Taux de seniors en situation de dépendance sévère (GIR 1 et 2)	1	0,9	0,3	0,8	1,2

Annexe III

Variable	Moyenne pondérée	Médiane	Écart-type	D1	D9
Taux d'équipement des structures adultes (Nombre de places pour 1000 habitants en limitation sévère d'activité de 20 à 59 ans)	154,8	169,8	84,6	112,3	226,2
Taux d'équipement en EHPAD (Nombre de places pour 1000 PA 65+)	40,8	43,9	11,8	32,7	58,5
Taux d'équipement hors CAMSP et CMPP des structures enfants (Nombre de places pour 1000 habitants de 0 à 19 ans)	10,9	11,4	3,2	8,7	15,7

Source : Drees enquêtes Aides sociales et VQS 2021 et modèle LIVIA, CNSA Portrait des territoires, CNAF open data, Insee RP, Indicateurs sociaux départementaux (ISD), OFGL. Calculs : Pôle science des données de l'IGF, mission.

L'approche retenue par la mission s'inspire de la littérature existante sur le sujet (cf. tableau 5). Dans les différentes études recensées par la mission, la part des disparités expliquée (en taux de bénéficiaires et/ou en montant moyen par bénéficiaire) est mesurée par le R^2 obtenu à partir de modèles économétriques linéaires, même si les modèles et les variables utilisés peuvent différer entre ces études et l'approche développée dans l'analyse menée ci-dessus. Si le champ des aides est parfois plus large, les résultats sont cohérents avec ceux de la mission (hormis l'étude du CREAMI PACA-Corse sur le handicap en 2018²³), renforçant la conclusion selon laquelle la majorité des écarts interdépartementaux s'explique, dans la plupart des cas et pour la plupart des aides, par les différences de caractéristiques des populations des départements.

²³ Laboratoire Population Environnement Développement de l'université Aix-Marseille et Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) PACA et Corse, 2018, « [Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine](#) ». Cette étude a pour objectif d'analyser la répartition de la population en situation de handicap. Le proxy utilisé est la population de bénéficiaires de l'AAH vivant à domicile et présentant un taux d'incapacité supérieur à 80 %. Le modèle utilisé n'intègre que ces variables socio-démographiques comme la part des personnes âgées de 45 à 60 ans, le niveau de diplôme, la structure socio-professionnelle etc. Par ailleurs, les variables explicatives sont les différentes composantes d'une ACP. Pour ces différentes raisons, les résultats de cette étude ne sont pas directement comparables à ceux obtenus par la mission.

Annexe III

Tableau 5 : Synthèse des résultats des études existantes sur les disparités d'aides sociales départementales

Étude	Aide	Indicateur	Part expliquée par les caractéristiques socio-démographiques
IPP, Rapport n°41 Vieillir à domicile, 2023	APA	Taux de bénéficiaires	89 %
		Montant par bénéficiaire	52 %
CREAI PACA-Corse, Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine 2018	AEEH	Taux de bénéficiaires	22 %
	AAH 1	Taux de bénéficiaires	28 %
Drees, Dossiers de la Drees n°37, 2019	APA-D	Taux de bénéficiaires	38 % par la prévalence +15 % par les variables population (+15)+3 % par les variables d'offre
Drees, Dossier solidarité et santé n°49, 2013	AAH	Taux de bénéficiaires	73 %
Drees, Les comptes de la protection sociale 2009	Action sociale aux PA	Taux de bénéficiaires	86 %
		Dépense moyenne par bénéficiaire	44 %
	Action sociale aux PH	Taux de bénéficiaires	47 %
		Dépense moyenne par bénéficiaire	52 %
DG Trésor, Trésor-Éco n°48, 2008	Aides sociales	Dépense d'action sociale	84 %
Drees, Études et résultats n°602, 2007	Dépenses sociales PA	Taux de bénéficiaires	60 %
		Dépense moyenne par bénéficiaire	40 %
	Dépenses sociales PH	Taux de bénéficiaires	35 %
		Dépense moyenne par bénéficiaire	2 %
Drees, Études et résultats n°372, 2005	APA	Taux de bénéficiaires	60 % par les variables de population +6 % par la politique départementale aux PA

Source : Mission

2.1. Les disparités socio-économico-démographiques des populations constituent le principal facteur explicatif des disparités départementales dans l'attribution des aides sociales

2.1.1. La part des disparités de dépenses expliquées par les caractéristiques socio-économico-démographiques des populations varie de 26 % à 71 % selon les aides

Les caractéristiques socio-économico-démographiques des populations étudiées par la mission (cf. tableau 4) expliquent entre 29 % et 71 % du taux de bénéficiaires des aides au handicap et à la perte d'autonomie, et entre 26 % et 71 % du montant moyen d'aide par bénéficiaire (cf. tableau 6). Cela signifie que jusqu'à trois-quarts des disparités de montants d'AAH par bénéficiaire s'expliquent par des différences de prévalence du handicap, de niveau de vie médian, de structure socio-professionnelle etc. entre les départements. Par conséquent, la part des disparités pouvant s'expliquer par des différences de comportements en termes de politique d'offre et d'octroi des aides des conseils départementaux et des MDPH est au plus limitée à un quart, voire un tiers. **La part non-expliquée par les caractéristiques des populations est en revanche plus substantielle en ce qui concerne l'AEEH et l'ASH ; les principales causes de disparités départementales de ces aides restent donc à objectiver.**

La part non-expliquée par les modèles statistiques à partir des variables départementales agrégées ne doit pas être entendue comme la part relevant de différences de politiques de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et d'attribution des aides. Cette part non-expliquée tient à des variables non observées dans le modèle. D'une part, ces variables peuvent renvoyer à d'autres caractéristiques liées aux conditions de vie et à l'environnement des bénéficiaires, dont le niveau d'agrégation départemental ne tient pas suffisamment compte (comme l'influence du rôle des aidants informels sur la prise en charge, le degré d'accessibilité des lieux publics pour les personnes en situation de handicap etc.). D'autre part, les variables liées aux modalités de prise en charge et d'attribution sont dites « inobservées » car difficile à objectiver dans des indicateurs quantitatifs.

Tableau 6 : Part des disparités de taux de bénéficiaires et de montant par bénéficiaire en 2023 expliquées par les variables introduites dans le modèle économétrique (R²)

		AAH	AEEH	PCH	APA	ASH-PA	ASH-PH
Part expliquée par les caractéristiques des populations	Taux de bénéficiaires	61 %	32 %	29 %	71 %	40 %	31 %
	Montant par bénéficiaire	71 %	40 %	59 %	53 %	26 %	37 %
Part expliquée par les caractéristiques des populations et des départements	Taux de bénéficiaires	68 %	34 %	33 %	77 %	49 %	44 %
	Montant par bénéficiaire	73 %	41 %	59 %	58 %	37 %	41 %

Source : Drees, CNAF, Insee, ISD. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

Note de lecture : En 2023, 61 % des disparités départementales de taux de bénéficiaires de l'AAH s'expliquaient par les caractéristiques démographiques, économiques et sanitaires des populations. En tenant compte des caractéristiques des départements comme le potentiel financier par habitant ou le taux d'équipement en établissements spécialisés, cette part se porte à 68 %.

Malgré le fait que certains DROM puissent représenter des points aberrants du point de vue statistiques (cf. graphique 9), les résultats précédents sont robustes à l'exclusion de ces départements. La seule différence significative réside dans le pouvoir explicatif du montant d'APA par bénéficiaire, qui est substantiellement influencé par le taux de pauvreté lorsque les DROM sont inclus. En l'absence de ces départements, cette variable n'est plus significative et le pouvoir explicatif du modèle passe de 58 % à 37 %.

Les variables explicatives reflètent en premier lieu des caractéristiques des populations susceptibles d'influencer les dépenses d'aides au handicap et à la perte d'autonomie, et d'expliquer les disparités observées de dépenses entre les départements. **La proportion de personnes âgées dans un département ainsi que la prévalence du handicap** (mesurée à travers les limitations déclarées à l'enquête VQS de la DREES) **apparaissent comme les causes potentielles les plus logiques à des différences de dépenses d'aides entre les départements, principalement à la marge extensive** (le nombre de bénéficiaires). La part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant un handicap est de 10,5 % en moyenne mais une dizaine de départements présente un taux inférieur à 8,6 % et une dizaine d'autres supérieur à 12,8 % (cf. tableau 4). L'intensité de la perte d'autonomie peut également être un facteur de plus fortes dépenses, mais les disparités sont faibles entre les départements, avec un taux de seniors en situation de dépendance sévère (GIR 1 et 2) peu dispersé autour de la moyenne.

Outre la prévalence du handicap ou de la perte d'autonomie, d'autres caractéristiques socio-démographiques peuvent mener à des dépenses d'aides plus élevées, comme l'espérance de vie, *proxy* de l'état de santé général d'un département, la part des professions exposées à des contraintes physiques fortes (charges lourdes, travaux à l'extérieur par exemple), approchée par celle des agriculteurs et ouvriers « manuels » dans la population, la part des personnes âgées vivant seules etc.

Les variables socio-économiques comme le niveau de vie médian ou le taux de chômage peuvent également représenter des facteurs de variation des dépenses, à la fois à la marge extensive, le versement des aides étant soumis à condition de ressources, et à la marge intensive, le niveau des aides pouvant également varier en fonction des ressources des demandeurs.

2.1.2. La prévalence de la perte d'autonomie et du handicap ainsi que les caractéristiques économiques des populations apparaissent comme structurantes des disparités

2.1.2.1. Le vieillissement de la population et la prévalence du handicap sont les principales causes de disparités départementales, mais à des degrés divers selon les aides

La perte d'autonomie chez les personnes âgées est consubstantielle au vieillissement et à l'augmentation de l'espérance de vie. Les départements sont affectés différemment par la problématique du vieillissement. La distribution de la structure des âges est ici appréhendée par l'indice de vieillissement, qui recense le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 habitants de 20 ans ou moins. La Seine-Saint-Denis, comptant 45 personnes âgées pour 100 habitants de moins de 20 ans, est à ce titre un département moins susceptible d'être concerné aujourd'hui par les problématiques de perte d'autonomie que la Creuse qui en compte 170.

Annexe III

Ces disparités de vieillissement des populations représentent la principale cause explicative, tant en importance qu'en significativité, des différences départementales de taux de bénéficiaires d'APA et d'ASH-PA. À lui seul, ce facteur explique 56 % des disparités d'APA contre 25 % des disparités d'ASH. La principale cause de cette différence tient aux différences entre ces deux aides. D'une part, l'APA s'applique aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie vivant aussi bien à domicile qu'en établissement. L'ASH dépend de fait moins directement de la prévalence de la perte d'autonomie dans un département, mais aussi de l'offre du département en structures d'accueil pour personnes âgées. D'autre part, du fait de l'obligation alimentaire et du recours sur succession, le recours à l'ASH est plus limité, là où l'APA s'applique dans une logique universelle, favorisant son recours par le plus grand nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

Tableau 7 : Résultats de régression pour l'APA

Variable	Taux de bénéficiaires APA	Taux de bénéficiaires APA	Log montant par bénéficiaire APA	Log montant par bénéficiaire APA
Constante	-20,62	-48,52	10,15***	10,59***
Espérance de vie pour les hommes à la naissance	0,66	0,76	-0,02	-0,03°
Indice de vieillissement 2021	0,14***	0,11***	n.s.	n.s.
Part des personnes de 60 ans et plus vivant seules ISD 2022	0,36*	0,18	0,01	-0,01
Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021	-0,07**	-0,09***	-0,001	-0,002
Part des agriculteurs retraités dans la population ISD 2021	0,24	0,49	0,01	0,03*
Médiane du niveau de vie 2021 (k€)	-1,32***	-1,08**	0,00	-0,02
Taux de pauvreté >75 ans	-0,15	-0,08	0,02***	0,01*
Taux de bénéficiaires de l'APA	-	-	-0,01°	n.s.
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 ou 2 parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile	-	-	0,003	0,003
APL aux médecins généralistes	-	0,71	-	0,04*
Potentiel financier par habitant OFGL 2023	-	0,01°	-	n.s.
Part de personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant recevoir de l'aide de leur entourage	-	0,48*	-	0,01
Prix moyen par jour en hébergement permanent d'une chambre seule non ASH (€)	-	-0,03	-	0,004
Taux d'équipement en EHPAD (Nombre de places pour 1000 PA 65+)	-	0,12*	-	n.s.
R ²	0,71	0,77	0,53	0,58
R ² ajusté	0,69	0,73	0,47	0,51
Note : *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, ° p < 0,1. n.s. : non-significatif (<10 ⁻³)				

Source : Drees enquêtes Aides sociales et VQS 2021, CNSA Portrait des territoires, Insee RP, ISD, OFGL. *Calculs* : Pôle science des données de l'IGF, mission.

Note : La population départementale est utilisée comme pondération des observations. Les écarts-types sont corrigés de biais d'hétéroscédasticité par la méthode de correction de White.

Lecture : l'augmentation d'un point de pourcentage du taux de pauvreté des personnes âgées de plus de 75 ans contribue à augmenter de 1 %, soit 52 € en moyenne, le montant moyen d'APA par bénéficiaire.

Annexe III

Au même titre que la perte d'autonomie, les disparités départementales de prévalence du handicap sont à considérer en premier lieu afin d'expliquer les différences de dépenses d'aides sociales aux personnes en situation de handicap. Dans le cas de l'AAH, de l'AAEH et de l'ASH-PH, la part de personnes dans la tranche d'âge concernée par l'aide déclarant un handicap dans l'enquête « vie quotidienne et santé » (Drees, 2021) apparaît comme une variable significative dans les modèles explicatifs du taux de bénéficiaires. Contrairement au vieillissement, la prévalence du handicap se répartit de manière plus homogène entre les départements. La part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant un handicap est de 10,5 % en moyenne, avec une dizaine de départements pour lesquels cette part est inférieure à 8,6 % et une autre dizaine pour laquelle elle est supérieure à 12,8 %. Ces chiffres sont respectivement de 3,7 %, 2,2 % et 5,4 % pour la tranche de population âgée de 5 à 24 ans.

Dans le cas de l'AAH, les disparités de prévalence du handicap déclaré²⁴ expliquent à elles seules 46 % des disparités départementales de taux de bénéficiaires. Le fait que les disparités de taux de bénéficiaires d'AAH ne se superposent pas complètement aux disparités de prévalence du handicap peut s'expliquer par :

- ◆ un processus d'évaluation du taux d'incapacité pour délivrance de l'AAH qui repose sur un avis médical et, pour l'AAH 2, prend en compte des critères de restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE), tandis que la prévalence telle que considérée ici repose sur des données déclaratives et unidimensionnelles ;
- ◆ l'existence probable, même si difficile à mesurer, de non-recours.

Tableau 8 : Résultats de régression de l'AAH

Variable	Taux de bénéficiaires AAH	Taux de bénéficiaires AAH	Log montant par bénéficiaire AAH	Log montant par bénéficiaire AAH
Constante	112,010**	77,104°	9,601***	9,572***
Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant un handicap	1,129**	1,188**	0,002	-0,002
Espérance de vie pour les hommes à la naissance	-1,087*	-0,802°	-0,008***	-0,007***
Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021	-0,023	-0,014	0,000	0,000
Part des ouvriers et agriculteurs dans la population ISD 2021	-0,558***	-0,421*	-0,005***	-0,005***
Médiane du niveau de vie 2021 (k€)	-0,401	-0,472	0,004*	0,003
Taux de chômage	0,078	0,421°	0,013***	0,011***
Taux de bénéficiaires de l'AAH	-	-	-0,001	0,000
Potentiel financier par habitant OFGL 2023	-	0,007	-	0,000
Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant recevoir de l'aide de leur entourage	-	-0,074	-	0,007*
Taux d'équipement des structures adultes (place pour 1000 habitants en limitation sévère d'activité de 20 à 59 ans)	-	0,027***	-	0,000
R ²	0,61	0,68	0,70	0,73
R ² ajusté	0,58	0,64	0,68	0,70

²⁴ Notamment *via* les enquêtes « VQS » (vie quotidienne et santé) de l'INSEE et de la DREES. Elles comportent des biais déclaratifs, dans les deux sens, mais sont cohérentes des prévalences départementales des handicaps telles qu'évaluée dans des travaux récents développant des approches complémentaires, mobilisant notamment des types de dépenses de santé « corrélables » à une situation de handicap (*cf.* IRDES, approches « Fish » et « Rish », présentées notamment dans la fiche PCH établie dans le cadre de la mission).

Annexe III

Variable	Taux de bénéficiaires AAH	Taux de bénéficiaires AAH	Log montant par bénéficiaire AAH	Log montant par bénéficiaire AAH
Note : *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, ° p < 0,1. n.s. : non-significatif (<10 ⁻³)				

Source : Drees enquêtes Aides sociales et VQS 2021, CNSA Portrait des territoires, Insee RP, ISD, OFGL. Calculs : Pôle science des données de l'IGF, mission.

Note : La population départementale est utilisée comme pondération des observations. Les écarts-types sont corrigés de biais d'hétéroscédasticité par la méthode de correction de White.

Renforçant le constat que le taux de bénéficiaires des aides sociales aux personnes handicapées ne se superpose qu'imparfaitement à la **prévalence du handicap déclaré dans les départements**, cette variable est associée à un faible niveau de significativité dans le modèle explicatif du taux de bénéficiaires de l'AEEH (cf. tableau 9), voire d'une absence de significativité dans le cas de la PCH (cf. tableau 10). Dans le cas de l'ASH-PH, la significativité associée au coefficient de la prévalence du handicap est forte, mais cette variable n'explique que 12 % des disparités départementales du taux de bénéficiaires de cette aide.

La PCH comme l'AEEH couvrent une large gamme de besoins de prise en charge, également difficile à apprécier en moyenne et à objectiver par des variables socio-démographiques moyennes. Par ailleurs, dans un contexte d'un meilleur repérage du handicap (notamment pour les troubles psychiques et de l'apprentissage), et d'une meilleure reconnaissance institutionnelle des enfants porteurs de handicap, la montée en charge de la PCH et particulièrement de l'AEEH peut être différenciée entre les départements, expliquant une partie des disparités de taux de bénéficiaires, qui ne peut se résumer à des différences socio-économico-démographiques.

2.1.2.2. Les variables économiques expliquent une part non négligeable des disparités départementales de taux de bénéficiaires comme de montant moyen par bénéficiaire, en lien avec les conditions d'éligibilité et de calcul des plans d'aide

Les disparités départementales de taux de bénéficiaires peuvent s'expliquer également en partie par des différences de besoins de prise en charge, à prévalence donnée, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap par les aides départementales selon les départements. Dans le cas de l'APA, **les départements où le niveau de vie médian est plus élevé présentent des taux de bénéficiaires d'APA plus faibles (un niveau de vie médian annuel supérieur de 1 000 € représente un nombre de bénéficiaires d'APA plus faible de 1,1 ‰)**. L'éligibilité à cette aide n'étant pas conditionnée directement par le montant des ressources, cet effet peut s'expliquer par une auto-sélection des personnes âgées, les plus aisées choisissant une solution privée (marchande ou personnelle) de prise en charge de leur perte d'autonomie. **Cet effet s'observe également pour la PCH**, qui partage avec l'APA sa vocation compensatrice et d'une prestation essentiellement accordée sous forme d'aides en nature, mais se distingue néanmoins par l'absence de reste à charge en fonction du revenu. Les personnes handicapées plus aisées opteraient également davantage pour des solutions privées de compensation de leur handicap.

Que ce soit l'APA, aide universelle, ou l'ASH, ces aides contiennent un caractère progressif, en reposant sur la prise en compte des ressources pour la détermination du montant effectif de l'aide versée. Dans le cas de l'APA, le montant du plan d'aide dépend du niveau de perte d'autonomie et le reste à charge dépend des ressources mensuelles du bénéficiaire, avec un reste à charge nul pour les personnes âgées dont les ressources mensuelles sont inférieures à 752 €. Dans le cas de l'ASH, le montant de l'aide représente les coûts d'hébergement supérieurs aux ressources mensuelles, défalquées d'un reste à vivre équivalent à 10 % des ressources²⁵ ou 124 €/mois²⁶ en 2025.

Les différences de taux de pauvreté des personnes âgées entre départements apparaissent comme un facteur significatif des disparités d'APA et d'ASH. Les départements avec un taux plus élevé de pauvreté des personnes âgées tendent à accorder des montants plus élevés d'APA par bénéficiaire, du fait d'un taux de prise en charge du plan d'aide plus élevé. Cette caractéristique départementale influence également le taux de bénéficiaires de l'ASH car des personnes âgées prises en charge en établissement et ayant de faibles ressources et probablement un faible patrimoine doivent recourir à l'ASH afin de régler leurs coûts d'hébergement. Le montant de l'aide étant davantage fonction du coût de l'hébergement.

La part des disparités de taux de bénéficiaires expliquée par les caractéristiques socio-économico-démographiques des populations est d'environ un tiers pour les aides aux personnes en situation de handicap (AEEH, PCH, ASH-PH), excepté pour l'AAH, qui suit la logique d'un minimum social. Au-delà de la prévalence du handicap, peu de variables apparaissent comme significativement liées au taux de bénéficiaires. Malgré une faible significativité, le niveau de vie médian dans un département est corrélé positivement au taux de bénéficiaire de l'AEEH (cf. tableau 9) et de la PCH (cf. tableau 10) : un niveau de vie médian supérieur de 1 000€ dans un département se traduit par un taux de bénéficiaire supérieur de 0,4 % dans le cas de ces deux aides.

Les disparités de montants moyens d'AAH et de PCH par bénéficiaire sont en revanche expliquées respectivement à hauteur de 71 % et 59 % par les caractéristiques socio-économico-démographiques des populations. L'AAH versée repose sur la différence entre son montant et les autres ressources prises en compte. Entre les départements, un taux de chômage supérieur d'un point de pourcentage se traduit par un montant moyen annuel d'AAH par bénéficiaire supérieur de 100 €, du fait de ressources individuelles plus faibles. Cet effet est statistiquement significatif au seuil de 1 % (cf. tableau 8).

²⁵ [Article L132-3](#) du CASF : « Les ressources de quelque nature qu'elles soient à l'exception des prestations familiales, dont sont bénéficiaires les personnes placées dans un établissement au titre de l'aide aux personnes âgées ou de l'aide aux personnes handicapées, sont affectées au remboursement de leurs frais d'hébergement et d'entretien dans la limite de 90 % ».

²⁶ [Article R231-6](#) du CASF. Le reste à charge pour une personne seul ne peut être inférieur à 1 % du montant annuel de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA).

2.1.2.3. Conformément aux logiques différenciées des aides, d'autres variables socio-démographiques comme le taux d'urbanisation ou la part d'agriculteurs et d'ouvriers dans la population apparaissent comme des facteurs de disparités départementales

Les besoins de prise en charge dépendent également de la part de la population départementale vivant dans un pôle urbain et de la part de personnes âgées recevant de l'aide de leur entourage. **Les niveaux de significativité des coefficients estimés indiquent qu'une proportion plus élevée de personnes vivant dans un pôle urbain diminue, toutes choses égales par ailleurs, le taux de bénéficiaire de l'APA.** La densité des centres urbains peut permettre aux personnes âgées de garder une certaine autonomie dans leurs activités quotidiennes, sans recourir à l'aide formelle dispensée par l'APA. Bien que cette logique puisse également s'appliquer aux bénéficiaires de la PCH, la densité urbaine pouvant permettre aux personnes en situation de handicap de répondre plus facilement à leurs besoins de la vie quotidienne, les résultats statistiques démontrent une absence de significativité de cet effet pour cette aide. L'offre d'accompagnement pour les personnes âgées comme pour celles en situation de handicap est également différenciée entre milieux urbains et ruraux.

Un niveau plus élevé d'aide de l'entourage aux personnes âgées tend également à faire augmenter le taux de bénéficiaire de l'APA (même si le niveau de significativité du coefficient n'est pas très élevé). Ce résultat plaide plutôt en faveur d'une substitution non-intégrale de l'aide formelle et de l'aide des proches dans le cas du maintien des personnes âgées à domicile, cette dernière permettant dans certains cas d'engager les démarches pour bénéficier de la première. Ces aspects ne sont cependant pas exclusifs dans l'explication des disparités de bénéficiaires d'APA entre les départements (cf. tableau 8).

La nature universelle et personnalisée de la PCH, au même titre que l'APA, et dans une moindre mesure l'AEEH ajoute une nouvelle dimension à la possibilité de disparités départementales. Les conséquences du handicap dans les activités quotidiennes du bénéficiaire et en fonction de son projet de vie sont prises en compte dans l'octroi de la PCH, mais **ces caractéristiques sont difficiles à apprécier en moyenne et à objectiver par des variables socio-démographiques moyennes.** Plus que pour d'autres prestations, comme l'AAH en particulier, les plans personnalisés de compensation sur lesquels repose la PCH comportent en eux-mêmes une forte disparité, au sein même d'un département, que les moyennes départementales capturent moins directement.

Malgré le fait que la PCH représente une prestation universelle et compensatrice et soit attribuée dans une logique personnalisée, 60 % des disparités départementales de montants moyens par bénéficiaire s'expliquent par des disparités de variables socio-économico-démographiques.

Au titre des effets estimés de manière statistiquement significatifs, **le taux de bénéficiaires de la PCH est négativement corrélé au montant moyen par bénéficiaire, en marginal et toutes choses égales par ailleurs.** Cet effet pourrait laisser supposer qu'à contrainte budgétaire donnée, les départements réduisent les montants unitaires de PCH lorsque le nombre de bénéficiaires est élevé : un taux de bénéficiaire plus élevé de 1 ‰ se traduit par un montant annuel moyen par bénéficiaire inférieur de 5 %, soit 340 €. La même observation est réalisée pour l'ASH-PH, alors que l'effet n'est pas considéré comme significatif pour l'AAH et l'AEEH. Cela peut s'expliquer par le fait que, si l'instruction de chacune de ces aides est prise en charge au niveau départemental par les MDPH, le financement de l'AAH et de l'AEEH revient à la CNAF, ce qui détend la contrainte budgétaire des départements, liée au nombre de bénéficiaires, dans les effets éventuels sur les montants moyens versés.

Annexe III

Tableau 9 : Résultats de régressions de l'AEEH

Variable	Taux de bénéficiaires AEEH	Taux de bénéficiaires AEEH	Log montant par bénéficiaire AEEH	Log montant par bénéficiaire AEEH
Constante	12,50	16,97	7,44***	8,26***
Estimations de population : part des 0 à 24 ans 2024	0,19°	0,18	-0,01	-0,01
Part de personnes âgées de moins de 25 ans déclarant un handicap	0,39°	0,41*	0,01	0,018°
Espérance de vie pour les hommes à la naissance	-0,01	-0,06	0,01	-1*10 ⁻⁴
Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021	-0,01	-0,002	0,005***	0,01***
Part des ouvriers et agriculteurs dans la population ISD 2021	-0,23*	-0,32°	0,002	-0,002
Médiane du niveau de vie 2021 (k€)	-0,38*	-0,33*	-0,001	-0,001
Taux de chômage	0,09	0,04	n.s.	-0,001
Taux de bénéficiaires de l'AEEH				-0,01°
Nombre d'élèves en ULIS (pour 1000 élèves)	-	0,17	-	n.s.
Potentiel financier par habitant OFGL 2023	-	-0,002	-	n.s.
Prix moyen par jour en hébergement permanent d'une chambre seule non ASH (€)	-	-		0,002
Taux d'équipement hors CAMSP et CMPP des structures enfants (place pour 1000 habitants de 0 à 19 ans)	-	-0,09	-	-0,005
R ²	0,32	0,34	0,40	0,44
R ² ajusté	0,26	0,26	0,34	0,35
Note : *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, ° p < 0,1. n.s. : non-significatif (<10 ⁻³)				

Source : Drees enquêtes Aides sociales et VQS 2021, CNSA Portrait des territoires, Insee RP, ISD, OFGL. Calculs : Pôle science des données de l'IGF, mission.

Note : La population départemental est utilisée comme pondération des observations. Les écarts-types sont corrigés de biais d'hétéroscédasticité par la méthode de correction de White.

Le recours à l'ASH-PH est plus indépendant des caractéristiques des populations prises en compte. Contrairement à l'ASH-PA, l'absence de recours sur succession réduit *de facto* l'auto-sélection des personnes faisant une demande d'ASH. Par ailleurs, la prise en charge à domicile d'une personne handicapée à domicile peut s'avérer plus coûteuse et plus durable que celle d'une personne âgée en perte d'autonomie, l'arbitrage entre maintien à domicile et hébergement en établissement peut être moins sensible aux caractéristiques des personnes, notamment économiques, que dans le cas des personnes âgées. Les disparités d'offre en établissement pour personnes handicapées constituent à ce titre un facteur sensiblement plus explicatif du recours à cette aide.

Variable dont le coefficient est associé à un niveau de significativité fiable, **la part de la population vivant dans un pôle urbain semble être un facteur explicatif d'un montant d'AAEH par bénéficiaire plus élevé**. Le modèle ne permettant pas de contrôler pour d'autres variables de conditions de vie présentant une distinction entre espaces urbains et ruraux, la significativité de cet effet peut se traduire par des disparités territoriales de pratiques d'embauche d'une tierce personne, d'arrêt partiel ou total de travail et de structure familiale (notamment parents isolés).

Par ailleurs, la part d'agriculteurs et d'ouvriers dans la population est une variable associée à un degré élevé de significativité concernant les aides aux personnes handicapées. *Toutes choses égales par ailleurs*, une part élevée est associée à un taux de bénéficiaire et un montant d'AAH par bénéficiaire plus élevé, ainsi qu'à un montant moyen de PCH par bénéficiaire plus élevé. En revanche, la corrélation est négative dans le cas du taux de bénéficiaire de l'ASH-PH (cf. tableau 10). Ces résultats indiquent que la structure socio-professionnelle de la population dans un département est une caractéristique qui structurent les dépenses d'aides sociales légales aux personnes âgées et à celles en situation de handicap, à travers des conditions de vie différenciées selon les catégories socio-professionnelles.

2.2. La prise en compte des disparités départementales dans la structuration de l'offre permet d'augmenter la part expliquée de la variance des dépenses d'aide sociale à l'hébergement (ASH)

Parmi les variables retenues comme déterminants potentiels des dépenses d'aides sociales légales, une partie renvoie à des caractéristiques départementales concernant davantage le contexte local que les populations. **La situation financière des départements** (mesurée par le potentiel financier et le niveau d'endettement des départements par habitant²⁷) peut favoriser ou restreindre les marges de manœuvre ou les contraintes différentes des conseils départementaux. **Les facteurs d'offre peuvent également expliquer une part des disparités départementales qui ne sont pas captées par les facteurs socio-démographiques**. Dans le cas de l'ASH, à la fois pour les PA et les PH, l'offre influence directement le taux de bénéficiaires, en favorisant le recours des bénéficiaires potentiels du fait d'un accompagnement dans l'élaboration des dossiers de demandes, et potentiellement en favorisant la mobilité résidentielle interdépartementale, et introduit une dépendance des dépenses des départements à la situation héritée des politiques passées de développement des établissements d'accueil. Les disparités entre départements sont parfois importantes en termes de taux d'équipement puisqu'une dizaine de départements affichent moins de 115 places en structures adultes pour 1 000 habitants en limitation sévère d'activité de 20 à 59 ans alors qu'une dizaine en propose plus de 220 (cf. Tableau 4).

²⁷ Le potentiel financier est obtenu en additionnant le potentiel fiscal et le montant de la dotation forfaitaire de la dotation globale de fonctionnement puis en soustrayant la contribution de la collectivité à la baisse des dotations de l'État intervenue à partir de 2014. Il est également majoré du montant des recettes de TVA qui viennent en compensation de la suppression de la taxe d'habitation sur les résidences principales.

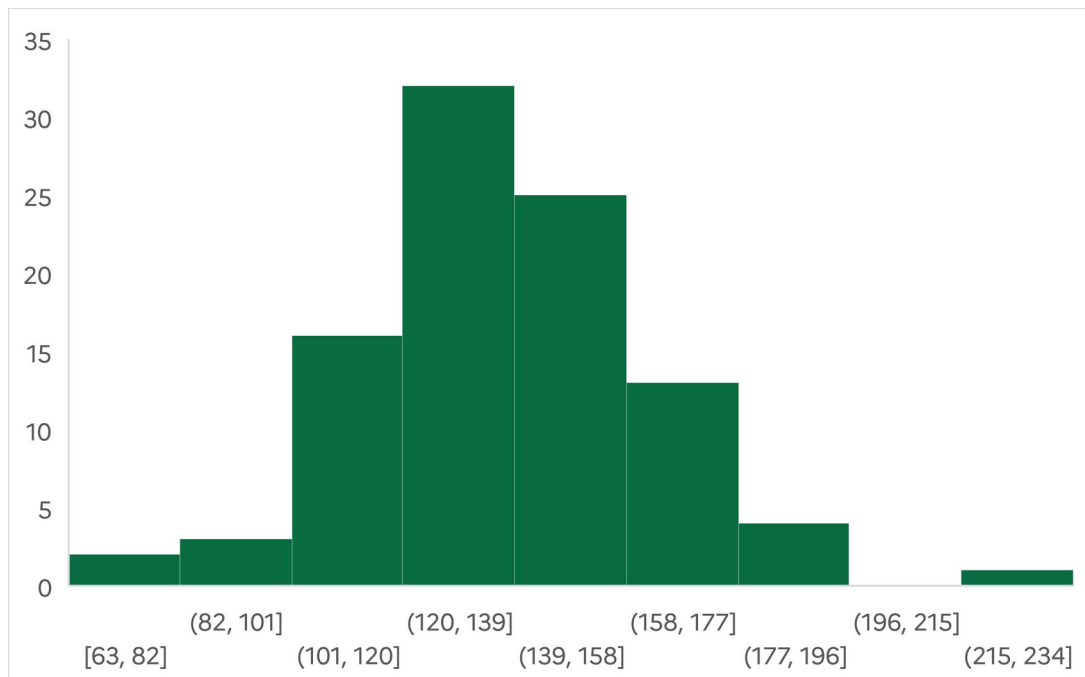
Les différences d'offre en EHPAD²⁸ (cf. graphique 14) sont également susceptibles d'influencer les dépenses d'APA, en structurant la répartition entre APA-E et APA-D. L'AAH étant versée aux personnes hébergées en établissements spécialisés ainsi que celles travaillant en ESAT, la densité plus ou moins forte de ces établissements dans un département est également une source de disparités dans le versement d'aide, notamment en favorisant la mobilité interdépartementale des publics visés. Plus généralement, la prise en charge en établissement peut également faciliter les démarches de demande de prise en charge par les bénéficiaires et ainsi augmenter le recours ou les montants perçus, du fait d'une meilleure connaissance des dispositifs.

L'intégration dans les régressions dans un second temps des caractéristiques départementales de structuration de l'offre d'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées permet ainsi d'estimer la sensibilité de la part de disparités expliquées à la prise en compte de ces caractéristiques. Un R^2 qui varie peu après l'intégration de ces variables signifie que les disparités de dépenses d'aides sont vraisemblablement peu influencées par les différences de structuration de l'offre de prise en charge des personnes en situation de handicap et âgées dans les différents territoires en tant que telles au-delà des variables explicatives mobilisées dans le premier temps de l'analyse économétrique. En d'autres termes, ces variables peuvent avoir un pouvoir explicatif important sans faire évoluer le R^2 car étant corrélées à d'autres variables socio-économico-démographiques déjà présentes dans le premier modèle et qui captent déjà une grande partie de ce pouvoir explicatif. **Les résultats statistiques montrent ainsi que les disparités d'offre en établissement entre départements expliquent au maximum 11 points de pourcentage supplémentaires de la part expliquée** (dans le cas du montant moyen d'ASH-PH par bénéficiaire), et dans certains cas comme pour le montant moyen de PCH par bénéficiaire, n'expliquent pas de part additionnelle (cf. tableau 6). Dans le détail, les résultats sont les suivants :

- ♦ **dans le champ du grand âge, la variable de taux d'équipement en EHPAD est associée à un coefficient statistiquement significatif et représente un facteur de disparités de taux de bénéficiaires de l'APA puisqu'un département avec un taux d'équipement en EHPAD supérieur d'un écart-type à la moyenne nationale présente un nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants supérieur de 1,5.** L'effet de l'offre d'EHPAD sur le taux de bénéficiaire de l'ASH-PA est également significatif, bien que de magnitude inférieure.

²⁸ Le nombre de place varie entre 63 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans en Corse et 234 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans en Lozère. Le nombre de place par habitant de plus de 75 ans est assez constant sur la dernière décennie.

Graphique 14 : Distribution de l'offre de places en EHPAD/1000 hab. de plus de 75 ans, 2023



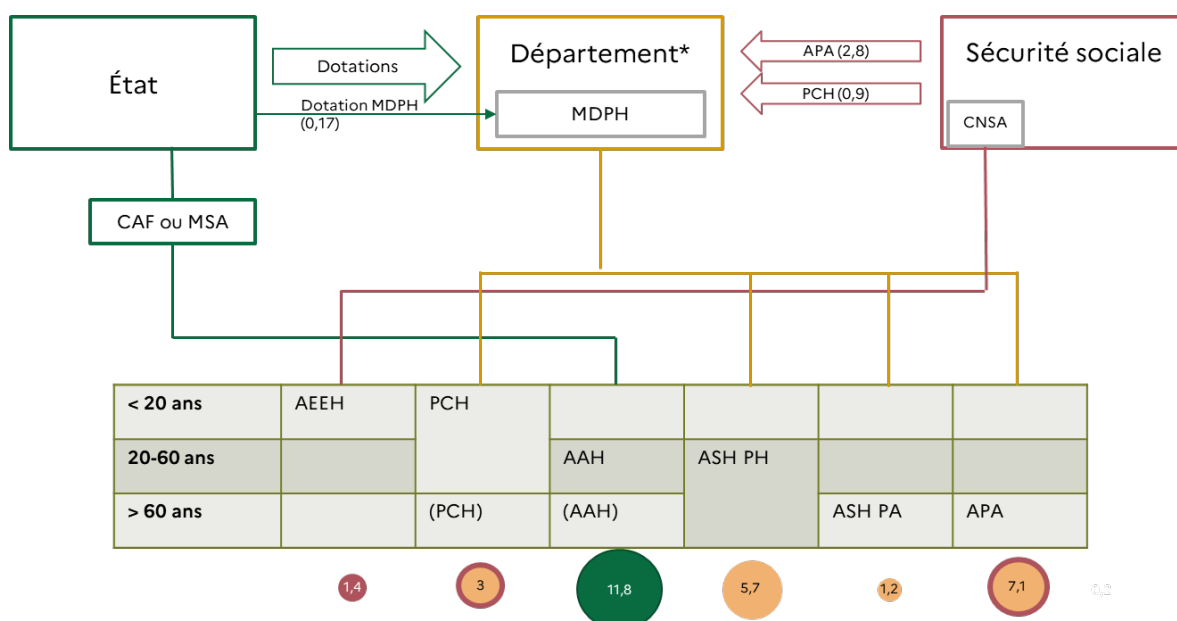
Source : INSEE

- ♦ le taux d'équipement en structures adultes spécialisées dans l'accueil des personnes handicapées explique également, et de manière fortement significative, les disparités départementales de taux de bénéficiaires de l'AAH et de l'ASH-PH. Dans le cas de l'ASH, cette variable influence également le montant moyen par bénéficiaire puisqu'un département avec 10 places en plus présente un montant moyen par bénéficiaire supérieur de 2 % ;
- ♦ **l'effet sur le taux de bénéficiaire de l'AAH est également significatif, mais de moindre importance** puisqu'un département avec 10 places en plus en structures adultes présente en moyenne un nombre de bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 habitants supérieur de 0,2. Les disparités de montant moyen d'AAH par bénéficiaire ne semblent en revanche pas avoir pour cause des différences d'offre départementale en structure d'accueil ou en milieux protégé puisque le nombre de places en ESAT n'est pas significatif lorsqu'introduit dans le modèle (et redondant avec le taux d'équipement en structure d'accueil donc non conservé). Concernant la PCH et l'AEEH, le taux d'équipement respectivement en structure pour les adultes handicapés et pour les enfants handicapés (hors CAMSP et CMPP) n'apparaît pas comme étant un facteur des disparités observés en termes de dépenses ;
- ♦ en termes de montants par bénéficiaire, les caractéristiques de l'offre (prix moyen par jour en hébergement et taux d'équipement en EHPAD) n'apparaissent pas comme des facteurs de disparités de montant moyen d'APA par bénéficiaire. En revanche, **le prix moyen par jour en hébergement permanent d'une chambre seule est un déterminant important du montant d'ASH-PA par bénéficiaire** puisqu'un département avec un prix plus élevé de 10 € dépense en moyenne 2 200 € d'ASH de plus par bénéficiaire *toutes choses égales par ailleurs* (cf. tableau 11). Cette variable n'explique qu'au plus 10 % des disparités départementales de montant d'ASH par bénéficiaire. Les départements peuvent encadrer la tarification des chambres habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'ASH dans les EHPAD.

2.4. Le potentiel financier et le niveau d'endettement des départements constituent à ce stade des facteurs faiblement explicatifs des disparités d'attribution des aides sociales dans le champ de la mission

Les dépenses liées à l'allocation adulte handicapé (AAH) et à l'allocation d'éducation des enfants handicapés (AEEH) sont respectivement financées par l'État et la CNSA. De ce fait, elles sont neutres pour les départements sur le plan budgétaire et leur dynamique ne fait pas peser de risque de soutenabilité pour les finances départementales. L'effet de la situation budgétaire des départements sur ces prestations n'a donc pas été étudié. A l'inverse, les dépenses d'intervention liées à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), à la prestation de compensation du handicap (PCH) et à l'allocation sociale d'hébergement (ASH, volets PA et PH) constituent des dépenses de fonctionnement pour les conseils départementaux. Elles sont partiellement financées par les concours de la CNSA (pour l'APA et la PCH) et rentrent également en compte dans le calcul des mécanismes de péréquation horizontale (cf. graphique 15).

Graphique 15 : Flux financiers liés aux versements des aides individuelles de solidarité



Source : Mission

Note de lecture : Les flèches entre entités publiques indiquent des dotations ou des concours, dont l'objet est de financer une des prestations dans le champ de la mission (APA, PCH) ou dont le montant est lié aux dépenses d'aide sociale via les mécanismes de péréquation (certaines dotations de l'État tel que le dispositif de compensation péréqué). Les traits vert, jaune et violet indiquent les flux financiers depuis l'entité publique jusqu'à bénéficiaire. Les cercles de couleur indiquent le montant versé en titre de la prestation en 2023, la couleur correspondant à la ou les entités payeuses.

2.4.1. La situation budgétaire des départements constitue sur le plan statistique un facteur faiblement explicatif des disparités d'attribution de l'APA, de la PCH ou de l'ASH

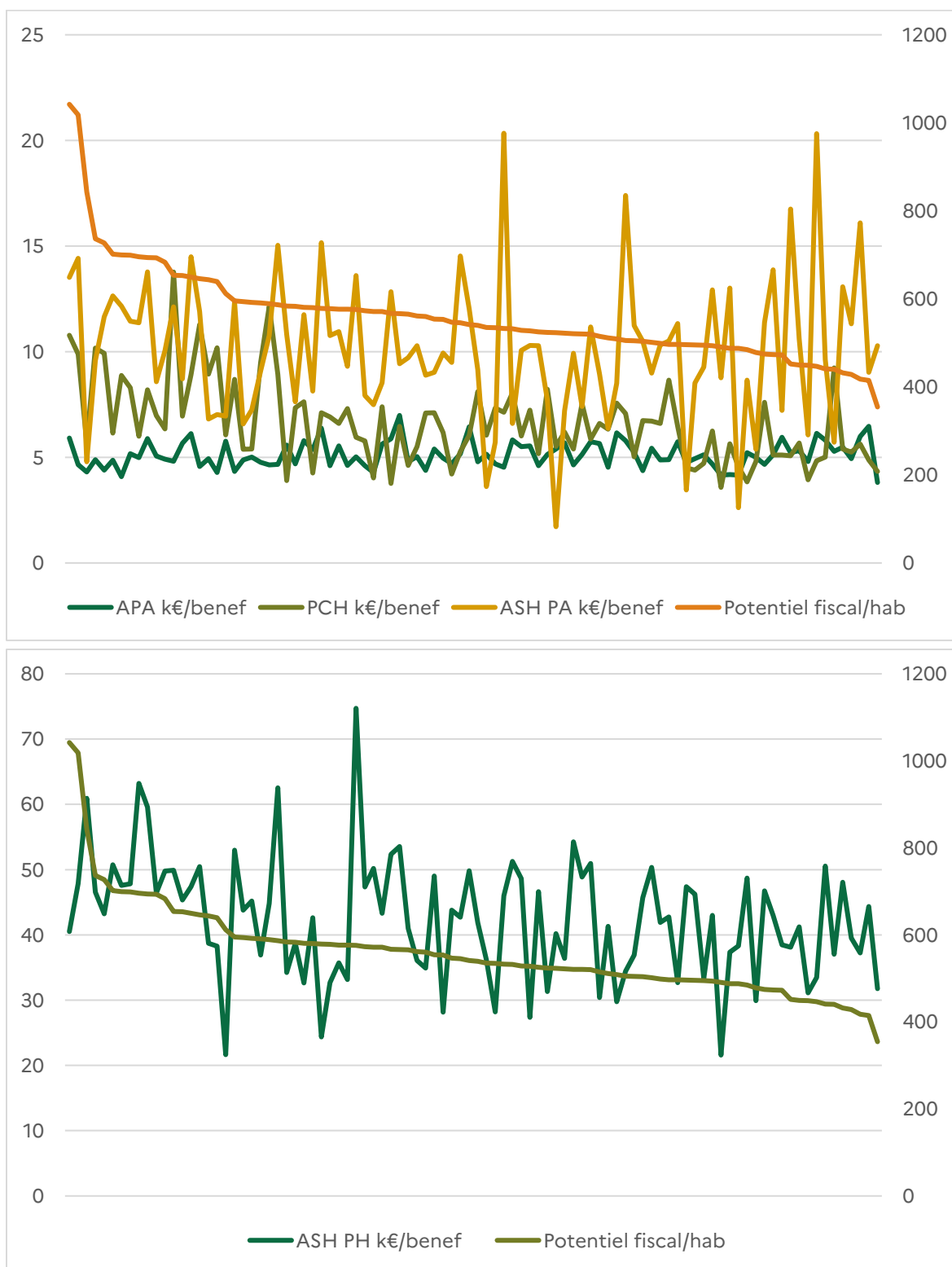
Afin de mesurer l'impact de la situation financière du département sur la politique d'attribution des aides sociales, la mission a évalué la part de disparités expliquée par les deux variables suivantes : le potentiel fiscal par habitant et le niveau d'endettement du conseil départemental par habitant. Cette étude a concerné les quatre aides ayant une incidence budgétaire pour les départements, à savoir l'APA, l'ASH-PA, l'ASH-PH et la PCH :

- ♦ **le potentiel financier par habitant apparaît faiblement explicatif des taux de bénéficiaires des aides APA, ASH-PA et PCH** (avec un taux de significativité faible) et non explicatif du taux de bénéficiaire de l'ASH-PH. Pour l'APA, l'ASH-PA et la PCH, une augmentation de 100 € de potentiel financier par habitant se traduit par une augmentation du taux de bénéficiaires comprise entre 0,2 et 1 pour mille habitants. Le potentiel financier par habitant apparaît par ailleurs comme non explicatif des niveaux d'aide par bénéficiaire, et ce quelle que soit l'aide considérée (cf. tableaux 10 et 11, ligne associée au potentiel financier par habitant). Les graphique 16 et graphique 18 représentent les taux de bénéficiaires et niveau d'aide pour chaque département, par ordre décroissant de potentiel fiscal par habitant. Nous constatons visuellement qu'il n'apparaît pas de lien de corrélation évident entre la situation budgétaire du département mesurée par son potentiel fiscal et sa politique d'attribution d'aide ;

le niveau d'endettement : les graphique 17 et graphique 19 représentent ainsi les taux de bénéficiaires et niveau d'aide pour chaque département, par ordre décroissant de niveau d'endettement par habitant. Là encore, nous pouvons constater qu'il n'apparaît pas de lien de corrélation évident entre la situation budgétaire du département mesurée par son taux d'endettement et son politique d'attribution d'aide.

Annexe III

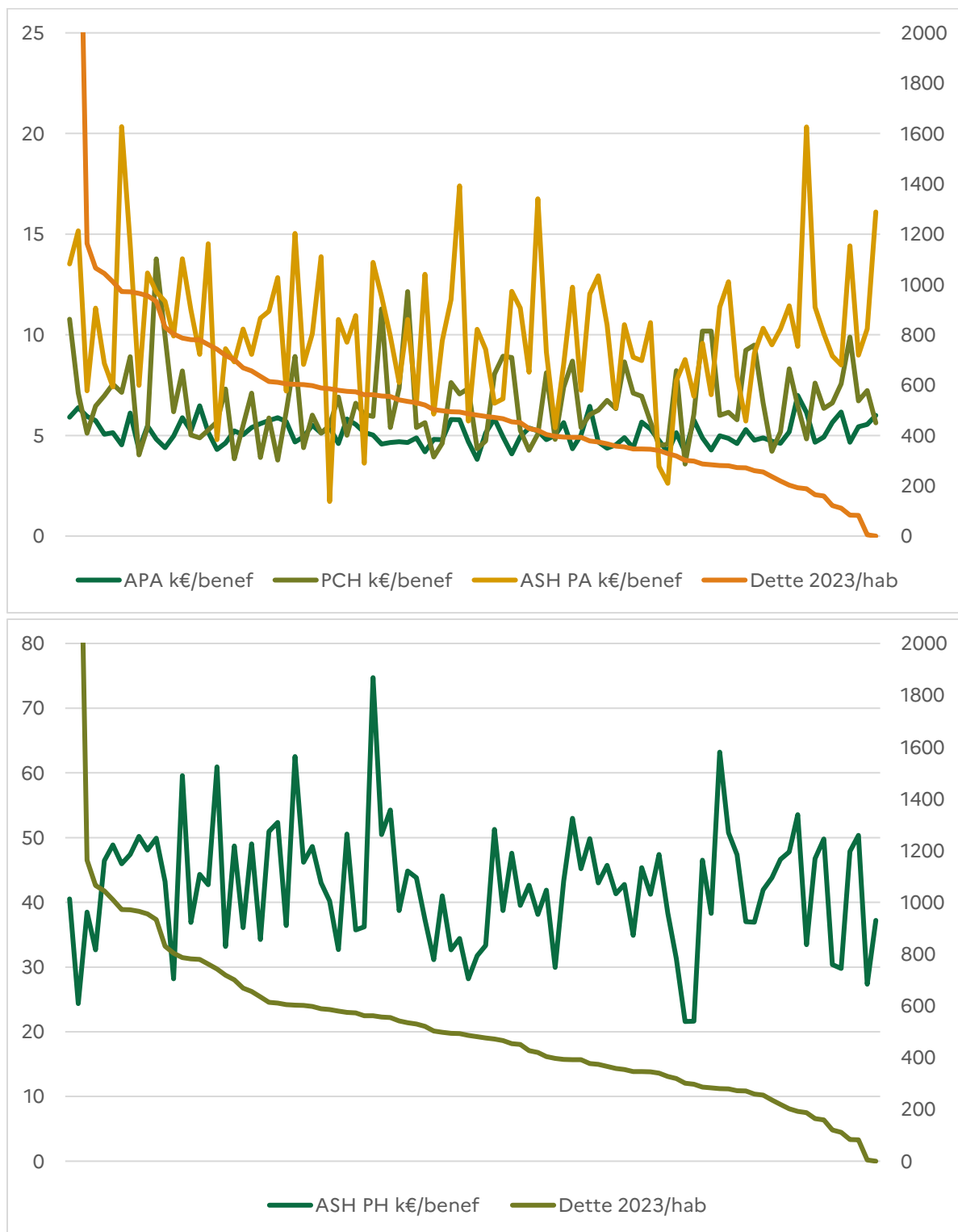
Graphique 16 : Représentation graphique du lien entre potentiel fiscal (en € par habitant, axe de droite) et intensité de l'aide (en k€/bénéficiaire), France métropolitaine (2023)



Source : dépenses d'aide sociale départementales - séries longues – DREES ; enquête aide sociales, DREES ; données finances départementales, DGCL.

Note de lecture : les départements sont classés par ordre décroissant de potentiel fiscal par habitant ; l'axe de gauche représente l'intensité de l'aide en k€/habitant ; l'axe de droite le potentiel fiscal en €/habitant.

Graphique 17 : Représentation graphique du lien entre endettement (en € par habitant, axe de droite) et intensité de l'aide, France métropolitaine 2023)

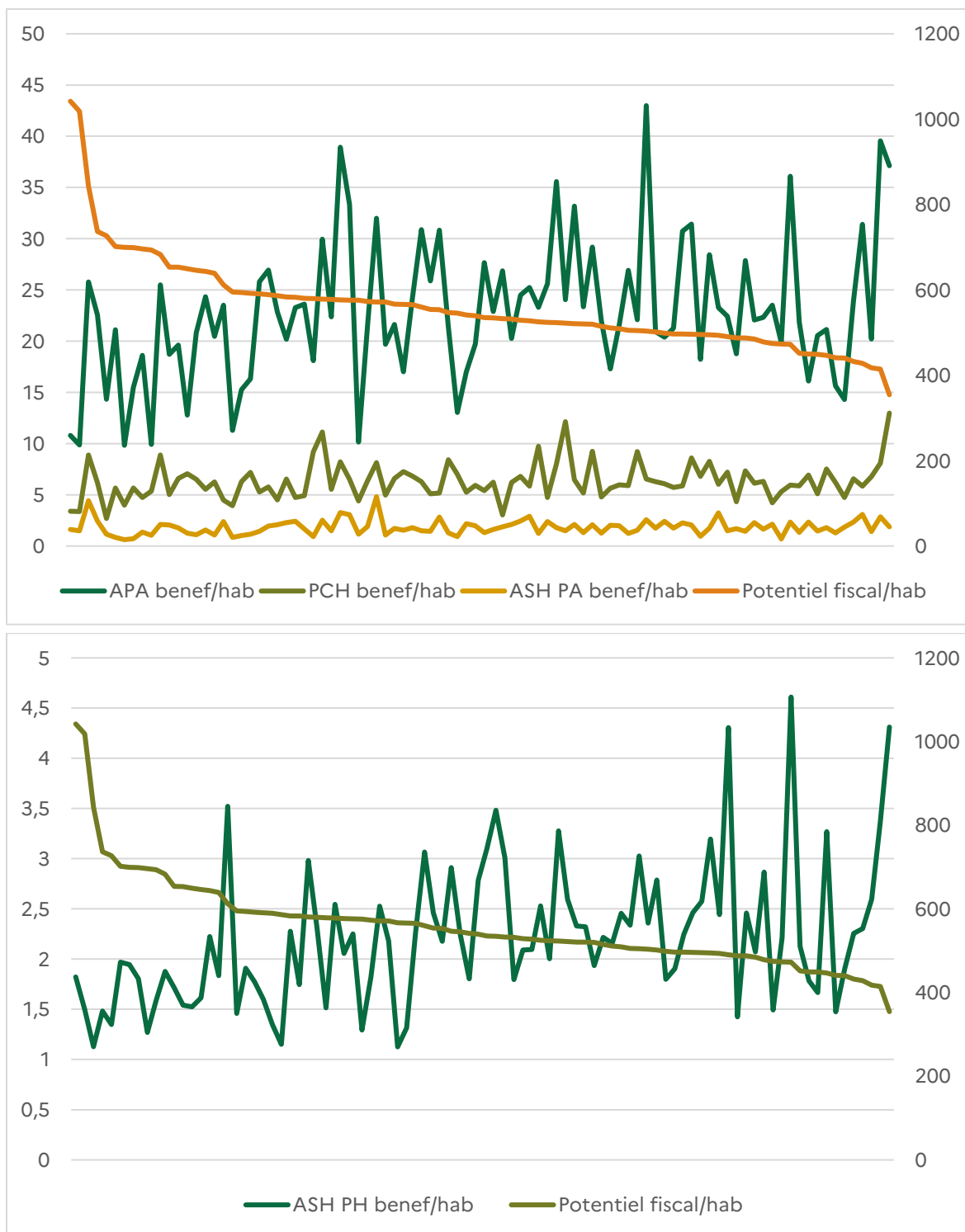


Source : dépenses d'aide sociale départementales - séries longues - DREES ; enquête aide sociales, DREES ; données finances départementales, DGCL.

Note de lecture : les départements sont classés par ordre décroissant de dette par habitant ; l'axe de gauche représente l'intensité de l'aide en k€/habitant ; l'axe de droite la dette en €/habitant.

Annexe III

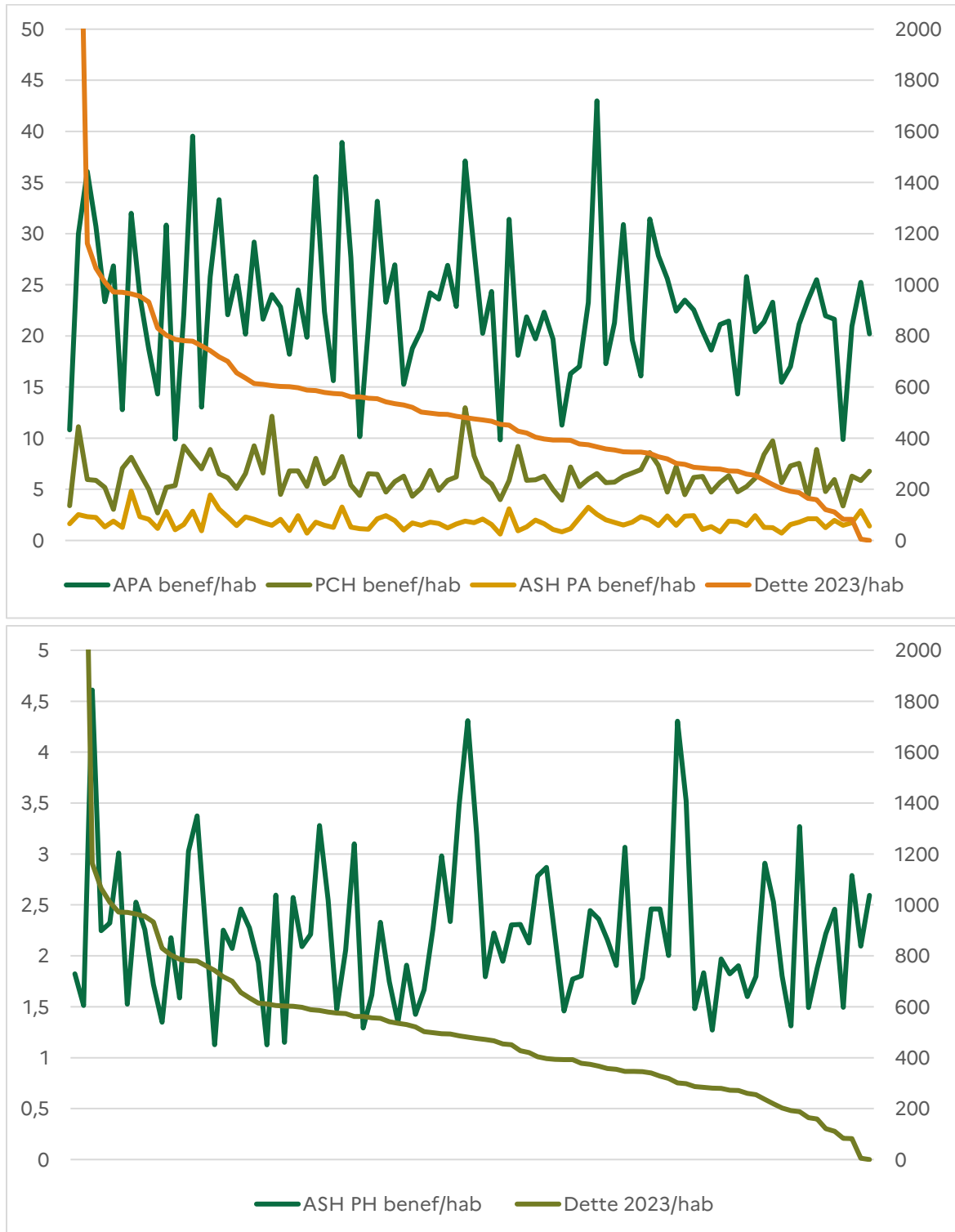
Graphique 18 : Représentation graphique du lien entre potentiel fiscal (en € par habitant, axe de droite) et densité de l'aide (en nb de bénéficiaires pour 1000 habitants), France métropolitaine (2023)



Source : dépenses d'aide sociale départementales - séries longues - DREES ; enquête aide sociales, DREES ; données finances départementales, DGCL.

Note de lecture : les départements sont classés par ordre décroissant de potentiel fiscal par habitant ; l'axe de gauche représente l'intensité de l'aide en k€/habitant ; l'axe de droite le potentiel fiscal en €/habitant.

Graphique 19 : Représentation graphique du lien entre endettement (en € par habitant) et densité de l'aide (en nb de bénéficiaires pour 1000 habitants), France métropolitaine (2023)



Source : dépenses d'aide sociale départementales - séries longues - DREES ; enquête aide sociales, DREES ; données finances départementales, DGCL.

Note de lecture : les départements sont classés par ordre décroissant de dette par habitant ; l'axe de gauche représente l'intensité de l'aide en k€/habitant ; l'axe de droite la dette en €/habitant.

Annexe III

Tableau 10 : Résultats des régressions pour la PCH et l'ASH-PH

Variable	Taux de bénéficiaires PCH	Log montant par bénéficiaire PCH	Taux de bénéficiaires ASH-PH	Log montant par bénéficiaire ASH-PH
Constante	8,47	5,61*	-11,06	9,4812***
Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant un handicap	0,10	0,05**	0,18***	-0,01
Espérance de vie pour les hommes à la naissance	0,03	0,04°	0,07	0,02
Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021	-0,02°	0,00	n.s.	0,001
Part des ouvriers et agriculteurs dans la population ISD 2021	0,02	-0,05**	0,12**	0,01
Médiane du niveau de vie 2021 (k€)	-0,37*	0,00	0,16°	-3*10 ⁻³
Taux de chômage	-0,14	0,04°	0,05	n.s.
Taux de bénéficiaires de la PCH	-	-0,05***	-	-0,23***
Potentiel financier par habitant OFGL 2023	0,005*	0,00	n.s.	0
Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant recevoir de l'aide de leur entourage	0,04	-0,02	-0,07	0,001
Taux d'équipement des structures adultes (place pour 1000 habitants en limitation sévère d'activité de 20 à 59 ans)	0,00	0,00	0,01***	0,002**
R ²	0,33	0,59	0,44	0,41
R ² ajusté	0,25	0,54	0,37	0,34

Source : Drees enquêtes Aides sociales et VQS 2021, CNSA Portrait des territoires, Insee RP, ISD, OFGL. Calculs : Pôle science des données de l'IGF, mission.

*Note : *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, ° p < 0,1. n.s. : non-significatif (<10⁻³) ; la population départementale est utilisée comme pondération des observations. Les écarts-types sont corrigés de biais d'hétéroscédasticité par la méthode de correction de White.*

Tableau 11 : Résultats des régressions pour l'ASH-PA

Variable	Taux de bénéficiaires ASH-PA	Log montant par bénéficiaire ASH-PA	Taux de bénéficiaires APA	Log montant par bénéficiaire APA
Constante	-0,55	13,432**	-48,52	10,59***
Espérance de vie pour les hommes à la naissance	-0,04	-0,05	0,76	-0,03°
Indice de vieillissement 2021	0,01***	0,003	0,11***	n.s.
Part des personnes de 60 ans et plus vivant seules ISD 2022	0,05	-0,02	0,18	-0,01
Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021	-0,003	n.s.	-0,09***	-0,002
Part des agriculteurs retraités dans la population ISD 2021	-0,08	-0,08*	0,49	0,03*
Part_proprio_65+_RP_Insee_2021	n.s.	-0,01		
Médiane du niveau de vie 2021 (k€)			-1,08**	-0,02
Taux de pauvreté	0,07**	0,01		
Taux de pauvreté >75 ans			-0,08	0,01*
Taux de seniors en situation de dépendance sévère (GIR 1 et 2)	0,17	0,21°		

Annexe III

Variable	Taux de bénéficiaires ASH-PA	Log montant par bénéficiaire ASH-PA	Taux de bénéficiaires APA	Log montant par bénéficiaire APA
Taux de bénéficiaires de l'ASH-PA	-	-0,11		
Taux de bénéficiaires de l'APA			-	n.s.
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 ou 2 parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile			-	0,003
APL aux médecins généralistes			0,71	0,04*
Potentiel financier par habitant OFGL 2023	0,002°	0,00	0,01°	n.s.
Part de personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant recevoir de l'aide de leur entourage	-	-0,03	0,48*	0,01
Prix moyen par jour en hébergement permanent d'une chambre seule ASH (€)	-0,01	0,02**		
Prix moyen par jour en hébergement permanent d'une chambre seule non ASH (€)			-0,03	0,004
Taux d'équipement en EHPAD (Nombre de places pour 1000 PA 65+)	0,03**	-0,002	0,12*	n.s.
R ²	0,49	0,37	0,77	0,58
R ² ajusté	0,41	0,26	0,73	0,51

Source : Drees enquêtes Aides sociales et VQS 2021, CNSA Portrait des territoires, Insee RP, ISD, OFGL. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

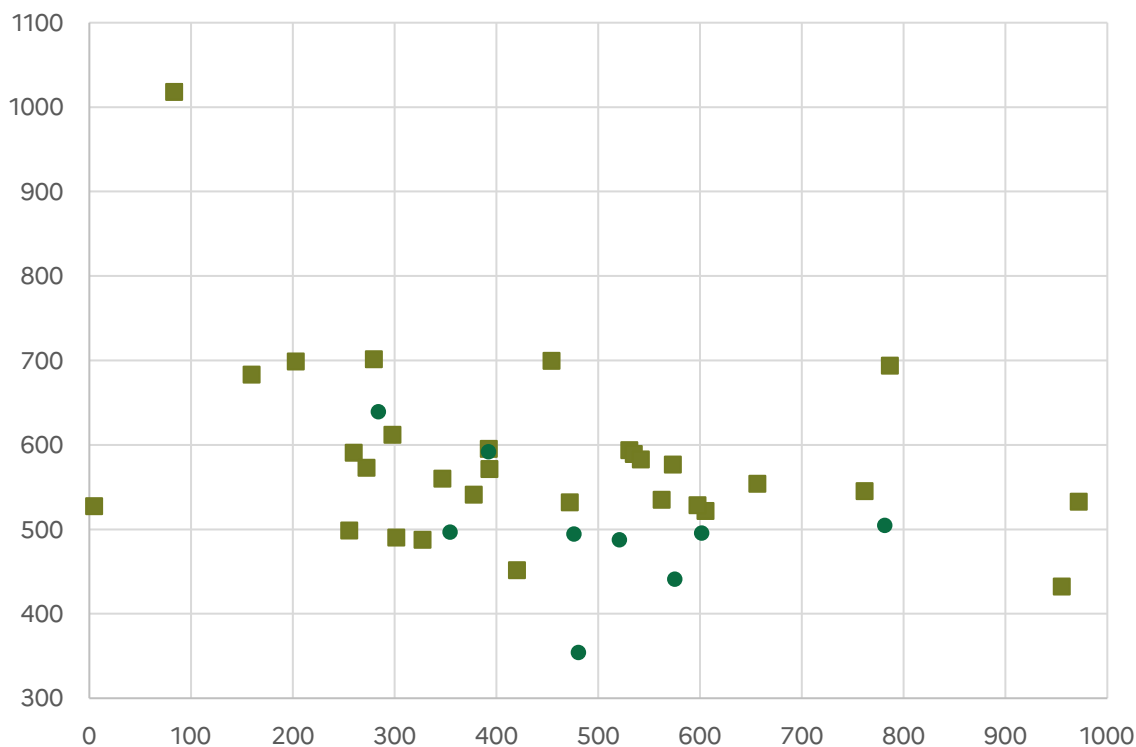
*Note : *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, ° $p < 0,1$. n.s. : non-significatif ($<10^{-3}$) ; la population départementale est utilisée comme pondération des observations. Les écarts-types sont corrigés de biais d'hétéroscédasticité par la méthode de correction de White.*

Les analyses menées par la mission étant de nature statistique, par essence elles ne peuvent pas capter que des comportements isolés. Les effets statistiquement nuls ou faiblement significatifs des variables financières sur les taux et montants d'aides observés n'excluent donc pas que certains départements intègrent une réflexion d'ordre budgétaire dans leur politique d'attribution des aides, sans que cela n'apparaisse dans la régression s'il s'agit de phénomènes isolés.

Il est par ailleurs possible que **les arbitrages budgétaires pour les départements les plus en tension ne portent pas sur les dépenses d'autonomie (pour des raisons politiques, juridiques et sociales), mais sur d'autres postes de dépenses**. À ce titre, près de la moitié des répondants au questionnaire (19 sur 41) ont répondu oui à la question : « Avez-vous déjà été amené à réduire votre budget d'investissement pour compenser une éventuelle hausse des dépenses d'intervention dans le champ de l'autonomie et du handicap ? ». Ce qui semble indiquer que la hausse des dépenses sociales est au moins en partie amortie par une baisse des dépenses d'investissement, potentiellement dans un champ différent.

Enfin, s'il n'est pas possible de faire apparaître un lien clair entre situation budgétaire et politique d'attribution des aides sociales légales par les départements, il semble exister un lien entre situation budgétaire et politique d'attribution des aides extralégales. Ainsi, **les départements qui ont déclaré avoir cessé de verser des aides extralégales sont en moyenne dotés d'un potentiel fiscal par habitant plus faible que les départements qui continuent d'en verser** (cf. graphique 20).

Graphique 20 : Départements déclarant verser des aides extralégales en fonction de leur niveau d'endettement par habitant et de leur potentiel fiscal par habitant



Source : données finances départementales, DGCL, retours du questionnaire.

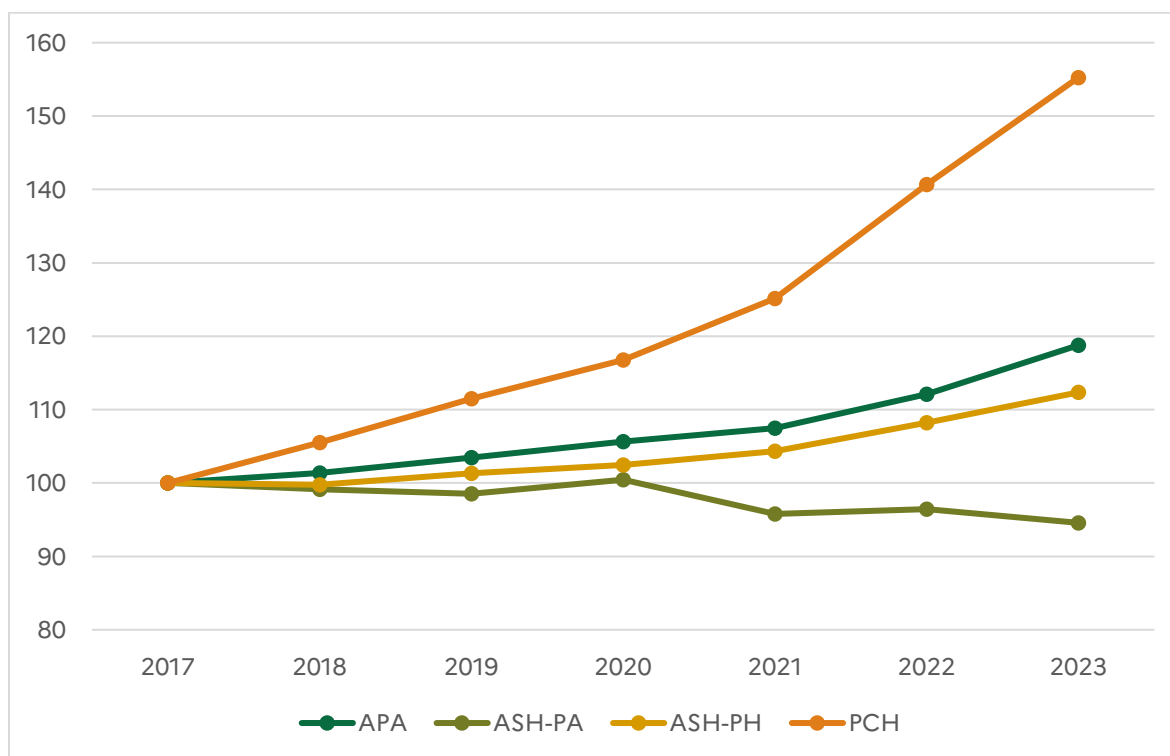
Note de lecture : chaque rond représente un département ayant déclaré ne pas attribuer d'aide extralégale ; chaque carré un département ayant déclaré attribuer une ou plusieurs aides extralégales. L'axe des abscisses correspond au niveau d'endettement, en €/habitant en 2023 ; l'axe des ordonnées le potentiel fiscal, en €/habitant en 2023.

2.4.2. Si l'effet des finances départementales sur l'attribution des aides sociales est aujourd'hui limité, les marges dont disposent les départements pour absorber la dynamique haussière sont réduites

2.4.2.1. Les dépenses liées à l'APA et à la PCH sont en forte hausse

Les dépenses supportées partiellement ou totalement par les budgets des conseils départements connaissent une dynamique de croissance importante au regard de la dynamique des recettes (cf. 2.4.2.2). **Entre 2017 et 2023, les dépenses liées à la PCH, à l'APA et à l'ASH-PH ont respectivement augmenté de 55 %, 19 % et 12 %.** Seules les dépenses liées à l'ASH-PA (qui constituent néanmoins le plus petit des quatre postes de dépenses cités) a diminué de 5 % (cf. graphique 21) ;

Graphique 21 : Dynamique des dépenses par aide financée par les départements, base 100 en 2017



Source : dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

Ces dynamiques n'ont localement pas le même impact selon le poids initial de l'APA, de l'ASH-PA, de l'ASH-PH et de la PCH dans le budget départemental. Or, ce poids (part nette relativement aux dépenses départementales de fonctionnement) peut varier du simple au double en fonction des départements. Il dépasse 30 % dans l'Aveyron, le Cantal, la Creuse, la Corrèze, et reste inférieur à 15 % à Paris et dans le Val-de-Marne. Les disparités les plus importantes sont constatées sur l'ASH-PA, dont le poids total reste néanmoins limité : il peut dépasser 3 % dans l'Yonne, la Corrèze, ou l'Orne et être inférieur à 0,5 % dans l'Aveyron, le Loir et Cher, le Tarn. **La disparité est un peu moins importante concernant l'APA, mais les montants sont plus élevés.** Le poids de cette seule allocation peut dépasser 10 % dans les Hautes-Pyrénées, le Cantal et l'Aveyron et être inférieur à 3 % à Paris, dans les Yvelines et en Seine-et-Marne. Enfin, la situation concernant la PCH est intermédiaire, avec un poids qui varie entre 1 % en Haute Saône, à Paris et dans la Meuse et qui peut dépasser 5 % en Gironde, en Seine Saint Denis et dans le Var.

Tableau 12 : Part des dépenses sociales dans le champ de la mission dans les budgets des conseils départementaux

	APA	PCH	ASH-PA	ASH-PH	Somme des quatre aides
Part relativement aux dépenses départementales					
Médiane	9,3 %	3,2 %	1,3 %	7,2 %	21,8 %
Q1	8,0 %	2,6 %	1,0 %	6,1 %	19,6 %
Q3	10,7 %	3,8 %	1,8 %	8,6 %	23,4 %
Q3/Q1	1,34	1,46	1,88	1,41	1,19
Part relativement aux dépenses départementales de fonctionnement					
Médiane	11,1 %	3,8 %	1,6 %	8,9 %	26,3 %
Q1	9,9 %	3,2 %	1,2 %	7,2 %	23,7 %
Q3	12,6 %	4,7 %	2,2 %	10,2 %	27,8 %
Q3/Q1	1,27	1,47	1,81	1,41	1,17

Annexe III

	APA	PCH	ASH-PA	ASH-PH	Somme des quatre aides
Part nette²⁹ relativement aux dépenses départementales de fonctionnement					
Médiane	6,5 %	2,5 %	Non Applicable (N/A)	N/A	20,1 %
Q1	5,7 %	1,9 %	N/A	N/A	18,2 %
Q3	7,7 %	3,1 %	N/A	N/A	21,7 %
Q3/Q1	1,35	1,68	N/A	N/A	1,19

Source : Mission, sur la base de : données DREES pour la partie relative aux aides ; données DGCL pour la partie relative aux finances locales.

2.4.2.2. Les recettes départementales ont augmenté en tendance moins vite que les dépenses dans le champ de l'autonomie, et leur volatilité constitue un facteur de risque

Les recettes des départements ont été peu dynamiques entre 2012 et 2020, avant de connaître une croissance de 12 % en 2021 et 2022. Cette augmentation est liée aux effets du plan de relance mais surtout à une conjoncture favorable de la fiscalité affectée.

En 2021, la réforme de la fiscalité locale a contribué à augmenter significativement la part liée aux « autres impôts et taxes » (qui comprend pour plus de 90 % quatre types d'impôts : une fraction de TVA suite à la suppression de la taxe d'habitation et de la CVAE ; les DMTO³⁰ ; la part départementale des accises sur l'énergie³¹ (ex TIPCE) et la TSACA³²) au détriment de la part « impôts locaux », qui représente en 2023 moins de 5 % des recettes départementales. Cette fiscalité affectée présente la particularité d'être assise en partie sur la consommation, et donc de suivre les cycles économiques : le niveau de recettes se contracte en période de récession et augmente en période de croissance. Les recettes liées aux DMTO suivent quant à elles leur cycle propre, lié à la conjoncture immobilière : le dynamisme des transactions en 2021 et 2022 a ainsi contribué au dynamisme des recettes de DMTO (cf. graphique 23), avant de baisser en 2023 et surtout 2024.

Les cycles décrits ci-dessus relatifs aux taxes affectées ne correspondent *a priori* pas à ceux des dépenses sociales, et seraient même anti-corrélés dans la mesure où ces dépenses sociales ont tendance à augmenter en période de récession. Or, comme le soulignent les départements dans le questionnaire, **ils ne disposent aujourd'hui plus de pouvoir de taux (à l'exception du demi-point de DMTO ouvert en février 2025³³ qui semble avoir été mobilisé), ce qui limite leur capacité à amortir les cycles.** Certains font le choix de consommer les reports à nouveau voire les provisions, de réduire leurs investissements, ou de réduire les postes de dépenses non obligatoires, en particulier les aides sociales extralégales des départements (cf. Annexe VI).

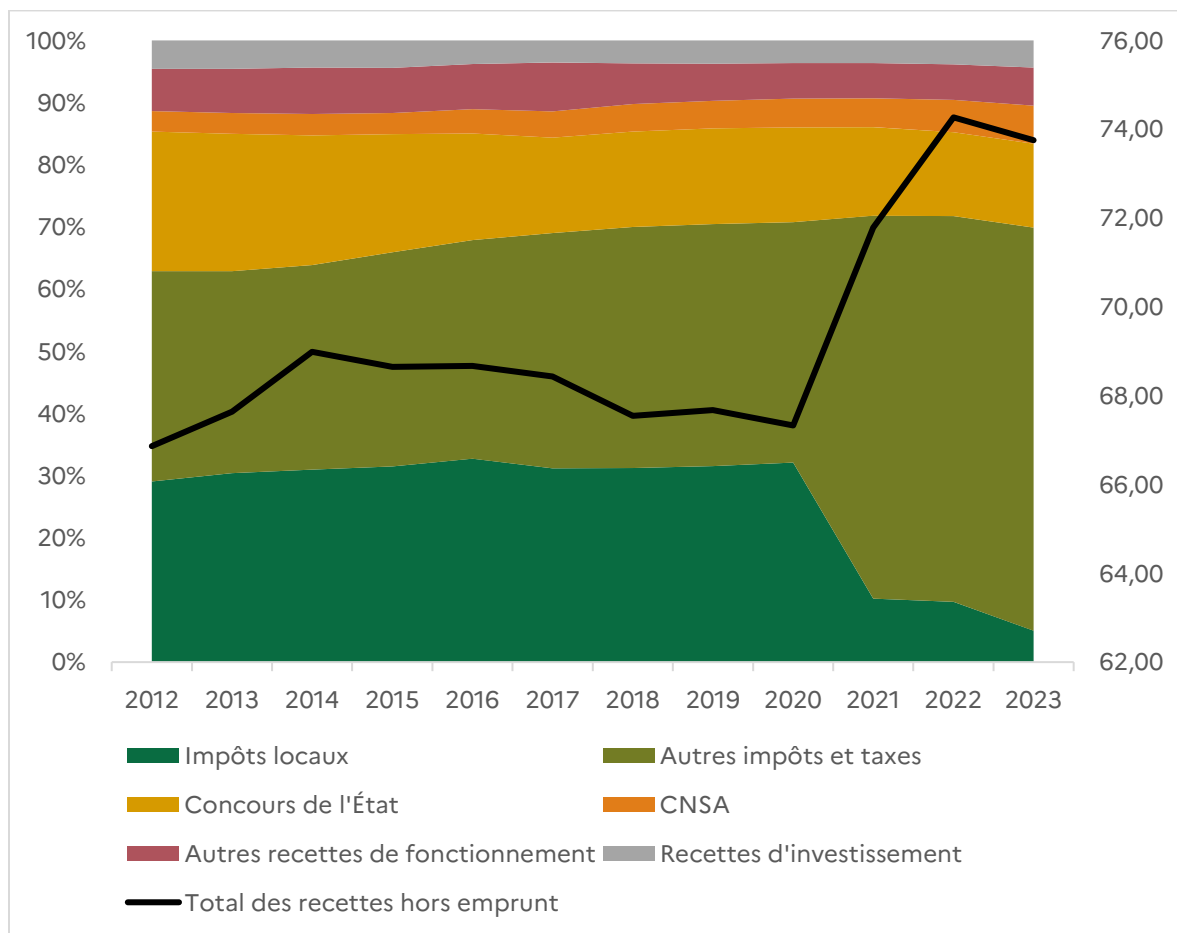
²⁹ Après dégrèvement des concours APA et PCH.

³⁰ Droits de mutation à titre onéreux, [Article 683](#) du Code général des impôts.

³¹ [Article L3333-2](#) du Code général des collectivités territoriales : « I.-II est institué, au profit des départements et de la métropole de Lyon, une part départementale de l'accise sur les énergies mentionnée à l'[article L312-1](#) du code des impositions sur les biens et services et perçue sur l'électricité ».

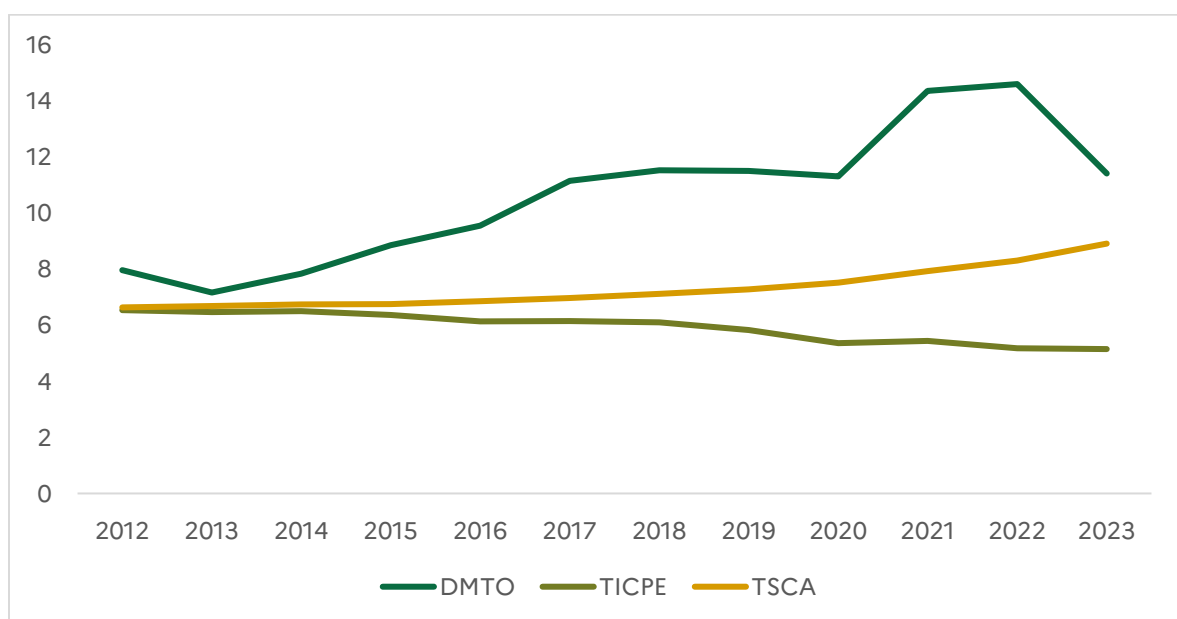
³² La taxe sur les conventions d'assurances (TSCA mais aussi parfois TCAS) est régie par les dispositions des [articles 991](#) à 1004 du code général des impôts (CGI).

³³ [Article 116](#) de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025 : « II.-A.-Par dérogation à l'article 1594-D du code général des impôts, les conseils départementaux peuvent relever le taux de la taxe de publicité foncière ou du droit d'enregistrement prévu au même article 1594 D au-delà de 4,50 %, sans que ce taux excède 5 %, pour les actes passés et les conventions conclues entre le 1er avril 2025 et le 31 mars 2028 ».

Graphique 22 : Évolution des recettes départementales entre 2012 et 2023 (en Mds €)

Source : données finances départementales, DGCL.

Note de lecture : la courbe noire, qui se lit sur l'axe de droite représente le montant total des recettes des départements en milliards d'euros ; ce montant est décomposé en plusieurs postes de recettes, pour des parts relatives qui se lisent sur l'axe de gauche.

Graphique 23 : Volatilité des recettes assises sur des taxes affectées (Mds €)

Source : données finances départementales, DGCL.

Outre ces taxes affectées, les départements perçoivent deux autres types de financement qui sont partiellement alignées sur leurs dépenses sociales, ce qui permet d'amortir en partie la contracyclicité des recettes au titre des taxes affectée et des dépenses sociales :

- ♦ les concours de la CNSA spécifiquement ciblés sur l'APA et la PCH d'une part, dont le fonctionnement est en cours de refonte ;
- ♦ les concours de l'État d'autre part (second poste de recette pour les départements) *via* des mécanismes de péréquation prenant en compte les dépenses d'AIS.

2.4.2.2.1. Les concours CNSA sont en cours de refonte

Il existe deux concours de la CNSA aux départements, **dont le fonctionnement est en cours de refonte, compensant une partie du financement des prestations APA et PCH par les départements**. Le montant affecté à chaque département répondait jusqu'ici à une logique de péréquation qui prenait en compte les différences socio-démographiques et les inégalités de ressources entre collectivités. Il s'agit du concours APA et du concours PCH (les caractéristiques présentées ci-dessous sont celles qui avaient cours avant la refonte) :

- ♦ concours APA : le concours APA est divisé en deux parts, dont le montant global est limité à 7,57 % du montant de la contribution sociale pour l'autonomie (CSA), de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et d'une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) (art L. 223-9 CSS). L'enveloppe globale du concours ne suit pas la dynamique des dépenses, mais celle des recettes fléchées. Le mécanisme de péréquation visant à répartir cette enveloppe entre les départements est donc relatif et non pas absolu : il va servir en priorité les départements sur la base de leurs charges théoriques, selon les critères définis, mais pas au niveau des charges réelles.
 - **concours APA 1 (2 223 M€ en 2023)** : le concours APA 1 est destiné à couvrir les dépenses d'intervention des départements liées à l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant total du concours APA 1 est défini comme la différence entre le montant total du concours APA, et celle du concours APA 2. Les collectivités d'outre-mer³⁴ disposent d'une quote-part dédiée sur cette enveloppe, correspondant au double de leur poids en termes de nombre de bénéficiaires. Les départements métropolitains et d'outre-mer se partagent le reliquat selon un mécanisme de péréquation prenant en compte :
 - le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus (50 %) ;
 - les dépenses APA de l'année en cours, déclarées puis corrigées (20 %) ;
 - le potentiel fiscal du département (-25 %) ;
 - le nombre de bénéficiaires du RSA (5 %).

En complément de cette péréquation, il existe un **mécanisme visant à majorer le reste à charge pour les départements, toujours à enveloppe constante**. En effet, il est prévu à l'article L. 233-11 du CSS que le ratio entre les dépenses nettes du département (après dégrèvement du concours) et son potentiel fiscal soit majorée. Le taux de majoration est défini par un décret en conseil d'État et ne peut excéder 30 %. Les dépenses excédant ce taux sont prises en charge intégralement par la CNSA. En 2023, quatre départements dépassaient ce taux : la Creuse, la Martinique, la Réunion et Mayotte, pour un montant total de 51 M€ réparti sur l'ensemble des départements restants (constituant une moins-value allant jusqu'à 2 M€ pour le département du Nord).

³⁴ Saint-Pierre et Miquelon, Saint-Barthélemy, Saint-Martin

- **concours APA 2 (536 M€ en 2023)** : le concours APA 2 a été créé en 2015 pour couvrir les charges nouvelles pour les départements liées à l'évolution des prestations couvertes, listées aux articles L. 232-3-1, L. 232-3-2, L. 232-3-3 et L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles. Il s'agit notamment de la prise en charge des aidants et de certains abattements dans le calcul des ressources.

Le montant total du concours APA 2 est défini comme la différence entre les dépenses d'APA à domicile entre l'année N et l'année 2015, majorée de 25,65 M€. Ce montant est néanmoins limité à 61,4 % du montant de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) (art L223-9 CSS), borne actuellement atteinte. De fait, la dynamique actuelle de l'APA n'est pas compensée intégralement, puisque la dynamique des transferts fiscaux sur lesquelles est assise la dotation est moins importante. Par ailleurs, contrairement au concours APA 1, la clé de répartition de l'enveloppe entre départements est figée dans le temps (décret 2016-212), et ne suit pas les évolutions sociodémographiques.

concours PCH (917 M€ en 2023) : le concours PCH est destiné à couvrir les dépenses d'intervention des départements liées à la prestation de compensation du handicap. Les collectivités d'outre-mer³⁵ disposent d'une quote-part dédiée sur cette enveloppe, correspondant au double de leur poids en termes de nombre de bénéficiaires à la PCH et à l'ACTP. Les départements métropolitains et d'outre-mer se partagent le reliquat selon une mécanisme de péréquation prenant en compte :

- le nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans (60 %) ;
- le nombre de bénéficiaires de l'AAH, de l'AEEH et de la pension d'invalidité (30 %) ;
- le nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP (30 %) ;
- le potentiel fiscal du département (-20 %) ;

³⁵ Saint-Pierre et Miquelon, Saint-Barthélemy, Saint-Martin

Encadré 2 : Analyse de la pertinence des critères pré-réforme de péréquation dans l'attribution des concours de la CNSA

Les résultats des modèles économétriques permettent de juger de la pertinence des critères de péréquation sélectionnés, et la pondération associée, pour établir la répartition des concours CNSA.

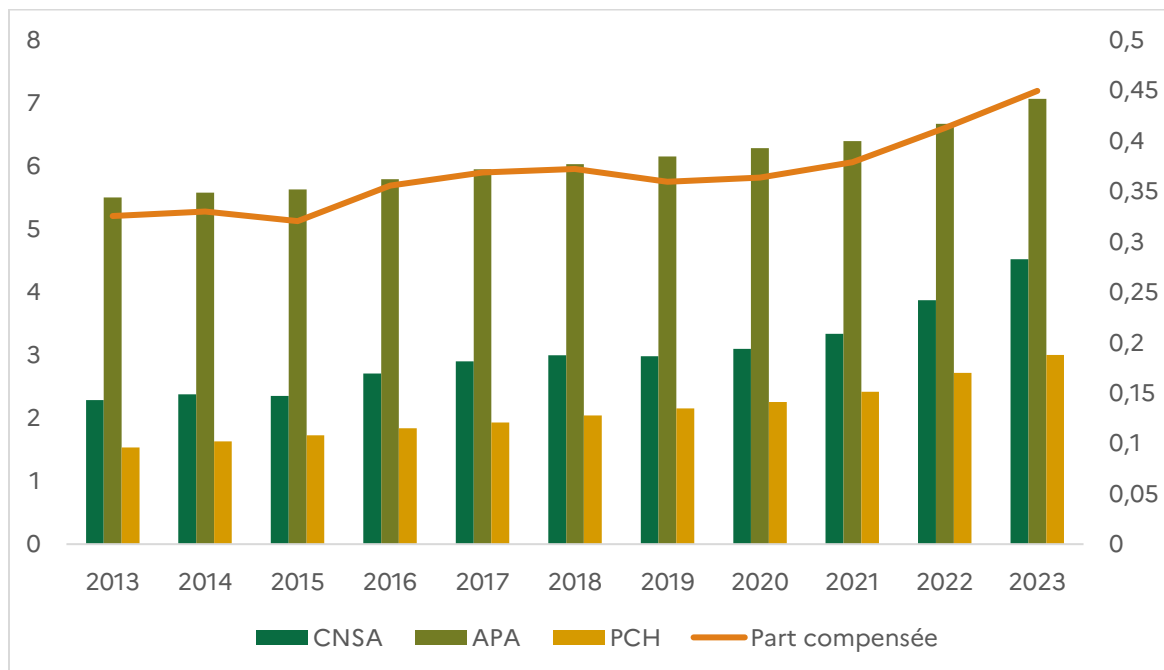
Concernant le concours APA 1, les critères de part des personnes âgées dans la population ainsi que du nombre de bénéficiaires du RSA semblent pertinents. En effet, l'indice de vieillissement et le taux de chômage, qui peut correspondre à un proxy du nombre de bénéficiaires du RSA dans un département, sont les facteurs principaux des écarts départementaux de taux de bénéficiaires de l'APA et de montant moyen par bénéficiaire (resp.) Par ailleurs, l'indice de vieillissement expliquant plus de la moitié des disparités départementales de taux de bénéficiaire, il apparaît cohérent de lui attribuer une pondération de 50 % dans le calcul.

De même, la prévalence du handicap, appréhendée par la part de personnes déclarant un handicap dans les modèles économétriques ou par le nombre de bénéficiaires des différentes aides aux personnes en situations de handicap dans les calculs de répartition du concours PCH, est un critère pertinent au regard des résultats économétriques.

En revanche, la pertinence du potentiel fiscal, et notamment la valeur de la pondération (négative) qui lui est associée, n'est pas totalement étayée par les résultats des modèles économétriques. Le pouvoir explicatif de ce critère en termes de dépenses d'APA et de PCH est limité et bien souvent son effet n'est pas significatif. **Ce résultat peut néanmoins s'expliquer par la prise en compte conjointe du niveau de vie médian dans les modèles :** l'effet de richesse sur les dépenses d'aide passe davantage par le niveau de vie des individus, qui diminue le recours aux aides et/ou leur montant par bénéficiaire, plutôt que par la richesse du département. L'effet de richesse par le niveau de vie des individus est constaté dans les modèles, et il tend à réduire les dépenses d'APA et de PCH pour les départements.

Source : Mission, pôle science des données de l'IGF.

Graphique 24 : Évolution des dépenses APA et PCH et de la part compensée par les concours CNSA



Source : dépenses d'aide sociale départementales - séries longues – DREES ; enquête aide sociales, DREES ; données finances départementales, DGCL.

Si le volume des concours CNSA a augmenté substantiellement entre 2020 et 2023, passant de 3,1 à 4,5 Mds €, cette hausse est en partie liée à la création de cinq nouveaux concours issus des lois de finance de la sécurité sociale de 2021 et 2022 : revalorisation des personnels des services d'aide à domicile, aide à la vie partagée, revalorisation du tarif plancher, dotation complémentaire, revalorisation ESMS.

Par amendement à l'article 20 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 présenté le 20 novembre 2024³⁶, le gouvernement a engagé une réforme des concours CNSA, nombreux (passage de trois à onze en quelques années) et jugés peu lisibles. La trajectoire de refonte qui se dessine est la suivante :

- ◆ les cinq concours aujourd'hui consacrés à compenser les prestations et allocations versées aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap (APA 1, APA 2, PCH, compensation des coûts résultant de l'instauration d'un tarif plancher pour la rémunération des services d'aide à domicile³⁷, compensation de l'avenant 43 à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile) sont fusionnés en deux concours. Les actuels concours APA 1, APA 2 seront versés au sein du concours « personnes âgées » ; le concours PCH au sein du concours « handicap » ;
- ◆ le calcul de l'enveloppe des concours est également revu. Actuellement, les enveloppes des concours APA et PCH sont calculés sur la base des ressources affectées (CSA, CASA, fraction de CSG), puis partagés entre les départements selon une logique de péréquation prenant en compte plusieurs facteurs socio-démographiques et budgétaires. Dans le nouveau système, les enveloppes des deux concours « personnes âgées » et « handicap » seront calculées non plus en fonction de la dynamique des ressources affectées, mais de celle des dépenses³⁸. Le taux de couverture départemental doit ainsi rester constant dans le temps, ce qui aura pour effet de figer les éventuelles disparités départementales, et potentiellement de faire croître le concours CNSA plus rapidement que les recettes qui lui sont affectées.

Certains présidents de départements plaident sur un **partage de l'enveloppe non pas en fonction des dépenses réalisées, mais en fonction des dépenses théoriques que devraient prendre en charge les départements, au vu et à raison de leur profil socio-démographique**. L'objectif étant de ne pas favoriser et figer la situation des mieux disant appliquant des tarifs extralégaux, notamment dans le cadre de l'APA.

La ligne de démarcation entre dépenses légales et dépenses extralégales devra également être prise en compte. En effet, certains départements choisissent d'attribuer des aides selon des montants plus généreux que le barème national, soit en appliquant des tarifs planchers plus élevés soit en définissant de nouvelles tranches pour les prestations dégressives en fonction du revenu. C'est notamment le cas à Paris sur l'APA (cf. Annexe VII aides extralégales). Or, les dépenses légales et extralégales d'APA sont comptabilisées au sein d'une même ligne comptable correspondant aux montants versés aux bénéficiaires. Dans une logique de compensation des dépenses réelles, **il s'agira de différencier dans chaque département les dépenses légales et extralégales et de ne compenser que les premières**.

³⁶ Finalement promulgué à l'article 81 de la [loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025](#) qui modifie, notamment, les articles [L223-8](#) et [L223-11](#) du code de la sécurité sociale.

³⁷ [Article 44](#) de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. Cet article crée, à l'article L. 314-1 du CASF, un tarif minimal de valorisation de toute heure d'aide à domicile réalisée par un service d'aide à domicile prestataire et financée au titre de l'APA, de la PCH et de l'aide-ménagère. La CNSA compense le surcoût pour les départements lié à la mise en œuvre de ce tarif minimal.

³⁸ [Article L223-12](#) du code de la sécurité sociale : « *Le concours mentionné au b du 3° de l'article L. 223-8 est fixé pour chaque département en prenant en compte : 1° Les dépenses réalisées par le département au titre des dépenses mentionnées au même b pour l'année 2025, constatées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; 2° Le taux de couverture pour l'année 2024 [...]* ».

2.4.2.2.2. Les concours de l'État intègrent des mécanismes de péréquation prenant en compte les dépenses d'aide sociales

Concours de l'État : les principaux concours faisant l'objet d'une péréquation en fonction du niveau de dépenses sociales identifiés par la mission sont :

- ◆ le dispositif de compensation péréquée (DCP) (1 168 M€ en 2024) : les recettes du fonds de péréquation DCP sont assises sur les produits de la taxe foncière sur les propriétés bâties perçues par l'État en année N-1. Elles sont ensuite réparties entre les départements selon deux critères :
 - le premier prend en **compte les restes à charges des départements concernant les dépenses liées au RSA, à l'APA et à la PCH**, une fois dégrévées les concours de la CNSA, les compensations au titre du RSA³⁹ et l'attribution du fonds de mobilisation départemental pour l'insertion⁴⁰ ;
 - le second prend en compte le revenu par habitant, et **la densité de bénéficiaires de l'APA, de la PCH/ACTP et du RSA socle dans la population départementale**.
- ◆ le fonds de mobilisation départemental pour l'insertion (FMDI)(432 M€ en 2023) : alimenté par un prélèvement sur recette de l'État, il est réparti en fonction de la densité du nombre de bénéficiaires du RSA.
- ◆ il existe également d'autres dispositifs de péréquation verticale, hors champ des allocations individuelles de solidarité, qui visent à réduire les inégalités de ressources des collectivités eu égard à leurs charges. Les principales dotations de péréquation sont intégrées dans la dotation générale de fonctionnement (DGF) : il s'agit de la dotation de péréquation urbaine (DPU) qui fait intervenir le nombre d'allocataires du RSA ainsi que les revenus et le potentiel financier, et de la dotation de fonctionnement minimale (DFM), à vocation plutôt rurale.

Mécanismes de péréquation horizontale : enfin, il faut également noter que le fond national de péréquation des DMTO prend en compte la dynamique et le poids des allocations individuelles de solidarité dans le calcul des péréquations horizontales. Créé par l'article 255 de la loi n°2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, il regroupe trois anciens fonds : le fonds DMTO « historique », le fonds de solidarité des départements (FSD) et le fonds de soutien interdépartemental (FSID). Il fait l'objet de deux prélèvements, l'un forfaitaire (0,34 % de l'assiette des DMTO de l'année précédente), l'autre d'un montant fixe réparti entre les départements dont le niveau de DMTO par habitant est le plus important. Le fonds est alloué en trois enveloppes aux logiques distinctes :

- la première enveloppe est destinée aux départements ruraux fragiles, et à ceux marqués par un taux de pauvreté élevé ;
- la seconde est destinée aux départements marqués par un potentiel financier ou des revenus faibles ;
- **la troisième enveloppe est destinée aux départements pour lesquels le reste à charge des allocations individuelles de solidarité est le plus élevé.**

³⁹ Prévues à l'article 59 de la loi de finances de 2004 et à l'article 51 de la loi de finances de 2009.

⁴⁰ Prévu à l'article L. 3334-16-2 du CGCT.

2.4.3. La séparation entre instructeur et financeur pour l'AAH et l'AAEH constitue un aléa moral, sans que la mission n'ait pu mettre en évidence de pratiques de départements allant dans ce sens, et constitue également une incitation négative en termes de contrôle et de lutte contre la fraude

Tandis que l'APA, la PCH et l'ASH sont financés par les conseils départementaux, sur leur budget, partiellement compensé par les concours de la CNSA pour les deux premières, l'AAH et l'AAEH sont respectivement financées par l'État sur le programme 157 et par la CNSA (cf. graphique 15). Pour autant, **les décisions d'attribution restent au niveau des CDAPH après instruction et proposition par les MDPH, qui n'en supportent pas la charge financière in fine**. De ce fait, les départements n'ont pas d'intérêt financier direct à durcir ou assouplir les conditions d'accès à l'AAH ou à l'AAEH (au niveau de l'instruction ou de l'évaluation) en fonction de leur situation budgétaire. Pour autant, cette séparation est à l'origine d'effets de bord qui ont un impact budgétaire, toutes administrations publiques confondues.

2.4.3.1. La séparation entre organe instructeur, financeur et le cas échéant payeur peut avoir une influence sur l'intensité des actions de lutte contre la fraude ou de paiement à bon droit.

L'analyse développée dans l'annexe V sur la fraude et le paiement à bon droit montre que **la stratégie de maîtrise des risques et de contrôle de la CAF ne porte pas sur les éléments instruits par les MDPH**. Or, la stratégie de maîtrise des risques et de lutte contre la fraude des MDPH est d'autant moins développée que les MDPH font face à des injonctions tendant d'une part à réduire les délais de traitement et, d'autre part, à « ouvrir » des droits sans en porter les conséquences financières directes (cf. Annexe V sur la fraude et le paiement à bon droit). **Dans le champ du handicap, la séparation instructeur financeur a donc comme effet de bord négatif de ne pas inciter les services instructeurs (MDPH) à développer leur stratégie de maîtrise des risques**, dans la mesure où la charge financière ne leur incombe pas et que leurs objectifs opérationnels (réduction des délais de traitement) sont désalignés.

D'une certaine manière, le sujet est similaire dans le champ de l'autonomie. Même si l'ensemble de la chaîne d'instruction, d'évaluation, de décision et de paiement est unifié sous la responsabilité du président du conseil départemental, en pratique, les différences de culture, d'outils, de pratiques entre services instructeurs et services payeurs sont susceptibles de conduire aux mêmes difficultés dans la chaîne du paiement à bon droit en général et de la lutte contre la fraude en particulier.

En outre, **la prise en compte des personnes arrivant en fin de droit pour l'AAH pâtit de la séparation instructeur payeur**. Afin de dégager du temps-agents pour instruire les nouveaux dossiers et réduire les délais d'instruction, les MDPH peuvent avoir intérêt à proroger automatiquement les droits des bénéficiaires, soit de façon pérenne (pratique constatée dans au moins un des cinq départements visités par la mission pour les TI supérieurs à 80 %). Par ailleurs, en l'absence de décision quant au renouvellement des droits d'AAH, les CAF sont amenées à prolonger temporairement le versement des prestations (avance de droits). Si les droits ne sont finalement pas renouvelés par la MDPH, la CAF doit se charger du recouvrement des indus générés, qui ne peut être que partiel au vu des populations considérées. **Les priorisations d'instruction (gestion des nouveaux entrants plutôt que des renouvellements par exemple) au sein des MDPH vont donc avoir un impact financier pour les CAF**, et ce même si certaines CAF ont mis en place des flux visant à alerter les MDPH sur les dossiers arrivant en fin de droit.

2.4.3.2. *La séparation entre service instructeur et service financeur peut être à l'origine d'aléas moraux*

La mission a identifié deux situations d'aléa moral potentiel, correspondant à des cas où l'intérêt financier de l'instructeur entre en conflit avec celui de l'organisme payeur ou avec celui du bénéficiaire⁴¹. Ces deux aléas sont les suivants :

- ♦ **aléa moral RSA/AAH** : les MDPH instruisent et attribuent les demandes d'AAH, versées par la CAF et financées sur le budget de l'État. En parallèle, les départements instruisent les demandes de RSA, qui sont financées sur leur budget, en partie sur recettes propres et en partie sur la base d'un concours de la part de l'État. Ces deux prestations sociales comportent une intersection commune, à savoir les personnes qualifiées à l'attribution du RSA sur la base de leurs ressources et de leur situation professionnelle, et par ailleurs susceptibles de bénéficier de l'AAH du fait d'un taux d'incapacité supérieur à 50 %. En cas de double qualification à l'AAH et au RSA, les personnes sont logiquement réorientées vers l'AAH, plus intéressante financièrement pour le bénéficiaire et n'emportant pas d'obligation d'inscription à France Travail ou de signature d'un contrat d'engagement quant au parcours d'insertion sociale et professionnelle. De fait, une proportion importante d'allocataires de l'AAH étaient auparavant allocataires du RSA (environ 30 %, cf. Fiche monographique sur l'AAH). Il existe donc en théorie un **aléa moral pour les départements comme pour les demandeurs ou bénéficiaires, qui ont un intérêt à une bascule du RSA vers l'AAH**.

Cela pourrait conduire les services évaluateurs, sur instruction du département, pour des raisons financières et/ou dans le cadre d'une politique sociale à surévaluer le taux d'incapacité pour atteindre le seuil permettant de bénéficier de l'AAH, et le cas échéant d'accorder la reconnaissance substantielle et durable d'accès à l'emploi⁴² (RSDAE) de manière assouplie. **La mission n'a pas été en mesure de mettre en évidence des pratiques de départements allant dans ce sens**. En revanche, il lui a été rapporté que certains évaluateurs peuvent être conduits à augmenter le taux d'incapacité **pour permettre l'ouverture de droits (sur le champ de l'AAH comme de l'AEEH)**⁴³. D'autre part, les évaluateurs ont témoigné d'une hausse du nombre de dossiers d'AAH (ou d'AEEH) déposés pour des raisons sociales plus que médicales.

⁴¹ La mise en évidence effective de ces aléas moraux aurait nécessité soit de procéder par échantillonnage de dossiers, ce qui aurait nécessité un avis médical et n'était pas compatible avec le temps de mission ; soit de croiser statistiquement des données individuelles portant sur les ouvertures de droit RSA et AAH.

⁴² Nécessaire pour les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 80 % pour bénéficier de l'AAH2.

⁴³ À titre d'exemple, l'un des dossiers d'AEEH présentés en CDAPH auquel la mission a eu accès indique ainsi : « L'EP a évalué un taux d'incapacité inférieur à 50 % dans un premier temps car cet enfant apparaît peu impacté dans sa vie sociale, familiale et dans sa scolarité puisque ses résultats scolaires sont la moyenne de sa classe d'âge. Néanmoins l'existence de ses troubles graphiques, de coordination et d'attention risquent de l'impacter de plus en plus à mesure que les exigences scolaires vont aller grandissant et nécessitent la mise en place de rééducations, aussi l'EP propose un taux transitoire de 50-79 %, ce qui permet d'ouvrir l'accès à l'AEEH ».

- ♦ **aléa moral APA/aides sociales de la CNAV** : certaines aides humaines attribuées dans le cadre de l'APA (rémunération d'une aides ménagères, portage de repas) instruites et financées par les conseil départementaux portent sur les mêmes champs que les aides extralégales attribuées par les caisses de retraites. Les premières ciblent les personnes âgées dont la perte de dépendance est la plus forte (GIR 1 à 4), tandis que les secondes ciblent les GIR 5 et 6 (à l'exception des personnes âgées dont le niveau de revenu est inférieur au minimum vieillesse, cf. Annexe VII). Dans le cadre du mécanisme de reconnaissance mutuelle des GIR introduit par la loi ASV, il est financièrement intéressant pour le département de « sous-estimer »⁴⁴ le GIR de personnes âgées de niveau 4, pour les renvoyer vers les aides de la CNAV. **La mission n'a pas non plus mis en évidence de pratiques de départements allant dans ce sens.**

2.5. La part résiduelle non expliquée dans les disparités d'attribution est significative pour l'ASH, l'AEEH et la PCH

L'objectivation de la part des disparités départementales de dépenses d'APA, d'ASH, d'AAH, d'AEEH et de PCH expliquée par les caractéristiques socio-économico-démographiques des populations ainsi que par des caractéristiques de contexte départemental de l'offre institutionnelle et de situation budgétaire est l'un des enjeux de la lettre de mission. Dans cet esprit, l'un de ses objets est, par différence, d'évaluer la part des disparités s'expliquant par des écarts de pratiques pour les modalités d'instruction, de financement, de contrôle de ces aides. À partir des modèles économétriques estimés précédemment, **il est ainsi possible de prédire un taux de bénéficiaires et un montant moyen par bénéficiaire pour chaque département**, en tenant compte des valeurs de leurs variables explicatives et des coefficients estimés sur l'échantillon national. Un contrefactuel des dépenses d'aides sociales par département peut ainsi être reconstitué sur la base des caractéristiques de sa population

Néanmoins, **l'approche statistique ne permet pas de tenir la part résiduelle non expliquée des disparités pour une mesure de la part s'expliquant par des différences dans les processus d'attribution des aides.** Le « résidu »⁴⁵ statistique contient des variables non observées au sens économétrique, c'est-à-dire non mesurées. Les variables de modalités d'instruction, de financement, de contrôle de ces aides en font partie, comme ce peut être le cas de facteurs d'une autre nature tels que la prévalence de comportements à risques (par exemple alcoolisme, tabagisme etc.) dans un département concernant les aides aux personnes en situation de handicap, ou d'autres dimensions des situations personnelles qu'il est difficile de saisir au niveau départemental agrégé. Par nature, le résidu d'un modèle statistique ne peut pas être attribué de manière déductive et univoque à des variables non observées dans le modèle.

La comparaison interdépartementale des résidus, pour une aide donnée, permet d'identifier les départements pour lesquels la part de dépenses d'aides sociales inexpliquées par les variables socio-économico-démographiques ainsi que les variables d'offre est la plus forte. Un résidu positif signifie que l'aide réellement versée est supérieure à la valeur prédite par les seules caractéristiques socio-économiques de sa population et inversement. Il est pertinent d'exprimer ce résidu en pourcentage des dépenses d'aides en 2023, afin de normaliser ce montant par le montant des sommes dépensées, très différentes entre les départements (cf. graphique 25), et d'annuler le biais lié à l'effet taille des départements dans l'analyse.

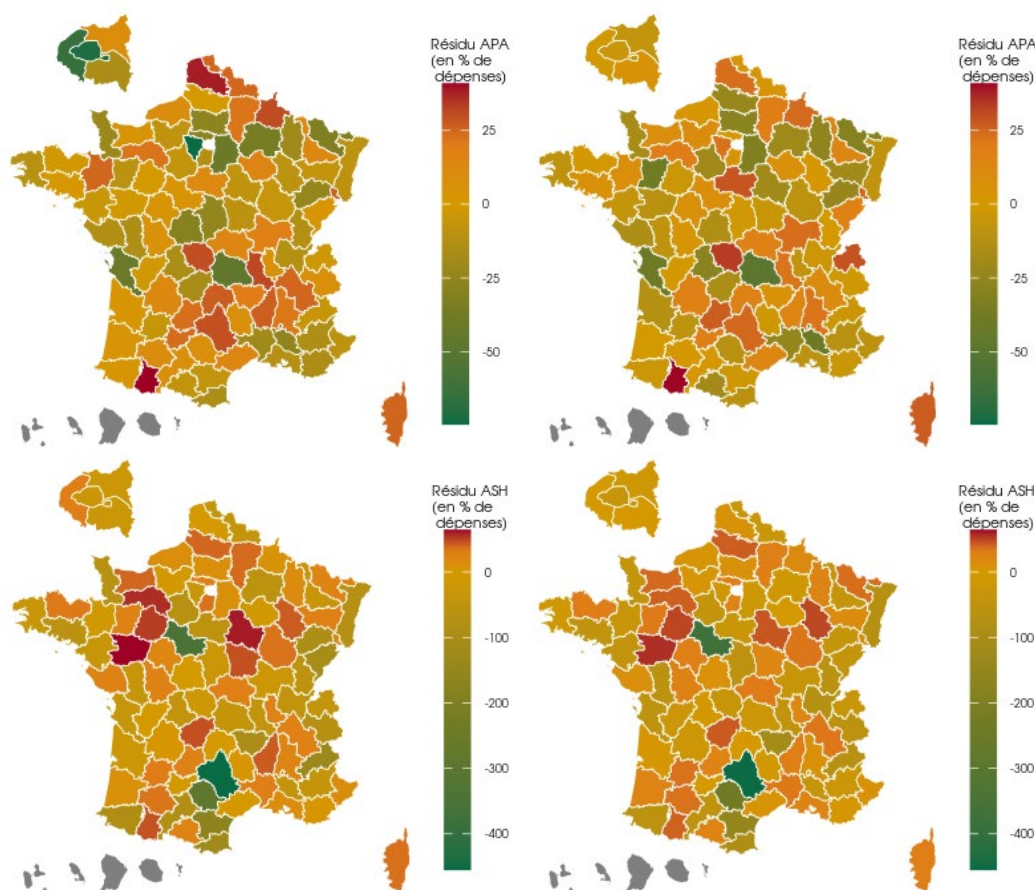
⁴⁴ En augmentant le GIR évalué pour la personne concernée, GIR5 plutôt que GIR4 en particulier.

⁴⁵ Au cas présent, le résidu est la différence entre la valeur départementale réellement observée et la valeur théorique issue de l'application de la régression statistique au département concerné.

La comparaison de l'évolution des résidus entre les prédictions issues du modèle intégrant uniquement les variables socio-économico-démographiques des populations et celles issues des modèles comprenant également les variables d'offre en établissement permet d'identifier les départements pour lesquels le contexte départemental (offre d'établissement, potentiel fiscal etc.) compte particulièrement. À titre d'exemple, le département des Yvelines apparaît comme significativement en retrait pour ses dépenses réelles d'APA par rapport à ce que le modèle fondé sur les caractéristiques socio-économico-démographiques de sa population prédit. Néanmoins, ce département présente un taux d'équipement en EHPAD (mesuré par le nombre de places pour 1 000 personnes âgées) plus faible que la moyenne nationale. Cette variable est positivement corrélée aux dépenses d'APA selon les résultats du modèle économétrique. Une fois cette caractéristique prise en compte dans le cas des Yvelines, le résidu de dépenses d'APA n'est plus négatif, et le département n'apparaît plus comme particulièrement peu généreux.

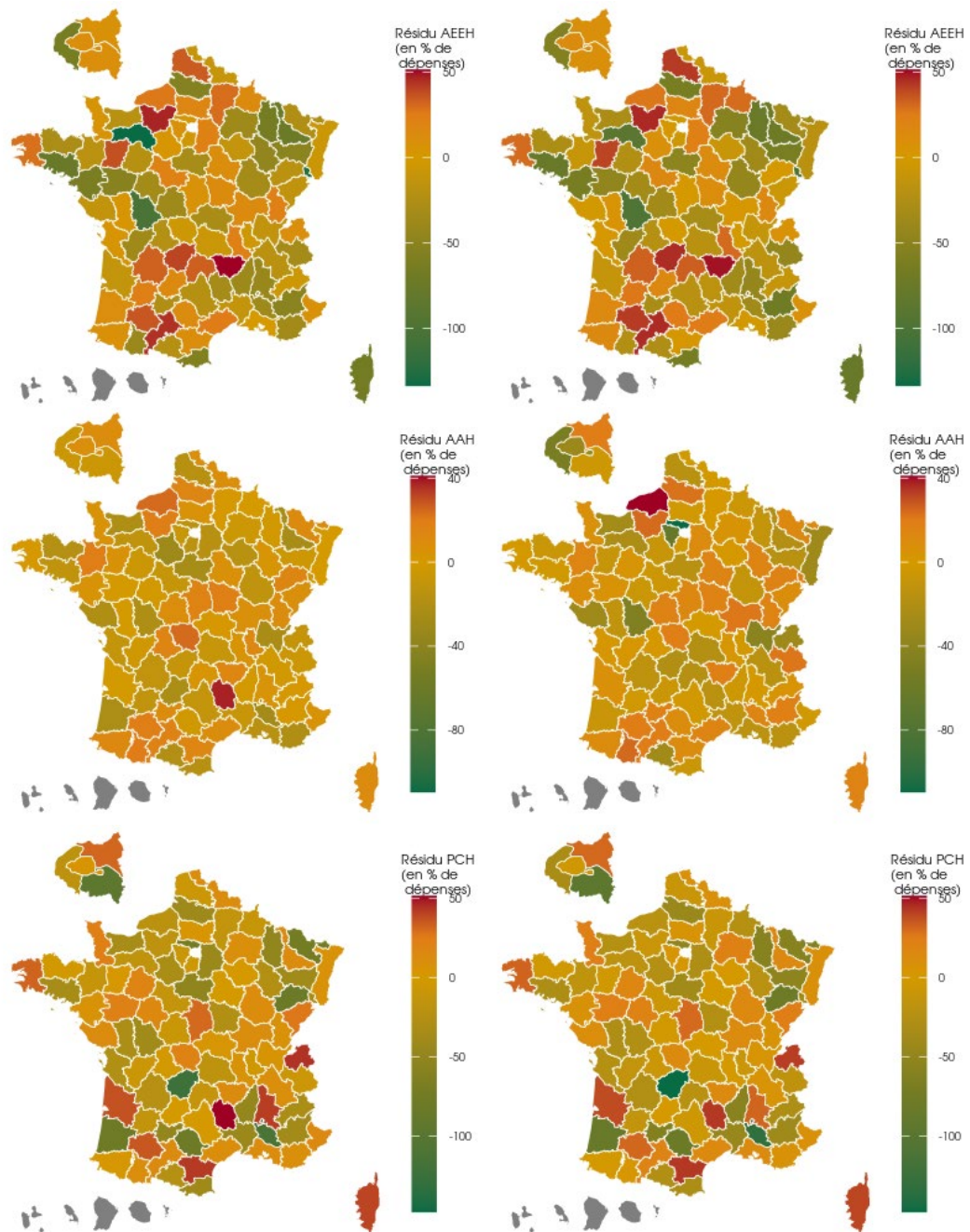
Par ailleurs, quelle que soit l'aide considérée, les résultats ne permettent pas d'observer une régionalisation des résidus, pourtant suggérée par certaines études⁴⁶ anciennes. L'hypothèse d'une diffusion « régionalisée » de pratiques départementales de prises en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap n'est pas vérifiée.

Graphique 25 : Disparités départementales des résidus statistiques, en % des dépenses d'aide sociale légale, avant et après intégration des facteurs d'offre, en 2023

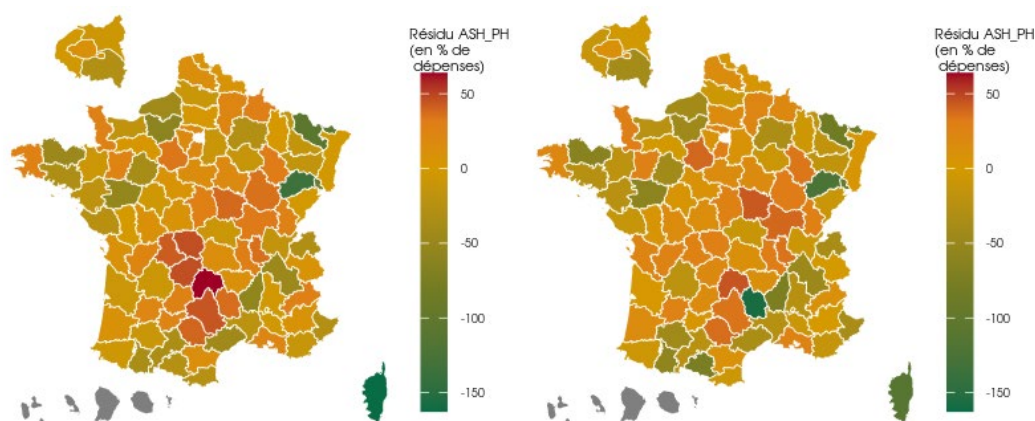


⁴⁶ DG Trésor, 2008, « Une analyse des déterminants de la dépense d'action sociale départementale », [Trésor-éco](#) n°48.

Annexe III



Annexe III



Source : Drees enquête Aides sociales. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

Note : de haut en bas APA, ASH-PA, AEEH, AAH, PCH, ASH-PH. Dans la colonne du gauche sont affichés les résidus des modèles n'intégrant que les variables socio-économico-démographiques des populations, dans celle de droite, les résidus des modèles intégrant l'ensemble des variables, dont celle d'offre en établissements. La somme des résidus pondérée par la population de chaque département est nulle. Les DROM sont exclus de l'exercice prédictif du fait de situations extrêmes qui nuisent à la lisibilité de cette représentation graphique des résultats. *Note de lecture :* les dépenses d'APA observées dans les Hautes-Pyrénées sont supérieures de 40 % aux dépenses attendues en tenant compte des caractéristiques socio-économico-démographiques et de structuration de l'offre en établissement propre à ce département.

Le classement des départements par ordre de résidus (des résidus négatifs aux résidus positifs), exprimés en part de la valeur des dépenses en 2023, montre qu'il s'agit de départements différents qui apparaissent parmi les trois départements avec le plus fort ou le plus faible résidu pour chaque aide (cf. tableau 13). **Néanmoins, la corrélation entre les résidus des différentes aides est plutôt positive, suggérant une relative dépendance de la part non-expliquée, entendue comme une approximation du niveau de générosité, entre les différentes aides.** Cette hypothèse doit pourtant être également complétée des éventuels effets de l'« imbrication » des prestations entre elles (éligibilité, cumul ou non) qui est également et *toutes choses égales par ailleurs*, une autre explication au moins théorique de la corrélation des résidus des différentes aides (cf. 1.1).

Tableau 13 : Classement des départements présentant les résidus les plus marqués en valeur absolue (hors DROM)

Rang	APA	ASH-PA	AAH	AEEH	PCH	ASH-PH
1 ^e	Puy-de-Dôme	Lozère	Val d'Oise	Territoire de Belfort	Corrèze	Aveyron
2 ^e	Vaucluse	Haute-Saône	Yvelines	Vienne	Vaucluse	Loir-et-Cher
3 ^e	Charente-Maritime	Collectivité de Corse	Hauts-de-Seine	Orne	Val-de-Marne	Tarn
92 ^e	Haute-Savoie	Eure-et-Loir	Eure	Haute-Garonne	Haute-Savoie	Haute-Marne
93 ^e	Creuse	Nièvre	Hautes-Pyrénées	Eure	Lozère	Sarthe
94 ^e	Hautes-Pyrénées	Cantal	Seine-Maritime	Haute-Loire	Aude	Maine-et-Loire

Source : Pôle science des données de l'IGF.

Annexe III

Les résidus des modèles, autrement dit la différence entre les dépenses observées et les dépenses théoriques attendues uniquement des variables socio-économico-démographiques et d'offre départementales en structures d'accueil ou de potentiel financier, **peuvent également être corrélés aux modalités d'instruction, de financement, de contrôle de ces aides**. Tout en conservant les précautions méthodologiques rappelées précédemment, il est possible de croiser la valeur des résidus (en pourcentage des dépenses d'aides en 2023) avec des variables relatives au traitement des dossiers par les services départementaux.

Les données de la CNSA fournissent plusieurs indicateurs d'activité des MDPH, notamment le nombre de décisions et avis rendus, les délais de traitement, le nombre total d'accords, le nombre de personnes ayant un droit RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) ou attribué sans limitation de durée (DSLDD) dans le cas de l'AAH ou encore la part de demandes génériques. Le résidu des aides aux personnes en situations de handicap, exprimé en pourcentage des dépenses pour chaque aide en 2023, est régressé sur les variables suivantes :

- ◆ le **taux de couverture de la population par la MDPH**, soit la part de la population ayant au moins un droit ouvert auprès de la MDPH ;
- ◆ le **taux d'accords**, soit la part d'accords parmi le nombre total de décisions et avis rendus par la MDPH ;
- ◆ le **taux de droits RQTH ouverts**, soit la part de personnes ayant au moins un droit RQTH ouvert auprès de la MDPH parmi le nombre de personnes ayant au moins un droit ouvert auprès de la MDPH ;
- ◆ les **délais moyens de traitement** pour chaque aide ;
- ◆ la **part de demandes génériques** parmi le nombre total de demandes pour chaque aide ;
- ◆ la **part de DSLDD** parmi les bénéficiaires de l'AAH 1 ;
- ◆ le **reste à charge des départements en PCH après compensation de la CNSA**, en pourcentage des dépenses totales de PCH.

Cette approche permet de mieux caractériser les facteurs associés à des résidus plus ou moins élevés en identifiant des corrélations *toutes choses égales par ailleurs*, entre des différences d'activités des MDPH dans les départements et le fait de présenter une part statistique non-expliquée plus ou moins grande. Les corrélations ainsi identifiées peuvent permettre de mieux caractériser les disparités dans leur dimension non-expliquée et ne peuvent pas s'entendre comme ayant une influence causale.

Tableau 14 : Régression des résidus d'AAH, de PCH et d'AEEH sur les variables relatives au fonctionnement des MDPH en 2023

Variable	Résidu AAH (en % des dépenses 2023)	Résidu PCH (en % des dépenses 2023)	Résidu AEEH (en % des dépenses 2023)
Intercept	-35.1594	-253.1447***	-87.9309**
Taux de couverture	2.0427°	1.2619	3.8538*
Taux d'accords	-0.0535	0.2319*	0.1941**
Taux de droits RQTH ouverts	0.3604	1.2265**	0.4106
Délai moyen de traitement AAH	1.4222	-	-
Délai moyen de traitement PCH	-	-1.9598	-
Délai moyen de traitement - Enfant	-	-	1.8273
Part de demandes génériques AAH	-0.2496	-	-
Part de demandes génériques PCH	-	-1.2474*	-
Part de demandes génériques AEEH	-	-	0.3999
Part des droits AAH 1 accordés sans limitation de durée	-0.0073	-	-

Annexe III

Variable	Résidu AAH (en % des dépenses 2023)	Résidu PCH (en % des dépenses 2023)	Résidu AEEH (en % des dépenses 2023)
Reste à charge des départements PCH après compensation CNSA	-	2.5994***	-
R ²	0.129	0.467	0.105
R ² ajusté	0.06	0.424	0.044

Source : Drees enquête Aides sociales, CNSA, Insee RP. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

Note : *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, ° $p < 0,1$. n.s. : non-significatif ($<10^{-3}$) ; la population départementale est utilisée comme pondération des observations. Les écarts-types sont corrigés de biais d'hétéroscédasticité par la méthode de correction de White.

Les variables d'activité des MDPH n'expliquent qu'entre 10 % (AEEH) (cf. Tableau 14) et 14 % (PCH) des disparités de résidus autrement dit la part non-expliquée des disparités de dépenses ne semble pas dépendre principalement de l'activité des MDPH. Dans le cas de la PCH, l'introduction de la variable de reste à charge après compensation par la CNSA augmente sensiblement la part des disparités de résidus expliqués, la portant à 47 %. L'augmentation d'un point de pourcentage du reste à charge du département pour le financement de la PCH (en % du montant total des dépenses de PCH) augmente de 2,6 points de pourcentage le résidu de PCH (en % du montant total des dépenses de PCH). Ainsi, **le reste à charge des départements est corrélé positivement au fait de présenter des dépenses observées de PCH plus élevées que ce qui est attendu compte tenu des variables prises en compte dans le modèle.** Il n'est toutefois pas possible d'identifier le lien de causalité entre ces deux variables à partir de données en coupe.

Aucun coefficient estimé dans le modèle explicatif des résidus d'AAH n'apparaît comme statistiquement significatif, ce qui suggère que les disparités de dépenses d'AAH non-expliquées ne proviennent pas des activités des MDPH mesurées par les variables analysées. Le taux d'accords est en revanche significatif dans le cas de l'AEEH et de la PCH : les départements ayant un taux d'accords supérieur d'un point de pourcentage à la moyenne présentent des résidus supérieurs d'environ 0,2 points de pourcentage. Le taux de droits RQTH ouvert est également corrélé positivement avec les résidus de PCH, à l'inverse de la part de demandes génériques, corrélée négativement. Ainsi, **le taux d'accords, le taux de droits RQTH ouverts et la part de demandes génériques apparaissent comme des facteurs significatifs qui influencent le part des disparités départementales de PCH non-expliquées par des variables socio-économico-démographiques ou d'offre de structures d'accueil.**

Pour les aides légales instruites et versées par les départements pour les personnes âgées en perte d'autonomie, **des différences de dépenses moyennes d'APA à domicile sont observées le long de la distribution des résidus d'APA : les départements pour lesquels le résidu est négatif présentent en moyenne des dépenses d'APA en euros par habitant en GIR 1 à 4 plus faibles que les départements à résidus positifs.** Ces différences ne sont pas observées dans le cas de l'APA en établissement, suggérant qu'une source non expliquée des disparités réside dans l'évaluation puis la formalisation des plans d'aides attribués aux bénéficiaires de l'APA à domicile. Par ailleurs, le reste à charge d'APA pour les départements après compensation de la CNSA n'apparaît pas comme significativement corrélé d'un point de vue statistique avec les résidus de dépenses d'APA.

3. Les hausses tendancielle de dépenses estimées à horizon 2030, tant dans le champ du handicap que de l'autonomie des personnes âgées, sont très supérieures aux marges d'économies liées à l'harmonisation des pratiques départementales dans l'attribution des aides

3.1. La part excédentaire des disparités non-expliquées représente 440 M€ pour l'APA, et 572 M€ pour l'AAH

Les précautions d'interprétation de la part non-expliquée des disparités s'appliquent et ne doivent pas mener à interpréter ce résidu⁴⁷ comme la conséquence de pratiques départementales discrétionnaires différenciées, ni comme un gisement d'économie aisément mobilisable. Néanmoins, il peut être pertinent, à titre illustratif, de chiffrer ce que représente cette part non expliquée. L'hypothèse utilisée par la suite consiste à considérer que les départements qui présentent un résidu positif ont dans une certaine mesure des marges de manœuvre pour réduire leurs dépenses d'aides sociales à un niveau proche du niveau attendu en considérant leurs spécificités socio-économico-démographiques et d'offre en structures d'accueil pour la prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap (*i.e.* les variables prises en compte dans les modèles).

Ce chiffrage est le plus fiable dans le cas de l'APA et de l'AAH, où les modèles présentent des pouvoir explicatifs élevés, suggérant une spécification économétrique prenant en compte les variables pertinentes. Ainsi, **les disparités non-expliquées par les variables intégrées dans les modèles représentent un montant de 440 M€ pour l'APA et de 572 M€ pour l'AAH en ne tenant compte que des résidus positifs**⁴⁸, et un montant total estimé à 2,25 Mds€ (*cf.* tableau 15).

Tableau 15 : Montant correspondant à la somme des résidus positifs en 2023 (hors DROM)

Aide	APA	ASH-PA	AAH	AEEH	PCH	ASH-PH
Gisement d'économies (M€)	440	164	572	151	304	620

Source : données Drees enquête Aides sociales et CNAF. Calculs : Pôle science des données de l'IGF.

3.2. Le modèle LIVIA, qui prédit l'évolution des situations de perte d'autonomie et *a fortiori* l'évolution des dépenses associées, n'a pas d'équivalent dans le champ du handicap, pourtant plus dynamique en termes de dépenses

L'estimation d'un tendanciel portant sur les dépenses d'aides sociales légales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie pour les personnes âgées se fonde sur deux éléments :

⁴⁷ Au cas présent, le résidu est la différence entre la valeur départementale du montant total d'aide réellement observée et la valeur théorique, prédite à partir de l'application de la régression statistique au département concerné.

⁴⁸ Le calcul effectué consiste à sommer l'ensemble des résidus positifs pour chaque aide.

- ♦ **une évolution « épidémiologique » de la prévalence du handicap et de la perte d'autonomie selon l'âge et les conditions de vie**, dans la mesure où ces déterminants expliquent une part importante des dépenses d'aides sociales dans le champ de la mission. En particulier, le pic démographique, poussé par le vieillissement des « *babyboomers* », attendu à partir de 2030, aura un impact sur le nombre de personnes âgées dépendantes. En 2025, la France compte plus de 19 millions de personnes âgées de 60 ans et plus, dont 2 790 000 considérées comme en situation de perte d'autonomie, soit 4 % de la population nationale. En 2030, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait atteindre, d'après les prévisions de la DREES, plus de 3 millions de personnes dans un scénario stable ;
- ♦ **l'anticipation des évolutions institutionnelles portant sur la reconnaissance des pathologies et limitations dans l'octroi des droits**. Cet enjeu est particulièrement important dans le champ du handicap. La dynamique des aides dans ce champ est avant tout portée par un élargissement des droits couverts (PCH « psy », « surdité », maladie de Charcot) ainsi que de leurs retentissements et circonstances (PCH parentalité) tels qu'ils sont pris en compte dans les dispositions qui régissent la prestation.

Néanmoins, le matériel statistique existant pour élaborer des estimations de ces tendancielles est très inégal entre le champ du handicap et celui de la perte d'autonomie.

3.2.1. Les modèles existants permettent d'anticiper une hausse de 2,5 % par an de l'APA d'ici à 2030 et de tenir compte de l'effet des réformes

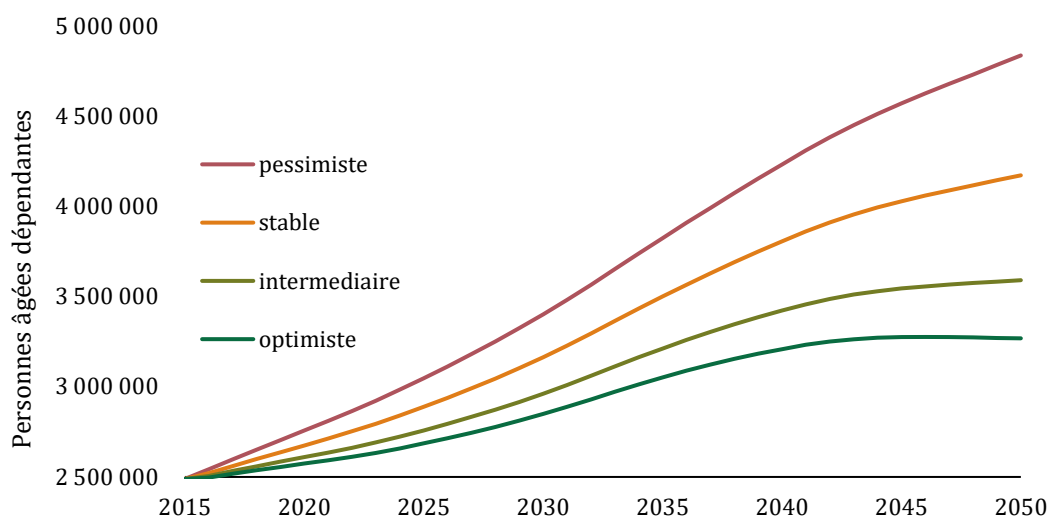
Avec les modèles EP24 et Livia, la DREES dispose de modèles de projection et de micro simulation de l'évolution des seniors en perte d'autonomie permettant de fournir une estimation de l'évolution des montants d'APA entre 2023 (dernier millésime disponible pour l'enquête Aide sociale de la DREES) et 2030 : **le montant d'APA versé (à domicile et en établissement) augmenterait de 17,2 % (soit 2,5 % par an)⁴⁹, soit une augmentation de 1 198 millions d'euros, pour atteindre un total de 8 184 M€ en 2030.**

Ces résultats reposent d'abord sur des projections « épidémiologiques » d'évolution des seniors en perte d'autonomie issues du modèle EP24. Ainsi, en poursuivant les tendances récentes en termes d'évolution de l'espérance de vie (scénario pessimiste de l'Insee) et en suivant l'hypothèse selon laquelle les gains d'espérance de vie sont entièrement des gains d'espérance de vie sans perte d'autonomie, le nombre de seniors en perte d'autonomie augmenterait de 9,9 % entre 2023 et 2030 (cf. graphique 26).

Le modèle Livia permet d'ajouter à ces projections des scénarios de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, afin de simuler l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement et à domicile. En particulier, dans un contexte de virage domiciliaire, c'est-à-dire en considérant que le nombre de créations de places en hébergement pour personnes âgées est limité (+0,7 % par an), mais en faisant l'hypothèse que les seniors en perte d'autonomie (en particulier, sévère) sont accueillis en priorité en établissement, et que tous les seniors en perte d'autonomie accueillis en établissement sont bénéficiaires de l'APA, le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement augmenterait de 8,2 % sur la période.

⁴⁹ Sur la période 2017-2023, l'estimation d'évolution du montant total de l'APA simulée à partir du modèle LIVIA (+17,4 %) sous-estime l'évolution réellement observée (+18,8 %). En particulier, l'évolution du coût moyen à domicile est sous-estimée (+12,4 % simulé contre +16,4 % observé). L'évolution du nombre de bénéficiaires a – au contraire – été surestimée : les créations de places ont été moins importantes que prévu par le modèle et la baisse du taux d'occupation des établissements ne pouvait pas être anticipée.

Graphique 26 : Scénarios de la perte d'autonomie à horizon 2025



Source : DREES-INSEE (2024), Nombre de seniors dépendants de 2015 à 2050 - modèle EP24.

Les simulations précédentes reposent sur l'observation des plans d'aide accordés en 2017 (remontées individuelles (RI) des bénéficiaires de l'APA de 2017 fournies par les conseils départementaux) et sur une enquête auprès des résidents des établissements pour personnes âgées en 2016 (enquête CARE, DREES). Les simulations n'intègrent pas de changement de comportements qui pourraient avoir eu lieu (modification dans la composition des plans d'aide accordés par les départements ou dans la gamme des établissements fréquentés).

Par ailleurs, la Drees a développé le modèle de micro-simulation Autonomie, qui vise à évaluer les effets des réformes sur les besoins en soins, les dépenses de santé et les dispositifs d'accompagnement des seniors, selon différents scénarios du degré de prise en charge institutionnelles des personnes âgées. Ce modèle intègre l'APA, l'ASH, l'aide au logement ainsi que les différentes déductions fiscales afin de calculer le reste à charge des bénéficiaires. Il repose également sur les données des RI APA et ASH-PA pour l'année 2017, ainsi que sur l'enquête CARE.

3.2.2. Malgré un enjeu budgétaire prégnant, il n'existe pas de modèle de projection des dépenses dans le champ du handicap

La mission n'a pas pu identifier l'existence d'un appareil statistique similaire dans le champ du handicap, ni en statique, ni *a fortiori* en capacité de modélisation projective. Le développement d'un pendant des modèles Livia et Autonomix revêtirait pourtant un intérêt particulier pour le décideur public au vu des dynamiques de dépense plus importantes que dans le champ des personnes âgées.

Les raisons principales à cette absence résident dans la difficulté à mesurer la prévalence du handicap et *a fortiori* son évolution d'une part, et dans la relative indépendance des dynamiques d'évolution des dépenses des aides aux personnes handicapées aux prévalences de handicap appréhendées sous l'angle statistiques d'autre part. Outre cette première difficulté, le développement d'un pendant à Livia et Autonomix se heurte également aux évolutions législatives très régulières cadrant le périmètre pris en charge par les aides dans le champ du handicap. En d'autres termes, les augmentations fréquentes (déconjugalisation de l'AAH, ajout des forfaits parentalité ou surdicécité dans le cadre de la PCH) constituent des éléments d'incertitude pour évaluer une tendance dans le champ du handicap.

Annexe III

La mission a néanmoins pu obtenir auprès de la CNAF des projections de dépenses d'AEEH à l'horizon 2030⁵⁰. Ces projections s'appuient sur des hypothèses économiques fournies par la DSS, des données démographiques et des balances comptables, sans formuler néanmoins différents scénarios d'évolution de ces hypothèses et données sous-jacentes. **Les dépenses d'AEEH en 2030 sont estimées à 2 404 M€, soit une évolution de +64 % par rapport à 2023.**

⁵⁰ CNAF-DSER, en collaboration avec la DSS

Analyse statistique de groupement homogène de départements afin d'éclairer les choix de déplacements de la mission

Afin d'identifier un échantillon de départements représentatifs pour ses déplacements, la mission a eu recours à un algorithme de « clustering⁵¹ » pour procéder à un regroupement de départements sur la base de leurs caractéristiques observables.

Le choix a été fait de fonder ce regroupement sur des variables démographiques, sociales, économiques et sanitaires des départements, en excluant les variables relatives aux dépenses d'aides sociales. L'idée était d'asseoir la représentativité de l'échantillon sur les structures départementales sous-jacentes aux aides sociales, afin de comprendre les processus d'instruction, d'évaluation et de financement de ces aides à partir des dynamiques départementales différenciées. Ainsi, les variables utilisées pour regrouper les départements s'effectue à partir de 5 types de variables :

- ◆ **la prévalence de la perte d'autonomie** (mesurée par la proportion de personnes âgées, l'indice de vieillissement, le GIR moyen pondéré des personnes âgées en établissement) **et du handicap** (mesuré par le handicap déclaré dans l'enquête Vie Quotidienne et Santé de la Drees de 2021) ;
- ◆ **la structure socio-démographique**, mesurée par la part de la population vivant hors d'un pôle urbain, la part des personnes âgées vivant seules, la part d'ouvriers et agriculteurs dans la population etc. ;
- ◆ **les conditions socio-économiques**, mesurées par le niveau de vie médian, le taux de pauvreté, le taux de chômage etc. ;
- ◆ **l'offre sanitaire**, mesurée par le taux d'équipement en structure d'accueil (EHPAD, ESAT, ESMS etc.) pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap ;
- ◆ **la richesse du conseil départemental**, entendu comme le potentiel fiscal par habitant ainsi que le potentiel financer et l'encours de dette.

Étant donné les spécificités des DROM au regard de ces variables, ces départements ont été exclus du jeu de données utilisé pour mener les analyses suivantes, car leur inclusion modifiait de manière trop significative les résultats.

I. Approche par la méthodologie des k-moyennes

Les caractéristiques des départements s'exprimant selon plusieurs dimensions, sur des échelles et dans des unités différentes, elles sont standardisées (cf. encadré 3) afin de faciliter la construction d'une mesure de distance cohérente entre les variables.

Encadré 3 : Standardisation des données

La standardisation vise à rendre des observations comparables en créant une échelle commune aux différentes variables les décrivant. Ce processus consiste pour n variables aléatoires $(X_i)_{i \in \llbracket 1, n \rrbracket}$ à déduire de chaque variable aléatoire X_i sa moyenne μ et à la diviser par son écart-type σ . Ainsi la variable aléatoire $X_{i, std} = \frac{x_i - \mu}{\sigma}$ est de moyenne nulle et de variance unitaire.

Source : Pôle science des données de l'IGF.

⁵¹ Le partitionnement de données (ou « clustering ») est une méthode statistique d'analyse des données. Elle vise à répartir un ensemble de données, en l'occurrence les départements, en différents « groupes » homogènes, en ce sens que les données de chaque sous-ensemble partagent des caractéristiques communes, qui correspondent le plus souvent à des critères de proximité, construits en introduisant des mesures et classes de distance entre objets, selon les valeurs prises, pour ces observations (toujours les départements), par différentes variables.

Les départements sont ainsi regroupés par un algorithme de *clustering*. Celui-ci fait partie des méthodes d'apprentissage automatique non supervisé : les *clusters* d'observations sont créés sans étiqueter au préalable les données, en s'appuyant uniquement sur les caractéristiques observées. Par souci d'interprétabilité de la typologie obtenue, l'approche par l'algorithme des k-moyennes est privilégié (cf. encadré 4).

Encadré 4 : Algorithme des k-moyennes

L'algorithme des *k-moyennes* consiste à définir k points qui représentent les positions centrales des clusters. Les observations sont ainsi catégorisées en k groupes ou *clusters*, réalisant une partition de l'ensemble des départements, k étant un paramètre du modèle renseigné par l'utilisateur.

Formellement, l'algorithme des *k-moyennes* cherche à partitionner un ensemble de points $(x_1, x_2, \dots, x_n)$ en k ensembles $S_1, \dots, S_k$, ou *clusters*, minimisant la distance totale entre les points et le barycentre du cluster auquel chacun de ces points a été affecté. Le but est donc de trouver les valeurs de $S_1, \dots, S_k$ minimisant la quantité suivante :

$$\sum_{i=1}^k \sum_{x_j \in S_i} \|x_j - \mu_i\|^2$$

Où μ_i est le barycentre de S_i .

L'algorithme répondant à ce problème de minimisation est alors le suivant :

1). Choix de k points représentant les positions moyennes $\mu_1^{(1)}, \mu_2^{(1)}, \dots, \mu_k^{(1)}$ initiales de chacune des *clusters* $S_1^{(1)}, S_2^{(1)}, \dots, S_k^{(1)}$, ces *clusters* pouvant, par exemple, être choisis au hasard.

2). Répéter jusqu'à convergence :

1). Affecter chaque observation au cluster dont le barycentre est le plus proche :

$$S_i^{(t)} = \{x_j : \|x_j - \mu_i^{(t)}\| \leq \|x_j - \mu_l^{(t)}\| \text{ } l \in \{1, \dots, k\}\}$$

2). Mettre à jour le barycentre de chaque cluster :

$$\mu_i^{(t+1)} = \frac{1}{|S_i^{(t)}|} \sum_{x_j \in S_i^{(t)}} x_j$$

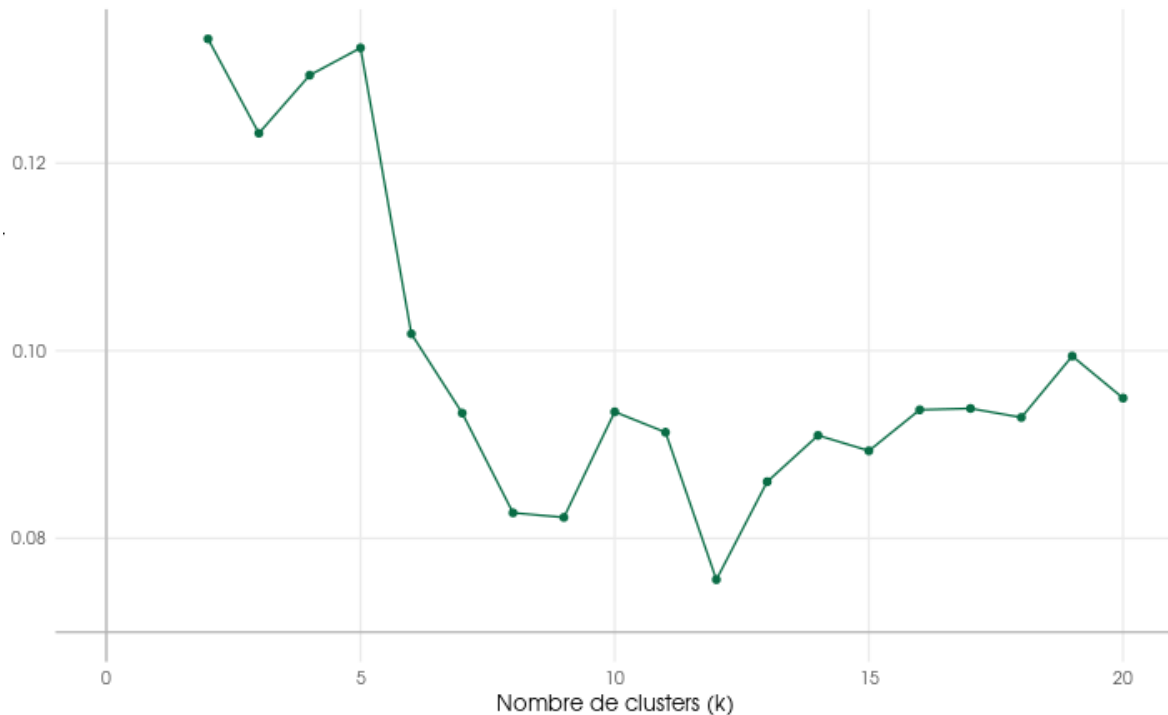
Source : Pôle science des données de l'IGF.

Si le nombre de groupes peut être déterminé *a priori* afin de conserver l'interprétabilité des résultats, un arbitrage optimal peut-être fait entre le nombre de groupes et leur taille à l'aide du score de silhouette (cf. graphique 27).

II. Résultats du clustering

D'après la méthode du score de silhouette, le nombre optimal de cluster est de deux ou de cinq (cf. graphique 27). Afin d'introduire plus de diversité dans le regroupement de départements, le nombre de cinq clusters a été retenu.

Graphique 27 : Résultats du score de silhouette



Source : Pôle science des données de l'IGF.

La procédure de *clustering* permet de dégager cinq grands groupes, qui ne sont toutefois pas nettement distingués, traduisant un fort « noyau dur » de départements aux caractéristiques similaires :

- ◆ le premier groupe comprend principalement des départements présentant de plus fortes difficultés socio-économiques ;
- ◆ le second groupe comprend trois départements d'Île-de-France (Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne), qui se caractérisent par une population très nombreuse et un fort taux d'urbanisation ;
- ◆ le troisième groupe ne contient que le département de la Lozère, tant sa faible densité et le vieillissement de sa population le rend atypique au regard des caractéristiques prises en compte ;
- ◆ le quatrième groupe contient des départements plutôt ruraux et à la population vieillissante ;
- ◆ le cinquième groupe est constitué de départements ayant un fort dynamisme démographique et des conditions économiques, mesurées par le niveau médian, favorables.

Ce regroupement des départements peut être représenté en deux dimensions, en projetant le nuage de points en autant de dimensions que de variables sur les deux premières dimensions d'une analyse en composantes principales (cf. encadré 5). Ainsi, cette représentation permet de synthétiser l'information présentée par les variables étudiées.

Encadré 5 : Analyse en composantes principales

L'analyse en composantes principales (ACP) est une méthode statistique qui permet de synthétiser les informations présentes dans les différentes colonnes d'une base de données.

Avant de commencer l'ACP, les variables sont standardisées (cf. encadré 3) pour que chacune des variables retenues ait le même poids dans l'analyse menée.

La première étape de l'ACP consiste à calculer la matrice de variance-covariance, notée S . On calcule ensuite les valeurs propres (notées λ_i) et leurs vecteurs propres associés (u_i , où u_i est tel que $S u_i = \lambda_i u_i$). Les valeurs propres représentent la quantité de variance expliquée par chaque composante principale, et les vecteurs propres indiquent la direction de chaque composante principale.

Les composantes principales dont la variance expliquée est la plus importante sont ensuite extraites. L'objectif ici est la représentation des points du nuage en deux dimensions : les deux composantes principales dont la variance expliquée est la plus élevée sont extraites (à savoir 29 % et 14 %, comme indiqué sur les axes du graphique 28), et chacun des points du nuage est projeté sur ces deux axes.

Source : Pôle science des données de l'IGF.

Graphique 28 : Représentation des deux premières dimensions de l'analyse en composantes principales (ACP) des clusters obtenus à partir des variables départementales retenues



Source : Pôle science des données de l'IGF.

L'axe des abscisses est positivement corrélé à la part des personnes âgées de 60 ans ou plus dans la population et négativement à la part de la population vivant dans un pôle urbain au sein des communes couvertes. Ainsi, plus on se déplace vers la droite, plus les points du nuage sont des départements à la démographie déclinante.

L'axe des ordonnées est positivement corrélé au taux de pauvreté et négativement au niveau de vie médian. Plus on se déplace vers le haut, plus les départements présentent de forts taux de pauvreté.

III. Implications pour le choix des départements

Sans être le critère exclusif de choix, cette approche par *clustering* a permis de constituer un **échantillon représentatif de cinq départements** pour orienter les déplacements de la mission. Au moins un département de chaque groupe a fait l'objet d'un déplacement ou d'une prise de contact approfondie :

- ◆ dans le premier groupe : **le département du Nord** ;
- ◆ dans le second groupe : **le département de Paris** ;
- ◆ dans le troisième groupe : **la Lozère**, seul département du groupe, n'a pas donné suite aux sollicitations de la mission et n'a donc pas fait l'objet d'un déplacement ;
- ◆ dans le quatrième groupe : **le département de l'Yonne** ;
- ◆ dans le cinquième groupe : **les départements de la Gironde et de l'Oise**. Le choix de la Gironde a également été motivé par plusieurs retours des parties prenantes rencontrées, qui soulignaient le caractère atypique de la politique départementale dans le champ du handicap.

ANNEXE IV

Disparités dans les modalités d'attribution des aides légales en soutien à l'autonomie

SOMMAIRE

1. BIEN QU'ENCADRÉS AUX NIVEAUX LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE ET HARMONISÉS PAR LA CNSA, LES PROCESSUS D'ATTRIBUTION DES AIDES LÉGALES DU CHAMP DE L'AUTONOMIE COMPRENNENT DES MARGES DE MANŒUVRE QUI SE TRADUISENT PAR DES DISPARITÉS D'UN DÉPARTEMENT À UN AUTRE	3
1.1. Les modalités d'attribution des aides légales en soutien à l'autonomie sont encadrées par un corpus juridique qui vise à garantir l'équité de traitement des bénéficiaires	3
1.2. Dans l'exercice de la libre administration des collectivités, le cadre juridique laisse subsister des marges de manœuvre départementales pour l'attribution de prestations dont la plupart relève d'une logique d'individualisation	5
1.3. L'harmonisation des pratiques et l'équité de traitement entre les citoyens est inscrite parmi les objectifs de la COG de la CNSA	8
2. UNE PREMIÈRE STRATE DES DISPARITÉS TERRITORIALES D'ATTRIBUTION DES AIDES LÉGALES RÉSULTE DES CHOIX, DE LA STRUCTURATION ET DES MOYENS ALLOUÉS PAR LES DÉPARTEMENTS À LA MISE EN ŒUVRE DE LEUR POLITIQUE DE L'AUTONOMIE.....	10
2.1. La structuration organisationnelle et spatiale de la politique de l'autonomie, susceptible d'influencer l'accès aux droits, diffère selon les départements.....	10
2.2. Les moyens alloués à la politique de l'autonomie sont hétérogènes et illustrent une ligne de rupture entre départements ruraux et urbains.....	13
2.3. Les fonds départementaux de compensation du handicap, gérés par les MDPH, ont également des budgets hétérogènes	16
3. UNE SECONDE STRATE DES DISPARITÉS TERRITORIALES RÉSULTE DE PRATIQUES DIVERGENTES D'INSTRUCTION ET D'ÉVALUATION À L'ÉCHELLE DES MDPH S'AGISSANT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, ET DES ÉQUIPES DÉPARTEMENTALES S'AGISSANT DES PERSONNES ÂGÉES	18
3.1. L'instruction administrative, première étape du traitement de la demande, ressort comme étant la plus homogène des pratiques départementales, du fait d'un cadre législatif précis et des efforts d'harmonisation de la CNSA	21
3.1.1. <i>L'accueil de premier niveau et le dépôt de la demande.....</i>	21
3.1.2. <i>La recevabilité et l'instruction administrative</i>	23
3.2. L'évaluation pluridisciplinaire concentre les risques d'une appréciation subjective voire approximative des éléments médicaux du dossier ainsi que du retentissement de la perte d'autonomie dans la vie quotidienne du demandeur ...	27
3.2.1. <i>Les éléments médicaux des dossiers, souvent incomplets, ne font que marginalement l'objet d'une contre-expertise par les MDPH.....</i>	27
3.2.2. <i>Les visites à domicile se raréfient pour la PCH, au détriment de la qualité de l'évaluation.....</i>	29
3.2.3. <i>La pluridisciplinarité de l'évaluation est très fréquemment compromise, du fait des volumes de demandes à traiter et des difficultés de recrutement de certaines compétences</i>	31

Annexe IV

3.2.4.	<i>Les guides-barèmes et référentiels introduits pour guider le raisonnement évaluatif sont connus mais inégalement appropriés, consolidés et mis à jour, et ne permettent pas toujours d'orienter de manière fiable l'évaluation du taux d'incapacité et des besoins.....</i>	31
3.2.5.	<i>Préciser la réglementation et compléter les guides existants.....</i>	34
3.2.6.	<i>Les durées d'attribution des droits, qui ont une incidence par ailleurs sur les possibilités de contrôle d'effectivité (PCH, APA), sont insuffisamment pilotées et harmonisées par la CNSA.....</i>	34
3.2.7.	<i>Participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation</i>	37
3.2.8.	<i>La reconnaissance mutuelle des évaluations progresse mais est encore insuffisamment partagée.....</i>	38
3.2.9.	<i>Contenu et modalités de versement des plans d'aide.....</i>	39
3.3.	<i>L'attribution des droits en CDAPH, essentiellement sur liste, ne permet qu'à la marge de revenir sur les conclusions des évaluations</i>	39
3.4.	<i>De l'amont à l'aval du traitement, la mise en place de flux automatiques de données (API), qui permettent des gains de fiabilité, de contrôle et d'efficience, présente de fortes disparités.....</i>	42
3.5.	<i>L'hétérogénéité des délais de traitement des différentes aides fait peser un risque sur le principe d'équité dans l'accès aux droits.....</i>	44
3.6.	<i>L'inégale réactivité et évolutivité des systèmes d'information engendre des disparités préoccupantes dans l'accès aux droits à l'occasion d'élargissements réglementaires</i>	46
3.6.1.	<i>Les délais de prise en compte des évolutions réglementaires diffèrent selon les logiciels des MDPH</i>	47
3.6.2.	<i>Le déploiement à horizon 2026 d'un SI unique auprès des MDPH dédié à l'évaluation devrait permettre des gains d'harmonisation, d'efficience et de traçabilité des décisions</i>	49

LISTE DES PROPOSITIONS RELATIVES À L'ANNEXE IV

Proposition n° 1 : Étudier la faisabilité de l'abandon de l'obligation d'instruction des dossiers d'ASH par les CCAS.

Proposition n° 2 : Préciser le cadre réglementaire sur la recevabilité des pièces justificatives obligatoires du dossier [CNSA ; DGCS].

Proposition n° 3 : Par voie réglementaire, proscrire le recours au certificat médical simplifié lors des demandes d'AEEH et de PCH enfant.

Proposition n° 4 : Systématiser l'harmonisation des pratiques : application plus stricte des guides (par ex guide barème, RSDAE), formations CNSA, échanges de pratiques internes aux MDPH ou CD, entre MDPH ou CD.

Proposition n° 5 : Préciser dans la réglementation les dépenses qui peuvent être prises en charge ou non (activités, aides techniques, par exemple).

Proposition n° 6 : Prévoir un suivi d'un indicateur relatif aux durées d'attribution des droits par la CNSA, au titre de ses missions d'harmonisation.

Bien que les processus d'attribution des aides légales en soutien à l'autonomie soient encadrés aux niveaux législatif et réglementaire par le Code de l'action sociale et des familles (CASF) et le code de la sécurité sociale (CSS), il ressort que des disparités territoriales sont observées à chaque étape du parcours de la demande du bénéficiaire. Les missions confiées expressément aux départements ainsi que les zones d'incertitude que laisse le cadre juridique applicable expliquent la construction de politiques locales hétérogènes¹. Cette hétérogénéité s'exprime à plusieurs niveaux :

- ◆ une partie de ces disparités résulte, à une échelle macroscopique, des choix de l'exécutif départemental dans la mise en œuvre de sa politique de soutien à l'autonomie (par exemple quant à l'intensité du recours sur succession de l'ASH) ;
- ◆ une autre partie de ces disparités résulte, à plus fine échelle, des pratiques de gestion des demandes par les équipes d'instruction et d'évaluation au sein des MDPH et les services autonomie départementaux ; si l'appréciation de la complétude du dossier est un chaînon au global homogène et standardisé, les autres étapes « décisionnelles » du traitement de la demande sont plus disparates du fait d'une sédimentation de facteurs organisationnels, liés aux ressources humaines, ou subjectifs : composition des équipes pluridisciplinaires, respect des cadres juridiques d'évaluation, utilisation des guides-barèmes, grilles ou arbres de décision, appréciation du retentissement de la perte d'autonomie dans l'environnement, prise en compte de la présence d'un aidant, ouverture des droits sur *listing*, etc. Certaines de ces pratiques peuvent-elles mêmes varier d'un instructeur ou évaluateur à un autre au sein d'une même équipe ;
- ◆ à l'échelle individuelle et en amont des demandes d'aide individuelle, des disparités peuvent résulter de l'appréciation, notamment médicale, du taux d'incapacité ainsi que des limitations d'activités rencontrées par le demandeur et le degré de prise en compte des ressources mobilisées, notamment de la part des proches aidants. À défaut de ressources médicales en son sein, la mission n'a pas pu conduire des investigations dans ce dernier champ, ni accéder à l'ensemble des informations des dossiers des bénéficiaires.

La mission a cherché à dégager les facteurs organisationnels qui contribuent à expliquer ces disparités territoriales d'attribution des différentes aides. Elle a investigué de manière qualitative les modalités processuelles de l'attribution de chacune de ces aides. Pour ce faire, elle s'est appuyée sur un large questionnaire (115 questions) adressé aux conseils départementaux, complété par des échanges avec les équipes et directions de MDPH et services départementaux de l'autonomie à l'occasion de ses cinq déplacements, et un échantillonnage de dossiers individuels anonymisés. Ces différentes briques méthodologiques ont permis de décomposer chacune des étapes du traitement de la demande, c'est-à-dire l'instruction, l'évaluation, la décision d'attribution des droits, mais aussi le suivi, le versement et le recouvrement des aides légales.

L'ensemble des analyses qui suivent s'inscrivent dans le cadre juridique et politique décentralisé qui régit le versement des aides sociales légales. En particulier, **l'existence, en soi, de divergences organisationnelles et processuelles dans le traitement des demandes, doit être mise en regard de trois paramètres intrinsèques de la politique publique du soutien à l'autonomie :**

¹ Roquebert, 2019, [*Disparités départementales dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles : un état des lieux*](#), in *Revue française des affaires sociales*, Hors-série 1(HS), 87-103.

Annexe IV

- ♦ il s'agit en premier lieu de la **nature décentralisée** de la politique publique de l'autonomie, qui a fait des départements ses chefs de file, dans les conditions prévues par la loi et le règlement. Cette décentralisation traduit la volonté du législateur d'encourager la gestion de proximité de réalités sociales elles-mêmes disparates et complexes. L'examen des disparités départementales d'attribution des cinq prestations présuppose dès lors de considérer qu'une politique décentralisée est par définition déclinée localement. En corollaire, l'agrégation des 101 départements français métropolitains et d'outre-mer fait mécaniquement apparaître des *extrema*, lesquels ne doivent pas nécessairement être lus comme des indicateurs potentiels de gestion questionnable ;
- ♦ la **philosophie d'individualisation des prestations** contribue également à créer, pour certaines des aides du champ de la mission, des disparités de densité et d'intensité d'aides qu'il n'est pas possible d'*expliquer* statistiquement en totalité (cf. Annexe III). Cette individualisation est d'autant plus forte dans le cas de l'AAEH, de la PCH et de l'APA, qui sont des prestations de compensation, et évaluées par définition au cas par cas en croisant des paramètres cliniques mais aussi socio-économiques et de l'environnement du demandeur, notamment la présence d'aidants. Du reste, cette individualisation fait partie des objectifs recherchés et protégés par les textes institutifs de ces prestations. L'économie de l'AAEH et de la PCH, qui comportent également des compléments forfaitaires, nuance cette individualisation et illustre une logique mixte croissante ;
- ♦ enfin, ces disparités découlent de la **gouvernance hybride** de la politique de l'autonomie : des prestations nationales sont mises en œuvre par des collectivités territoriales tandis qu'une cinquième branche de la sécurité sociale incarnée au travers de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) déploie un effort d'harmonisation par égard au principe d'équité territoriale. Le statut original des MDPH, à la fois groupements d'intérêt public (GIP) autonomes et placés sous la tutelle administrative et financière des conseils départementaux², mais en parallèle pilotés par la CNSA, illustre cette dualité³.

L'enjeu de l'analyse qui suit est d'objectiver les différences de pratiques entre les différents départements, à la rencontre des principes d'égalité des citoyens, en particulier devant la solidarité nationale, et de libre-administration des collectivités territoriales, dont les départements sont chefs de file de l'aide et de l'action sociales.

² [Article L146-4](#) du code de l'action sociale et des familles (CASF) : « La maison départementale des personnes handicapées est un groupement d'intérêt public constitué pour une durée indéterminée, dont le département assure la tutelle administrative et financière [...] ».

³ L'[article 32](#) de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 définit les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), désormais codifiées à l'[article L14-10-1](#) du CASF, dont l'alinéa deuxième dispose en particulier que la CNSA a pour « rôle » « de piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées ».

1. Bien qu'encadrés aux niveaux législatif et réglementaire et harmonisés par la CNSA, les processus d'attribution des aides légales du champ de l'autonomie comprennent des marges de manœuvre qui se traduisent par des disparités d'un département à un autre

1.1. Les modalités d'attribution des aides légales en soutien à l'autonomie sont encadrées par un corpus juridique qui vise à garantir l'équité de traitement des bénéficiaires

L'équité de traitement des citoyens dans l'accès aux aides légales en faveur de l'autonomie repose sur plusieurs fondements juridiques. Tout d'abord, l'article 1^{er} de la Constitution garantit le **principe d'égalité** des citoyens devant la loi. Ce principe est repris à l'article L. 116-2⁴ du CASF.

La jurisprudence du Conseil constitutionnel est par ailleurs constante sur le fait que « *si, en règle générale, le principe d'égalité impose de traiter de la même façon des personnes qui se trouvent dans la même situation, il n'en résulte pas pour autant qu'il oblige à traiter différemment des personnes se trouvant dans des situations différentes* »⁵. En matière sociale, le Conseil d'État (*cf. infra*, encadré 1) a institué qu'un département ne peut pas introduire de critères discriminatoires dans l'attribution d'une aide sociale.

Encadré 1 : La jurisprudence du Conseil d'État en matière d'attribution d'une aide sociale

Toute différence de traitement doit être justifiée par des motifs objectifs et en rapport direct avec l'objet de l'aide concernée, et ne peut – en tout état de cause – être moins favorable que la loi et le règlement nationaux :

- ◆ **CE, 29 mai 2019, n° 417467⁶** : le Conseil d'État a examiné le refus du président du conseil départemental de l'Isère d'accorder une allocation mensuelle de subsistance familiale. Le règlement départemental limitait le nombre de renouvellements de cette aide au cours d'une même année. Le Conseil d'État a souligné que les départements ne peuvent introduire des critères supplémentaires à l'attribution d'une aide sociale qui seraient discriminatoires ou sans lien avec l'objet de l'aide si ceux-ci, quoique prévus au RDAS⁷, ne sont pas prévus par la loi ;
- ◆ **CE, 28 novembre 2014, n° 365733⁸** : le Conseil d'État a rappelé que les conseils départementaux ne peuvent adopter des mesures moins favorables que celles prévues par la loi concernant les prestations légales d'aide sociale. En l'espèce, un département ne peut restreindre les frais couverts par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou réduire la prise en charge par l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en-dessous des barèmes et forfaits fixés par la loi.

Source : Mission, d'après la jurisprudence administrative.

⁴ [Article L116-2](#) du CASF : « *L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire* ».

⁵ Voir notamment : Conseil constitutionnel, 29 décembre 2003, [Décision n° 2003-489 DC](#) : « *si, en règle générale, le principe d'égalité impose de traiter de la même façon des personnes qui se trouvent dans la même situation, il n'en résulte pas pour autant qu'il oblige à traiter différemment des personnes se trouvant dans des situations différentes* ».

⁶ C E, 29 mai 2019, [n° 417467](#).

⁷ Règlement départemental d'aide sociale, *cf.* notamment [article L121-3](#) du CASF : « *Dans les conditions définies par la législation et la réglementation sociales, le conseil départemental adopte un règlement départemental d'aide sociale définissant les règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale relevant du département* » tandis que l'[article L121-4](#) suivant de ce même code précise que : « *Le conseil départemental peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations mentionnées à l'article L. 121-1* », c'est-à-dire les prestations légales d'aide sociale à la charge du département, introduisant une forme de « crémaillère » départementale des droits par rapport au cadre juridique national régissant ces aides.

⁸ CE, 28 novembre 2014, [n° 365733](#).

Outre le principe d'égalité, la politique en soutien à l'autonomie mise en œuvre par les départements se doit de respecter le droit **d'individualisation de la prestation** :

- ◆ pour les personnes en situation de handicap, la loi⁹ prévoit que les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) réalisent une évaluation personnalisée afin d'adapter les prestations aux besoins spécifiques de chaque individu. Cette évaluation prend en compte le projet de vie de la personne et repose sur une approche multidimensionnelle ;
- ◆ concernant les personnes âgées dépendantes, la loi¹⁰ prévoit que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est attribuée après une évaluation effectuée par une équipe médico-sociale du département, qui établit un plan d'aide personnalisé. Ce droit a lui aussi été renforcé par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui vise à garantir un accompagnement davantage ajusté aux besoins des personnes âgées dépendantes et, depuis 2021, à leurs aidants.

Au-delà de ces principes juridiques, le cadre juridique ouvrant droit à l'attribution des cinq prestations légales étudiées est définie dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF), et du Code de la sécurité sociale (CSS).

⁹ [Article L146-8](#) du CASF : « Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. Elle entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée ».

¹⁰ [Article L232-6](#) du CASF : « L'équipe médico-sociale :

1° Apprécie le degré de perte d'autonomie du demandeur, qui détermine l'éligibilité à la prestation, sur la base de la grille nationale mentionnée à l'article [L. 232-2](#) ;

2° Évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants. Cette évaluation est réalisée dans des conditions et sur la base de référentiels définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées ;

3° Propose le plan d'aide mentionné à l'article [L. 232-3](#) [...] ».

Tableau 1 : Cadre juridique des aides légales en soutien à l'autonomie

Critères	AAH	AAEH	PCH	APA	ASH
Prescripteur	CDAPH	CDAPH	CDAPH	Président du CD	Président du CD
Principes et critères d'attribution	L.821-1 et suivants du CSS	L.541-1 et suivants du CSS	L.245-1 et suivants du CASF	L.232-1 et suivants du CASF	L.131-1 et suivants du CASF
Montant et plafonds	Décret n° 2005-1588 du 19 décembre 2005	Décret n° 2006-883 du 17 juillet 2006	Décret n° 2005-1589 du 19 décembre 2005, arrêté du 28 décembre 2005	Décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001	Décret n° 2007-221 du 19 février 2007, RDAS
Appréciation de l'incapacité ou de la perte d'autonomie	Grille nationale ou équivalent (guide-barème)	Grille nationale ou équivalent (guide-barème)	Grille nationale ou équivalent (GEVA)	Grille nationale ou équivalent (grille AGGIR)	N.A.
Condition de revenu et base ressources	L.821-3 et R.821-5 à R.821-7 du CSS	N.A.	L.245-6 et R.245-35 du CASF	L.232-8 et R.232-10 à R.232-15 du CASF	L.132-1 et suivants, et R.132-1 et suivants du CASF
Âge	Législatif	Législatif	Législatif	Législatif	Législatif
Résidence	Législatif	Législatif	Législatif	Législatif	Législatif

Source : Code de l'action sociale et des familles, Code de la sécurité sociale.

Dans ce cadre et dans les limites du respect du principe d'égalité et d'individualisation, le législateur a laissé aux départements une marge de manœuvre dans l'attribution des aides légales en soutien à l'autonomie.

1.2. Dans l'exercice de la libre administration des collectivités, le cadre juridique laisse subsister des marges de manœuvre départementales pour l'attribution de prestations dont la plupart relève d'une logique d'individualisation

Les départements ainsi que les MDPH, en tant que services instructeurs, évaluateurs, et s'agissant de la PCH, de l'APA et de l'ASH, liquidateurs, conservent des marges de manœuvre qui expliquent l'hétérogénéité des pratiques observées d'un territoire à l'autre. Celles-ci s'expriment dans les principaux domaines suivants :

- ♦ **ouverture des droits** : le conseil départemental et les MDPH doivent apprécier l'éligibilité des bénéficiaires aux prestations au regard des critères fixés par la loi :
 - ils valident dans un premier temps l'éligibilité administrative du dossier sur la base des pièces justificatives obligatoires définies par la loi (*instruction*) ;

- pour les aides sociales qui le prescrivent (APA, PCH), ils assurent dans un second temps l'évaluation personnalisée des limitations d'activités et de leur retentissement au regard du « libre-choix » (APA) ou du « projet de vie » (PCH) du demandeur (**évaluation**). S'agissant des personnes en situation de handicap pour l'AAH et l'AEEH, l'évaluation s'appuie sur la détermination, par l'équipe pluridisciplinaire, d'un taux d'incapacité (TI) exprimé en pourcentage, ainsi que, pour l'AAH, sur la notion de restriction substantielle d'accès à l'emploi, qui conditionne l'ouverture des droits à l'AAH 2 pour les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50% et 79%. L'évaluation des plans d'aide s'appuie également sur le référentiel GEVA¹¹ pour la PCH, décliné en GEVA-SCO pour l'AEEH¹². S'agissant des personnes âgées dépendantes, l'évaluation s'appuie sur la grille AGGIR¹³ pour l'APA, et sur la situation sociale du bénéficiaire pour l'ASH. Malgré le cadrage national, l'appréciation reste à la fois contingente et subjective, d'autant plus que le plus souvent, l'évaluation est réalisée par des équipes réduites, parfois par une seule ou deux personnes et non par une « équipe » collégiale, ce qui accroît toutes choses égales par ailleurs les probabilités de traitement différencié de situations analogues, entre départements, mais également au sein d'un même département ;
- ♦ **établissement des plans d'aide** : la MDPH et le département établissent les plans respectivement de PCH et d'APA qui définissent les prestations en aide humaine ou techniques¹⁴ auxquelles peuvent prétendre les bénéficiaires. Le contenu des plans d'aides étant laissé à leur entière appréciation, la modulation à la hausse ou à la baisse des plans (nombre d'heure d'aide humaines, nature de l'aide technique etc.) détermine le soutien apporté au bénéficiaire. L'introduction d'un tarif plancher national d'heures d'aide humaine par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 a contribué à homogénéiser sur le territoire les disparités imputables aux tarifs des SAAD (services d'aide à domicile) fixés par les Conseils départementaux ;
- ♦ **prise en compte de la faculté contributive et calcul du reste à charge** : dans le cadre de l'ASH, le législateur a laissé une marge de manœuvre aux départements, se limitant à garantir un reste à vivre minimal à l'allocataire (10% de son revenu soit 125 ou 124 €/mois¹⁵). Dans ce cadre, les départements sont libres de définir dans leur règlement d'aide sociale le niveau du reste à charge pour les bénéficiaires de manière plus favorable comme ils sont également peu contraints dans la recherche des obligés alimentaires ou les modalités des recours sur succession éventuels au titre de cette aide sociale légale ;

Enfin, la marge de manœuvre des départements s'exprime aussi dans la structuration de l'offre présente sur leur territoire, dans la mesure où les différentes prestations du champ de la mission participent à solvabiliser la demande en aide humaine et technique :

¹¹ Le GEVA, guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, est l'outil prévu par les articles [L146-8](#) et [R146-28](#) du CASF et codifié à son [annexe 2-5](#).

¹² Voir également la fiche monographique « ASH » également établie par la mission et jointe au présent rapport.

¹³ La grille AGGIR, pour Autonomie gérontologique groupes iso-ressources, est l'outil prévu par les articles [L232-2](#) et [R232-3](#) du CASF et codifié à son [annexe 2-1](#).

¹⁴ Ou autres aides (animalières, exceptionnelles, aides à l'adaptation du logement) s'agissant de la PCH.

¹⁵ Valeur minimale en vigueur à la date de la mission, correspondant à un centième du montant annuel de l'ASPA (ex minimum vieillesse). Cf. également la même fiche monographique sur l'ASH.

Annexe IV

- ♦ la littérature académique¹⁶ a documenté l'effet directeur et régulateur de la tarification pratiquée par les barèmes départementaux dans le champ des services à domicile (fixation du tarif pour les services habilités, négociation de CPOM, etc.). S'agissant de l'APA, la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a attribué au département cette mission de régulation de l'offre dans le secteur de l'aide à domicile. La loi du 11 février 2005 a confirmé cette compétence s'agissant de la PCH¹⁷. Les conseils départementaux délivrent les autorisations pouvant être attribuées aux prestataires d'aide à domicile et sont chargés de la tarification de ces services au travers du barème qu'ils inscrivent au RDAS. Ils influencent de fait la structure du marché de l'aide à domicile professionnelle sur le territoire, le niveau des prix et le choix du bénéficiaire entre producteurs prestataires autorisés et autres types de producteurs – l'emploi direct notamment – dont le niveau de régulation est plus faible, voire inexistant ;
- ♦ le contenu des plans d'aide interagit réciproquement avec la répartition de l'offre entre soins à domicile et maillage d'établissements.

Au demeurant, il n'appartient pas aux départements de restreindre en quantité ou en montant l'attribution des aides légales auxquelles sont éligibles les publics. Les départements sont liés par les conditions et les montants des aides définis par la loi et le règlement. Le Conseil d'État¹⁸ constate qu'il résulte des articles L. 111-1, L. 111-4, L. 121-3, L. 121-4 et L. 223-1 du CASF que le département a l'obligation de verser les prestations d'aide sociale que la loi met à sa charge à toute personne qui en remplit les conditions légales.

L'article L. 121-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que « *dans les conditions définies par la législation et la réglementation sociales, le conseil départemental adopte un règlement départemental d'aide sociale définissant les règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale relevant du département* ». Toutefois, le RDAS ne peut modifier les conditions ou le montant des prestations régies par la loi que dans un sens plus favorable à l'allocataire. À titre d'illustration, un RDAS peut seulement :

- ♦ étendre la prestation légale d'aide sociale de services ménagers aux personnes handicapées dont les ressources excèdent les plafonds prévus dans les textes ;
- ♦ majorer les sommes minimums laissées à la disposition des personnes handicapées en établissement.

¹⁶ IPP, 2023, [Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives](#).

¹⁷ [Article L245-7](#) du CASF.

¹⁸ CE, 1^{re} et 4^e chambres réunies, 29/05/2019, n° [417406](#), en particulier le 5^e considérant : « Il résulte de ces dispositions que le département a l'obligation de verser celles des prestations d'aide sociale que la loi met à sa charge à toute personne en remplissant les conditions légales. Lorsque les conditions d'attribution ou les montants des prestations sont déterminées par les lois et décrets qui les régissent, le règlement départemental d'aide sociale ne peut édicter que des dispositions plus favorables. En l'absence de conditions ou montants précisément fixés par les lois et décrets, si le règlement départemental d'aide sociale peut préciser les critères au vu desquels il doit être procédé à l'évaluation de la situation des demandeurs, il ne peut fixer de condition nouvelle conduisant à écarter par principe du bénéfice des prestations des personnes qui entrent dans le champ des dispositions législatives applicables. Enfin, pour les prestations d'aide sociale qu'il crée de sa propre initiative, le département définit, par le règlement départemental d'aide sociale, les règles selon lesquelles ces prestations sont accordées ».

1.3. L'harmonisation des pratiques et l'équité de traitement entre les citoyens est inscrite parmi les objectifs de la COG de la CNSA

L'équité de traitement des citoyens en situation de handicap ou de perte d'autonomie figure en outre parmi les objectifs de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2022-2026 de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)¹⁹. Au-delà de son rôle historique d'animation des acteurs territoriaux²⁰, l'achèvement de la création de la cinquième branche « Autonomie » en 2021²¹ a investi la CNSA d'un rôle d'animation et de coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques d'autonomie, en vue d'en garantir l'équité.

À la différence du pilotage de réseau exercé par les autres branches de sécurité sociale²², la gouvernance des acteurs de l'autonomie se singularise par l'absence de lien hiérarchique entre la CNSA, les MDPH ainsi que les services sociaux départementaux chargés d'attribuer les aides du champ de la mission. Cette organisation découle des préconisations du rapport « Vachey » de 2020, qui a écarté l'hypothèse de création d'un réseau de caisses locales de la branche Autonomie en estimant qu'elle nécessiterait des bouleversements profonds sans gain d'efficacité. Le législateur a privilégié un scénario de continuité, associé au principe de responsabilité partagée des politiques de l'autonomie entre État, Sécurité sociale et départements.

Son action en faveur de l'équité de traitement entre départements se concrétise dans un rôle d'animation des MDPH et des services autonomie, qui passe par :

- ◆ le financement partiel de la PCH et de l'APA, sous forme de concours versés aux conseils départementaux ;
- ◆ la contribution au fonctionnement des MDPH, sous forme d'un concours (100,25 M€ en 2024) réparti en fonction de plusieurs critères (caractéristiques démographiques, contribution de l'État notamment en tant que membre des GIP que sont les MDPH, nombre de bénéficiaires de l'AEEH et de la PCH, nombre de décisions d'orientation vers un ESMS) ;
- ◆ **la production d'outils à destination des équipes pluridisciplinaires destinés à faciliter la mise en œuvre des référentiels d'évaluation** établis par la DGCS et codifiés comme tels (Guide d'utilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants, guide pour l'éligibilité à la PCH, guide pour la mise en œuvre de la PCH dite « psy »²³, etc.). Ces référentiels complètent ceux produits par la DGCS s'agissant de l'évaluation du taux d'incapacité (guide-barème AAH mis à jour en 2017), ainsi que de l'évaluation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE) ;

¹⁹ [Convention d'objectifs et de gestion de la CNSA 2022-2026](#).

²⁰ À l'égard des MDPH depuis leur création en 2006 comme à l'égard des services « autonomie » des départements depuis la [loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement](#). Son rapport (annexe 2) précise ainsi en particulier : « il s'agit également de renforcer l'équité sur le territoire, en travaillant avec la CNSA et les départements à une plus grande homogénéité des pratiques en matière d'évaluation et de construction des plans d'aide », disposition portée notamment par son [article 70](#) qui « aligne » les missions de la CNSA à l'égard des « les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie » sur celles envers les MDPH.

²¹ [Ordonnance n° 2021-1554 du 1^{er} décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie](#).

²² Cf. notamment sur ce point l'évaluation réalisée par l'IGAS et IGF de la COG précédente 2016-2020 : [Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie \(CNSA\) 2016-2020](#).

²³ Cf. sur la PCH, 3.3.3. de la fiche monographique dédiée à cette prestation de compensation.

- ◆ **la formation des professionnels, au travers de webinaires nationaux.** Sur l'année 2024, sept formations à distance ont été proposées, qui sont généralement constituées de plusieurs modules, sur plusieurs mois :
 - les concepts de la Loi de 2005 - la démarche d'évaluation (91 participants) ;
 - l'utilisation du Guide Barème au cours de la démarche d'évaluation (150 participants) ;
 - traitement d'une demande à la MDPH (127 participants) ;
 - le codage des pathologies, des déficiences et des besoins (63 participants) ;
 - l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) (168 participants) ;
 - l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (161 participants) ;
 - la prestation de compensation du handicap (PCH) (256 participants).
- ◆ **le déploiement d'une mission d'appui opérationnel (MAOP) à destination des MDPH** en difficulté, et en cours d'extension aux services autonomie des départements. La MAOP a en pratique participé à l'harmonisation des pratiques, en contribuant à un meilleur respect de la réglementation et une organisation plus homogène des MDPH. Dans ce cadre peuvent également être organisés des échanges de pratiques entre MDPH ;
- ◆ **la mise en œuvre d'une démarche de contrôle interne dans les MDPH, et, à terme, dans les services autonomie des départements.** À ce stade, un réseau de contrôle interne a été constitué dans les MDPH, un cadre d'audit a été diffusé, et de premiers audits réalisés. Cette démarche structurante devrait à terme contribuer au rapprochement des pratiques, à une meilleure traçabilité des évaluations et à une application plus fidèle des réglementations et référentiels ;
- ◆ **le pilotage de la modernisation des systèmes d'information**²⁴ des MDPH et des services autonomie départementaux, déterminants pour structurer les processus métiers, les échanges d'informations avec des données tierces, harmoniser la gestion des flux de demande, mais aussi leur dématérialisation, les règles de gestion et les remontées d'information auprès de la CNSA. Celle-ci assure actuellement la construction du futur SI-APA, celle du SI-Évaluation (visant à doter les MDPH d'une brique logicielle commune pour l'évaluation), et actualise le cahier des charges incombant aux éditeurs privés des solutions applicatives des MDPH ;
- ◆ la mise en place d'indicateurs, s'agissant des MDPH à date, sous la forme d'un baromètre trimestriel, permettant de comparer les délais et conditions d'attribution des aides entre territoires.

²⁴ Cf. sur ce point, *infra*, annexe V.

2. Une première strate des disparités territoriales d'attribution des aides légales résulte des choix, de la structuration et des moyens alloués par les départements à la mise en œuvre de leur politique de l'autonomie

2.1. La structuration organisationnelle et spatiale de la politique de l'autonomie, susceptible d'influencer l'accès aux droits, diffère selon les départements

Au sein des conseils départementaux, la politique de l'autonomie est majoritairement assurée par une direction chargée de l'autonomie, ou « *Direction des Personnes Âgées et Handicapées* » (DPAH). Cette direction assure les missions suivantes :

- ♦ elle pilote d'une part les services départementaux gestionnaires des aides destinées aux personnes âgées et dépendantes (APA, ASH), pour l'ensemble de la chaîne de traitement qui s'étend de l'instruction à la liquidation, et jusqu'aux recours sur succession le cas échéant ;
- ♦ elle assure d'autre part la liquidation des aides à destination des personnes en situation de handicap versées par le département (PCH) ;
- ♦ elle assure, le cas échéant, la tutelle, le cas échéant partagée, d'établissements et services médico-sociaux à destination des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap ;
- ♦ enfin, elle coordonne les acteurs publics du champ de l'autonomie, notamment par sa présence à la commission exécutive (Comex) de la MDPH.

Chaque département gère un ou plusieurs **services dédiés à l'attribution d'aides aux personnes âgées dépendantes**, qui remplissent des missions analogues de celles assurées par les MDPH dans le champ du handicap. Ces services sont chargés de procéder à l'accueil des publics, à l'instruction des dossiers puis à l'évaluation des besoins des personnes âgées. Ils définissent enfin les droits accordés et les aides nécessaires. Ces équipes pluridisciplinaires sont principalement composées de professionnels de santé, de travailleurs sociaux, de psychologues, et d'experts en gérontologie.

Les organisations des services départementaux de l'autonomie à destination des personnes âgées diffèrent principalement selon les paramètres suivants :

- ♦ degré de centralisation territoriale de l'accueil des publics ;
- ♦ degré de centralisation territoriale du traitement des demandes ;
- ♦ aiguillage de la demande et stades du tri des dossiers de demande (amont, aval, unique ou multiple) ;
- ♦ degré de séquençage du traitement des demandes ;
- ♦ harmonisation et échanges internes et externes lors des différentes phases.

S'agissant de l'organisation territoriale, on peut dessiner trois principaux modèles :

- ♦ **une organisation centralisée (28 % des départements) avec un unique point d'entrée** sur le département pour toute ou partie des étapes du processus d'attribution – a minima lors de la réception des dossiers de demande. Les étapes d'instruction de la demande et d'évaluation du besoin des demandeurs sont réalisées en interne, au niveau central, de manière standardisée, et ce, quel que soit le secteur géographique du demandeur. Un réseau de partenaires qui se limite aux expertises spécifiques nécessaires à l'évaluation (par exemple pour les aides d'aménagement du logement) ;

- ♦ **une organisation de proximité (6 % des départements)** : le service départemental se décline sur tout le territoire via des antennes et/ou équipes territorialisées, des permanences au sein de structures partenariales, ou encore des dispositifs spécifiques mis en place par le département (territoires d'action sociale, CLIC, etc.). Les antennes ou représentations locales du conseil départemental ont une compétence d'accueil (de 1er et/ou de 2nd niveau), d'instruction et/ou d'évaluation pour tout ou partie des demandes de leur périmètre géographique ;
- ♦ **une organisation mixte (64 % des départements), comprenant un pôle principal et un réseau déployé territorialement** : le conseil départemental apparaît au niveau du département comme la tête de réseau des acteurs de l'aide aux personnes âgées, constitué des antennes territorialisées et des structures locales avec lesquelles des conventions et/ou partenariats ont été mis en place (CLIC, CCAS, coordinations gérontologiques, associations, etc.). Des partenaires sont en mesure d'effectuer par conventions tout ou partie du processus d'attribution (hors prise de décision qui reste du ressort de la commission APA). S'agissant de l'ASH, l'instruction des dossiers par les CCAS et CCIAS est prévue comme telle par les textes institutifs de la prestation (voir monographie ASH).

Tableau 2 : Répartition des modèles organisationnels et territoriaux adoptés par les départements en matière d'autonomie

Structure spatiale et organisationnelle des services de l'autonomie	
Organisation mixte*	64%
Organisation centralisée	28%
Organisation territorialisée	6%
Non renseigné	2%

Source : CNSA, 2022, Diagnostic SI-APA.

Guichet unique départemental créé par la loi du 11 février 2005, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leurs proches²⁵. Les MDPH sont des groupements d'intérêt public (GIP) constitués pour une durée indéterminée, dont le département assure la tutelle administrative et financière. En sont membres de droit le département, l'État et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales. D'autres personnes morales peuvent demander à en être membres comme les organismes gestionnaires d'établissements ou de services destinés aux personnes handicapées ; il est prévu que les membres représentant les associations de personnes handicapées, pour partie désignés par le conseil départemental pour la citoyenneté et l'autonomie représentent un quart des postes à pourvoir au sein de la CDAPH.

²⁵ Elles se sont substituées dans chaque département à plusieurs structures qui étaient en charge de l'orientation et de l'attribution de prestations destinées aux personnes handicapées : les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) pour les adultes qui étaient rattachées au Ministère du Travail, et les commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) pour les enfants qui étaient rattachées aux ministères de l'Éducation nationale et des Affaires sociales.

Annexe IV

La MDPH est administrée par une commission exécutive présidée par le président du conseil départemental qui nomme le directeur de l'établissement. Les personnels sont mis à disposition par les parties prenantes à la convention constitutive²⁶ ou recrutés directement par la MDPH, lorsque celle-ci est « GIP employeur », c'est-à-dire qu'elle peut procéder en propre à des recrutements dédiés. Une équipe pluridisciplinaire au sein de chaque maison est compétente pour évaluer les demandes soumises par les personnes handicapées. Elle comprend des médecins spécialisés (médecins conseils, psychiatres, etc.), des psychologues, des travailleurs sociaux, ergothérapeutes, conseillers en insertion professionnelle, et assistants sociaux, et, le cas échéant, des enseignants. Les décisions sont prises par la commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)²⁷.

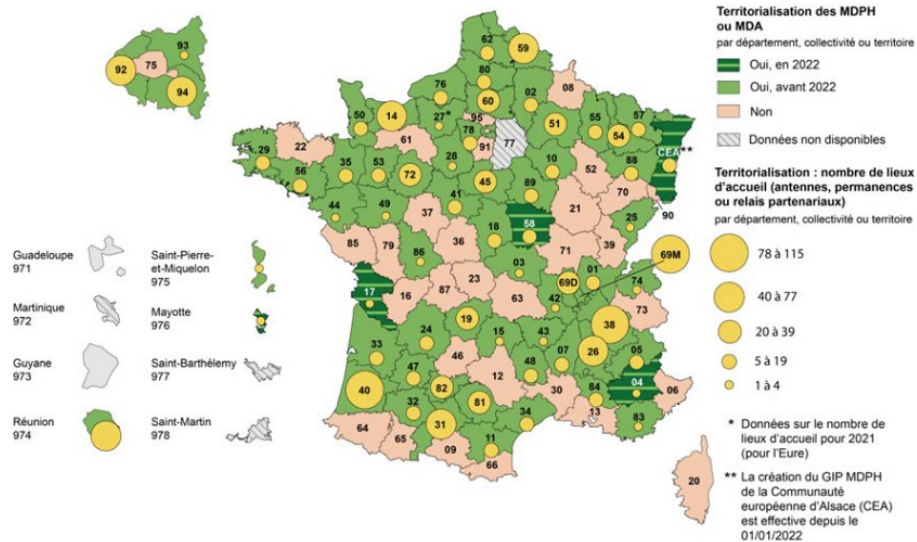
Les MDPH sont le point d'entrée principal pour toute personne en situation de handicap souhaitant bénéficier de prestations sociales et d'accompagnement. Hors demandes spécifiques devant passer par le CCAS ou le CIAS, l'usager entame son parcours en remplissant un dossier de demande qui sera ensuite étudié par l'équipe pluridisciplinaire.

En outre, les départements ont depuis 2010 la possibilité de structurer leurs services autonomie sous la forme d'une maison départementale de l'autonomie (MDA). Les MDA sont des guichets uniques mis en place à l'initiative des départements pour simplifier l'accès aux droits et aux services destinés aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants. Elles résultent d'une volonté de regrouper, au sein d'un même lieu ou d'un même service, les compétences de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et des services gérant les aides à l'autonomie comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH). Bien qu'aucun texte législatif ne rende obligatoire la création d'une MDA, leur développement est encouragé par l'État et la CNSA dans un objectif de meilleure coordination et de simplification des parcours. Le fonctionnement des MDA varie selon les territoires : certaines disposent d'un lieu d'accueil physique unique, tandis que d'autres opèrent sous forme de coordination renforcée entre services de proximité. En 2024 et d'après les données remontées par les MDPH à la CNSA, 26 départements français avaient mis en place une MDA, traduisant une dynamique encore inégale sur le territoire national.

²⁶ [Article L146-4](#) du code de l'action sociale et des familles.

²⁷ [Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.](#)

Graphique 1 : Territorialisation de la MDPH ou de la MDA et nombre de lieux d'accueil par département (antennes, permanences, ou relais partenariaux) en 2022



En 2022, 67 MDPH ou MDA déclarent un accueil territorialisé.

Source : CNSA, 2024, Rapport d'activité des MDPH.

2.2. Les moyens alloués à la politique de l'autonomie sont hétérogènes et illustrent une ligne de rupture entre départements ruraux et urbains

Les moyens alloués aux MDPH ainsi que la croissance de leur charge d'activité ont été décrits en profondeur par le rapport-bilan de l'IGAS de 2024 à l'occasion des 20 ans des MDPH²⁸. Celui-ci indique que le volume d'ETP travaillés en MDPH, estimé à 5 707 en 2022 sur l'ensemble du territoire, en augmentation de 12 % par rapport à 2017 et de 7 % par rapport à 2019. Cette évolution peut être mise en regard de celle du nombre d'avis et de décisions sur la même période (+ 3 % d'avis et de décisions entre 2017 et 2022 après une hausse de 8 % entre 2015 et 2017)²⁹. Il souligne par ailleurs que cette hausse globale masque des disparités territoriales. Le soutien financier de l'État et de la CNSA aux MDPH est inscrit depuis 2022 dans les comptes de la branche autonomie. Le budget qui leur est alloué se décompose en quatre postes :

- ◆ un concours versé aux départements au titre du fonctionnement des MDPH (97,8 M€ en 2022) ;
- ◆ une dotation supplémentaire de fonctionnement aux MDPH introduite en 2017 et versée par la CNSA pour le compte de l'État (82,1 M€ en 2022). Celle-ci visait à renforcer les moyens humains et techniques des MDPH pour pallier les postes vacants, faire face aux évolutions réglementaires (réforme de la PCH) et aux attentes en matière de qualité de service (augmentation chronique du flux de demandes). ;
- ◆ des financements ponctuels correspondant à des besoins organisationnels (délais, gestion électronique des documents, etc.) ;
- ◆ le financement des SI (53,3 M€).

²⁸ IGAS, 2024, [Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ?](#)

²⁹ CNSA, 2022, *Rapport d'activité des MDPH*.

Annexe IV

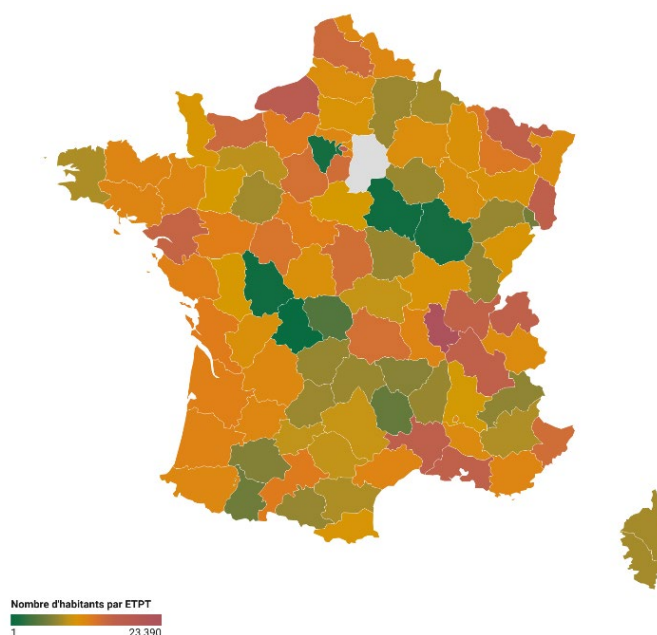
Le concours CNSA, estimé à 97,8 M€ en 2024, a été réformé et revalorisé de 25 % en 2021, de façon différentielle selon les départements. Le versement de ce concours est conditionné à la signature d'une convention entre la CNSA et chaque département sans pour autant que le degré de respect des engagements inscrits emporte de conséquences sur le montant alloué. La revalorisation en 2021 du montant du concours, en lien avec la mise en œuvre de la « feuille de route 2022 », a été associée à une réforme de ses modalités d'allocation. Celles-ci distinguent :

- ♦ une part forfaitaire est calculée sur la base d'une dotation socle (500 k€) modulée par département selon la taille de sa population, dont est déduit le montant équivalent à la valorisation des personnes mis à disposition par l'État auprès de la MDPH ;
- ♦ une part variable, fixée à 25 % du concours, est déterminée sur la base de trois critères : le nombre de bénéficiaires de l'AEEH dans le département au 31 décembre de l'année précédente ; le nombre de bénéficiaires de la PCH dans le département au 31 décembre de l'année précédente ; le nombre de décisions relatives à l'orientation de la personne handicapée vers un ESMS.

Ce faisant, ces critères sont débattus car ils ne permettent pas d'appréhender directement la charge d'activité des MDPH. Par exemple, la prise en compte du volume des bénéficiaires AEEH/PCH à partir du nombre de droits payés, par définition inférieur à celui des droits évalués et, le cas échéant, ouverts par les MDPH, alors que les taux d'accord diffèrent selon les départements. Ces critères ne prennent pas non plus en compte les caractéristiques socio-économiques du territoire, comme le taux de pauvreté ou le potentiel fiscal. Dans le prolongement du rapport de l'IGAS à l'occasion des 20 ans des MDPH, les représentants des MDPH et des départements rencontrés par la mission ont également souligné les difficultés posées par le mode de calcul et les conditions de versement de ce concours. Des disparités significatives sont ainsi observées dans la prévalence des effectifs de MDPH rapportés au flux de demandes à traiter. Sur ce point, la mission renvoie à la recommandation formulée dans le rapport précité, qui invite à étudier une refonte des règles de calcul du concours CNSA afin de prendre davantage en compte la charge d'activité réelle des MDPH.

Par ailleurs, la distribution géographique des ETP des MDPH rapportés à la population illustre des disparités territoriales marquées (cf. Graphique 2), avec des ressources proportionnellement plus importantes dans les départements ruraux que dans les départements urbains (rapportés à la population générale).

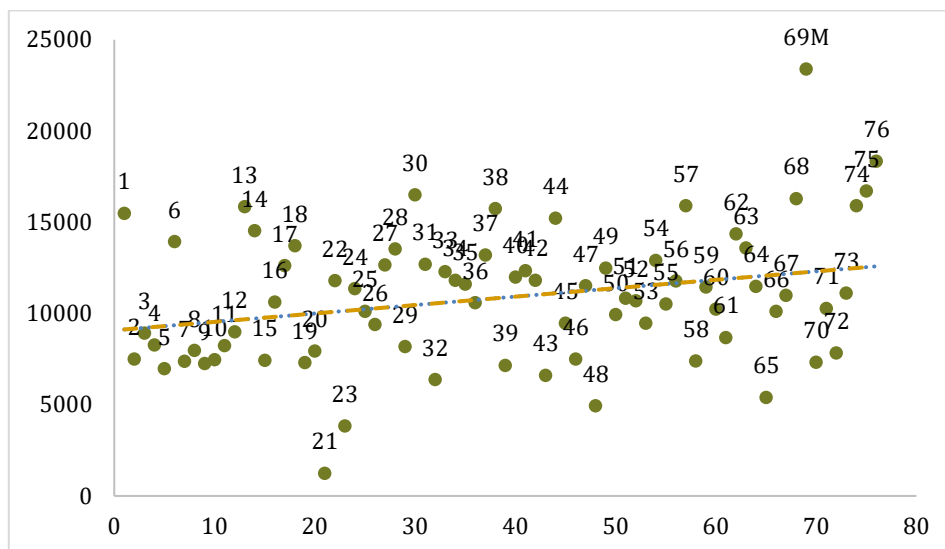
Graphique 2 : Nombre d'habitants pour 1 ETPT dans les MDPH et MDA (2022)



Source : CNSA, 2022, Rapport d'activité des MDPH.

Annexe IV

Graphique 3 : Nombre d'habitants pour 1 ETPT dans les MDPH et MDA (2022)



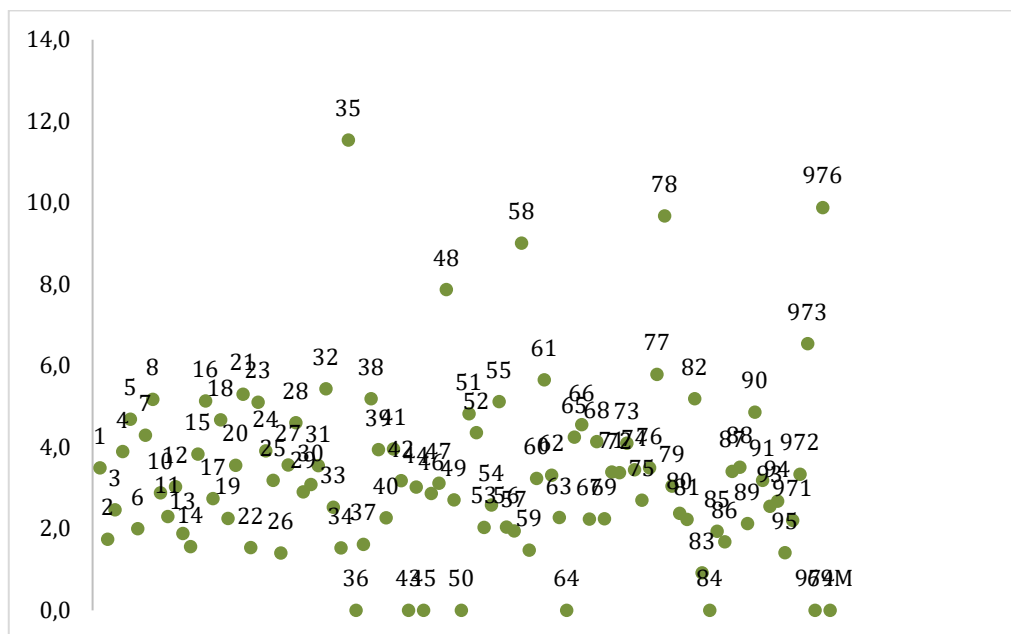
Source : CNSA, 2022, Rapport d'activité des MDPH.

Tableau 3 : Nombre d'habitants pour 1 ETPT dans les MDPH et MDA (2022)

	Nombre d'habitants par ETPT	Département
Min	1 020	Haute-Vienne
Max	23 390	Rhône
Q1	7 853	N.A.
Q3	12 329	N.A.
Moyenne	10 284	N.A.
Médiane	10 651	N.A.
Ratio interquartile	1,6	N.A.

Source : CNSA, 2022, Rapport d'activité des MDPH.

Dans le champ de l'autonomie, les ETP alloués à la gestion de l'APA (D et E confondues) illustrent des disparités analogues à celles observées chez les MDPH. Les écarts observés entre départements révèlent une forte hétérogénéité dans le ratio ETP (équivalents temps plein) par 1 000 bénéficiaires, s'échelonnant entre 1 et 13. Le ratio interquartile de 1,91 montre que les départements du quart supérieur disposent de presque deux fois plus d'ETP par bénéficiaire que ceux du quart inférieur, soulignant des différences en matière de ressources humaines allouées à la gestion de l'autonomie. En moyenne, un département alloue 3,5 ETP à la gestion de l'APA (instruction et évaluation seulement). Ces données ne sont pas disponibles s'agissant de l'ASH.

Graphique 4 : ETP d'instructeurs et d'évaluateurs dédiés à l'APA pour 1000 bénéficiaires (2022)

Source : CNSA, 2022, Diagnostic SI-APA.

Tableau 4 : ETP d'instructeurs et d'évaluateurs dédiés à l'APA pour 1000 bénéficiaires (2022)

Statistique	Valeur
Département avec valeur minimale ≠ 0	Corrèze (0,39)
Département avec valeur maximale	Ille-et-Vilaine (11,53)
1 ^{er} quartile (Q1)	2,26
3 ^e quartile (Q3)	4,31
Ratio interquartile (Q3 / Q1)	1,91
Moyenne	3,53
Médiane	3,18

Source : CNSA, 2022, Diagnostic SI-APA.

2.3. Les fonds départementaux de compensation du handicap, gérés par les MDPH, ont également des budgets hétérogènes

Le fonds départemental de compensation du handicap (**FDC**) est prévu par l'article L.146-5 du CASF. Il est destiné à limiter le reste à charge du bénéficiaire, après l'intervention de la prestation de compensation du handicap³⁰. Chaque MDPH peut organiser ce fonds en partenariat avec les acteurs locaux (département, CAF, mutuelles, collectivités territoriales). L'existence d'un FDC est obligatoire dans chaque département. Il est abondé par plusieurs partenaires :

- ♦ le département ;
- ♦ l'État qui peut y concourir également sur une base occasionnelle ;

³⁰ Le Conseil Constitutionnel a été saisi le 23 janvier 2023 d'une question prioritaire de constitutionnalité ([2023-1039 QPC](#)) au sujet du fonds départemental de compensation. Elle est relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 146-5 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap. Les dispositions contestées de cet article précisent que, dans la limite des financements dont disposent ces fonds départementaux, les frais de compensation ne peuvent excéder 10 % des ressources des personnes handicapées. Le Conseil a écarté que cet article méconnaissait les dixième et onzièmes alinéas du Préambule de la Constitution de 1946.

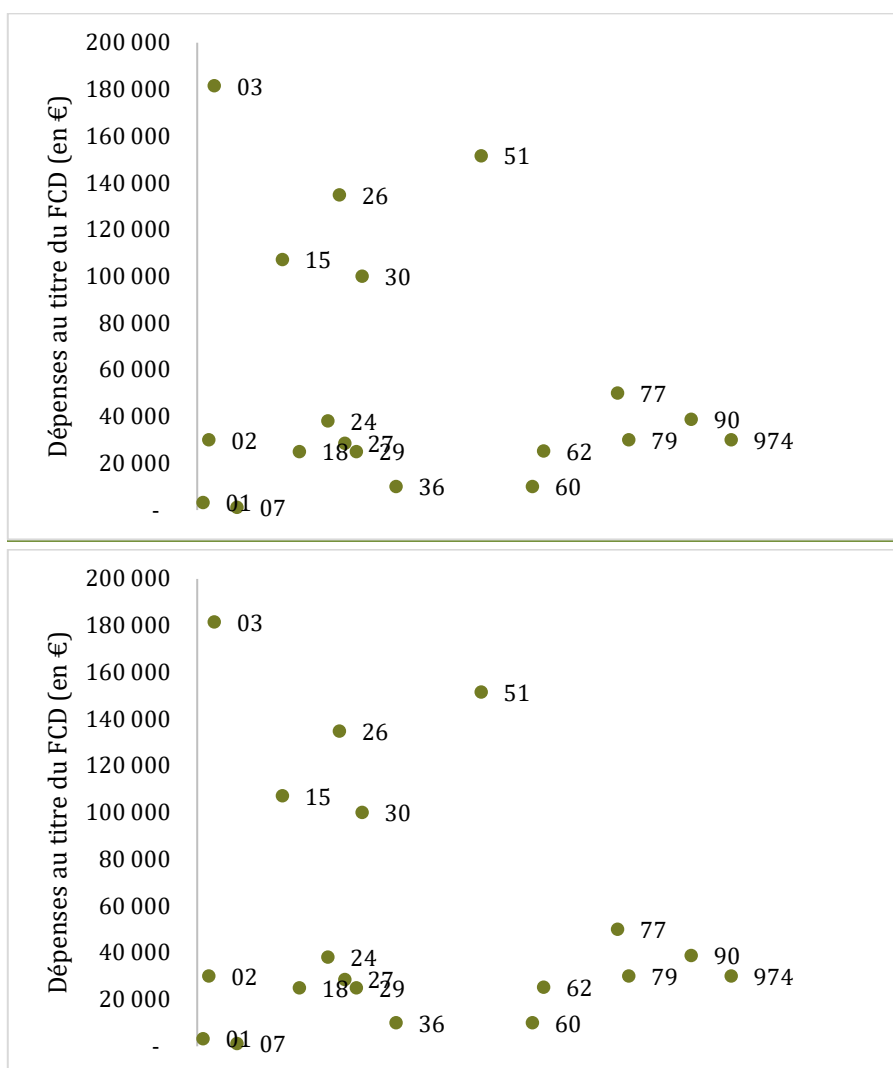
Annexe IV

- ◆ les régimes de sécurité sociale (CPAM, MSA, etc.) ;
- ◆ les associations, mutuelles, ou autres organismes publics/privés.

En 2023, le budget moyen de ce fonds s'élevait, d'après les comptes départementaux, à 53 692 € :

- ◆ dans le département du Nord, le fonds de compensation peut couvrir jusqu'à 80 % du reste à charge des bénéficiaires de la PCH pour des aménagements du logement ou du véhicule. L'aide est attribuée sous condition de ressources et après évaluation du besoin par la MDPH ;
- ◆ en Gironde, ce fonds est mobilisé pour financer des aides techniques non couvertes intégralement par la PCH, comme certains fauteuils roulants électriques ou dispositifs domotiques améliorant l'autonomie à domicile ;
- ◆ dans le Rhône, une partie de ce fonds est fléchée vers les familles avec un enfant handicapé, en prenant en charge des frais exceptionnels liés à la scolarisation (aménagement de véhicule pour le transport scolaire par exemple).

Graphiques 5 : Dépenses liées à la mobilisation du fonds de compensation du handicap départemental (FCD), 2023



Source : Mission, d'après comptes départementaux (DGFIP, 2023).

3. Une seconde strate des disparités territoriales résulte de pratiques divergentes d'instruction et d'évaluation à l'échelle des MDPH s'agissant des personnes en situation de handicap, et des équipes départementales s'agissant des personnes âgées

Au fil de leur renforcement, les services autonomie des départements et les MDPH ont investi des marges de manœuvre significatives dans l'application des textes. Or, si ces interprétations permettent une adaptation utile du cadre national aux spécificités territoriales, elles viennent questionner l'exigence d'équité. Cette exigence d'équité et d'évaluation globale et individualisée est en tension avec l'objectif de réduction des délais de traitement des demandes et d'ouverture des droits. Les départements et les MDPH sont en charge des différentes étapes des processus d'attribution de ces aides, qui s'inscrivent dans la chaîne suivante :



Si le contrôle des critères administratifs, effectué par les MDPH et services départementaux, ainsi que celui des critères financiers, mené par les CAF et les services payeurs départementaux, reposent sur des éléments objectifs, les procédures d'évaluation s'appuient par nature sur des critères plus difficilement objectivables et nécessitant un diagnostic fin de la situation personnelle et socio-médicale des personnes. **Cette étape évaluative apparaît par conséquent comme la plus susceptible de comporter des appréciations différentes ou erronées., et partant, un risque de l'iniquité d'un bénéficiaire à l'autre.** Ces disparités posent un problème d'équité territoriale entre les demandeurs dans la mesure où tous les dossiers ne suivent pas le même circuit d'évaluation d'un département à un autre, en particulier au sein des MDPH. Là où les dossiers de première demande sont vus par une équipe pluridisciplinaire dans un département, ils sont traités par un médecin seul dans un autre. **Si la mission a identifié de nombreuses disparités processuelles, elle n'a pas été en mesure de les rattacher à des différences de générosité dans l'attribution des droits.**

L'aval de la chaîne de traitement des demandes d'AAH et d'AEEH, gérée par les CAF, présente quant à elle un niveau élevé d'homogénéité, du fait de la standardisation des procédures de liquidation et de vérifications embarquées.

La mission a cherché, au travers de son questionnaire adressé aux départements et de ses visites de terrain, à identifier d'éventuels écarts au cadre réglementaire exposé ci-dessus et à mesurer l'étendue des disparités de pratiques à chaque maillon de la chaîne de la demande. La synthèse ci-dessous (cf. Tableau 9) vise à cartographier :

- ◆ les pratiques organisationnelles adoptées par les départements ou les MDPH à chaque étape du processus d'attribution de ces prestations ;
- ◆ le niveau de variation de ces pratiques entre les départements ou les MDPH, afin de distinguer les pratiques partagées des pratiques particulières ;
- ◆ les écarts éventuels entre ces pratiques et la réglementation, en particulier l'existence de pratiques non réglementaires ;
- ◆ les risques de fraude associés à chaque étape du traitement de la demande.

La mission a procédé à une cotation des disparités de 1 à 3 (1, pastille verte, correspondant à des pratiques territorialement homogènes, 3, pastille rouge, à des pratiques hétérogènes) d'après les réponses issues du questionnaire ainsi que l'appréciation qualitative tirée des déplacements. Elle associe également à chaque pratique un risque de fraude, lui aussi coté de 1 à 3.

Annexe IV

Tableau 5 : Synthèse des disparités processuelles dans le traitement des demandes (AAH, AEEH, PCH, APA, ASH)

Etape	Pratiques	Disparités territoriales (1,2,3)	Existence de pratiques non-réglées en contradiction avec la réglementation	Risque de fraude
Accueil et information des publics	Réseau de partenaires conventionnés	●		●
	Conventions avec CCAS	●		●
	Degré de territorialisation	●		●
	Accueil généraliste	●		●
	Accueil spécialiste	●		●
	Actions de lutte contre le non-recours	●		●
	Actions de communication	●		●
Instruction administrative du dossier	Vérification de l'éligibilité du demandeur	●		●
	Vérification des règles de cumul	●		●
	Vérification des revenus	●		●
	Certificat médical complet	●		●
	Dossier complet	●		●
	Convention d'échange de données avec CAF	●		●
	Convention d'échange de données avec DGF	●		●
			Absence de la pluridisciplinarité (articles L.146-8 et R.146-29 à R.146-31 du CASF (AAH, PCH), et articles L.232-3 et R.232-1 à R.232-4 du CASF (APA))	
	Composition des équipes pluridisciplinaires	●		●
	Présence d'un téléservice	●		●
			Absence de reconnaissance mutuelle (Article L.232-21 du CASF)	
	Reconnaissance mutuelle des évaluations	●		●
	Existence d'une procédure accélérée	●		●
	Modalités de recours à la procédure d'urgence	●		●

Annexe IV

Etape	Pratiques	Disparités territoriales (1,2,3)	Existence de pratiques non-réglées en contradiction avec la réglementation	Risque de fraude
Evaluation de la perte d'autonomie et des besoins	Composition de l'équipe évaluatrice	●		●
	Prise en compte de la présence d'un aidant	●		●
	Présence d'un médecin (MDPH ou département)	●		●
	Traçabilité du raisonnement évaluatif	●		●
			Visites à domicile de PCH non systématiques (article R.146-30 du CASF)	
	Application des référentiels d'évaluation	●		●
	Pratiques d'harmonisation des dossiers	●		●
	Participation des partenaires aux EPE	●		●
Décision	Fréquence de la commission d'attribution	●		●
	Présence des bénéficiaires en commission	●		●
	Présence d'associations	●		●
	Mobilisation du fonds départemental de compensation	●		●
	Rétroactivité du versement des aides à la dépendance	●		●
Liquidation, suivi et contrôle	Fréquence de renouvellement	●	Ruptures de droits induites par les délais de traitement des MDPH	●
	Mobilisation des obligés alimentaires (ASH)	●		●
	Recours systématique sur succession (ASH)	●		●
	Suivi du bénéficiaire	●		●
	Modalités de versement de l'aide humaine	●		●
	Existence d'alertes des bénéficiaires en fin de droits	●		●
	Mise en place d'un contrôle interne (en cours)	●		●
	Contrôles sur place et sur pièces	●		●
	Identification et récupération des indus	●		●

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements et déplacements.

3.1. L'instruction administrative, première étape du traitement de la demande, ressort comme étant la plus homogène des pratiques départementales, du fait d'un cadre législatif précis et des efforts d'harmonisation de la CNSA

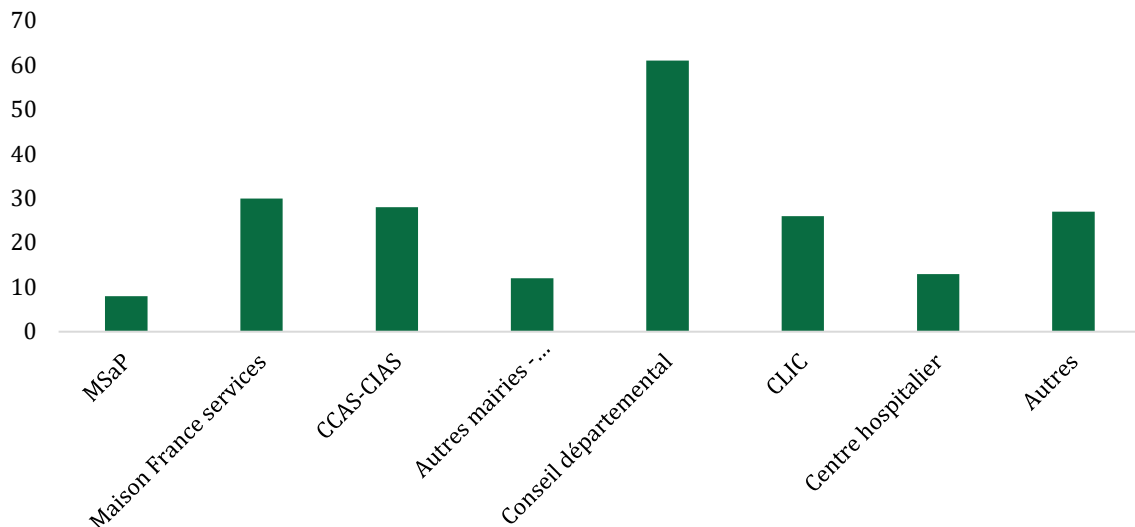
L'accueil et l'enregistrement des demandes d'aides sociales dans le champ de l'autonomie sont assurés par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) s'agissant des aides à destination des personnes en situation de handicap, et par les services départementaux, s'agissant des aides à destination des personnes âgées en perte d'autonomie. **Si l'instruction des demandes de prestations apparaît homogène entre départements, des gains d'efficacité et des ajustements juridiques peuvent être apportés.**

3.1.1. L'accueil de premier niveau et le dépôt de la demande

AAH, AEEH, PCH

Pour les trois aides considérées (AAH, AEEH, PCH), l'accueil de premier niveau est opéré par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou les antennes de proximité des MDA le cas échéant, guichet principal de l'ensemble des aides et droits concernant le handicap. L'accueil est assuré sur place ou par téléphone par des agents de catégorie C chargés de l'information et de l'orientation des demandeurs. Les services sociaux du département peuvent également jouer un rôle de relais et d'accompagnement des publics dans leur processus de demande.

Graphique 6 : Partenaires mobilisés pour l'accueil (part des MDPH répondantes déclarant avoir territorialisé leur accueil)



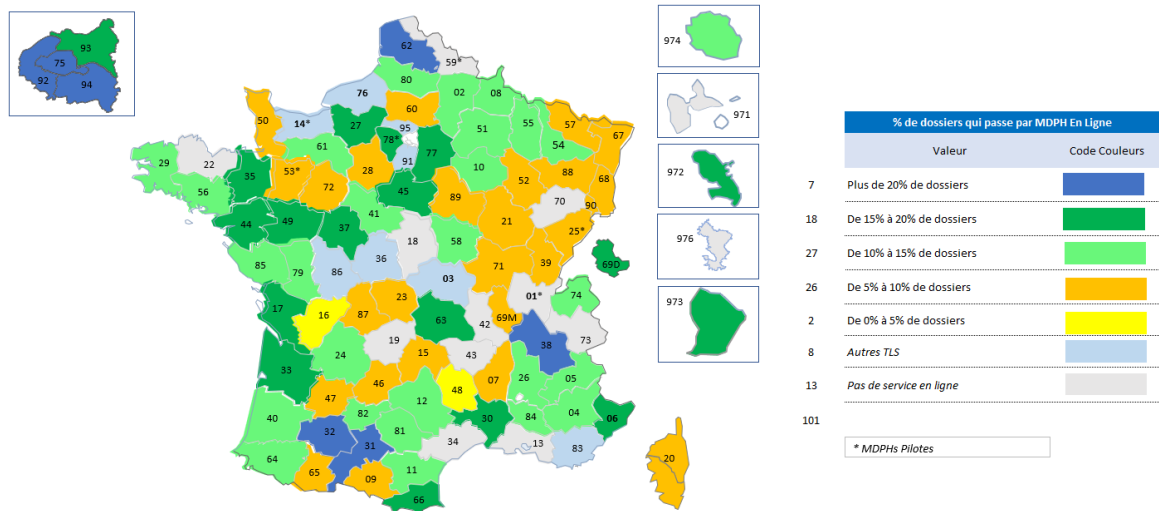
Source : CNSA, 2022, Rapports d'activité des MDPH.

Dans les cas complexes, un accueil de second niveau est proposé auprès d'un médecin ou d'un conseiller technique de la MDPH afin d'aider le demandeur dans la complétion de son certificat médical ainsi que du *cerfa* unique. D'après le questionnaire soumis par la mission (cf. Tableau 9), cet accueil est ponctuellement pratiqué par 68 % des MDPH s'agissant de l'AAH, 66 % s'agissant de l'AEEH, et 54 % s'agissant de la PCH.

Il est en outre possible de **déposer une demande en ligne** via le portail de la CNSA *Ma MDPH en ligne*³¹, si celle-ci dispose d'un téléservice. La CNSA met à disposition des MDPH un téléservice de dépôt de demande MDPH en ligne. La COG de la CNSA fixe un objectif de taux de dématérialisation à **15 %** pour 2025 et **20 %** en 2026. **Les données d'utilisation issues de la CNSA illustrent une montée en charge dynamique et un média qui trouve son public, même si le taux de dématérialisation demeure faible (12,6% fin 2024):**

- 142 362 dossiers ont été déposés sur *Ma MDPH en ligne* en 2023 ;
- 201 461 dossiers ont été déposés en 2024 (+ 42%) ;
- un pic de dépôts a été observé en janvier 2025 ;
- le taux de dématérialisation s'élève à **12,59 %**, fin 2024.

Graphique 7 : Cartographie du déploiement et du recours au téléservice *Ma MDPH en ligne*



Source : CNSA, 2025.

Instruction - Présence et recours au téléservice pour le dépôt de la demande

APA, ASH

L'accueil de premier et de second niveau pour les demandes d'aides à l'autonomie des personnes âgées est quant à lui opéré par les services sociaux du département. Davantage que pour les aides à destination des personnes en situation de handicap, les CCAS et CCIAS peuvent jouer un rôle de relais de proximité : ils disposent d'exemplaires des dossiers de demande, accompagnent les demandeurs dans la complétion de ces derniers, et transmettent la demande au département. L'article L.131-1 du CASF prévoit ainsi que les CCAS prennent en charge la pré-instruction du dossier d'ASH et envoient ces derniers au pôle Autonomie du département. Ainsi, **68 %** des départements répondants au questionnaire ont indiqué se coordonner avec ces derniers. S'agissant de l'APA en établissement, les établissements médicaux sociaux se chargent le plus souvent d'adresser la demande au département pour le compte du demandeur. Les départements interrogés ont exprimé la grande variabilité de pré-complétion des dossiers d'ASH par les CCAS, selon la taille et les moyens dont disposent ces derniers. Là aussi, le facteur rural est susceptible d'affecter l'exhaustivité du dossier de demande. Certains départements urbains ont conclu des

³¹ <https://mdphenligne.cnsa.fr/>

Annexe IV

conventions avec les CCAS afin de rationaliser la gestion des demandes. Les réponses textuelles, dont voici un échantillon, illustrent ce point :

- ◆ « Complétude du dossier : oui, il y a des différences de traitement selon la taille de la commune (CCAS) et des connaissances des personnels en la matière » ;
- ◆ « La Métropole de Lyon a conclu une convention avec les CCAS de la Ville de Lyon, Villeurbanne et Feyzin pour faciliter les démarches des demandeurs (dossiers d'aide sociale directement déposés à la Métropole. L'avis du maire peut être sollicité) » ;
- ◆ « En théorie ils doivent instruire le dossier mais en fonction de la taille des CCAS ce n'est pas le cas ou retour incomplet. Recherches sur l'état civil liens de parentés, adresses et situations des OA. détail des pensions des demandeurs. les réponses et les délais fluctuent en fonction des CCAS » ;
- ◆ « Les CCAS ne font pas l'instruction complètement et nos CCAS sont tous dans le même cas » ;
- ◆ « ASH : les dossiers de demande d'aide sociale sont centralisés par le département, puis transmis aux CCAS pour validation des éléments d'état civil. Les CCAS s'occupent également de la transmission des enquêtes d'obligation alimentaire aux mairies de résidence des personnes concernées. Certains "petits" CCAS peuvent avoir des délais de traitement plus long (ratio de personnel, volume de dossiers à traiter) » ;
- ◆ « ASH - Conformément à l'article L.131-1 du code de l'action sociale et des familles, les demandes d'admission sont déposées en mairies et CCAS qui sont tenus de les compléter et de les transférer sous un délai d'un mois les demandes aux services du Département. Selon les territoires, on relève des différences dans le traitement des dossiers au niveau de la complétude du dossier et des échanges avec les services instructeurs du Département. De surcroît, les CCAS et mairies font état d'un turn-over important sur ces missions. En conséquence, les MSP (Maisons Sociales de Proximité) multiplient les formations et les accompagnements auprès de ces établissements. Concernant la complétude, en de nombreuses occasions, les dossiers arrivent au Département sans aucun renseignement ni pièces justificatives. ».

Interrogé sur la pertinence d'une pré-instruction par les CCAS des dossiers d'ASH, Département de France a souligné que cette étape induit généralement des délais de traitement de l'ordre d'un mois, et a exprimé des réserves sur la valeur ajoutée de cette étape intermédiaire, pour l'usager comme pour les départements.

Proposition n° 1 : Étudier la faisabilité de l'abandon de l'obligation d'instruction des dossiers d'ASH par les CCAS.

Instruction – Partenariats avec les CCAS concernant l'ASH



3.1.2. La recevabilité et l'instruction administrative

AAH, AEEH, PCH

Une fois la demande déposée, les conditions d'éligibilité administrative du demandeur sont vérifiées : c'est l'instruction. Au sein des MDPH, l'instruction administrative du dossier est assurée par des équipes d'agents administratifs de catégorie C. Dans toutes les MDPH visitées, des instructeurs ou agents d'enregistrement réceptionnent les dossiers, vérifient que les pièces obligatoires sont jointes à la demande, enregistrent le dossier et en accusent réception auprès du demandeur. **Les demandes d'AAH, d'AEEH ainsi que de PCH nécessitent quatre documents obligatoires :**

Annexe IV

- ◆ le certificat administratif unique pour toutes les demandes d'aides relatives au handicap, *cerfa* n° 15692*01. Il est prévu à l'article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles. Plusieurs pièces sont demandées lors de la soumission du certificat, à peine de notification d'incomplétude du dossier, les règles d'ouverture des droits en fonction de la date de dépôt de la demande ne valant que pour les dossiers complets ;
- ◆ un certificat médical récent (moins de douze mois) ou bilan médical détaillant le handicap, renseigné par le médecin traitant, le médecin spécialiste, ou plus rarement, par le médecin de la MDPH ;
- ◆ un justificatif d'identité ;
- ◆ un justificatif de domicile.

D'après ses déplacements et son questionnaire, les pièces justificatives complémentaires les plus fréquemment demandées sont :

- ◆ un relevé d'identité bancaire (RIB) ;
- ◆ un justificatif de ressources (hors AEEH) ;
- ◆ un justificatif de scolarisation et un bilan des besoins pédagogiques (GEVA-sco) (AEEH) ;
- ◆ devis ou factures pour les aides techniques (PCH) ;
- ◆ tout document complémentaire pouvant justifier du handicap et de l'incapacité à travailler (avis d'un professionnel de santé, rapports médicaux, etc.).

À l'inverse, les pièces justificatives les plus fréquemment absentes sont les suivantes (Tableau 6) :

Tableau 6 : Réponses à la question « Quelles sont les pièces justificatives les plus fréquemment absentes lors de l'instruction en MDPH ? »

	AAH	AEEH	PCH
Certificat médical	22	17	14
Justificatif de domicile	8	6	6
Éléments relatifs au parcours professionnel/scolaire	5	1	0
Justificatif d'identité	9	5	8
Total des réponses	28	27	28

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

Le délai réglementaire de traitement des demandes est de **quatre mois** à compter de la réception du dossier complet par la MDPH s'agissant de l'AAH et de l'AEEH et de la PCH. L'absence de réponse de la MDPH avant l'expiration du délai réglementaire vaut rejet implicite. Pour les deux aides considérées, la date de dépôt du dossier complet, objectivée par un accusé de réception, détermine la date d'ouverture des droits qui sera appliquée dans le cas d'une décision favorable.

APA, ASH

De manière similaire à celle des MDPH, les services départementaux vérifient l'admissibilité du dossier, en s'assurant que le demandeur remplit les critères d'âge et de perte d'autonomie. Le délai légal de traitement est de **deux mois**. Le dossier doit comporter les pièces justificatives suivantes :

Annexe IV

- ◆ le cerfa n° 16301*01 de demande d'aide complété. Introduit le 1^{er} octobre 2023, il s'agit d'un formulaire unique pour les aides à domicile. Il permet donc de demander également l'aide d'accompagnement à domicile proposée par les caisses de retraite, mais pas l'APA en établissement, qui fait l'objet d'un formulaire propre. L'introduction du formulaire unique a été jugée positivement, d'après les équipes rencontrées par la mission ;
- ◆ un justificatif d'identité ;
- ◆ un justificatif de domicile ;
- ◆ un justificatif de ressources (avis d'imposition et de taxe foncière) ;
- ◆ un relevé d'identité bancaire (Rib) ;
- ◆ un certificat médical (dans certains départements) ;

Et en outre, dans le cas de l'ASH, sont demandées les pièces suivantes :

- ◆ justificatifs de pensions ou salaires pour les 3 derniers mois, de la personne âgée et de la personne avec laquelle elle vit en couple, et ceux de ses obligés alimentaires ;
- ◆ liste de ses obligés alimentaires, selon ce qui figure dans son livret de famille (enfants, petits-enfants, gendres ou belles-filles).

Si la situation du demandeur présente un caractère d'urgence d'ordre médical ou social (modification de l'état de santé, de l'environnement social...), des procédures d'attribution d'urgence peuvent être enclenchées. 79 % des MDPH répondantes ont déclaré avoir mis en place une procédure d'urgence de ce type, et 64 % s'agissant des services départementaux. Des disparités sont là aussi observées. Par exemple, s'agissant de l'APA, deux des départements visités par la mission ont indiqué ne pas pratiquer l'avance réglementaire de l'APA d'urgence forfaitaire, et préférer ouvrir des droits d'APA classique sur six mois, dont la pérennisation sera soumise à l'évaluation habituelle.

Tableau 7 : Réponses à la question « Existe-il une procédure accélérée pour les demandes de renouvellement ou pour ajuster le niveau d'aide suite à une évolution de la situation du bénéficiaire ? »

Réponse	AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Non	21 %	36 %
Oui	79 %	64 %

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

Les départements et MDPH rencontrés ont souligné le besoin d'un cadre juridique plus précis s'agissant de la recevabilité de certaines pièces, notamment sur la durée de validité des titres de séjour et justificatifs de domicile.

Par ailleurs, les premiers audits menés par la CNSA montrent que les dossiers inspectés ne sont pas toujours complets.

Proposition n° 2 : Préciser le cadre réglementaire sur la recevabilité des pièces justificatives obligatoires du dossier [CNSA ; DGCS].

Instruction – Vérification de la complétude du dossier



Annexe IV

Sur place, la mission a également été interpellée par l'inégale dématérialisation du traitement des demandes, source d'inefficiences et de délais de traitement rallongés. En 2022, 148 ETP en MDPH étaient consacrés à la numérisation des dossiers, soit 2 % des effectifs totaux (*cf. supra*, 2.2, Tableau 4).

Par ailleurs, les équipes instructrices des MDPH ne vérifient que peu les conditions d'éligibilité administrative liées au cumul d'une prestation avec une autre (82 % des départements répondants ne pratiquent pas cette vérification s'agissant de l'AAH, 63 % pour l'AEEH, et 38 % pour la PCH), dans la mesure où elles ne sont pas organisme payeur de ces prestations. Quand ces vérifications ont lieu, elles sont cependant réalisées « à la main » par les agents, par demande individuelle auprès des administrations concernées (CAF, DGFIP), alors que l'accès au RNCPS (qui permet, sur la base du NIR, de connaître les prestations sociales reçues et leurs montants) leur est ouvert de droit. Ces vérifications sont bien plus fréquentes de la part des départements (97 % des répondants s'agissant de l'APA, de l'ASH et dans une moindre mesure, de la PCH).

Tableau 8 : Pratiques de vérification d'éligibilité des MDPH et services départementaux

	AAH		AEEH		PCH		APA		ASH	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui
Vous prenez en compte les règles de non cumul/plafond d'aide sociale au moment de l'instruction du dossier ?	18 %	82 %	37 %	63 %	62 %	38 %	3%	97%	3%	97%
Vous contrôlez les niveaux de revenus ?	0 %	100 %	3 %	97 %	53 %	47 %	0%	100%	0%	100%
Ces contrôles sont réalisés sur une base purement déclarative ?	24 %	76 %	28 %	72 %	41 %	59 %	80%	20%	73%	27%
Des croisements de données sont opérés avec d'autres administrations à des fins de contrôle ?	0 %	100 %	4 %	96 %	38 %	62 %	45%	55%	56%	44%

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

Instruction – Vérification des règles de cumul



3.2. L'évaluation pluridisciplinaire concentre les risques d'une appréciation subjective voire approximative des éléments médicaux du dossier ainsi que du retentissement de la perte d'autonomie dans la vie quotidienne du demandeur

L'évaluation vise à déterminer l'incapacité du demandeur à exercer ses activités quotidiennes, scolaires ou professionnelles, en fonction de la gravité du handicap ou de la perte d'autonomie et leurs conséquences sur la vie courante. Elle est mesurée par un taux d'incapacité (TI) s'agissant des personnes en situation de handicap, et par un groupe iso-ressources (Gir) s'agissant des personnes âgées. Au sein des MDPH, une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, accompagné d'autres professionnels (assistants sociaux, psychologues, etc.), réalise l'évaluation globale des besoins de la personne. Elle définit, sur la base du certificat médical et au besoin, d'une rencontre avec le demandeur, le taux d'incapacité de celui-ci et les éventuelles restrictions substantielles et durables d'accès à l'emploi (RSDAE) pour l'AAH, ses besoins en compensation (aides humaines, techniques ou aménagements du logement) pour la PCH, normalement obligatoirement après une visite au domicile du demandeur. L'évaluation pluridisciplinaire est également mise en œuvre par les équipes départementales s'agissant des demandes d'APA, aussi au cours d'une visite à domicile.

3.2.1. Les éléments médicaux des dossiers, souvent incomplets, ne font que marginalement l'objet d'une contre-expertise par les MDPH

AAH, AEEH, PCH

Qu'il s'agisse d'une primo-demande ou d'une demande de renouvellement, les processus d'instruction ne prévoient pas au sein de la MDPH de contre-visite médicale systématique au certificat médical présenté par le demandeur. Ainsi, 30 % des départements répondants, s'agissant de l'AAH, 50 %, s'agissant de l'AEEH, et 38 %, s'agissant de la PCH, ont indiqué qu'une visite médicale avec le médecin de la MDPH n'avait jamais lieu.

Tableau 9 : Réponses à la question « Pouvez-vous détailler les pratiques en vigueur au moment de l'instruction initiale dans votre département en remplissant le tableau ci-dessous ? »

Action	AAH				AEEH				PCH			
	S	F	P	J	S	F	P	J	S	F	P	J
Entretien téléphonique ou en visioconférence avec un agent MDPH	3%	16%	68%	13%	3%	21%	63%	13%	15%	36%	38%	10%
Entretien en présentiel avec un agent MDPH	0%	8%	68%	24%	0%	8%	66%	26%	8%	26%	54%	13%
Visite médicale avec un médecin	11%	6%	42%	42%	11%	5%	24%	59%	11%	5%	34%	50%
... dont visite médicale avec un médecin de la MDPH	0%	5%	66%	29%	0%	3%	47%	50%	0%	3%	59%	38%
Visite domiciliaire d'un professionnel de la MDPH	0%	5%	26%	68%	3%	11%	32%	55%	38%	32%	22%	8%

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

Lecture : S : systématique, F : fréquent, P : ponctuel, J : jamais.

Annexe IV

Le rapport d'activité des MDPH pour 2022 confirme que la très grande majorité des évaluations a lieu uniquement sur pièces. La part des évaluations effectuées en 2022 par mode de réalisation était en effet en moyenne de :

- ◆ **86,6 % pour les évaluations uniquement sur dossier ;**
- ◆ 2,9 % pour les évaluations par entretien avec la personne à la MDPH ;
- ◆ 3,9 % pour les évaluations sur le lieu de vie de la personne ;
- ◆ 6,6 % pour les évaluations par entretien téléphonique.

Cette absence de contre-expertise s'explique principalement, d'après les départements rencontrés, par la difficulté des MDPH à recruter ou mobiliser des personnels médicaux. De fait, les ressources médicales des MDPH sont très limitées. Plusieurs MDPH visitées n'avaient qu'une vacation de médecin une demi-journée par semaine.

L'évaluation quasi-systématique de dossiers de prestations en soutien au handicap, uniquement sur base documentaire, est liée aussi à la nécessité de respecter les délais de traitement, dans un contexte de forte augmentation des demandes. L'absence d'échange avec les personnes ayant déposé un dossier est également regrettable du point de vue du demandeur. Les évaluateurs rencontrés ont ainsi témoigné du fait que les échanges oraux avec les bénéficiaires (le cas échéant en CDAPH) permettaient souvent d'apporter de nouveaux éléments au dossier, sur la situation médicale, sur les retentissements de la pathologie ou encore concernant le projet professionnel.

La fréquence des évaluations sur dossier interpelle quant à la durée (qui est aussi liée à la possibilité de droits sans limitation de durée) et au montant des droits accordés, qui sont les plus élevés de l'ensemble des aides individuelles de solidarité. Les services départementaux font face à des difficultés similaires dans le cas de l'APA, mais moins marquées dans la mesure où le flux de demandes était faiblement croissant ces dernières années.

Cet examen de « guichet » est d'autant plus questionnable pour les MDPH que les seuls éléments médicaux fournis par le demandeur se voient parfois résumés sous la forme d'un « certificat médical » simplifié, qui consiste, pour le médecin, à indiquer que la situation clinique n'a pas évolué. Si les pathologies non évolutives justifient de toute évidence le recours à cette option processuelle, l'utilisation répétée d'un certificat médical simplifié compromet fortement la capacité des équipes évaluatrices à pouvoir déterminer les besoins du demandeur et son éligibilité globale à une prestation. **La faible exhaustivité des éléments médicaux présents dans le dossier du demandeur a de fait été indiquée comme la principale difficulté dans le déroulé de l'évaluation par les équipes rencontrées et interrogées par la mission, qui ont souligné l'enjeu fort d'un meilleur remplissage du certificat médical MDPH concernant les retentissements des pathologies.** L'utilisation répétée du certificat simplifié doit d'autant plus être évitée s'agissant des enfants, pour lesquels les pathologies sont par nature davantage susceptibles d'évolution. Au demeurant, la mission a constaté les pratiques hétérogènes des équipes de MDPH en la matière, certaines refusant tout certificat médical simplifié au-delà d'une occurrence précédente, d'autres, souvent en situation de désert médical, se résignant à s'y fonder pour procéder à l'évaluation dans des délais minimaux.

À cet égard, les réponses obtenues par la mission à sa question « *Un avis médical est-il systématiquement requis pour définir le plan de compensation ?* » montrent que la réponse n'est ni univoque, ni surtout uniforme sur le territoire :

Tableau 10 : Réponses à la question : « *Un avis médical est-il systématiquement requis pour définir le plan de compensation ?* »

Réponse	Part des réponses exprimées
Non	26 %
Oui	74 %

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

Proposition n° 3 : Par voie réglementaire, proscrire le recours au certificat médical simplifié lors des demandes d'AEEH et de PCH enfant.

Évaluation – Accès à une évaluation médicale proposée par la MDPH



La mission formule une recommandation plus générale pour améliorer la qualité du remplissage du certificat médical MDPH, sous l'égide de la CNSA, en associant l'assurance maladie (en s'appuyant notamment sur la dématérialisation de ce certificat, cf. annexe V Contrôle et lutte contre la fraude, 3.1.2.3).

Encadré 2 : La consultation « très complexe » (CNAM)

Pour inciter les médecins à remplir de la manière la plus exhaustive les éléments du certificat médical, la CNAM a étendu au champ du handicap en avril 2022 la consultation dite « très complexe », par un avenant n°9 à la convention médicale. Cette nouvelle modalité de consultation vise à accompagner les médecins de ville ou hospitaliers confrontés à des situations complexes ou peu familières, à garantir une meilleure description des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation, ainsi qu'à réduire les délais de traitement et les demandes de pièces complémentaires pour les MDPH. Faisant l'objet d'une tarification majorée (60 euros et jusqu'à 70 pour certaines pathologies), elle est prise en charge à 70 % par l'Assurance maladie, les 30 % complémentaires restant à la charge de la mutuelle, ou, dans certains cas, à 100 %. La cotation MDPH est de 60 € en métropole et de 72 € dans les départements et régions d'outre-mer. Le médecin ne peut toutefois déclarer cette consultation très complexe que lors de la primo-complétion du certificat MDPH, ou lorsque le demandeur a changé de praticien. Sollicitée par la mission sur les données relatives à cette consultation majorée, la CNAM n'a pas été en mesure de fournir une indication quantitative des recours enregistrés pour les exercices 2022, 2023 et 2024. Elle a cependant souligné que l'introduction de cette consultation a permis d'atténuer la réserve des professionnels de santé à accompagner les demandeurs dans la complétion de leur certificat médical.

Source : Mission, d'après CNAM.

3.2.2. Les visites à domicile se raréfient pour la PCH, au détriment de la qualité de l'évaluation

La combinaison de l'augmentation continue des demandes adressées, des tensions sur les ressources des MDPH, de la vigilance managériale et des parties prenantes quant à la réduction des délais de traitement et, enfin, les difficultés de recrutement ou de mobilisation de personnels médicaux conduisent également les équipes à **limiter la visite médicale à domicile**, s'agissant de la PCH. L'évaluation personnalisée, en théorie globale et pluridisciplinaire, est pourtant encadrée par le Code de l'action sociale et des familles³². La visite à domicile requise pour la PCH apparaît de fait marginalement pratiquée par les équipes (seuls 38 % des répondants au questionnaire disent la mettre en œuvre de manière systématique, et 8 %, jamais, cf. Tableau 9), ce qui génère des disparités, puisque l'établissement du plan personnalisé de compensation peut être réalisé sur pièces et par un seul agent, en lieu et place d'une équipe pluridisciplinaire après une visite au domicile du demandeur.

³² [Article L146-8](#) du CASF : « [...]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 [...] ».

Annexe IV

Les départements ruraux apparaissent comme les plus susceptibles de procéder à cet arbitrage de moyens RH, entre évaluation approfondie et efficience du traitement global du flux de demandes. **Cette absence est susceptible d'engendrer des décisions erronées d'attribution.**

Les services départementaux apparaissent moins exposés que les MDPH à cet arbitrage de moyens humains conduisant à renoncer à la visite à domicile, s'agissant de l'APA. La relative stabilité du flux de demandes d'APA (+1 % d'augmentation annuelle depuis 2020, cf. Fiche APA), explique très probablement cette situation moins contrainte. Ainsi, les départements répondants indiquent pratiquer la visite à domicile de manière systématique pour 83 % d'entre eux, de manière ponctuelle pour 6 %, et jamais pour 11 %.

Tableau 11 : Réponses à la question « Pour chacune des deux aides légales, pouvez-vous préciser les pratiques ayant cours dans votre département, visant à suivre le parcours des bénéficiaires ? »

Questions		APA				ASH-PA			
		%S	%F	%P	%J	%S	%F	%P	%J
Entretien avec les services sociaux du département	<i>À l'ouverture des droits</i>	81%	0%	17%	3%	10%	0%	20%	70%
	<i>Lors du renouvellement</i>	64%	3%	22%	11%	7%	0%	13%	80%
Rendez-vous médical avec un médecin	<i>À l'ouverture des droits</i>	9%	3%	18%	71%	14%	0%	4%	82%
	<i>... dont rendez-vous avec un médecin désigné par le CD</i>	3%	0%	9%	88%	0%	0%	0%	100 %
	<i>Lors du renouvellement</i>	5%	3%	16%	76%	4%	0%	0%	96%
Actualisation des ressources des bénéficiaires	<i>À l'ouverture des droits</i>	95%	3%	0%	3%	97%	0%	0%	3%
	<i>Lors du renouvellement</i>	92%	6%	3%	0%	94%	6%	0%	0%
Visite à domicile	<i>À l'ouverture des droits</i>	83%	0%	6%	11%	3%	0%	10%	87%

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

Lecture : S : systématique, F : fréquent, P : ponctuel, J : jamais.

3.2.3. La pluridisciplinarité de l'évaluation est très fréquemment compromise, du fait des volumes de demandes à traiter et des difficultés de recrutement de certaines compétences

Les équipes évaluatrices des MDPH ainsi que des services départementaux de l'autonomie ont vocation à regrouper plusieurs métiers : médecins, infirmiers, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, agents administratifs, psychologues, ou, pour les seules MDPH, des enseignants.

Dans le champ du handicap, le principe de l'évaluation pluridisciplinaire est une des avancées de la loi du 11 février 2005. Celui-ci est garanti par l'article R.146-27³³ du CASF. Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, la composition de l'équipe médico-sociale est régie depuis 2015 par des dispositions spécifiques³⁴, et en pratique, cette équipe est le plus souvent constituée en binôme. En particulier, la présence de médecins est très inégale.

Le rapport IGAS de 2024 sur les MDPH a montré que dans 5 des 7 MDPH visitées, des évaluations étaient réalisées par des professionnels seuls (notamment s'agissant des cartes invalidités et des reconnaissances de la qualité de la qualité de travailleur handicapé, RQTH). Les audits de la CNSA ont également montré qu'un nombre significatif de dossiers d'AAH étaient évalués par un unique évaluateur. La mission MDPH a préconisé de retenir une approche souple de l'évaluation de la demande dans un cadre pluridisciplinaire et mobilisation des médecins en expertise de second niveau, l'enjeu étant de mobiliser les bonnes compétences autour de la situation, selon les besoins repérés.

Même si elles ne sont pas non plus systématiques, les équipes pluridisciplinaires partenariales se rapprochent des principes de la loi de 2005.

Cette pluridisciplinarité non systématique lors de l'évaluation *stricto sensu* est toutefois atténuée par la tenue, dans la majorité des MDPH rencontrées et interrogées, de temps d'harmonisation collectifs.

Évaluation – Pluridisciplinarité de l'évaluation



3.2.4. Les guides-barèmes et référentiels introduits pour guider le raisonnement évaluatif sont connus mais inégalement appropriés, consolidés et mis à jour, et ne permettent pas toujours d'orienter de manière fiable l'évaluation du taux d'incapacité et des besoins

Dans le cadre de l'instruction des demandes de prestations liées au handicap ou à la perte d'autonomie, plusieurs référentiels et guide-barèmes ont été introduits dans la réglementation et/ou par la CNSA afin de garantir une évaluation homogène, conforme aux exigences légales et aux droits des usagers. Les textes de référence sont les suivants :

³³ [Article R146-27](#) du CASF : « L'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article [L. 146-8](#) réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap quelle que soit la nature de la demande et le type du ou des handicaps ; cette composition peut varier en fonction des particularités de la situation de la personne handicapée. Lorsqu'elle se prononce sur des questions relatives à la scolarisation, elle comprend un enseignant du premier ou du second degré ».

³⁴ [Article L232-12](#) du CASF : « L'allocation personnalisée d'autonomie est accordée par décision du président du conseil départemental et servie par le département sur proposition de l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article [L. 232-6](#) », rédaction issue de l'[article 41](#) de la loi « ASV » n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et [article R232-7](#) du CASF : « La demande d'allocation personnalisée d'autonomie est instruite par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social ».

- ◆ le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007 a introduit à l'annexe 2-4 du CASF le guide barème permettant de déterminer le taux d'incapacité pour les demandes d'AAH, de PCH et d'AAEH. Ce guide a été révisé en 2017. Il distingue l'entrave majeure ou l'atteinte à l'autonomie (taux supérieur à 80 %) de la gêne notable dans la vie sociale (taux supérieur à 50 %) ;
- ◆ le décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001 a introduit la grille AGGIR s'agissant de l'APA.

La notion de RSDAE (Restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi³⁵). L'arbre de décision relatif à la RSDAE est un outil utilisé en complément du guide-barème, mais il ne fait pas partie d'une annexe du CASF comme les autres barèmes *supra*. Il a été diffusé par la circulaire n° DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 2011. Enfin, un guide pratique sur l'attribution de l'AAH a été publié par la DGCS en 2017, visant à harmoniser l'interprétation de la notion de RSDAE.

Lors de ses déplacements, la mission a constaté, en dépit de l'effort de formation déployé par la CNSA (cf. partie 1.3), une appropriation inégale des guides-barèmes et référentiels existants, l'excessive complexité de la PCH soulignée par les équipes, ainsi que des difficultés à utiliser l'arbre de décision de la RSDAE. Si les équipes interrogées convergeaient sur leur utilité, elles soulignaient également la possibilité de faire « coller » des situations sur une branche plutôt qu'une autre en fonction de l'intention de diagnostic. Le guide-barème de 2017 d'évaluation des taux d'incapacité ressort comme étant le mieux approprié par les équipes, à l'inverse de l'arbre de décision de RSDAE.

Dans une précédente mission dédiée à l'AAH, l'IGF et l'IGAS avaient, à partir d'un échantillon de 320 dossiers d'AAH-2 de 2012, conclu que pour 15 % des décisions d'attribution d'une RSDAE, le bien-fondé de la décision n'avait pas pu être démontré. Lors d'une CDAPH à laquelle la mission a assisté, elle a relevé que pour quatre des cinq cas d'AAH-2 examinés, l'attribution de la RSDAE tendait à se fonder également sur des freins à l'emploi d'ordre social. Lors de cette CDAPH, la mission a également relevé deux cas de rehaussement de taux d'incapacité, afin de permettre l'ouverture de droits pour le demandeur.

Ces pratiques n'ont pas été observées dans une autre CDAPH à laquelle la mission a assisté, dans un autre département (voir monographie AAH). La mission n'est pas en mesure d'évaluer s'il s'agit d'une situation isolée ou d'un cas plus générique (la situation ne s'est pas présentée dans l'autre CADPH à laquelle la mission a assisté). Ce point mériterait d'être investigué par la mission d'audit et de contrôle de la CNSA, et pourrait le cas échéant donner lieu à un rappel de la réglementation auprès des MDPH, si cette pratique était généralisée (cf. recommandation formulée dans la fiche monographique relative à l'AAH).

Par ailleurs, la pratique de réhaussement du taux d'incapacité semble exister également dans le cas des dossiers d'AAEH, afin de pouvoir prendre en charge financièrement des soins qui ne le sont pas par le régime de l'assurance maladie (ergothérapeutes, psychomotriciens). De même, la mission d'audit de la CNSA mériterait d'investiguer ce point pour évaluer s'il s'agit de situations très fréquentes ou isolées, ce que la mission n'a pu évaluer.

Au demeurant, la mission a pu mesurer la forte variabilité des évaluations, et le caractère subjectif des raisonnements évaluatifs, ce qui illustre l'importance des efforts d'harmonisation de pratiques et la nécessité de déployer des mécanismes de contre-évaluation, *a minima* entre pairs, ou bien par un organisme de contrôle, sur le modèle de l'Assurance maladie. **La perception des services départementaux et MDPH de ces disparités est toutefois plus modérée, comme en témoignent leur réponse au questionnaire.**

³⁵ Cf. notamment [CNSA, mai 2013, Guide des éligibilités pour les décisions prises par les MDPH](#), pages 63 et suivantes pour la RSDAE, laquelle est régie par l'[article D821-1-2](#) du code de la sécurité sociale.

Annexe IV

Tableau 12 : Réponses à la question « Au sein de la MDPH de votre département, identifiez-vous des différences en termes d'instruction liées à l'agent instructeur ? »

Réponse	Part des réponses exprimées
Non	79 %
Oui	21 %

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.3

Évaluation – Application des guides-barèmes ou référentiels



Pour pallier le caractère naturellement subjectif de l'évaluation, renforcer l'appropriation des arbres de décision, guides techniques et guides barèmes et conforter l'homogénéité des prises de décision, les équipes des MDPH et services départementaux de l'autonomie ont mis en place plusieurs pratiques ou circuits d'harmonisation, en complément des formations nationales par la CNSA :

- ◆ des circuits de visa des décisions d'évaluation, simples, par le chef d'équipe, ou doubles, par le chef d'équipe puis la direction du pôle autonomie ou de la MDPH ;
- ◆ des ETP dévolus à la coordination des évaluations ;
- ◆ des temps collectifs d'harmonisation, entre les différentes équipes évaluatrices d'un pôle, et entre les différents pôles territoriaux le cas échéant. Ces temps d'harmonisation peuvent être consacrés à l'étude de dossiers jugés plus complexes à évaluer ;
- ◆ des référentiels internes d'évaluation ainsi que des parangonnages de prise en charge (notamment en termes de prix) s'agissant des aides techniques ;
- ◆ des sessions de formations systématiques des nouveaux arrivants ou lors d'évolutions réglementaires.

D'après le questionnaire, plus de la moitié des départements interrogés ont mis en place des temps d'harmonisation, au cours desquels les cas complexes sont évoqués.

Tableau 13 : Réponses à la question « Existe-t-il une commission d'harmonisation (autre que la CDAPH) pour traiter les cas complexes et s'assurer de l'équité des décisions (ou un temps d'échange collectif, par exemple) ? »

Réponse	Part des réponses exprimées
Non	44 %
Oui	56 %

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

Proposition n° 4 : Systématiser l'harmonisation des pratiques : application plus stricte des guides (par ex guide barème, RSDAE), formations CNSA, échanges de pratiques internes aux MDPH ou CD, entre MDPH ou CD.

3.2.5. Préciser la réglementation et compléter les guides existants

Enfin, s'agissant de l'APA, les référentiels nationaux mériteraient d'être complétés s'agissant des aides techniques, afin d'harmoniser les pratiques de prise en charge de chaque département (cf. monographie APA). S'agissant de l'AEEH et de la PCH, la réglementation mériterait d'être précisée pour déterminer l'ensemble des frais pouvant être pris en charge, par exemple l'équithérapie ou l'art-thérapie, en fonction de l'efficacité thérapeutique ou non de ces pratiques (cf. fiches AEEH et PCH). Ces vides juridiques induisent des disparités territoriales de pratiques qui elles-mêmes alimentent le risque de recours de la part des bénéficiaires, notamment à l'occasion de déménagements.

Proposition n° 5 : Préciser dans la réglementation les dépenses qui peuvent être prises en charge ou non (activités, aides techniques, par exemple).

3.2.6. Les durées d'attribution des droits, qui ont une incidence par ailleurs sur les possibilités de contrôle d'effectivité (PCH, APA), sont insuffisamment pilotées et harmonisées par la CNSA

La durée d'attribution du droit est également un élément décisif dans l'économie des droits ouverts. La durée conditionne en effet dans les montants et dans le temps l'adéquation du plan personnalisé aux besoins du bénéficiaire, lesquels peuvent évoluer. Elle détermine directement la capacité du département à vérifier la consommation des plans d'aide (PCH, APA), qui est notamment fait au moment du renouvellement des droits. Cette durée doit permettre à la fois de ne pas surmobiliser des équipes administratives et d'évaluation déjà en tension pour traiter les flux de demandes dans les délais minimaux, éviter des procédures inutiles pour le demandeur, mais elle doit cependant permettre de s'assurer de la pertinence et de l'effectivité du plan, en cas d'amélioration du handicap et de son retentissement comme en cas de dégradation. Dans le cas de la PCH, attribuée par les MDPH mais versée par le département, la mission relève une contradiction manifeste entre l'objectif de réduction des délais porté par la CNSA et son réseau d'une part, et d'autre part, la capacité de contrôle d'effectivité des départements, qui en pratique n'est mis en œuvre par la MDPH que lors des renouvellements.

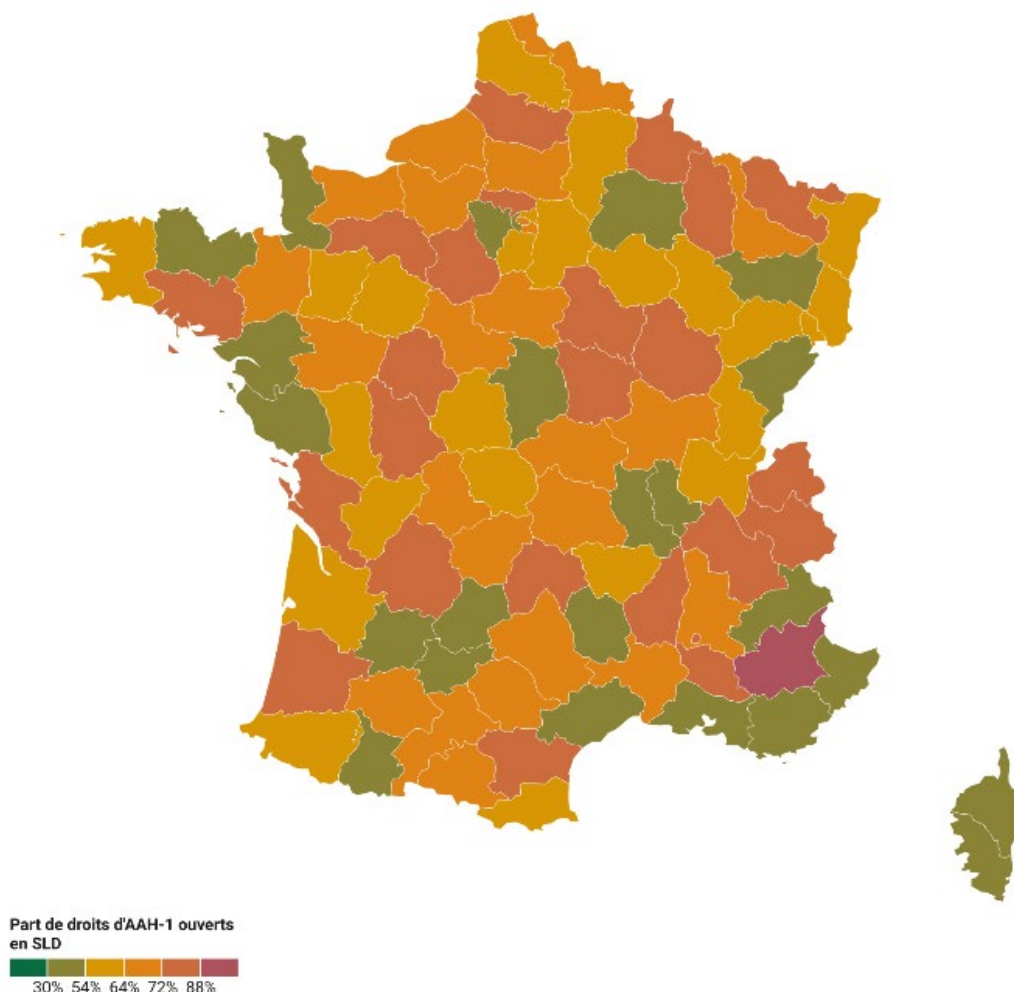
Tableau 14 : Réponses à la question « Pour chacune des aides légales, quelle est dans votre département la durée moyenne d'attribution au moment de la notification (en années) ? »

Durée	AAH	AEEH	PCH	APA	ASH
Moyenne	4 ans	3 ans	7 ans	3 ans	5 ans
Minimale	2 ans	2 ans	2 ans	1,5 mois	6 mois
Maximale	5 ans ou SLD (AAH-1) 2 ans (AAH-2)	5 ans	10 ans	Sans limitation de durée	Sans limitation de durée

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

A proportion égale d'AAH-1, les taux d'attribution de droits sans limitation de durée (SLD) sont également fortement disparates d'un département à l'autre (cf. Graphique 8). Il faut toutefois souligner que l'attribution de droits en SLD a précisément été étendue en faveur d'une meilleure qualité du service pour l'usager, en particulier pour mettre fin à des situations aberrantes où une personne atteinte d'une pathologie non-évolutive est contrainte de justifier à vie de son état.

Graphique 8 : Disparités territoriales d'attribution des droits d'AAH-1 sans limitation de durée (SLD)



Source : CNSA, 2024, Baromètre des MDPH.

Proposition n° 6 : Prévoir un suivi d'un indicateur relatif aux durées d'attribution des droits par la CNSA, au titre de ses missions d'harmonisation.

Évaluation – Durée d'attribution des droits

Entre deux renouvellements, il n'existe, tant du côté des MDPH que des services départementaux, aucun suivi organisé ou systématisé de la situation des bénéficiaires³⁶. S'agissant des MDPH, un courrier d'alerte est toutefois envoyé six mois avant la fin de droits. Outre l'arrivée à échéance des droits, les événements susceptibles de déclencher un renouvellement sont les suivants, d'après les réponses au questionnaire³⁷ :

- ◆ *APA : « au moment d'une demande de révision (à la demande du bénéficiaire) ou lors du renouvellement de la demande » ;*

³⁶ En dehors de quelques cas isolés, à l'image de la Ville de Paris.

³⁷ Réponses textuelles à la question « Quels sont les événements/contextes susceptibles de déclencher une révision de l'aide ? »

Annexe IV

- ♦ APA : « Un suivi des situations est opéré dans les divers cas : révision ou renouvellement aux motifs aggravation de la perte d'autonomie, décès du conjoint, sortie d'hospitalisation, isolement, signalements... » ;
- ♦ ASH : « le droit peut être suspendu lorsque le bénéficiaire ou son tuteur le sollicite, notamment dans les cas suivants : vente du vivant d'un bien immobilier, retour à meilleure fortune. Le Département peut arrêter l'aide lorsqu'il a connaissance de nouvelles ressources pour le bénéficiaire qui le font sortir du dispositif. ».

C'est à l'occasion des renouvellements que les pièces justificatives nécessaires au contrôle d'effectivité sont demandées. 70 % des MDPH et 80 % des départements déclarent demander des pièces complémentaires (cf. tableau 15 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Elles comprennent :

- ♦ AAH-2 : suivi du projet professionnel ;
- ♦ PCH : justificatifs de consommation des plans d'aide (factures) via le contrôle d'effectivité ;
- ♦ APA : états de présence en établissement, factures ;
- ♦ ASH : pièces d'identité, justificatifs de ressources, titre de séjour, justificatifs de charges, enfants à charge, justificatifs fiscaux (taxe foncière, avis imposition, justificatif de domicile, attestation de présence en établissement sur un lit habilité à l'aide sociale, livret de famille, plan de surendettement, relevés bancaires pour le demandeur, attestation de versement des retraites.

De nouveau, l'ensemble de ces demandes est effectué de manière manuelle par les agents des différents services. 90 % des services répondants ont déclaré diriger cette demande vers le bénéficiaire en première intention, avant de s'adresser aux administrations ou prestataires concernés.

Tableau 15 : Réponses à la question
« Des documents justificatifs sont-ils régulièrement demandés au bénéficiaire ? »

Réponse	AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Non	30 %	20 %
Oui	70 %	80 %

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

D'ailleurs, notamment par rapport au projet de vie (formation ou activité professionnelle), certaines équipes des MDPH pratiquent une clause de « rendez-vous à l'issue » pour affiner le contenu et la durée des droits à ouvrir. L'ensemble de ces dimensions, non cadrées et relativement "locales", sont génératrices de disparités entre bénéficiaires, tout en étant souhaitables et souvent de bonne pratique pour gérer la tension entre les équilibres contradictoires évoqués ici.

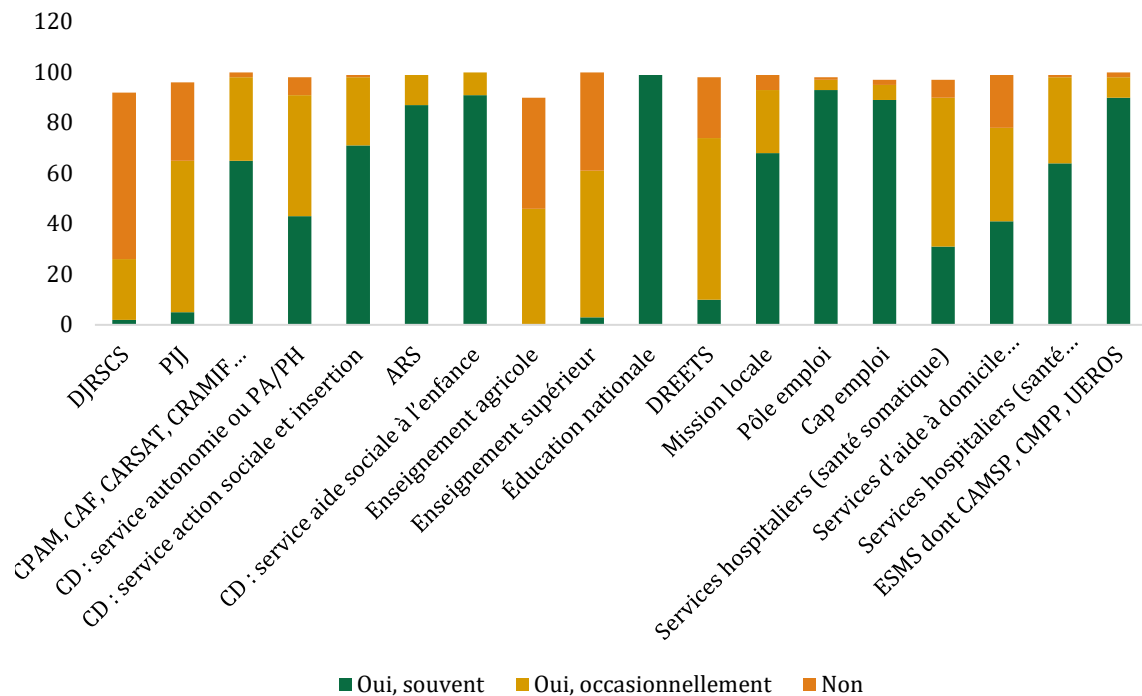
Suivi des bénéficiaires



3.2.7. Participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation

La pluridisciplinarité des équipes d'évaluation des MDPH auxquelles les partenaires contribuent assure une prise en compte globale de la situation et des besoins de la personne. Les partenaires des MDPH, qu'ils soient institutionnels ou associatifs, apportent des expertises variées nécessaires à l'évaluation des besoins des personnes par les MDPH. D'après le rapport d'activité 2022 des MDPH, 81 % des MDPH mobilisent des partenaires sur les thématiques de l'emploi ou de la scolarité lors des évaluations. Parmi les principaux partenaires des MDPH, les plus cités sont, comme les années précédentes : l'Éducation nationale, Cap emploi et France Travail, des établissements et services médico-sociaux, les services personnes âgées/personnes handicapées du département.

Graphique 9 : Fréquence de mobilisation des acteurs dans le cadre de partenariats avec les MDPH

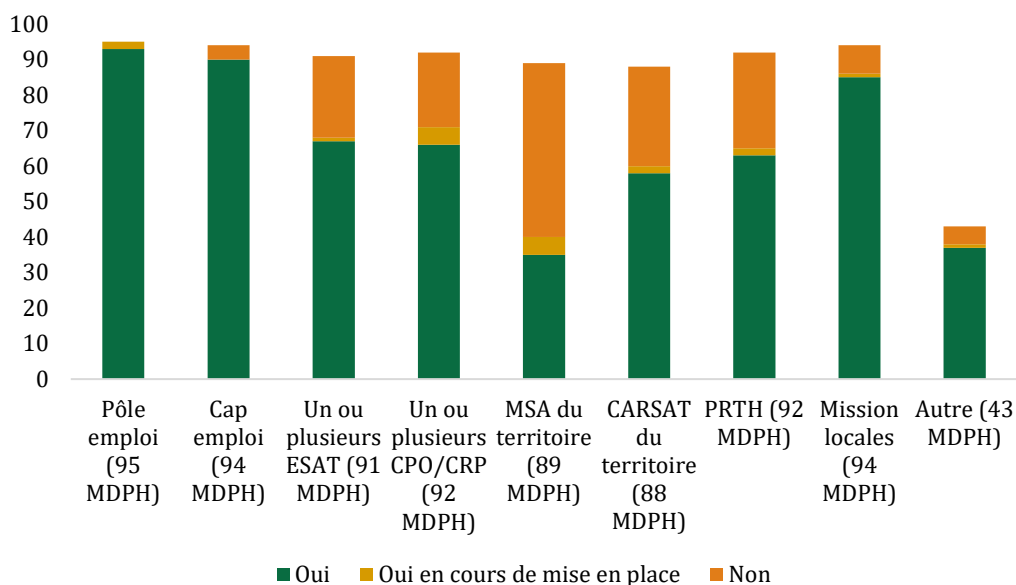


Source : CNSA, 2022, Rapports d'activité des MDPH.

Évaluation – Participation des partenaires aux EPE



Le service public de l'emploi (SPE) réunit les représentants de l'État et les principaux opérateurs chargés de la mise en œuvre des politiques de l'emploi au niveau territorial : France Travail, les missions locales et Cap Emploi. Les conventions entre MDPH et SPE ont pour objet de faciliter la participation régulière de spécialistes de l'emploi aux EPE. Elles permettent également aux MDPH de déployer les outils proposés par leurs partenaires, comme des bilans de compétence, réalisés par les psychologues du travail de Pôle Emploi. En 2022, 87 MDPH ont formalisé leur partenariat avec le service public de l'emploi par une ou plusieurs conventions (échantillon : 94 MDPH), très souvent dans le cadre d'une convention globale. Quelques MDPH déclarent avoir un partenariat avec Pôle Emploi sans qu'il soit formalisé.

Graphique 10 : Nombre de MDPH ayant déclaré avoir un partenariat avec les acteurs de l'emploi (formalisé ou non par une convention)

Source : CNSA, 2022, Rapports d'activité des MDPH.

Évaluation – Partenariats avec le service public de l'emploi

3.2.8. La reconnaissance mutuelle des évaluations progresse mais est encore insuffisamment partagée

La reconnaissance mutuelle des évaluations désigne deux démarches distinctes selon le public de bénéficiaires considérés : elle est prévue par loi dans le cas de l'APA (avec les Carsat). S'agissant des personnes en situation de handicap, il s'agit du transfert de la prise en charge du dossier d'un bénéficiaire d'un département à un autre, lequel ne fait pas l'objet d'un cadre juridique.

Tableau 16 : Réponses aux questions relatives aux pratiques de reconnaissance mutuelle des évaluations³⁸

Réponse	AAH, AEEH, PCH			APA	
	Réévaluation des TI	Réévaluation du plan d'aide de PCH	Procédure allégée si déménagement	Réévaluation du GIR	Réévaluation du plan d'aide d'APA
Non	19 %	62 %	50 %	27%	38%
Oui	81 %	38 %	50 %	73%	62%

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

- ♦ « Révision avec visite à domicile systématique pour la PCH. Nouvel examen par la MDPH pour l'AAH et l'AEEH » ;
- ♦ « Les décisions ont une validité nationale » ;

³⁸ « Les taux d'incapacités estimés dans d'autres départements sont-ils reconnus par vos services ou font-ils l'objet d'une contre-expertise (par exemple lors d'un déménagement) ? », « L'évaluation des besoins effectuée dans un autre département (par exemple dans le cadre d'un plan d'aide PCH) font-ils l'objet d'une contre-expertise en cas de transfert dans votre département ? » et « Les "transferts" de bénéficiaires entre départements (par exemple en cas de déménagements, de changement d'établissement) font-ils l'objet d'un traitement administratif allégé ? ».

- ◆ « Sans nouvelle demande, le taux d'incapacité n'est pas requestionné » ;
- ◆ « Application du GIR / Plans d'aide du CD d'origine le temps d'une nouvelle évaluation réévaluation systématique pour les bénéficiaires arrivant sur le département » ;
- ◆ « Les niveaux des GIR estimés dans les autres départements sont reconnus par le département » ;

En parallèle, la CNSA tente de favoriser la reconnaissance mutuelle de l'évaluation des besoins des personnes âgées entre les départements et les caisses de retraite pour l'APA. Si le périmètre des conventions diffère selon les territoires (reconnaissance du GIR seul ou du GIR et de l'évaluation), 85 départements travaillent en partenariat avec les services des caisses régionales de l'Assurance retraite ou de la MSA.

Évaluation – Reconnaissance mutuelle des évaluations



3.2.9. Contenu et modalités de versement des plans d'aide

Enfin, bien que l'analyse statistique de l'intensité et de la densité des aides ne fasse pas ressortir d'effet de richesse net, la mission a pu constater lors de ses déplacements l'existence d'instructions internes non formalisées visant à ajuster « *au plus près* » les plans d'aides de PCH et d'APA, du fait de tensions budgétaires du département. Ces arbitrages, quoique minoritaires, traduisent la marge de manœuvre décroissante et l'effet « ciseau » rencontré par les départements, dont la hausse des dépenses légales intervient en parallèle d'une baisse de leurs recettes sociales (*cf. supra*, Annexe III). La mission a ainsi relevé :

- ◆ la mise en extinction de plans de PCH dits « déplaçonnés » dans un département urbain, à l'occasion des renouvellements progressifs de ces derniers ;
- ◆ l'introduction d'un plafond de 10h pour des heures de ménage dans le cadre de l'APA et de la PCH, jugées « *les moins essentielles* » pour les bénéficiaires dans un département rural ;
- ◆ la moindre en charge d'aides techniques là aussi considérées comme les moins essentielles, à l'image des protections d'incontinence, dans ce même département rural.

3.3. L'attribution des droits en CDAPH, essentiellement sur liste, ne permet qu'à la marge de revenir sur les conclusions des évaluations

Après évaluation, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) prend la décision de l'attribution ou du refus des aides. Les flux importants de dossiers par CDAPH contraignent les membres à voter sur la base d'une liste, la présentation individuelle de dossiers étant l'exception. Ces listes comprennent entre plusieurs centaines et plus d'un millier de décisions par CDAPH (PCH, AAH, cartes, etc.). Le vote se fait globalement pour l'ensemble des décisions de la liste, sans ouverture des dossiers. Cependant, dans la plupart des MDPH visitées, les CDAPH abordent en séance un nombre réduit de dossiers.

Plus la CDAPH connaît un faible flux de dossiers, plus la proportion des dossiers ouverts est importante (relativement). Juridiquement, les textes distinguent la fonction évaluative et la fonction décisionnelle. En pratique, les CDAPH ne remettent en question qu'à la marge les droits et plans d'aide proposés par les équipes évaluatrices.

Annexe IV

L'essentiel de la décision relève donc des équipes pluridisciplinaires, la CDAPH ne faisant, le plus souvent, que valider formellement les avis émis par les évaluateurs. Compte tenu du faible nombre de dossiers présentés en CDAPH, et de la prédominance des votes sur liste, le pouvoir de décision appartient donc le plus souvent à l'équipe pluridisciplinaire ou à l'évaluateur lorsqu'il statue seul. La remise en question de l'avis de l'EP par la CDAPH va très majoritairement dans le sens de la révision à la hausse des droits ouverts (soit augmentation du taux d'incapacité, soit renforcement des plans d'aides).

Les MDPH rencontrées ont confirmé la pratique d'attribution des droits sur liste, dans 90 % à 99 % des dossiers, selon la charge d'activité de la MDPH. Les répondants au questionnaire ont indiqué que le taux de refus en CDAPH des dossiers pour lesquels la proposition formulée à l'issue de l'évaluation est positive s'élève entre 0,5 % et 1 %. Les réponses textuelles à la question « *Pour chacune des trois aides légales considérées (AEEH, AAH, PCH), quel est le taux de refus de la CDAPH suite à instruction positive des services de la MDPH ? Le cas échéant, quels sont les principaux critères de divergence entre instructeurs et décideurs ?* » donnent à voir les principales divergences suivantes :

- ◆ « *la CDAPH ne s'oppose jamais à une proposition favorable de l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'évaluation. En revanche, il arrive que les propositions de refus de l'EP soient contestées par les membres (associatifs) de la CDAPH* » ;
- ◆ « *taux d'incapacité insuffisant* » ;
- ◆ « *Les membres de la CDAPH suivent généralement les propositions des équipes Pluridisciplinaires d'évaluation* » ;
- ◆ « *Suite à l'audition de la personne en CDAPH, durée du droit est parfois réajustée en faveur de la personne, mais la décision sur le fond est confirmée* » ;
- ◆ « *interprétation de la RSDAE* » ;
- ◆ « *Le mécanisme inverse est beaucoup plus fréquent* » ;
- ◆ « *Attribution de l'AAH 821-2 pour les étudiants ou les personnes ayant des conduites addictives* » ;
- ◆ « *Situations sociales et estimation des besoins* » ;
- ◆ « *L'inverse est davantage vrai : proposition de refus de la part de la MDPH que la CDAPH transforme en accord* ».

Le CASF prévoit que la personne qui a introduit la demande doit être informée, au moins deux semaines à l'avance de la date de son passage en CDAPH. Son article R.241-29 établit que : « *La personne handicapée, ou son représentant légal, peut être entendue à sa demande par la commission. Elle peut se faire assister par la ou les personnes de son choix.* ». Dans le même temps, l'article L. 241-6 du CASF ajoute que « *La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées siège en formation plénière ou restreinte selon des modalités définies par décret. Elle entend la personne handicapée, son représentant légal ou toute personne dont l'audition lui paraît utile.* ». La mission a relevé des pratiques très divergentes s'agissant de la présence des bénéficiaires en CDAPH :

- ◆ les dossiers sont traités en CDAPH lorsque le demandeur demande à assister à la CDAPH ;
- ◆ les dossiers sont traités en cas de propositions de refus de renouvellement, de réduction du taux d'incapacité, de recours gracieux lorsque l'équipe pluridisciplinaire propose de maintenir sa décision, et pour les dossiers qui ont posé des difficultés en équipe pluridisciplinaire ;
- ◆ des dossiers peuvent également être choisis au préalable sur liste par les membres de la commission pour les examiner lors de la CDAPH suivante.

De plus, des départements choisissent de ne pas tenir informés les demandeurs de la date du passage de leur dossier en CDAPH afin de désinciter leur venue, car le volume de demandes ne permet pas de recevoir chaque individu. Or, la possibilité donnée à celui-ci de présenter sa situation face à la collégialité de la CDAPH peut être déterminante en cas de réévaluations, quasi-systématiquement plus favorables, de l'attribution des droits ou du plan d'aide³⁹.

Décision – Possibilité d'être reçu en CDAPH



La composition des CDAPH est également susceptible d'engendrer une inéquité de traitement entre départements et bénéficiaires. La répartition des différents sièges a été pensée pour incarner le principe de collégialité de la décision garanti par la loi du 11 février 2005 et est définie à l'article R241-24 du CASF. La CDAPH est ainsi composée de membres à la fois médicaux, sociaux et administratifs, afin de couvrir l'ensemble des aspects du handicap :

- ◆ le président de la CDAPH, généralement le président du conseil départemental ou un représentant désigné par ce dernier (le ou la vice-président en charge du handicap);
- ◆ des représentants de l'État, généralement issus des services de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et/ou DEETS, représentants de l'éducation nationale, ou encore les CAF ;
- ◆ des médecins spécialisés dans le domaine du handicap ;
- ◆ des travailleurs sociaux, qui sont chargés de l'accompagnement social des usagers et de l'évaluation des besoins en matière de prestations, de services ou de prise en charge ;
- ◆ des représentants des associations de personnes handicapées ;
- ◆ des représentants des collectivités territoriales, notamment des membres des conseils départementaux ;
- ◆ des représentants d'organismes de protection sociale, notamment les Caf et les Cnam ;
- ◆ le cas échéant, d'autres membres, comme des représentants des employeurs, si la question de l'insertion professionnelle de la personne en situation de handicap est soulevée.

À effectifs variables, la présence majoritaire d'associations ou bien de représentants institutionnels est susceptible d'influencer la décision finale, tant pour les dossiers présentés sur liste que pour les personnes entendues en commission. Une présence majoritaire d'associations est réputée favoriser l'attribution des droits⁴⁰. La mission a interrogé sur ce point les départements au travers de son questionnaire, qui ont toutefois indiqué à 70 % que la composition de la CDAPH n'avait pas d'influence sur les décisions d'attribution.

Tableau 17 : Réponse à la question : « En séance plénière de la CDAPH, identifiez-vous des différences en termes de décision d'attribution liées à la composition de la commission (présence ou non d'un médecin, des services de l'État, etc.) ? »

Réponse	Part des réponses exprimées
Non	70 %
Oui	30 %

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

³⁹ IGF, 2012, *L'allocation aux adultes handicapés*.

⁴⁰ Cour des Comptes, 2019, *L'allocation aux adultes handicapés*.

Les réponses textuelles permettent d'appréhender plus finement les pratiques identifiées, dont voici quelques exemples :

- ♦ « La variable se situe sur les collèges représentant les personnes handicapées, les syndicats, les parents d'élèves : manque de formation des membres sur les prestations et leurs modalités d'attribution, parallèle avec les situations personnelles et familiales, manque de recul » ;
- ♦ « approche différenciée de la situation par les représentants du milieu associatif » ;
- ♦ « personnels de l'éducation nationale influencent les décisions, notamment d'AESH ».

Le questionnaire soumis aux départements renseigne également sur la fréquence de participation aux CDAPH des médecins ainsi que des services de l'État :

Tableau 18 : Réponse aux questions « Les services de l'État sont-ils présents à la CDAPH de manière... ? » et « Un médecin est-il présent en CDAPH de manière... ? »

Part des réponses exprimées	Présence d'un médecin	Présence des services de l'État
Systématique	33 %	63 %
Occasionnelle	28 %	38 %
Jamais	38 %	0 %

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

Décision – Composition de la CDAPH



3.4. De l'amont à l'aval du traitement, la mise en place de flux automatiques de données (API), qui permettent des gains de fiabilité, de contrôle et d'efficacité, présente de fortes disparités

Au-delà de ces disparités dans les modes de contacts initiaux avec les demandeurs (ou leurs représentants), des disparités apparaissent également dans les modalités et l'intensité des contrôles des éléments documentaires du dossier, la nature, les outils et la profondeur des vérifications sur la situation du demandeur sont très variables, et dépendent en pratique tant de la volonté des équipes des MDPH et services autonomie que de la qualité des échanges (informels ou structurés, relationnels ou informatisés) avec les autres administrations, notamment sociales (CAF-pro) et fiscales.

Un progrès, au niveau national, sur la question de l'échange de données permettrait non seulement d'harmoniser les pratiques, mais aussi d'améliorer le paiement à bon droit, ab initio et en cas de changement de situation du bénéficiaire, tout en se donnant un levier de maîtrise des droits ouverts et des dépenses publiques afférentes. Sur ce point, il est souligné que l'asymétrie d'information entre le demandeur et la MDPH tend à corriger les erreurs éventuelles seulement dans un sens. Au surplus, ces éléments permettraient, au moins pour l'éligibilité et le calcul du taux de prise en charge, d'anticiper les développements du versement de solidarité à la source, dont par équité et à terme, il n'est pas utile ni souhaitable que les bénéficiaires de la PCH soient traités différemment des autres populations. Les retards, pour des raisons différentes compte tenu des caractéristiques et des vocations distinctes des deux systèmes d'information en cours de développement, sont préjudiciables d'abord à la productivité des équipes, mais également à la qualité, à la sécurité et à l'équité du traitement et de la gestion des demandes.

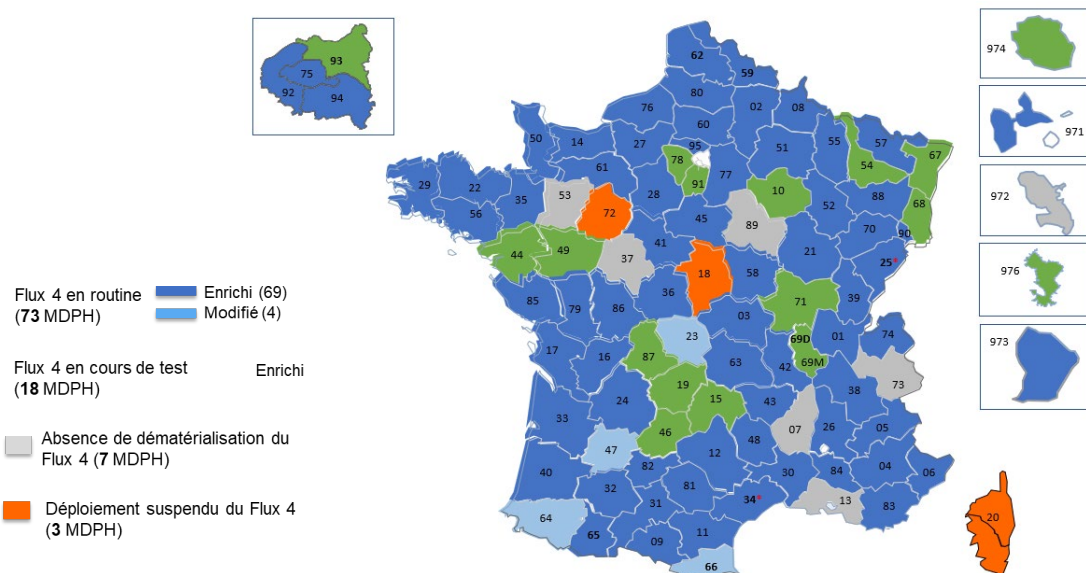
Annexe IV

Tableau 19 : Réponses à la question « Des documents justificatifs sont-ils régulièrement demandés au bénéficiaire ? »

Réponse	Part des réponses exprimées
Non	30 %
Oui	70 %

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

Graphique 11 : Déploiement du flux 4 « Demandes et décisions » des MDPH vers les CAF (fév. 2025)



Source : CNSA.

Le déploiement d'un flux de données avec France Travail vient également améliorer les partenariats pour l'emploi. Ce projet a fortement mobilisé les équipes des MDPH en 2022. Ce nouveau flux établit un canal d'envoi sécurisé de données entre les MDPH et France Travail. Par ce flux d'informations, les MDPH peuvent assurer une transmission automatique des données relatives à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et aux orientations professionnelles. Cela contribue à simplifier les démarches des personnes en situation de handicap et à accélérer l'accès à l'emploi. En 2022, ces échanges d'information automatisés fonctionnent en routine dans 24 MDPH, contre 5 en 2021, et ce flux est en cours de déploiement dans 32 MDPH (échantillon : 100 MDPH).

Tableau 20 : Réponses à la question « Comment ce système d'information est-il alimenté ? Disposez-vous de conventions d'échange de données avec la DGFIP, la CAF, d'autres services ? »

Flux d'échange	Nombre de réponses
CAF	31
DGFIP	5
DPT	6

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

Tableau 21 : Enquête interne de la CNSA « A quelle fréquence utilisez-vous le DUDE ? » (2024)

Réponse	Part des réponses exprimées
Toujours	12 %
Souvent	8 %
Parfois	4 %
Jamais	2 %

Source : CNSA, 2024, Enquête interne.

3.5. L'hétérogénéité des délais de traitement des différentes aides fait peser un risque sur le principe d'équité dans l'accès aux droits

Tableau 22 : Réponses à la question « La mise en place du baromètre MDPH a-t-elle été à l'origine d'une évolution des process dans votre département ? »

Réponse	Part des réponses exprimées
Non	57 %
Oui	43 %

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

En 2022, 80 MDPH ont établi une étape de tri ou de préqualification à la réception des dossiers pour les orienter, sans pour autant les évaluer. Ce chiffre est stable depuis quatre ans (échantillon : 97 MDPH). Le tri intervient dans la moitié des cas dès la réception du dossier (35 MDPH sur 64). Dans un effort similaire de fluidification du traitement des demandes, près de 9 MDPH sur 10 disposent d'une équipe pluridisciplinaire de niveau 1, ce qui leur permet de traiter une part significative de dossiers plus rapidement grâce à des équipes généralistes restreintes (89 MDPH sur 100). Sur 70 MDPH ayant documenté ce sujet, 45 % considèrent qu'entre 50 à 75 % des dossiers sont entièrement traités par une équipe pluridisciplinaire de niveau 1 (35 MDPH sur un échantillon de 78 MDPH). Les MDPH qui indiquent traiter moins de 25 % de leurs dossiers de cette manière sont principalement des MDPH dont le stock de dossiers et des délais de traitement sont inférieurs à la moyenne nationale⁴¹.

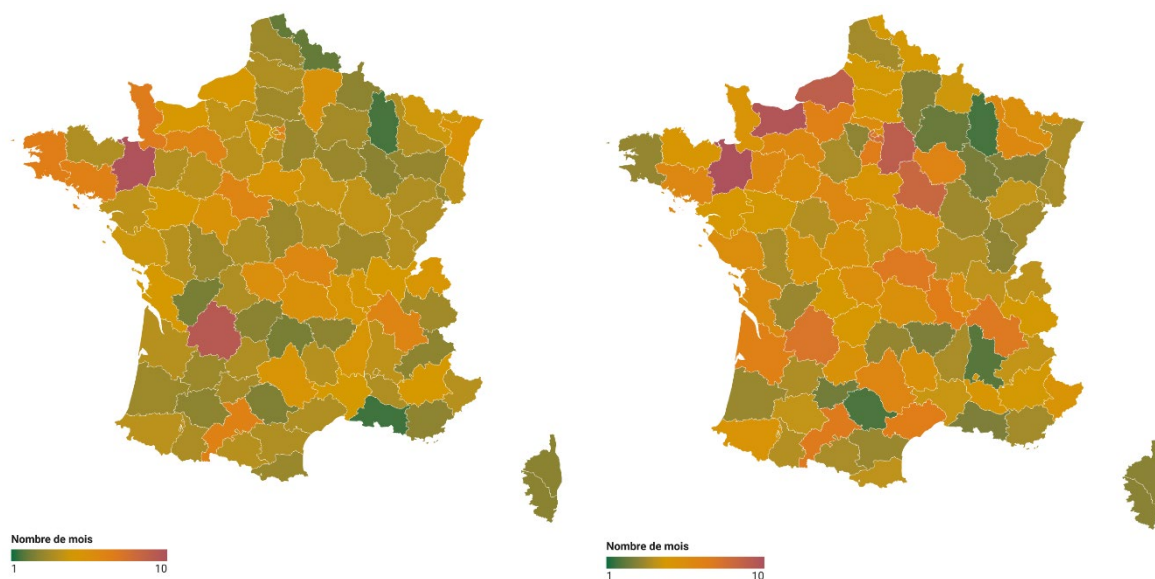
Recommandation n° 1 : Réaliser une étude en vue, le cas échéant, de modifier la loi pour permettre un pré-tri des instructions, ou permettre une approche souple de l'évaluation fondée sur deux niveaux (AAH, AEEH, PCH). Dans un contexte de ressources contraintes, ce tri initial permettrait aux équipes d'évaluation de se concentrer sur les cas présentant des besoins avérés et urgents et sur l'accompagnement des bénéficiaires et notamment l'actualisation de leur plan personnalisé de compensation en fonction des évolutions des besoins, des ressources, du projet de vie et de l'environnement du bénéficiaire (PCH).

Au demeurant, la cartographie des délais illustre une situation qui, concernant les délais de traitement, s'est dégradée pour l'ensemble des aides et qui présente des disparités significatives (cf. Graphique 12, Graphique 13 et Graphique 14)

⁴¹ CNSA, 2022, *Rapports d'activité des MDPH*.

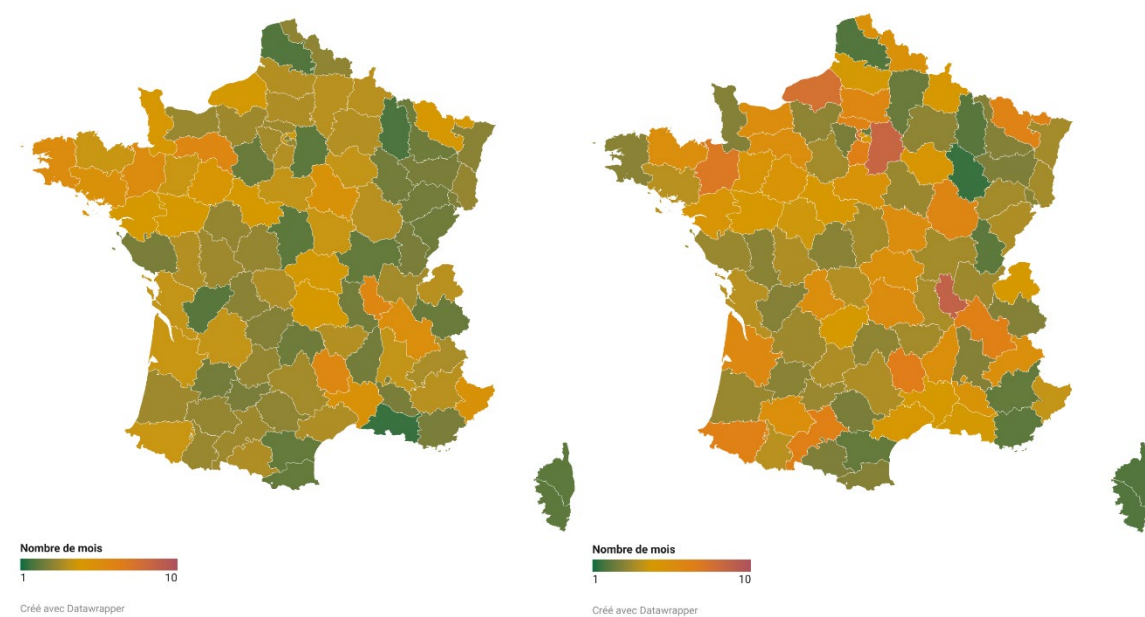
Annexe IV

Graphique 12 : Comparaison spatiale des délais de traitement de l'AAH entre 2019 et 2024 (T1)



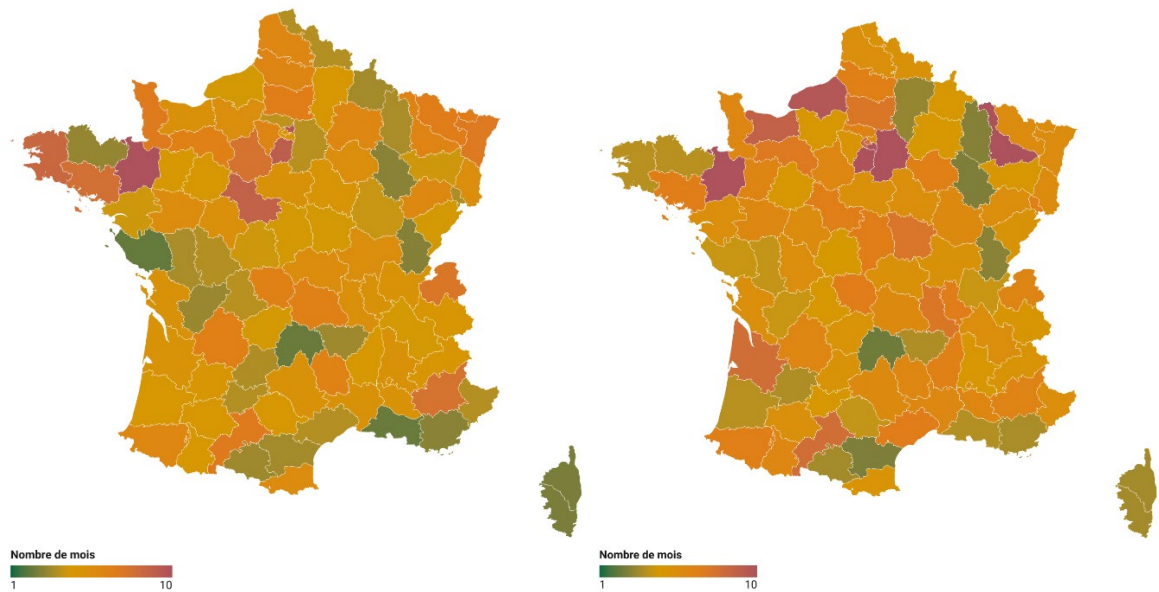
Source : Mission, d'après CNSA, 2024, Baromètre des MDPH.

Graphique 13 : Comparaison des délais de traitement de l'AEH entre 2019 et 2024 (T1)



Source : Mission, d'après CNSA, 2024, Baromètre des MDPH.

Graphique 14 : Comparaison des délais de traitement de la PCH entre 2019 et 2024 (T1)

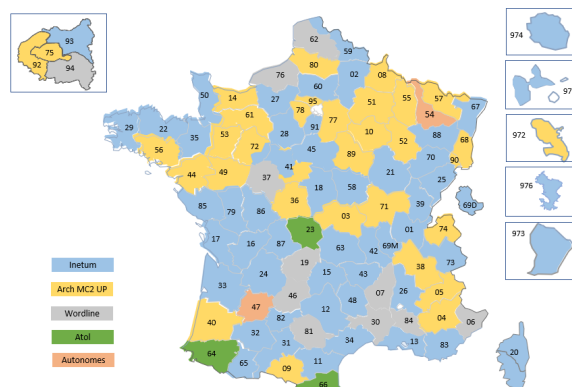


Source : Mission, d'après CNSA, 2024, Baromètre des MDPH.

3.6. L'inégale réactivité et évolutivité des systèmes d'information engendre des disparités préoccupantes dans l'accès aux droits à l'occasion d'élargissements réglementaires

Les outils de travail des MDPH, en particulier le SI harmonisé, restent insuffisants au regard des enjeux de traitement des données et d'interopérabilité des flux⁴². Le SI harmonisé, qui se déploie par paliers depuis 2015 en lien avec les éditeurs, présente plusieurs faiblesses. Les flux d'échange avec les partenaires ne sont pas encore déployés partout et ils ne permettent pas aux MDPH de récupérer des informations entrantes. Du reste, la fragmentation des solutions logicielles choisies par chaque MDPH constitue une strate matérielle significative des disparités de traitement, comme l'illustre l'exemple de la mise à jour réglementaire de la PCH développé *infra*.

Graphique 15 : Répartition des parcs éditeurs par MDPH (2024)



Source : CNSA, 2025.

⁴² IGAS, 2024, *Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ?* et IGF, IGAS, *Bilan de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour la période 2016-2019 et propositions pour la période 2021-2024*, 2020-M-056.

3.6.1. Les délais de prise en compte des évolutions réglementaires diffèrent selon les logiciels des MDPH

Le tableau ci-dessous donne une vue des incidences du délai entre la date d'entrée en vigueur d'un décret apportant un nouveau sujet réglementaire (ici, des évolutions concernant la PCH) et le début de l'instruction ou la validation dudit décret, sur les délais de mise à disposition des versions de SI-MDPH intégrant ce chantier réglementaire. Une fois la mise en service réalisée, la version du SI-MDPH incluant les nouvelles évolutions réglementaires est déployée dans la MDPH et utilisable par les agents. Le délai, correspondant à une moyenne tous parcs et toutes MDPH confondus, masque des disparités importantes entre les MDPH qui utilisent des logiciels différents, reposant sur des éditeurs distincts, et avec des contrats de maintenance qui sont en général propres à chaque département.

**Tableau 23 : Délais moyens de mise à jour des SI MDPH lors d'évolutions réglementaires
Cas de la PCH**

	Délai entre début d'instruction du décret et finalisation	Délai entre réception du décret finalisé et son entrée en vigueur	Entrée en vigueur du décret	Mise à disposition aux MDPH	Mise en service
PCH forfait Parentalité	3 mois	1 jour	01/01/2021	R - 4 à 6 mois après / C - 5 à 13 mois après	11 à 13 mois après
PCH Sans limitation de durée	8 mois	3 mois	01/01/2022	R - 3 mois après / C - 10 à 24 mois après	8 à 9 mois après
PCH Forfait surdité-cécité	11 mois	7 mois	01/01/2023	C - 15 jours avant et 1 mois après	6 mois après

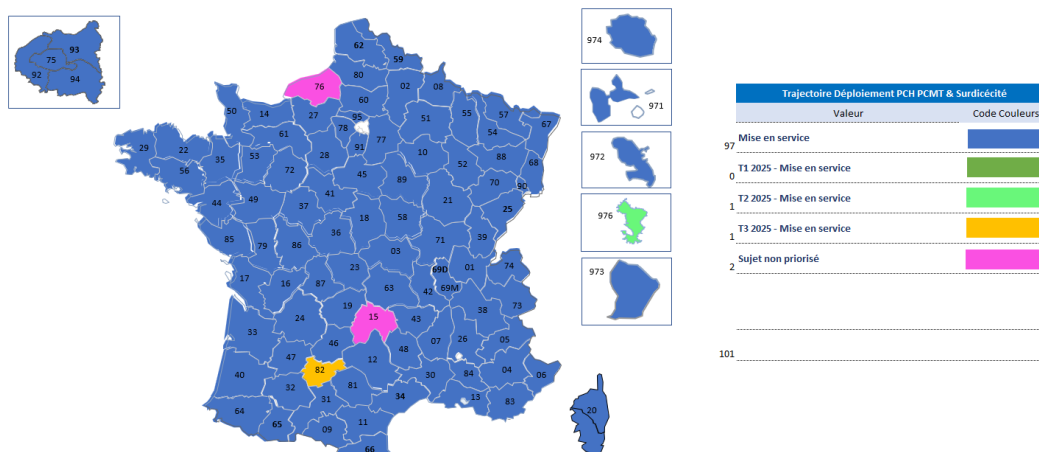
Source : CNSA.

Lecture : « R » correspond à une version restreinte : elle permet de répondre aux évolutions réglementaires mais de manière réduite (absence de fonctionnalités automatisées, de prise en charge de certaines règles...). « C » correspond à la version complète : elle inclut l'intégralité des nouvelles règles de gestion apportées par le texte réglementaire, les automatisations / contrôles.

Les cartographies suivantes illustrent les disparités de mise en œuvre de nouveaux modules suites à des évolutions réglementaires. Ces disparités sont d'autant plus préoccupantes qu'elles se sont traduites, en pratique, par une impossibilité des MDPH d'attribuer les droits concernés avant l'installation de la mise à jour logicielle.

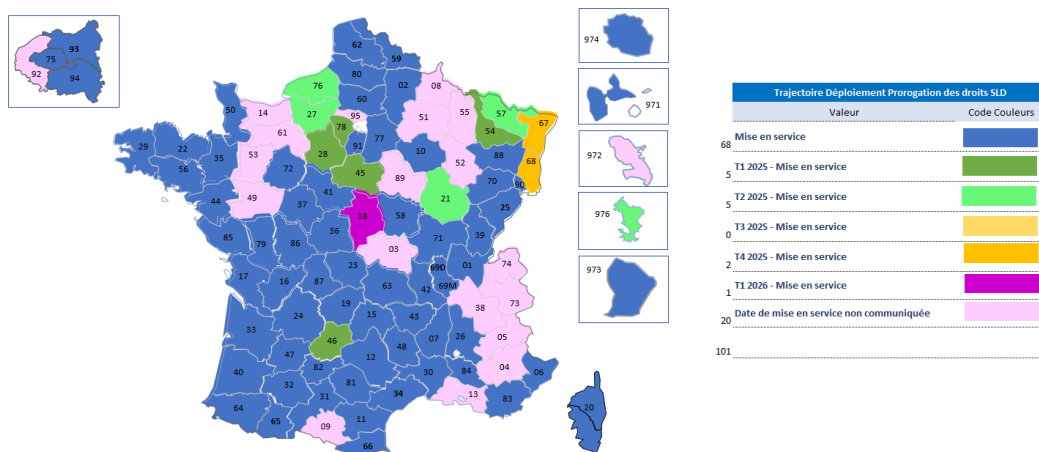
Annexe IV

**Graphique 16 : Déploiement du forfait « surdité-cécité » (PCH)
parmi les parcs logiciels des MDPH**



Source : CNSA.

**Graphique 17 : Déploiement de l'option « droits sans limitation de durée »
parmi les parcs logiciels des MDPH**



Source : CNSA.

Les SI à disposition des MDPH et services départementaux ont fait l'objet d'un volet dédié du questionnaire soumis par la mission. Il ressort des réponses collectées que les SI de chaque entité présentent des limitations analogues, en termes d'interopérabilité, de règles de vérification embarquées, ou de flux de données. Ainsi, seules 11 % des MDPH interrogées et 18 % des départements déclarent que leur solution logicielle leur permet de consulter les données d'autres administrations afin de vérifier les informations déclaratives fournies par le demandeur au travers de son dossier.

Tableau 24 : Réponses aux questions « Vos outils informatiques vous permettent-ils... ? »

Question	AAH, AEEH, PCH		APA, ASH	
	Non	Oui	Non	Oui
Interopérabilité des logiciels	43%	58%	49 %	51 %
Donnent une vue sur l'ensemble des droits potentiels ?	89%	11%	91 %	9 %
Visualisation des règles de non-cumul	83%	17%	64 %	36 %
Optimiser le niveau d'aide pour une personne susceptible de bénéficier de plusieurs aides	91%	9%	91 %	9 %
Consultation des données d'autres administrations concernant la situation sociale (allocations), fiscale, judiciaire (pensions, condamnations pécuniaires) du bénéficiaire ?	89%	11%	82 %	18 %
Faire remonter et de consolider les informations concernant l'instruction en cours au sein d'un système d'information unique ? Le cas échéant de prioriser les dossiers dans la file d'attente ?	59%	41%	63 %	38 %
Sont-ils communs avec d'autres départements ? Partagés avec les CCAS ?	95%	5%	92 %	8 %
Donne une vue sur l'ensemble des prestations reçues par un bénéficiaire	50%	50%	43 %	57 %
Donne une vue sur les ressources du demandeur	92%	8%	65 %	35 %
Alerte en cas de dépassement de seuil suite à une évolution du niveau de ressources du bénéficiaire ?	81%	19%	70 %	30 %

Source : Mission, Questionnaire transmis aux départements.

3.6.2. Le déploiement à horizon 2026 d'un SI unique auprès des MDPH dédié à l'évaluation devrait permettre des gains d'harmonisation, d'efficacité et de traçabilité des décisions

La LFSS 2023 a introduit plusieurs dispositions visant à conforter le rôle de la CNSA, notamment dans la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information. Deux SI thématiques sont actuellement en développement, l'un dédié à l'évaluation, destiné aux MDPH (*dit* « SI-E ») interfacé avec les systèmes de gestion existants dans les départements, l'autre, dédié à l'APA-D et à destination des équipes départementales de l'autonomie (*dit* « SI-APA ») sur une base unique, mais qui devra être interfacé avec les logiciels départementaux. Elle a obtenu le monopole de développement de chacun de ces SI, lui permettant de déployer progressivement des briques nationales (modules évaluation, portail usagers etc...). L'objectif est que la CNSA puisse mettre à disposition à horizon 2026 ces deux solutions logicielles complètes. La montée en charge de la CNSA sur le développement des SI s'est accompagnée d'un cadre juridique renforcé, par la modification de l'article L223-5 du CSS⁴³ relatif aux missions de la CNSA, ainsi que par l'article L247-2 du CASF⁴⁴.

Les objectifs du SI-E sont les suivants :

- ◆ améliorer la traçabilité du raisonnement d'évaluation et d'élaboration des propositions en disposant d'un outil harmonisé, ergonomique, soutenant les évaluateurs sans les contraindre dans le but d'atteindre une meilleure équité des évaluations ;

⁴³ Article L223-5 du CSS : La CNSA« [...] conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique et du système d'information commun mentionné à l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles.[...] ».

⁴⁴ Article L247-2 du CASF : « [...] Les maisons départementales des personnes handicapées doivent utiliser un système d'information commun, conçu et mis en œuvre par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie [...] » issu de l'article 75 de la loi « ASV » du 28 décembre 2015.

Annexe IV

- ◆ améliorer la connaissance des publics et l'étude au niveau territorial et national de l'adéquation des besoins de compensation avec l'offre de services ;
- ◆ améliorer le pilotage opérationnel (niveau départemental) des flux de dossiers dans le but de maîtriser les délais et la qualité des évaluations ;
- ◆ faciliter le pilotage stratégique en MDPH / MDA et au niveau départemental et national dans le but de maîtriser les délais et la qualité des activités d'évaluation.

Le développement du SI APA répond à des finalités analogues :

- ◆ harmoniser les pratiques départementales en matière de gestion de l'APA, en proposant un cadre commun et des outils partagés.
- ◆ moderniser les outils métiers des services départementaux en charge de l'évaluation des besoins, de la planification des interventions, et de la liquidation des droits.
- ◆ faciliter l'échange de données entre acteurs de l'autonomie, notamment avec les professionnels du domicile, les établissements, les ARS et les organismes financeurs.
- ◆ améliorer la qualité du service rendu aux usagers par une meilleure traçabilité, un suivi des parcours et une évaluation plus fine des besoins.
- ◆ produire des données consolidées à l'échelle nationale pour le pilotage et l'évaluation des politiques publiques.

ANNEXE V

**Le paiement à bon droit des aides sociales
légales du champ du handicap et de la
perte d'autonomie**

**(contrôle, indus,
lutte contre la fraude, non-recours)**

SOMMAIRE

1. QUOIQUE REPRÉSENTANT DES VOLUMES DÉTECTÉS DE FRAUDE INFÉRIEURS AUX AUTRES PRESTATIONS SOCIALES, LES AIDES LÉGALES EN SOUTIEN À L'AUTONOMIE PRÉSENTENT DE NOMBREUX RISQUES D'INDUS ET DE FRAUDE	1
1.1. La caractérisation de la fraude aux prestations du champ de l'autonomie relève du cadre générique de la fraude sociale	1
1.2. La fraude aux prestations du champ de l'autonomie ne fait pas l'objet d'une évaluation, à la différence des autres branches de la sécurité sociale.....	3
1.3. Sur les cinq prestations légales, des risques de fraude et d'indus existent de la part du demandeur, de son aidant, des professionnels ou prestataires de service ainsi que de la part des services en charge du traitement des demandes.....	5
2. AU NIVEAU DÉPARTEMENTAL, LE CONTRÔLE D'EFFECTIVITÉ, LE CONTRÔLE INTERNE AINSI QUE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AU SEIN DES DÉPARTEMENTS ET MDPH SONT FORTEMENT DISPARATES ET APPARAISSENT DÉPRIORISÉS	10
2.1. Le caractère documentaire du traitement des aides du champ de l'autonomie accroît le risque de fraude	11
2.1.1. <i>Du fait de procédures essentiellement documentaires et de la contre-expertise médicale limitée en MDPH, le certificat médical engendre des risques élevés de fraude.....</i>	<i>11</i>
2.1.2. <i>Le contrôle des primo-demandes d'APA et d'ASH s'effectue en grande partie sur une base déclarative.....</i>	<i>12</i>
2.1.3. <i>Les échanges de données sont hétérogènes selon les services autonomie et les MDPH, et globalement insuffisants.....</i>	<i>13</i>
2.1.4. <i>S'agissant de l'AAH et de l'AEEH, les contrôles opérés par les CAF sont davantage homogènes et standardisés, sans cibler spécifiquement les prestations du champ du handicap.....</i>	<i>13</i>
2.2. Les pratiques de contrôle d'effectivité, les stratégies de ciblage des contrôles, la récupération des indus, ainsi que les moyens dévolus à ces missions sont très hétérogènes selon les départements	15
2.2.1. <i>Les MDPH investissent peu le contrôle d'effectivité, dans certains cas non prévus dans les textes pour les prestations handicaps.....</i>	<i>15</i>
2.2.2. <i>Les départements déploient quant à eux, s'agissant de la PCH, de l'APA et de l'ASH des stratégies de contrôle hétérogènes et globalement insuffisantes, fondées sur des pratiques de bonne gestion</i>	<i>16</i>
2.3. Les moyens des départements pour récupérer les indus et recouvrer les successions sont également inégaux.....	25
2.3.1. <i>La capacité des départements à récupérer les indus identifiés apparaît fortement disparate.....</i>	<i>25</i>
2.3.2. <i>Le recours sur succession, en vigueur pour l'ASH seul, illustre aussi les disparités de capacités des départements à récupérer les sommes dues ...</i>	<i>29</i>
2.4. Les stratégies départementales de contrôle interne et de lutte contre la fraude sont encore largement à construire	30
2.4.1. <i>Le contrôle interne est encore embryonnaire au sein des MDPH et des départements.....</i>	<i>30</i>

2.4.2.	<i>La lutte contre la fraude apparaît insuffisamment investie par les départements et les MDPH.....</i>	36
2.4.3.	<i>Les suites données aux contrôles devraient être renforcées, de même que les pouvoirs d'investigations des agents qui sont actuellement limités.....</i>	37
3.	LA POLITIQUE NATIONALE DE CONTRÔLE INTERNE ET DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE DE LA CNSA, EST LIMITÉE DANS SON PÉRIMÈTRE ET PAR LES OUTILS DISPONIBLES	41
3.1.	La CNSA a pour mission de déployer le contrôle interne et la gestion des risques au sein de la branche « autonomie » nouvellement créée.....	41
3.1.1.	<i>La CNSA a d'abord et essentiellement déployé ses missions auprès des MDPH</i>	42
3.1.2.	<i>La fragilité et l'immaturité des systèmes d'information pénalisent la productivité des équipes, la qualité et l'équité de l'accompagnement des bénéficiaires, et ne permettent pas de sécuriser l'ensemble des chaînes de gestion de la branche.....</i>	47
3.2.	Un enjeu de convergence progressive des standards et des pratiques de contrôle et de lutte contre la fraude vers ceux des organismes de sécurité sociale	55
3.2.1.	<i>La lutte contre la fraude est désormais un attendu fixé par la loi de l'action des caisses nationales de sécurité sociale.....</i>	55
3.2.2.	<i>La CNSA doit converger vers les standards et des pratiques des organismes de sécurité sociale.....</i>	58
3.3.	S'agissant de l'AAH et de l'AEEH, le traitement éclaté des différentes étapes de la demande entre MDPH et CAF nuit à responsabiliser chaque acteur en matière de contrôle interne, au niveau territorial comme au niveau national entre CNAF et CNSA.	59
3.3.1.	<i>La mise en œuvre d'un contrôle de bout en bout dans la gestion des prestations doit dépasser les logiques propres aux différents acteurs qui y contribuent.....</i>	59
3.3.2.	<i>Des relations qui s'initient entre les branches famille et autonomie au niveau national.....</i>	59
4.	LE NON-RECOURS, PAR NATURE INVISIBLE ET DIFFICILEMENT ÉVALUABLE, CONSTITUE UN FREIN À LA POLITIQUE DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE	60
4.1.	État des lieux des estimations du non-recours.....	61
4.2.	La généralisation du Service public départemental de l'autonomie ainsi que les perspectives de solidarités à la source ont vocation à amplifier le recours aux droits	61

LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 : Définir par voie réglementaire le seuil à partir duquel le recouvrement d'indus de PCH et d'ASH est abandonné.

Proposition n° 2 : Structurer et piloter (CNSA) une politique de contrôle auprès des MDPH, des MDA et des services autonomie, qui comprend en priorité la construction des référentiels, règles et outils, de définir les fondements organisationnels des politiques de contrôle et l'animation « active » de ces politiques.

Proposition n° 3 : Promouvoir et faciliter l'accès des MDPH et des départements au répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), au DRM et renforcer les échanges de données entre MDPH et départements avec la DGFIP et le ministère de l'intérieur (pour la vérification du titre de séjours) (CNSA). À moyen terme, développer des requêtes embarquées de non-cumul dans les SI, notamment le SI APA en cours de construction.

Proposition n° 4 : Déployer un plan relatif au certificat médical MDPH impulsé et piloté par la CNSA, en lien étroit avec la CNAM Ce plan regroupe plusieurs actions, dont les prioritaires sont :

- ◆ Sensibiliser les médecins au remplissage des formulaires MDPH (en s'appuyant sur les ressources de l'assurance maladie)
- ◆ Supprimer les certificats médicaux simplifiés pour les enfants
- ◆ Expérimenter un nouveau partage des rôles entre médecins et infirmiers sur le remplissage du certificat médical, notamment dans les structures d'exercice coordonné
- ◆ Initier un chantier visant la télétransmission des certificats médicaux MDPH
- ◆ Analyser les pratiques des médecins en termes de certificats MDPH, en s'inspirant des pratiques de l'assurance maladie

Proposition n° 5 : Formaliser une stratégie nationale de lutte contre la fraude et l'impulser dans les départementaux auprès des MDPH et des services autonomie des conseils départementaux.

Proposition n° 6 : Poursuivre et systématiser les échanges de données entre les deux branches au niveau national pour structurer les démarches de contrôle interne et de lutte contre la fraude ; décliner ces échanges au niveau local.

1. Quoique représentant des volumes détectés de fraude inférieurs aux autres prestations sociales, les aides légales en soutien à l'autonomie présentent de nombreux risques d'indus et de fraude

1.1. La caractérisation de la fraude aux prestations du champ de l'autonomie relève du cadre générique de la fraude sociale

La fraude aux prestations sociales s'entend comme « une partie des irrégularités de tous ordres qui affectent l'attribution, le calcul et le versement des prestations sociales »¹. Il n'en existe cependant pas de définition juridique. En matière de protection sociale², elle renvoie à plusieurs infractions qualifiées dans le Code pénal comme des délits commis intentionnellement à l'encontre des biens d'autrui (escroquerie, faux³) ou de la Nation (fausse déclaration, déclaration incomplète, dissimulation, fausse attestation⁴) dans le but d'obtenir des prestations indues⁵. La fraude doit être distinguée des indus non-frauduleux, définis quant à eux par le Code civil, qui correspondent à des sommes trop-perçues liées à des erreurs ou à des changements non-déclarés, sans intentionnalité⁶ (tableau 1). La loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance dite loi « ESSOC » a également permis de clarifier l'appréciation du caractère intentionnel de la fraude, et a introduit au travers du « droit à l'erreur », la notion de bonne foi dans l'ensemble de la législation applicable en matière sociale. L'introduction de ce droit à l'erreur n'interfère toutefois en rien sur l'obligation de déclarer tout changement de situation auprès des organismes sociaux. D'après le rapport du HCFIPS de 2024 dédié à la lutte contre la fraude sociale, cette loi a permis « de tracer une frontière enfin claire entre ce qui constitue une fraude et ce qui n'en est pas une »⁷.

Tableau 1 : Distinguer la fraude des indus

Notion	Définition juridique	Textes de référence	Sanctions
Indu non frauduleux	Trop-perçu ou versement erroné sans volonté frauduleuse (changement de situation non déclaré à temps, erreur CAF, etc.)	CSS, L133-4 ; R842-1 à R842-5	Remboursement du trop-perçu, sans pénalité
Fraude	Obtenir ou conserver une prestation par manœuvre frauduleuse ou fausse déclaration délibérée	CSS, L114-13 ; CASF L133-6 ; Code pénal 313-1	Remboursement + pénalités + sanctions pénales (amende, emprisonnement)

Source : Code de la sécurité sociale (CSS), Code de l'action sociale et des familles (CASF), Code pénal.

La caractérisation de la fraude fait l'objet d'un cadre juridique commun aux cinq aides du champ de la mission, lequel est porté par les différents codes précités (tableau 2). Les modalités de contrôle aux fins de lutte contre la fraude des prestations sont également déclinées aux chapitres qui leur sont consacrés dans chacun des deux codes (tableau 3).

¹ Cour des Comptes, 2020, *La lutte contre la fraude aux prestations sociales*.

² Code de la Sécurité sociale, art. L. 114-16-2.

³ Code pénal, art. 313-1 ; art. 313-2, 5°.

⁴ Code pénal, art. 441-1 ; art. 441-6, al. 2 ; art. 441-7.

⁵ Défenseur des droits (2017), *Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ?*

⁶ L'indu est défini à l'article 1235 du Code civil comme « ce qui a été payé sans être dû ».

⁷ HCFIPS, 2024, [La lutte contre la fraude sociale : état des lieux et enjeux](#).

Annexe V

Tableau 2 : Cadre juridique de la fraude commun aux prestations sociales

Texte	Contenu
Code pénal - Article 313-1	Définition de l'escroquerie : obtention d'un bien (ou d'une prestation) par tromperie (fausse qualité, manœuvre frauduleuse).
Code pénal - Article 441-1	Délit de faux et usage de faux dans les documents administratifs.
Code de la sécurité sociale - Article L114-13	Toute fausse déclaration ou omission volontaire entraîne la suspension ou la suppression de la prestation + recouvrement + pénalité financière.
Code de la sécurité sociale - Article L114-17	Permet aux CAF ou MSA d'engager des contrôles sur pièces ou sur place.
Code de l'action sociale et des familles (CASF) - Article L133-6	Sanctions en cas de fraude ou fausse déclaration pour les prestations relevant des départements.

Source : Code de la sécurité sociale (CSS), Code de l'action sociale et des familles (CASF), Code pénal.

Tableau 3 : Cadre juridique de la fraude spécifique aux aides légales en soutien à la perte d'autonomie

Prestation	Cadre juridique du contrôle et de la lutte contre la fraude	Responsabilités des acteurs compétents
AAH	▪ CSS, L114-10, L114-12 à L114-17 (pouvoirs de contrôle des CAF, échanges de données), ▪ L133-1 (sanctions), ▪ R114-5 et suivants (modalités de contrôle)	▪ MDPH : contrôle de l'éligibilité administrative (instruction) et médicale (évaluation), contrôle des démarches vers l'emploi le cas échéant (RSDAE), ▪ CAF/MSA : Contrôle des règles d'éligibilité liées aux ressources et aux éventuels cumuls, recouvrement des indus
AEEH	▪ CSS, L114-10, L114-12 à L114-17 (pouvoirs de contrôle des CAF, échanges de données), ▪ L133-1 (sanctions), ▪ R114-5 et suivants (modalités de contrôle)	▪ MDPH : contrôle de l'éligibilité administrative (instruction) et médicale (évaluation), contrôle d'effectivité de la consommation des compléments, ▪ CAF/MSA : Contrôle des règles d'éligibilité liées aux ressources et aux éventuels cumuls, recouvrement des indus
PCH	▪ CASF, L133-6, L114-10 (échanges d'information), ▪ L114-13 (obligation de vérification), ▪ L114-17 (contrôle), ▪ L361-1 et suivants (fraude)	▪ MDPH : contrôle de l'éligibilité administrative (instruction) et médicale (évaluation), ▪ Service autonomie départemental : contrôle d'effectivité de la consommation des aides (justificatifs, factures), recouvrement des indus.
APA	▪ CASF, L114-10 et L114-13 (contrôle, échanges d'information), ▪ L133-6 (sanctions), ▪ pouvoir d'investigation prévu au niveau départemental par délibération ou règlement	▪ Service autonomie départemental : contrôle de l'éligibilité administrative (instruction) et médicale (évaluation), ▪ contrôle d'effectivité de la consommation du plan d'aide (APA-D) ou de la présence en établissement (APA-E), recouvrement des indus

Annexe V

Prestation	Cadre juridique du contrôle et de la lutte contre la fraude	Responsabilités des acteurs compétents
ASH	▪ CASF, L114-10 et L114-13 (contrôle, échanges d'information), ▪ ▪ L114-13, L133-6 et L361-1 (fraude), ▪ pouvoir d'investigation prévu au niveau départemental par délibération ou règlement	▪ Service autonomie départemental : contrôle de l'éligibilité administrative (instruction), contrôle des ressources étendu aux obligés alimentaires, contrôle de la présence en établissement, recouvrement des indus, récupération sur succession le cas échéant.

Source : Code de la sécurité sociale (CSS), Code de l'action sociale et des familles (CASF), Code pénal.

1.2. La fraude aux prestations du champ de l'autonomie ne fait pas l'objet d'une évaluation, à la différence des autres branches de la sécurité sociale

D'après les travaux du HCFIPS, la fraude sociale est évaluée à 13 Mds € en 2024. 2,1 Mds € de ce total sont détectés, et 0,6 Mds € sont recouvrés en définitive (tableau 4). Le RSA serait la prestation la plus « fraudée » (11,9 % du total), suivie de la prime d'activité (8,1 %) et des aides au logement (5,7 %). **Si l'AAH représente une faible part du total (180 M€ estimés, soit 1,4 % du volume total de la fraude sociale, et 1,5 % du total des dépenses d'AAH qui s'élevait à 11,8 Mds € en 2023)⁸**, l'estimation porte uniquement sur les données administratives du ressort des Caf et n'intègre pas les principaux risques, résultant du certificat médical transmis par le bénéficiaire (*cf.* 2.1.1). Ce faible montant rend compte *a priori* du caractère résiduel des fraudes du champ de l'autonomie proportionnellement aux volumes de la fraude sociale et surtout par rapport à d'autres dispositifs. Par ailleurs, l'étude du HCFIPS ne concerne pas l'APA, l'ASH ou la PCH. La fraude à l'AEEH est quant à elle comptabilisée au sein d'un agrégat plus large relatif aux dépenses d'entretien estimé à 350 millions €, et ne peut être isolée.

⁸ De même, d'après le rapport de la Cour des Comptes relatif à l'AAH en 2021, sur 36,6 millions de contrôles réalisés par les Caf en 2020, 36 917 cas de fraudes ont été détectés, dont 1,2 % qui concernaient l'Allocation adulte handicapé.

Annexe V

Tableau 4 : Montants évalués dans le champ de la fraude sociale

Catégorie	Sous-catégorie	Montant (Mds €)
CNAF	Total	3,87
	RSA	1,54
	Prime d'activité	1,05
	Aides au logement (AL)	0,74
	Prestations d'entretien (AF, CF, AEEH, ARS, AJP, AJPA)	0,35
	AAH	0,18
	PAJE	0,03
CNAM	Total	1,71
	Infirmiers libéraux	0,34
	Masseurs kiné	0,20
	Médecins généralistes	0,20
	Complémentaire santé solidaire	0,18
	Médecins spécialistes	0,18
	Transporteurs	0,16
	Invalidité	0,16
	Pharmaciens	0,10
	Dentistes	0,08
	Rentes AT-MP	0,07
	Fournisseurs de dispositifs médicaux	0,05
	Laboratoires	0,01
CNAV	Total	0,04
	Droits dérivés (hors minimum vieillesse)	0,04
	Minimum vieillesse	0,00
	Droit propre	0,00
France Travail	Total	0,11
	Périodes non déclarées	0,08
	Emplois fictifs	0,03
URSAFF	Total	6,91
	Travail dissimulé : Unédic, AGIRC-ARRCO inclus	6,91
CCMSA	Total	0,34
	Lutte contre travail illégal	
Total général (hors CCA)		12,98

Source : HCFIPS (2024), La lutte contre la fraude sociale : état des lieux et enjeux.

L'absence d'estimation du montant de la fraude, d'ordre général et s'agissant du champ de l'autonomie, prive la CNSA d'un indispensable instrument de pilotage des actions à mener pour mieux la prévenir, la détecter et la sanctionner. Si la lutte contre la fraude n'est certes pas formellement inscrite comme une des missions de la CNSA, ni dans sa convention d'objectifs et de gestion (COG), ni dans les textes encadrant son action, le « reporting » des indus frauduleux ou l'estimation de la fraude sont rattachables et cohérents avec ses missions formalisées, à savoir le pilotage des aides du champ de l'autonomie, l'amélioration de la qualité du service, et le pilotage du réseau des MDPH et services départementaux de l'autonomie.

A contrario, les autres branches de la sécurité sociale ont, par leurs textes institutifs et par leur convention d'objectifs et de moyens (COG) avec l'État, une mission de lutte contre la fraude, qui se concrétise par des campagnes de détection ou d'évaluation, lesquelles permettent d'aboutir à des estimations chiffrées. Ainsi, depuis 2010, la branche famille effectue une enquête annuelle d'évaluation du paiement à bon droit et de la fraude (PBDF), portant sur la quasi-totalité des prestations légales versées, qui vise à estimer les montants d'indus frauduleux versés au titre d'une année, qu'ils aient ou non été détectés par les contrôles mis en œuvre sur les données déclarées par les allocataires. Les dossiers des allocataires sont contrôlés sur pièces ou sur place. En 2023, 374,1 millions d'euros de fraudes ont été détectées par la CNAF, tandis que l'objectif fixé par sa convention d'objectifs et de gestion s'élevait à 375 millions d'euros. La plupart des fraudes qualifiées ont été sanctionnées. En 2023, 30 119 allocataires ont été sanctionnés par une pénalité pour un montant global de 25,3 millions d'euros. Dans son rapport dédié à la lutte contre les fraudes sociales (2020)⁹, la Cour des Comptes a qualifié le bilan financier de la lutte contre la fraude entreprise par la CNAM¹⁰ de « *très favorable* », sachant que l'essentiel des montants fraudés est imputable aux facturations des professionnels et des établissements de santé. S'agissant de la CNAV, elle a indiqué qu'« *il est certain que la lutte contre les fraudes procure un gain net à la branche vieillesse.* ».

En tout état de cause, **les durées d'attribution moyennes et maximales de chacune des prestations du périmètre de l'autonomie**, qui dans le champ du handicap, peuvent dans certains cas être ouvertes à vie¹¹, ainsi que les montants individuels parmi les plus élevés des prestations sociales, justifient à eux seuls la mise en place d'un dispositif de contrôle et d'une stratégie d'évaluation chiffrée au moins équivalents à ceux des autres caisses de la sécurité sociale.

1.3. Sur les cinq prestations légales, des risques de fraude et d'indus existent de la part du demandeur, de son aidant, des professionnels ou prestataires de service ainsi que de la part des services en charge du traitement des demandes

En dehors de ce volet médical qui n'a pu, faute de médecin en son sein, être expertisé par la mission, celle-ci a identifié plusieurs risques d'indus et de fraude, ainsi que des schémas de risques (tableau 5). L'indu est ici défini comme une somme qui a été versée sans être due, et qui peut être récupérée (articles 1302 et suivant du Code civil), y compris s'il s'agit d'une erreur de versement d'un organisme. Il peut aussi résulter d'une absence de réglementation. Par exemple, même si le cadre juridique de la prestation ne prévoit pas de contrôle d'effectivité obligatoire, comme dans le cas des compléments de l'AEEH, un indu sera caractérisé comme tel dès lors qu'un contrôle constate que la somme versée ne correspond pas à la prestation réalisée.

⁹ Cour des Comptes (2020), *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*.

¹⁰ CNAM, 2024, [Bilan de la lutte contre les fraudes](#).

¹¹ Droits ouverts sans limitation de durée.

Tableau 5 : Principaux risques de fraude et d'indus identifiés par la mission

Aide	Risque de fraude	Risque d'indus non frauduleux
Toutes prestations	- Fraude interne (détournement de fonds par un agent) ; - Fraude à la résidence et doublons de demandes dans plusieurs départements ; - Fraude à l'identité, au titre de séjour ou usurpation d'identité ; - Faux certificats médicaux ou certificats de complaisance - Cumul intentionnel d'aides réputées non cumulables	- Déclaration erronée de ressources - Erreur concernant le domicile de secours - Cumul non intentionnel d'aides réputées non cumulables
AAH	- Déclaration dissimulant des revenus - Situation familiale fictive	- Situation non actualisée (revenus, passage à la retraite, perception d'une pension d'invalidité, etc.) - Délais MDPH lors de l'instruction (primo-demande) ou du renouvellement - Erreur d'appréciation de bonne foi du TI ou d'une RSDAE par l'équipe évaluatrice, - octroi inapproprié par une utilisation erronée de l'arbre de décision de la RSDAE
AEEH	- Déclaration fictive de présence de l'enfant - Devis surfacturés par des professionnels (santé, thérapie, vacances, etc.) - Absence de déclaration de la reprise d'activité	- Absence de déclaration de la reprise d'activité (méconnaissance de la nécessité d'actualiser sa situation) - Absence de réalisation des soins ou des dépenses qui justifient l'octroi de l'AEEH - Erreur d'appréciation de bonne foi du TI par l'équipe évaluatrice - Recours abusif aux certificats médicaux simplifiés¹²
PCH	- Fausse déclaration d'aidant salarié (et/ou surestimation des volumes d'heures effectuées) - absence d'aide effective d'un aidant familial dédommagé - Non-déclaration (ou sous-déclaration) de l'aide humaine rémunérée (emploi direct) - Surfacturation par le prestataire (aides humaines, aides techniques, etc.) ou facturation de prestations non réalisées - Facturation incomplète ou erronée - Non soumission des prestations de services aux cadres social et fiscal applicables - Sous-déclaration de la PCH versée pour le bénéfice du crédit d'impôt SAP/domicile - Cumul d'aides réputées non cumulables	- Absence de justificatifs de dépenses - Prestations non-réalisées ou sous-réalisées (en l'absence de contrôle d'effectivité, en particulier pour les forfaits PCH)

¹² En l'absence actuelle de cadre réglementaire limitant ce recours.

Annexe V

Aide	Risque de fraude	Risque d'indus non frauduleux
APA	- Fausse déclaration d'aidant (notamment, domicile éloigné de l'aidé, surestimation des volumes d'heures effectuées) - Non-déclaration de l'aide humaine rémunérée (emploi direct) - Surfacturation par le prestataire (aides humaines, aides techniques, etc.) ou facturation de prestations non réalisées - Facturation incomplète ou erronée - Non soumission des prestations de services aux cadres social et fiscal applicables - Sous-déclaration de l'APA versée pour le bénéfice du crédit d'impôt SAP/domicile - Cumul de la qualité d'aidant pour un tiers et perception simultanée de l'APA	- Prestations non-réalisées ou sous-réalisées (en l'absence de contrôle d'effectivité) - Non réalisation de l'achat de l'aide technique (dans le cas de versement sur compte sans contrôle d'effectivité) - Absence de déclaration de l'hospitalisation du bénéficiaire - Absence de déclaration du décès du bénéficiaire
ASH	- Déclaration dissimulée de ressources ou de patrimoine - Non-déclaration de pension alimentaire - Défaut de déclaration des absences en ESMS en cas d'hospitalisation ou de retour à domicile	- Déclaration erronée des ressources et du patrimoine, y compris celui des OA - Absence de déclaration du décès du bénéficiaire

Source : Mission, d'après investigations de terrain dans cinq départements.

La mission a entre autres pu identifier les situations suivantes, rapportées par certains départements et MDPH à l'occasion de ses déplacements ou au travers de son questionnaire :

- ◆ APA et PCH :
 - fraude à la déclaration de l'aide humaine dans un cas d'emploi en gré à gré : la fille d'un bénéficiaire déclarait un quantum d'heures effectuées, à l'appui de sa feuille de salaire, puis annulait sa déclaration, et ne payait par conséquent aucune cotisation : le département concerné a évalué le préjudice à 20 000 € de cotisations manquantes ; un autre département a été confronté à un cas identique pour un préjudice de 150 000 € ;
 - fausses factures de prestataires : un département a rapporté un cas de préjudice s'élevant à 19 000 € ;
 - fausses factures : des services prestataires proposent au bénéficiaire, qui ne perçoit pas les conséquences, de facturer les heures non réalisées sur la base d'un partage des versements correspondant à la part non réalisée des plans d'aide ;
 - fraude au forfait surdicécité : 50 cas de fraude au forfait surdicécité de la PCH découverts à Paris, sur la base d'usurpation d'identité et de faux certificats médicaux (sur la base de la grille CNSA pour 2025, qui établit à 890 € le coût moyen d'un forfait surdicécité, l'ordre de grandeur de cette fraude est estimé à 534 000 € sur un an pour 50 cas) ;
 - Un cas de fraude interne a également été relevé il y a plusieurs années dans un département, concernant le versement de l'APA et de la PCH. Il s'agissait de détournements de fonds par une dizaine d'agents, pendant environ dix ans. La fraude était liée à un processus informatique insuffisamment sécurisé, qui permettait le maintien du versement de prestations, alors que le droit n'était plus ouvert, et leur versement sur le RIB de tiers.

- ◆ AEEH et compléments :
 - des cas de devis manifestement surévalués par des professionnels pour des soins ;
 - plusieurs MDPH rencontrées ont indiqué une pratique consistant à rehausser le taux d'incapacité du bénéficiaire afin d'atteindre le seuil de prise en charge requis pour ouvrir les droits à l'AEEH, et induire une prise en charge des dépenses qui ne seraient pas couvertes par le régime général.
- ◆ AAH, AEEH et PCH :
 - ◆ des fraudes aux certificats médicaux ou des pratiques de certificats de complaisance ont évoquées par toutes les MDPH rencontrées (notamment concernant l'AAH et la PCH), sans que leur ampleur ne puisse être évaluée. Il a également été constaté que plusieurs écritures manuscrites pouvaient figurer sur les certificats médicaux, sans que cela ne constitue toujours une fraude ou un indu, les médecins demandant parfois aux usagers de compléter eux-mêmes les certificats médicaux ;
 - ◆ Des pratiques d'établissement de « certificats de complaisance » ont également citées par toutes les MDPH : il s'agissait de médecins repérés par les équipes comme ayant des pratiques « généreuses », mais aussi de médecins se sentant contraints de rédiger un certificat médical, du fait de pressions des demandeurs. **Le risque de fraude au certificat médical ou de certificats de complaisance est considéré comme particulièrement élevé par les équipes des MDPH, compte-tenu de l'absence de dématérialisation ou de sécurisation du certificat.**

Enfin, toutes les aides sont exposées aux fraudes à la résidence ainsi qu'au titre de séjour. L'enjeu de la fraude à la résidence est attesté par les résultats des contrôles menés par les Caf sur les prestations qu'elles versent. En 2019, sur près de 9 000 contrôles lancés sur une partie des allocataires qui effectuent des déclarations trimestrielles de ressources à partir d'une adresse « IP » située à l'étranger, 62 % ont conduit à constater des indus, pour un montant total proche de 55 M€ et un montant moyen dépassant 6 900 €. Sur le périmètre des titres recouverts, quatre indus sur cinq étaient affectés d'une suspicion de fraude¹³. S'agissant des aides versées par les départements, l'impossibilité de vérifier le non-cumul géographique (entre deux départements ou plus) d'une aide fait également partie des vulnérabilités communes de chaque aide.

Au demeurant, la mission souligne que les détections d'une fraude importante et ponctuelle, le plus souvent à l'initiative de tiers, ne sont que très rarement communiquées à l'échelle nationale en dehors de voies médiatiques éventuelles, et partant, commuées en campagnes de vérification locales ou nationales.

¹³ Cour des Comptes, 2020, La lutte contre la fraude aux prestations sociales.

Encadré 1 : Autres cas de fraude relevés à travers le questionnaire

S'agissant du champ du handicap, la mission a relevé pour la PCH :

- 2 contentieux dans l'Essonne ;
- 30 demandes de remboursement suite à des suspicions de fraude à Paris pour un total de 105 000 € ;
- 14 procédures de remboursement en Saône et Loire pour un total de 15 110 € ;
- 2 dossiers avec dépôt de plainte du Département en Eure-et-Loir, pour un total de 89 582,94 € ;
- 1 cas de fraude dans le Puy de Dôme, non évalué ;
- 1 dossier en cours de traitement dans les Landes ;
- 1 cas de fraude pour un montant de 39 158,10 € en Tarn-et-Garonne ;
- 1 cas de fraude détecté dans le Nord mais non évalué, lié à une collusion du SAAD avec le tuteur d'un bénéficiaire, suivi d'un dépôt de main courante par ce dernier.

S'agissant du champ de la perte d'autonomie des personnes âgées, plus spécifiquement de l'APA :

- un cas de fraude dans le Tarn correspondant à 77 556,86 € ;
- une plainte au Procureur suivie d'une inscription au CODAF pour un service prestataire ayant procédé à des surfacturations, pour un montant total situé entre 200 à 400 k€.

Source : Mission sur la base des réponses au questionnaire soumis aux départements.

Encadré 2 : Fraude au malus écologique

Issu de la loi de finance rectificative pour 2007, le malus écologique est un dispositif pénalisant les acquéreurs de véhicules polluants, et incitant les constructeurs à produire des véhicules plus propres. Toutefois, en parallèle de cette volonté de taxer les véhicules polluants, des dispositifs visant à exonérer certaines populations (notamment les bénéficiaires de la carte mobilité inclusion [CMI] portant mention invalidité) ou certains véhicules ont également été mis en place.

Afin d'amoindrir le coût total d'acquisition de certains véhicules, des acteurs du négoce automobile ont élaboré des procédés visant à éluder le malus écologique. Les personnes titulaires d'une CMI portant mention « invalidité » mentionnée à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ou achetant un véhicule aménagé pour accueillir un fauteuil roulant sont exonérées du malus écologique et du malus au poids. L'exonération est limitée à un véhicule par bénéficiaire. La carte concernant l'invalidité doit être fournie au moment de la demande de certificat d'immatriculation. Ainsi, le malus écologique et le malus au poids ne seront pas ajoutés au prix de la carte grise.

La DGFIP a constaté, au gré des remontées d'informations des services travaillant sur les quitus du territoire national, une montée en puissance des mécanismes de fraude liés au handicap avec l'interposition fictive de personnes titulaires de carte mobilité inclusion portant mention invalidité. Sur quelques cas, l'entreprise vérifiée et les personnes agissant en son nom, ont organisé un dispositif frauduleux visant à éluder le paiement du « malus écologique » applicable aux voitures particulières les plus polluantes. Pour ce faire, est interposée, lors de la première immatriculation du véhicule, entre l'entreprise et l'acquéreur final qui a payé le véhicule, une tierce personne physique titulaire de la CMI invalidité mentionnée à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles. De plus, pour ces transactions, le malus non acquitté a été facturé à l'acquéreur final, par l'entreprise vérifiée.

Les trois cas identifiés, susceptibles de constituer une infraction pénale et transmis au Parquet compétent par la DGFIP en 2025, représentaient un préjudice total de 41 000 €

Source : DGFIP.

2. Au niveau départemental, le contrôle d'effectivité, le contrôle interne ainsi que la lutte contre la fraude au sein des départements et MDPH sont fortement disparates et apparaissent dépriorisés

La mission s'est attachée, au travers de son questionnaire et de ses déplacements, à décomposer les pratiques des départements et des MDPH en matière de contrôle externe, de contrôle interne, et de lutte contre la fraude. Elle a constaté l'inégale formation d'une part, acculturation d'autre part, des personnels à ces démarches. Le premier motif du faible investissement des missions de contrôle et de lutte contre la fraude par les MDPH et équipes autonomie réside dans la priorisation du traitement du flux de demandes au travers des moyens en ressources humaines déployés. Cette dépriorisation du contrôle est également parfois justifiée localement par la revendication d'une culture administrative et sociale d'écoute et le refus de stigmatiser les demandeurs mais la volonté de les accompagner. La dissociation entre services instructeurs et services payeurs pour l'ensemble des aides sociales considérées, et en particulier quand les entités qui portent l'ouverture de droits n'en sont pas les institutions payeuses (AAH, AEEH), conduit également à une forme de déresponsabilisation en termes de contrôle.

En tout état de cause, la politique de contrôle des aides du champ de l'autonomie souffre d'une absence de pilotage et de coordination à l'échelle de la CNSA. Chaque département, par ses pratiques informelles, ses ressources disponibles par rapport aux demandes qui lui sont adressées, et parfois sur la base de son RDAS, est ainsi souvent seul à l'initiative de sa politique de contrôle. Le cas échéant, l'absence même des enjeux de contrôle et de lutte contre la fraude des RDAS appelle trois constats : d'une part, elle peut traduire la difficulté des exécutifs et des directions à penser le sujet en tant que tel, à le structurer, et à l'inscrire au rang des actions d'ensemble entreprises pour garantir la qualité du service rendu au bénéficiaire. D'autre part, si aucun autre référentiel interne n'existe pour pallier cette absence, elle prive les équipes métiers d'un cadre d'action voire de sanction de référence, pour guider leur action et permettre une acculturation progressive. Enfin et surtout, elle dégrade la transparence du service rendu à l'égard des publics, s'agissant des modalités de contrôle, voire de sanction, dont ils peuvent faire l'objet.

Au niveau national, aucun *reporting* ou suivi des données de contrôle des départements n'est opéré par la CNSA, à la différence par exemple de la CNAF et des CAF qui établissent, y compris dans chaque département, un rapport annuel faisant un état des lieux des contrôles réalisés, des fraudes détectées, et des intérêts financiers rétablis¹⁴. Il est à noter que la lutte contre la fraude constitue un objectif des COG 2023-2027 des caisses du régime général (CNAF, CNAM, CNAV, Urssaf caisse nationale), à l'inverse de la CNSA.

Au total, les moyens et l'ingénierie engagés dans le contrôle des aides du champ de l'autonomie examinées par la mission ressortent comme nettement sous-dimensionnés au regard d'une assiette qui dépasse 30 Mds € et d'un mode de traitement, en pratique, avec une contre-expertise médicale *ab initio* limitée et sur base déclarative.

¹⁴ L'assiette des prestations versées, l'organisation des réseaux, leurs moyens et la maturité des organisations ne sont pas comparables entre CNSA, MDPH et services autonomie des Conseils départementaux d'une part, et CNAF et CAF d'autre part. Pour autant, une partie significative des risques identifiés, faits générateurs et mécanismes d'indus non frauduleux, schémas et acteurs de la fraude pourraient être vus comme « identifiables » entre les deux champs de protection sociale, et faire l'objet de transferts d'informations, de compétences, d'outils et d'information entre les deux, à commencer pour les aides sociales légales qu'ils ont en partage (AAH, AEEH). S'agissant de la fraude au certificat médical, une coopération avec l'assurance maladie semble également particulièrement pertinente.

2.1. Le caractère documentaire du traitement des aides du champ de l'autonomie accroît le risque de fraude

2.1.1. Du fait de procédures essentiellement documentaires et de la contre-expertise médicale limitée en MDPH, le certificat médical engendre des risques élevés de fraude

Pour les aides légales du champ du handicap, le certificat médical, qui est un élément prépondérant dans l'appréciation de la situation clinique du bénéficiaire et du retentissement de celle-ci sur la vie quotidienne par les professionnels de santé, constitue une des premières strates du risque de fraude. En outre, dans 86 % des cas, les demandes d'AAH, d'AEEH et de PCH reposent sur un examen seulement documentaire¹⁵ (*cf. supra*, annexe IV), ce qui limite la capacité de contre-expertise médicale (dans un contexte de rareté de la ressource médicale au sein des MDPH). Si aucune estimation n'est disponible de la part de la CNSA s'agissant de la fraude aux certificats médicaux dans le champ du handicap, les résultats des campagnes de contrôle menées par la CNAM s'agissant des arrêts de travail permettent d'attester de la réalité de la pratique frauduleuse et d'en fournir un ordre de grandeur, même si les procédures concernées sont bien distinctes : celle-ci a ainsi identifié 7 131 faux arrêts de travail en 2024 (pour 30 M€ de préjudice, soit un montant moyen de 4 200 € par arrêt). Cela représente environ 0,09 % du total des arrêts maladies enregistrés (8,4 M en 2023), et 0,2 % du montant total (15 Mds€ en 2023)¹⁶.

Pour l'ensemble des aides, la mission a constaté **la faible capacité des MDPH de mobiliser une contre-expertise médicale** (AAH/ AEEH / PCH), liée à la difficulté de recruter des médecins en leur sein, ou de faire appel à une telle expertise à l'extérieur (par exemple par une structure de type « contrôle médical » ou un médecin agréé). Dans plusieurs MDPH visitées, il n'y avait en effet aucun médecin permanent au sein des effectifs, et une simple vacation de médecin une demi-journée par semaine, souvent consacrée en priorité aux dossiers enfants, avec un contrôle essentiellement documentaire, et des visites médicales très rares. Dans ce contexte, il est presque impossible dans certaines MDPH d'engager une contre-expertise pour s'assurer de la sincérité des constats médicaux, et y compris dans le cas où les équipes le jugent utile, de permettre une « levée de doute » par exception.

Ainsi, certains « médecins compréhensifs » sont « connus » par les équipes des MDPH, mais celles-ci n'ont aucun moyen d'interroger les certificats joints au dossier de demande, et estiment n'avoir pas d'autre choix que de proposer aux CDAPH d'ouvrir les droits sociaux sur la base d'éléments qu'ils questionnent eux-mêmes. Les faux certificats médicaux sont également plus difficiles à repérer dans une procédure d'ouverture des droits purement documentaire, comme c'est très souvent le cas pour l'AAH. Toutes choses égales par ailleurs, le passage obligé par une expertise médicale (évaluation AGGIR pour l'autonomie et évaluation du taux d'incapacité/RSDAE pour le handicap) peut être un facteur limitant de la fraude, agissant comme un « filtre ».

Pour autant, l'évaluation médicale - et surtout son absence de contre-expertise - constitue elle-même une source et un support potentiels d'erreur, voire de fraude, dans parcours du demandeur. Au-delà de ces risques, cette évaluation est un facteur de rupture d'égalité et d'optimisation des effets de seuils dans l'appréciation de l'incapacité par le corps médical.

¹⁵ CNSA, 2024, Rapport d'activité des MDPH pour 2022.

¹⁶ CNAM, 2024, *Campagne de lutte contre la fraude aux arrêts de travail*.

2.1.2. Le contrôle des primo-demandes d'APA et d'ASH s'effectue en grande partie sur une base déclarative

Les réponses des départements au questionnaire montrent que les vérifications réalisées par les départements en amont de l'ouverture de l'APA et de l'ASH reposent encore très largement sur une base déclarative, concernant les niveaux de revenus et les cumuls avec d'autres prestations, et que des croisements de données avec d'autres administrations ne sont mis en place que dans environ la moitié des départements.

Lors de l'attribution cependant, la mise en paiement ne peut avoir lieu si l'ensemble des justificatifs n'est pas rassemblé, grâce à des contrôles embarqués internes aux SI métiers.

Tableau 6 : Réponses à la question « Pour chacune des deux aides légales, pouvez-vous préciser les pratiques ayant cours dans votre département, visant à suivre le parcours des bénéficiaires ? »

	APA		ASH	
	Non	Oui	Non	Oui
Prise en compte des règles de non cumul/plafond d'aide sociale au moment de l'instruction du dossier	3%	97%	3%	97%
Contrôle des niveaux de revenus	0%	100%	0%	100%
Des croisements de données sont opérés avec d'autres administrations ?	45%	55%	56%	44%

Source : Mission, Réponses déclaratives au questionnaire transmis par la mission aux départements.

Tableau 7 : Réponses à la question : « Pour chacune des deux aides légales, pouvez-vous préciser les pratiques ayant cours dans votre département ? »

		APA				ASH-PA			
		%S	%F	%P	%J	%S	%F	%P	%J
Entretien avec les services sociaux du département	À l'ouverture des droits	81%	0%	17%	3%	10%	0%	20%	70%
	Lors du renouvellement	64%	3%	22%	11%	7%	0%	13%	80%
Rendez-vous médical avec un médecin	À l'ouverture des droits	9%	3%	18%	71%	14%	0%	4%	82%
	... dont rendez-vous avec un médecin désigné par le CD	3%	0%	9%	88%	0%	0%	0%	100%
	Lors du renouvellement	5%	3%	16%	76%	4%	0%	0%	96%
Actualisation des ressources des bénéficiaires	À l'ouverture des droits	95%	3%	0%	3%	97%	0%	0%	3%
	Lors du renouvellement	92%	6%	3%	0%	94%	6%	0%	0%
Visite à domicile	À l'ouverture des droits	83%	0%	6%	11%	3%	0%	10%	87%

Source : Mission, Réponses déclaratives au questionnaire transmis par la mission aux départements.

2.1.3. Les échanges de données sont hétérogènes selon les services autonomie et les MDPH, et globalement insuffisants

S'agissant de l'instruction, on peut ainsi distinguer :

- ◆ les MDPH, qui procèdent à la fois à partir d'informations déclaratives mais s'appuient aussi sur des échanges de données (SNGI, ponctuellement, CAF pro et RNCPS). Ces flux de données ne sont pas intégrés dans les SI métiers ;
- ◆ les départements, qui procèdent très majoritairement à partir d'informations déclaratives, ainsi qu'avec quelques échanges de données concernant la DGFIP. Certains, plus matures et avec davantage de marge de manœuvre s'agissant de l'édition interne de leur SI, ont intégré des contrôles de cohérence dans leur applicatif métier ;
- ◆ les CAF, qui contrôlent systématiquement les dossiers avant liquidation avec les données intégrées à ses SI métiers (y compris les données du RNCPS). Pour l'AAH, la vérification sur les ressources est annuelle, *a posteriori*. (cf. *infra*).

2.1.4. S'agissant de l'AAH et de l'AEEH, les contrôles opérés par les CAF sont davantage homogènes et standardisés, sans cibler spécifiquement les prestations du champ du handicap

Dans les faits, les contrôles relatifs à l'AAH et l'AEEH relèvent de l'action des CAF, de la MSA le cas échéant. Celle-ci applique aux prestations du champ du handicap sa politique générale de contrôle, dans le cadre d'une approche globale de la situation de l'allocataire. Dans la branche famille, des contrôles automatisés vérifient de longue date la cohérence des ressources et de l'activité professionnelle (RAC) déclarées par les allocataires dans leurs déclarations annuelles ou trimestrielles de situation, notamment en rapprochant les données correspondantes avec celles provenant de la DGFIP et de France Travail.

Les contrôles automatisés constituaient en 2019, toutes prestations comprises, une source importante de détection d'indus, pour certains frauduleux, comme de rappels (342,2 M€ d'indus et 109,1 M€ de rappels liés à des actions de contrôle en 2019, soit 37,8 % et 34,7 % des montants totaux d'indus et de rappels au titre de cette même année)¹⁷. Le principe repose sur un ciblage du risque par *scoring* algorithmique ou bien par échantillonnage, qui n'est pas directement associé à une prestation ou une situation. Les cibles de contrôle sont les suivantes :

Les contrôles RAC (pour « ressources annuelles »), se basent sur les données de ressources de la DGFIP :

- ◆ contrôles de ressource trimestriel pour l'AAH sur les points suivants:
 - absence revenus d'activité ;
 - inactivité et revenus d'activité ;
 - période de chômage inconnue ;
 - indemnités chômage non déclarées ;
 - revenus d'activité sur période de chômage ;
 - diminution des ressources sans changement activité.
- ◆ contrôles de ressources annuels pour l'AAH:
 - cibles de comparaison des ressources trimestrielles déclarées par les allocataires et des ressources annuelles connues par la DGFIP.

¹⁷ Cour des Comptes, 2020, La lutte contre la fraude aux prestations sociales

Les principaux indus détectés par le réseau des CAF s'agissant de l'AAH et de l'AEEH résultent de prolongations du versement de l'aide alors que le renouvellement est en attente d'une décision de la MDPH, ou alors que ce dernier est parti en retraite. Cette avance, qui a pour objectif d'éviter des situations de rupture de droits pour les allocataires alors que les délais de traitement des MDPH sont longs, court généralement pour deux mois de versement pour l'AAH 2 et l'AEEH, mais cette durée peut varier, car il s'agit d'une décision commune CAF/MDPH en fonction de la capacité de cette dernière à absorber le flux de demandes. Elle est également différenciée, sur la base d'un cadre national défini par la CNAF, selon le taux d'incapacité :

- ◆ AAH 1 - Maintien de l'avance dans la limite des 6 mois ;
- ◆ AAH 2 - Maintien de l'avance dans la limite des 2 mois.

Or, en cas de récupération postérieure du fait d'un changement de situation du bénéficiaire, au vu des montants mensuels moyens parmi les plus élevés des prestations sociales, ces indus peuvent rapidement, dès le premier mois, représenter des sommes susceptibles de mettre en difficulté les bénéficiaires et leur recouvrement est souvent mal compris et contesté. Compte-tenu de la situation sociale souvent précaire des allocataires de l'AAH, le taux de recouvrement de ces indus est très limité. Dans l'Yonne (0,6% des allocataires de l'AAH), les remises de dette relatives à ces indus d'AAH s'élevaient 545 000 € en 2024 (sur 678 000 € de remises de dettes demandées, soit 80% de remises de dette accordées).

Le réseau des CAF a toutefois mis en place une démarche d'alerte auprès de la MDPH, six mois après l'échéance théorique des droits quand la décision de renouvellement n'est toujours pas intervenue, afin que cette dernière puisse délivrer une décision plus rapidement. Certaines CAF rencontrées proposent également d'orienter vers le bénéficiaire vers le RSA en cas de renouvellement refusé.

S'agissant du départ en retraite, les CAF rencontrées ont souligné que la mise en place d'un flux automatique et d'une subrogation embarquée avec les CARSAT permettrait d'éviter le versement d'indus après le départ du bénéficiaire.

Le réseau des CAF est structurellement mieux outillé pour procéder à ces contrôles, et ce de manière automatisée. Dans un premier temps, une fois les décisions réceptionnées des MDPH, les agents procèdent à des pièces justificatives, tandis que les seuils de ressource et les règles de cumul sont contrôlés par les outils informatiques, y compris d'un point de vue géographique (dans le cas d'ouvertures de droits dans une autre CAF). Le caractère différentiel des aides, notamment de l'AAH, est systématiquement respecté grâce à des règles natives de vérification des cumuls dans le SI métier. Dans un second temps, les contrôles sont opérés grâce à différents flux automatisés :

- ◆ flux France Travail, qui renseigne sur le statut de demandeur d'emploi ;
- ◆ flux CPAM, qui renseigne sur la perception d'une pension d'invalidité ;
- ◆ flux RNCPS, qui renseigne sur la perception de la majoration pour tierce personne (MTP) ;
- ◆ flux SNLFE (Service national de lutte contre la fraude à enjeux, institué en 2021 par la CNAF), qui renseigne sur les schémas de fraude détectés à l'échelle nationale ;
- ◆ flux NIR (INSEE), qui permet de vérifier les identités ainsi que les décès ;
- ◆ flux FICOBA (DGFIP), qui permet de vérifier les comptes bancaires, les RIB et l'identité de leur titulaire.

À la suite de la signature en mai 2022, d'une convention entre les Directions générales de la DGFIP et la CNAF, de nouveaux portails numériques permettant l'accès à des données de la DGFIP ont été déployés, dès juin 2023. Trois portails sont accessibles :

- ◆ Ficovie, qui donne accès aux contrats de capitalisation et placement ;

- ◆ Patrim, qui donne accès aux informations sur les ventes d'immobilier ;
- ◆ BNDP, qui est la base nationale des données patrimoniales.

Ces portails sont utilisables en matière de contrôle et de recouvrement, dans le seul cadre de la lutte contre la fraude.

Certaines CAF des départements les plus urbains, confrontées à des flux volumineux, ont en outre investi dans des assistants digitaux (IA), qui permettent un pré-tri automatique des demandes reçues des MDPH. Toutes prestations confondues, une CAF interrogée a estimé le gain annuel de coûts de gestion à 170 000 €, rapporté au coût unitaire d'un poste de développement qui s'élève à 2 360,99 € HT/poste et à celui de la licence associée qui s'élève à 4 292,70 € HT/poste.

2.2. Les pratiques de contrôle d'effectivité, les stratégies de ciblage des contrôles, la récupération des indus, ainsi que les moyens dévolus à ces missions sont très hétérogènes selon les départements

2.2.1. Les MDPH investissent peu le contrôle d'effectivité, dans certains cas non prévus dans les textes pour les prestations handicaps

S'agissant des MDPH, le contrôle d'effectivité est très peu priorisé ; il n'existe pas d'équipes ou d'effectifs dédiés au contrôle, et les MDPH considèrent que ce contrôle relève pour l'essentiel des services payeurs (département pour la PCH, Caf et MSA pour l'AEEH). De fait, pour certaines aides, ce contrôle est expressément rendu impossible (AEEH ou forfaits parentalité ou surdicécité¹⁸ de la PCH) par les textes¹⁹.

Il en résulte des frustrations importantes pour les équipes, qui savent qu'un parent d'enfant en situation de handicap a repris son activité professionnelle mais continue de percevoir le complément correspondant de l'AEEH, ou qui savent que les enfants d'un parent en situation de handicap sont pris en charge par un proche (souvent les grands-parents) mais que les parents perçoivent, sans aucun contrôle possible, les aides à la parentalité au titre de la PCH sans engager de débours à ce titre. Pour l'AEEH, cela conduit les équipes d'agents à cibler le contrôle d'effectivité au moment du renouvellement des droits, notamment avec une vérification de la réalité des soins. La durée d'attribution des droits a alors un impact direct sur la capacité de contrôle.

¹⁸ Cf. par exemple CNSA, 2023, [Le forfait surdicécité de la prestation de compensation du handicap - PCH](#) sous forme de fiche « FALC » présentant les forfaits cécité, surdité, surdicécité, p. 8 : « *BON À SAVOIR Pour ce forfait surdicécité, il n'y a pas de contrôles. Vous n'êtes pas obligé de garder les factures* ».

¹⁹ Cf. dans le même sens, Sénat, réponse de la ministre déléguée auprès du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée des personnes handicapées à la question orale n°0562S - 16^e législature relative aux « [dysfonctionnements en matière de contrôle de l'effectivité des droits à prestation de compensation du handicap](#) » : « *Ces contrôles [NdR : d'effectivité] ne s'appliquent pas dans certaines situations : je pense aux forfaits cécité, surdité, surdicécité et parentalité. C'est également le cas lorsque les personnes recourent au dédommagement d'un aidant familial, pour la PCH aide humaine* ».

2.2.2. Les départements déploient quant à eux, s'agissant de la PCH, de l'APA et de l'ASH des stratégies de contrôle hétérogènes et globalement insuffisantes, fondées sur des pratiques de bonne gestion

Comme présenté *supra*, contrôle est réalisé au moment de l'ouverture du droit, en cas de changement de situation ou en cas de renouvellement du droit, très majoritairement sur une base déclarative sans possibilité de vérifier l'information en la comparant avec d'autres bases de données administratives. La mission a constaté l'étendue des disparités de pratiques en matière de contrôle, certains départements ayant mis au point des stratégies de ciblage avancées, d'autres se limitant au contrôle d'effectivité (Tableau 10), sous contrainte de ressources et sous pression des délais de traitement. À cet égard, 70 % des MDPH et 80% des services autonomie déclarent suivre activement la situation du bénéficiaire en leur demandant des documents justificatifs régulièrement. Les réponses textuelles au questionnaire soulignent également que des documents justificatifs sont régulièrement demandés au bénéficiaire dans une grande majorité des départements, sans que cette pratique soit systématique.

Tableau 8 : Réponses à la question
« Des documents justificatifs sont-ils régulièrement demandés au bénéficiaire ? »

Réponse	AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Non	30 %	20 %
Oui	70 %	80 %

Source : Mission, réponses déclaratives des départementaux au questionnaire transmis aux départements établi et exploité par la mission.

Au-delà du suivi de la situation des bénéficiaires, le contrôle d'effectivité à proprement parler apparaît hétérogène et insuffisant. Il est en très grande majorité réalisé à l'occasion des renouvellements de droits, et de fait tributaire des durées d'attribution. La pression continue du flux à traiter peut dès lors dégrader la capacité des équipes de contrôle à assurer leur mission : plus la durée d'attribution est étendue, plus elle grève la capacité à vérifier la consommation effective des aides versées. Le manque de contrôles réguliers conduit également à augmenter le montant des indus, lorsque le contrôle est réalisé, et à diminuer leur récupération potentielle. En outre, le contrôle d'effectivité (PCH, APA) est rendu difficile par le manque de ressources et d'éléments, notamment pour les « versements sur compte » des heures indemnisées au titre de l'aide humaine, notamment lorsqu'ils sont mobilisés pour dédommager un proche aidant. S'agissant de l'activité salariée, il est difficile pour les services de vérifier que seules les heures indemnisées ont été effectuées et d'identifier les éventuels manquements aux obligations déclaratives sociales et fiscales ;

Une troisième strate de disparités résulte des modes de paiement de la PCH et de l'APA mis en œuvre par le département : le paiement sur facture (aides techniques) ainsi que le déploiement de la télégestion (aide humaine) constituent en effet déjà, en soi, des formes de contrôle d'effectivité, que les départements rencontrés par la mission avaient identifiés et investis. La totalité a par exemple déclaré limiter les versements sur compte, qui sont les plus difficiles à contrôler *a posteriori*. Les départements, en tant que financeurs de la PCH et de l'APA, ont de fait une incitation directe à limiter ce paiement sur compte. Plusieurs développent des stratégies pour privilégier le paiement sur facture pour les aides techniques et/ou en rendant obligatoire la télégestion pour les prestataires d'aides humaines (voire pour les mandataires) et/ou en rendant obligatoire le recours aux CESU préfinancés pour l'emploi direct. Plusieurs départements rencontrés cherchent à limiter le taux de correction des déclarations horaires des services à domicile (notamment en utilisant le levier des CPOM). Les départements sont pour l'heure déjà une majorité (89 %) à déclarer verser les aides sur facture. Le paiement net à l'établissement, qui permet un versement actualisé des éventuelles absences du bénéficiaire s'agissant de l'ASH, tend également à se généraliser, ce qui est une pratique de simplification et de sécurisation des versements, à condition que la présence effective du bénéficiaire dans l'établissement puisse être vérifiée.

Tableau 9 : Réponses à la question « Le paiement du plan d'aide s'effectue-t-il sur factures ? (APA) »

Réponse	Part des réponses exprimées
Non	11 %
Oui	89 %

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

En outre, parmi les pratiques de bonne gestion, le projet de contemporanéiser le crédit d'impôt pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH, expérimenté dans le cadre d'Home +, apparaît particulièrement prometteur en matière de contrôle (cf. fiche APA, partie 3.2.2). Ce système permet à la fois d'intégrer un contrôle d'effectivité pour l'APA et la PCH, mais aussi de contrôler le montant du crédit d'impôt pour les bénéficiaires. La mission recommande ainsi de relancer et généraliser ce projet.

Enfin, parmi les départements visités, les départements les plus densément peuplés et les plus urbains bénéficient de fait de capacités de contrôle plus étendues. À titre d'illustration, dans un département urbain visité par la mission, des campagnes de contrôles d'APA sont menées chaque année, correspondant à 5 à 10 SAAD contrôlés, sur la centaine que compte le territoire : une comparaison est effectuée entre les heures facturées au département et celles qui le sont au bénéficiaire sur la base du réalisé. En 2024, cette campagne a permis le recouvrement de 207 512 € d'indus.

Un autre département urbain déploie des campagnes de vérification de l'utilisation des chèques CESU. Ce type de contrôle est par ailleurs tributaire de convention d'échange de données ou a minima de liens avec l'URSSAF. Aucun des départements n'a mentionné de coopération avec la DGCCRF, qui mène pourtant des contrôles sur les services prestataires.

Enfin, les directions autonomie départementales n'ont ni les outils massifs de datamining, ni les capacités de croisement automatisé des données fiscales, sociales et médicales. Leur accès aux données bancaires ou patrimoniales est le plus souvent limité aux déclarations des bénéficiaires, même si plusieurs départements reçoivent annuellement des données de la DGFIP.

À partir des très riches réponses textuelles (déclaratives) des départementaux au questionnaire établi, transmis, et exploité par la mission, la mission note certaines pratiques de ciblage avancé suivantes (Tableau 11) :

- ◆ échantillonnage ;
- ◆ ciblage des SAAD qui affichent des taux de correction élevés ;
- ◆ ciblage des bénéficiaires selon le taux de consommation de l'aide ;
- ◆ campagnes de questionnaires d'actualisation des ressources ;
- ◆ campagnes de contrôles trimestriels.

Annexe V

Tableau 10 : Réponses à la question « Comment sont identifiés les éventuels indus (trop perçu, calcul erroné de l'aide etc.) ? »

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
pas d'identification	par pointage des listes
Informations via des partenaires (CAF, ESMS, services, prestataires) Informations des bénéficiaires sur un changement de situation Lien avec les partenaires Récupération via l'émission de titre de recettes par courrier, lien avec la paierie départementale,	Génération d'indu en cas de trop perçu en lien avec le service financier du Conseil départemental et la Paierie départementale.
liens avec la CAF	trop perçu, non déclaration à l'URSAFF de CESU
Contrôle des SAD qui ont un taux de correction élevé avec demande des factures bénéficiaires et bascule sur une inspection si constat de fraude avec contrôle sur les bulletins de salaire. Pour l'emploi direct, et le mandataire, contrôle des chèques utilisés avec le plan d'aide et les déclarations URSSAF Contrôle de l'utilisation du plan d'aide lors des changements de situation: déménagement, entrée en EHPAD un contrôle régulier permet de prévenir les mauvaises habitudes sur une longue période. Ainsi nous avons signé une convention avec la CARSAT pour identifier mensuellement les nouveaux bénéficiaires APA/PCH/MTP/aides non cumulables Demande de justificatif de parent isolé dans le cadre de la PCH parentalité	Contrôle des SAAD qui ont un taux de correction élevé avec demande des factures bénéficiaires et bascule sur une inspection si constat de fraude avec contrôle sur les bulletins de salaire. Pour l'emploi direct, et le mandataire, contrôle des chèques utilisés avec le plan d'aide et les déclarations URSSAF. Contrôle de l'utilisation du plan d'aide lors des changements de situation: déménagement, entrée en EHPAD. Un contrôle régulier permet de prévenir les mauvaises habitudes sur une longue période. Ainsi nous avons signé une convention avec la CARSAT pour identifier mensuellement les nouveaux bénéficiaires APA/PCH/MTP/aides non cumulables. Les référents suivent les dossiers: le territoire est partagé en 4 secteurs géographiques pour lesquels 2 référents sont affectés. Un suivi de la consommation du plan d'aide est réalisé annuellement par les instructeurs. Pour l'emploi direct, et le mandataire, contrôle de tous les bénéficiaires avec les chèques utilisés dans le cadre du plan d'aide et les déclarations URSSAF. Contrôle de l'utilisation du plan d'aide lors des changements de situation: déménagement, entrée en EHPAD. Contrôle des fournisseurs remboursés pour l'utilisation des CAP (indu si utilisation alimentaire. Extranet URSSAF pour contrôler les heures déclarées Extranet Domi serve pour contrôler les chèques utilisés Extranet UP pour les chèques utilisés selon les fournisseurs (si alimentation: indu notifié)
Contrôle d'effectivité de l'aide réalisé régulièrement par les agents du service financier	Contrôle d'effectivité réalisé régulièrement
Il s'agit du travail du gestionnaire payeur et du responsable de pôle	Contrôle d'effectivité sur la base des justificatifs de dépense fournis

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
1/ Anomalie au sein du dossier (recoupement d'informations, certificats médicaux comportant plusieurs écritures, déclarations dissonantes...) 2/ Rapport d'étonnement des agents de la MDA 3/ Alerte de la CAF/MSA	APA = calcul systématique
- Contrôle d'effectivité sur pièces (justificatifs de paiements) - Informations involontaires de la part de l'utilisateur - Lors d'une nouvelle évaluation, d'une demande de renouvellement	Le cas échéant : 1/ Anomalie au sein du dossier (recoupement d'informations, certificats médicaux comportant plusieurs écritures, déclarations dissonantes...) 2/ Rapport d'étonnement des agents de la MDA
Lors des contrôles d'effectivité de l'aide versée.	- suite à des informations données par l'utilisateur - suite à des demandes de révisions - suite aux contrôles d'effectivité effectués par les services paiements
suite aux contrôles ciblés, suite à une information méconnue	lors des contrôles d'effectivité de l'aide.
A l'occasion de contrôles d'effectivité pour les bénéficiaires de la PCH.	contrôle des états réalisés des plans par les prestataires
Contrôle d'effectivité de l'aide systématique pour la PCH	Éventuels indus suite aux décès, aux changements de GIR ou de tarification pour l'APA établissement. Éventuels indus suite au changement de situation des bénéficiaires. Mise en place de requêtes de contrôle
Entrée/sortie d'ESMS, facturation, bulletin de paies	À la suite des contrôles d'effectivité que nous menons et en vérifiant l'utilisation des CESU.
Pour le Département, nous utilisons les extranets de nos prestataires CESU et Chèque d'Accompagnement Personnalisé (CAP) pour vérifier les déclarations et les consommations de plan d'aide, les lieux d'encaissement des CAP. Utilisation du RNCPS pour les bénéficiaires de MTP et PC RTP.	Lors des révisions et des renouvellements et des contrôles pour l'APA, demandes de justificatifs, L'ASH est payée directement aux prestataires sur service fait
Sur production de pièces justifiant les dépenses	Contrôle d'effectivité de l'aide
information a posteriori d'un changement de situation (entrée en établissement...)	Utilisation du RNCPS, vérification des déclarations CN CESU, réseaux sociaux, demande de PJ (factures), contrôle sur pièces
Sur contrôle des pièces (factures, relevé de l'URSSAF pour le contrôle des heures d'emploi salarié)	Suite à décès et entrée en EHPAD
Outils de contrôles internes vérifiés et certifiés par le certificateur des comptes à la Ville de Paris. Les indus après décès sont limités du fait de l'interface avec le SNGI et les mairies d'arrondissement qui nous permettent d'avoir connaissance des décès très rapidement et de suspendre le paiement des aides post-mortem.	Lors des contrôles d'effectivité
Révision des plans d'aide	Lors de l'information d'un changement de situation, alerte d'un travailleur social, consultation du RNCPS...

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Trop perçu : système d'une avance sur 6 mois et à réception des justificatifs on débloque les mensualités suivantes. Si pas de justificatif, un courrier d'avertissement de trop perçu informant l'utilisateur. Si pas de réponse alors émission d'un titre de recette.	Contrôle sur pièces
Fraude manifeste - calcul de l'indu - enclenchement de la procédure judiciaire (cf. question 72 : sanctions sollicitées par le Procureur au sein de la procédure en cours)	Requêtes hebdomadaires de contrôles suite notamment à révision d'une aide
Remboursement systématique des sommes indues perçues	Taux de consommation du plan d'aide utilisation des CESU
Sous consommation du plan identifié via : Échange de données avec l'URSSAF CESU et mandataires. Contrôle sur facture pour les prestataires. Notification de l'acte de décès.	Sur comparatif entre le décidé et le justifié
Mission service payeur	Hors fraude : les indus sont identifiés dans le cadre du contrôle d'effectivité, des changements de situation (hospitalisations, entrées en établissement, révision du plan, décès...).
Contrôle d'effectivité , contrôle au moment du paiement ...	Contrôle d'effectivité semestriel, contrôle des ressources, réception de pièces justificatives, déclarations URSAFF, factures acquittées etc..
campagnes de questionnaire (PCH) visant à actualiser les pièces justificatives renouvellement des droits PCH (identification des changements de situation) Échanges entre le service paiement PCH et les services de la MDPH (Quand entrée en établissement et modification du calcul de la PCH / mise en place d'une procédure devis/facture pour les aides techniques, aménagements de véhicule ou de logement) Transmission par la paierie départementale (DGFIP) des décès (comptes clôturés) Les transferts entrants et sortants des bénéficiaires de la PCH sont sources d'indus	Vigilance de chaque agent dans le cadre de ses missions. Urssaf transmet par mail un fichier avec les bénéficiaires '(APA - PCH) inscrits dans le cadre du CESU
L'ensemble des plans d'aide et de la participation des bénéficiaires est calculé automatiquement par le logiciel métier qui est paramétré en fonction de la réglementation en vigueur (tarif plancher...) Pour les trop-perçus liés aux décès des bénéficiaires, est une source de vigilance pour la Métropole de Lyon, puisque le décret ne prévoit pas la transmission de l'information et de l'acte de décès des bénéficiaires. Les contrôles sont plus fréquents dès la connaissance du décès des bénéficiaires avec un recalcule des indus et des trop perçus, procédure de croisement de fichier INSEE des personnes décédées et des bénéficiaires métropolitains. Le contrôle d'effectivité de la consommation des plans d'aides est également mis en place comme indiqué réglementairement.	Identifiés lors de transferts ou de double paiements
contrôle d'effectivité sur pièces : ex : examen des déclaration URSSAF pour l'emploi direct. + mise en œuvre du paiement direct aux services prestataires et fournisseurs conventionnés avec le Département	Via les extractions IODAS (SMA) Contrôle des factures, états de présence

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Annexe V

Tableau 11 : Réponses à la question « Comment est établi le panel des bénéficiaires susceptibles de faire l'objet d'un contrôle ? »

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
pas de panel	Edition de liste des bénéficiaires avec un paiement à l'usager Lignes négatives sur les paiements
TEST : échantillonnage de dossiers d'usagers percevant la PCH en vue d'une demande de mise à jour de leur dossier administratif	Pas de contrôle à proprement dit, uniquement quelques dossiers font l'objet ponctuellement de contrôle de pièces dans le cadre du contrôle interne.
Tous les dossiers déposés à la MDPH font l'objet d'un contrôle des pièces ADMINISTRATIVES au moment des premiers demandes mais également lors des révisions ou renouvellement	Pas de panel
Contrôle des SAD qui ont un taux de correction élevé avec demande des factures bénéficiaires et bascule sur une inspection si constat de fraude avec contrôle sur les bulletins de salaire. Tous les bénéficiaires ayant fait l'objet d'un virement sur le compte bancaire sont contrôlés pour un éventuel indu, nous ne qualifions pas l'absence de déclaration ou une mauvaise utilisation de fraude	Contrôle des SAD qui ont un taux de correction élevé avec demande des factures bénéficiaires et bascule sur une inspection si constat de fraude avec contrôle sur les bulletins de salaire. Tous les bénéficiaires ayant fait l'objet d'un virement sur le compte bancaire sont contrôlés pour indu éventuel, nous ne qualifions pas l'absence de déclaration ou une mauvaise utilisation de fraude
Nous ne disposons pas à ce jour d'un processus défini concernant la fraude. Nous procédons à des contrôles en cas de doutes (cumul d'aides) ponctuellement Vigilance sur les certificats médicaux (remplis par les bénéficiaires eux même) avec appel auprès du médecin confrère si besoin.	Contrôle d'effectivité de l'aide réalisé par le service gestion financière régulièrement. Paiement réalisé principalement sur factures.
contrôle sur l'emploi direct principalement , et sur les bénéficiaires d'aides versées mensuellement au renouvellement des droits	APA = requête spécifique sur le logiciel métier (Business Object) pour extraire des données Iodas d'utilisation des plans d'aide afin de procéder manuellement au contrôle individuel
Sans objet	Dossiers avec un plan d'aide supérieur à 200 €, pas de panel.

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Remarque: le plan de contrôle des prestations délivrées par la MDA est en phase de finalisation. Il comporte un contrôle renforcé des pièces d'identité, des documents émis par les médecins (authenticité du document), de l'effectivité territoriale des usagers sur le département (pour déceler des fraudes en réunion sur le lieu de résidence). Cependant, le manque d'outil, d'un cadre législatif ou règlementaire dédié représente un frein certain pour la lutte contre la fraude: Pas de possibilité de contrôler la véracité des attestations de domicile. À titre d'exemple, il n'y a pas de croisement possible de fichiers entre la sécurité sociale ou la DDFIP. Vu le nombre de demandes et la pauvreté de l'offre médicale, il apparaît difficile de solliciter l'intervention d'un médecin pour chaque situation.	Contrôle en cas d'interrogation sur les ressources, les heures réalisées pour les bénéficiaires concernés. Remarque: le plan de contrôle des prestations délivrées par la MDA est en phase de finalisation. Il comporte un contrôle renforcé des pièces d'identité, des documents émis par les médecins (authenticité du document), de l'effectivité territoriale des usagers sur le département (pour déceler des fraudes en réunion sur le lieu de résidence). Cependant, le manque d'outil, d'un cadre législatif ou règlementaire dédié représente un frein certain pour la lutte contre la fraude: Pas de possibilité de contrôler la véracité des attestations de domicile. À titre d'exemple, il n'y a pas de croisement possible de fichiers entre la sécurité sociale ou la DDFIP. Vu le nombre de demandes et la pauvreté de l'offre médicale, il apparaît difficile de solliciter l'intervention d'un médecin pour chaque situation.
Étude en cours pour mettre en place une politique de contrôle, concertée avec les autres organismes de Sécurité sociale	Contrôles effectués sur les facturations ESMS et sur les bénéficiaires (aléatoire) demande d'actualisation des justificatifs dans le cadre des révisions
Les plans d'aide dont les montants versés sont relativement importants.	Aucun panel n'est établi pour les équipes d'instruction. Contrôle réalisé auprès de tous les bénéficiaires de l'APA en fonction des prestations perçues (pas de contrôle sur les frais d'hygiène par exemple). En revanche, la paierie départementale procède à des contrôles aléatoires mensuels.
Début de la procédure par les plans les plus importants	Pas de contrôle
Pas de panel	Pas de panel établi
Il n'y a pas de panel établi.	Il n'y a pas de panel.
Pour la PCH avec paiement à l'usager, paiement sur facture ou contrôle sur justificatifs avec contrôle a posteriori et indu ou compensation sur les versements à venir Pour la PCH payé aux prestataires, paiements sur factures	contrôle systématique pour identifier les trop perçus, pas de panel défini de bénéficiaires
Il n'est pas mis en place un process spécifique sur les fraudes, mais les conditions d'ouverture des droits sont scrupuleusement vérifiées lors de l'ouverture des droits, et lors de leurs renouvellements.	APA : Pour les paiements sur compte du bénéficiaire, une demande de justificatifs peut être réalisée de manière aléatoire ou selon la réception de certaines informations (travailleurs sociaux...) , prioritairement l'aide humaine. Pour les paiements aux prestataires, paiements directement aux prestataires intervenant au domicile. Croisement de données possibles avec d'autres départements en cas de changement de domicile de secours

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
En fonction des taux de consommation (domatel), entrée en ESMS	Domatel, paie
Pour le Département, le contrôle est réalisé par type de paiement (facture, déclaration Urssaf) et par type d'intervenant (prestataire, emploi direct)	Suite à changement de situation du bénéficiaire.
Contrôle systématique sur les nouveaux entrants Contrôle aléatoire ou thématique ou sur changement de situation Contrôle tous les deux ans sur les problématiques de cumul avec MTP, de séjours à l'étranger...	La fraude n'est pas caractérisée
Le terme de fraude est inapproprié car il faut prouver l'intention manifeste de nuire.	PCH - bénéficiaires ayant perçu une avance (logement, véhicule...), bénéficiaire d'une aide humaine par embauche directe, bénéficiaire dont le plan d'aide par prestataire est intégralement mis en œuvre, dénonciation, alerte des travailleurs sociaux APA- bénéficiaire dont le plan d'aide par prestataire est intégralement mis en œuvre, alerte des travailleurs sociaux
PCH - plan d'aide humaine intégralement mis en place, avance logement et véhicule	Par une stratégie de contrôle décidée chaque année en fonction de priorités basées sur l'importance des montants versées.
Pour la PCH, stratégie établie chaque année en fonction des priorités basées sur l'importance des montants versés	Les aides humaines pour l'APA et les prises en charges au titre de l'ASL ne font pas l'objet de virement sur compte, mais soit : * de paiement sur factures auprès des établissements(ASL) avec contrôle systématique d'une ouverture des droits vis à vis de la période facturée * de paiements auprès de SAD sur la base des horodatages enregistrés par les aides à domicile lors de leurs intervention (système en télétransmission) * de paiements au travers de CESU. Croisement des déclarations URSSAF avec consommation CESU emploi direct Aussi le contrôle des fraudes est quasiment embarqué à travers ces modalités. Une fois que la télétransmission des SAD sera généralisée ce contrôle le sera encore davantage
Toutes les personnes percevant la PCH aide humaine par virement sur compte font l'objet d'un contrôle effectivité sur pièces	Nous examinons le taux de consommation des plans d'aide et le taux d'usage des CESU préfinancés
100% tout bénéficiaire est susceptible de contrôle sur la PCH de la part des agents en charge de l'effectivité de la dépense	Sur la base de dénonciations uniquement
Sur dénonciation ou Certificat médical auto-remplé ou suspect.	Contrôle d'effectivité uniquement
Contrôle systématique des conditions d'éligibilité aux prestations Double contrôle opéré en cas de signalement par un tiers (SAAD, URSSAF...	Contrôles systématiques de tous les dossiers au moment de l'ouverture des droits + au moment des paiements (en allocation ou sur justificatifs) + en cas de signalement par un tiers

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Identification grâce à des contre expertises de plusieurs fraudes à la surdité	Impossible de répondre. Des fraudes ont pu être découvertes fortuitement (2 cas en PCH)
Non fait	Contrôle effectivité en cas de non-retour des déclarations Urssaf ou des demandes de justificatifs pour l'APA
pas de démarche cadrée. Enquête au moment de l'instruction du dossier si suspicion de fraude	Le département ne dispose pas de cellule spécifique dédié au contrôle pour ces prestations (APA ASH) APA : Paiement sur justificatifs et contrôle des justificatifs lors des visites à domicile par l'équipe évaluatrice APA PCH - ASH : Paiements sur présentation des justificatifs
Vigilance accrue sur le suivi des dossiers des bénéficiaires, en cas d'anomalie, gestion administrative et mise en place d'un contrôle.	Pas de panel
	Pour l'ASH, le contrôle porte principalement sur l'évaluation des ressources/charges du demandeur et de ses obligés alimentaires ou son conjoint lors de l'instruction puis dans l'exécution de la décision sur la facturation de l'aide par l'établissement. Pour l'APA, contrôle d'effectivité réalisé 6 mois après l'ouverture des droits, contrôles d'effectivité tous les 6 mois pour les bénéficiaires d'un accueil de jour (SMA)
	Tous les bénéficiaires sont contrôlés : service fait, contrôle d'effectivité

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

2.3. Les moyens des départements pour récupérer les indus et recouvrer les successions sont également inégaux

2.3.1. La capacité des départements à récupérer les indus identifiés apparaît fortement disparate

Les départements allouent des moyens humains très disparates en termes de contrôle. Certains départements ont mis en place des cellules de contrôle spécialisées, avec des agents formés, des outils d'analyse, et des conventions d'échanges de données. Ailleurs, les contrôles sont réalisés de manière *ad hoc*, le plus souvent par **les mêmes équipes d'agents polyvalents que celles chargées de l'instruction ou par les agents administratifs chargés de la liquidation, et sont par conséquent peu priorisés**. Le questionnaire transmis aux départements a par exemple mis en évidence que seuls 2,1 ETP en moyenne par département sont consacrés à la recherche d'indus (tableau 12). Un département indique par exemple « *Le Département exerce un contrôle d'effectivité sur l'APA et la PCH limitée par les ressources humaines disponibles compte tenu de la forte pression de la demande* ».

Tableau 12 : Réponse à la question : « Pouvez-vous nous préciser le nombre d'ETP mobilisés par an pour l'instruction des demandes de recouvrement ? »

Département	ETP dédiés à la recherche et au recouvrement d'indus	Bénéficiaires de la PCH	Bénéficiaires de l'APA	Total bénéficiaires	Nombre d'ETP/ 1 000 bénéficiaires
01	1	4 323	14 081	18 404	0,05
02	5,5	3 526	12 836	16 362	0,34
09	2,5	932	4 021	4 953	0,50
11	1,2	4 691	9 284	13 975	0,09
18	2,3	2 827	6 764	9 591	0,24
26	1	4 571	13 620	18 191	0,05
27	3	3 823	9 613	13 436	0,22
34	1	7 119	33 295	40 414	0,02
35	1	5 648	22 335	27 983	0,04
37	5	3 586	13 366	16 952	0,29
40	0,5	1 974	10 358	12 332	0,04
42	2	4 933	24 276	29 209	0,07
47	0,6	2 318	8 333	10 651	0,06
48	2,6	1 039	2 971	4 010	0,65
53	0,5	2 271	7 054	9 325	0,05
65	2	1 947	9 231	11 178	0,18
71	3,4	4 669	16 041	20 710	0,16
74	2	4 920	13 470	18 390	0,11
75	1,5	7 246	23 014	30 260	0,05
77	2	5 770	16 562	22 332	0,09
80	1,8	3 030	9 785	12 815	0,14
85	2	4 606	15 566	20 172	0,10
87	2	2 383	7 932	10 315	0,19
91	2	7 179	13 286	20 465	0,10
95	3,1	5 642	13 001	18 643	0,17
Min	Landes	932	2 971	4 010	0,02
Max	Aisne	7 246	33 295	40 414	0,65
Q1	1,0	2 383	9 231	11 178	0,05
Q3	2,5	4 933	15 566	20 465	0,19

Annexe V

Département	ETP dédiés à la recherche et au recouvrement d'indus	Bénéficiaires de la PCH	Bénéficiaires de l'APA	Total bénéficiaires	Nombre d'ETP/ 1 000 bénéficiaires
Ratio interquartile	2,5	2,1	1,7	1,8	3,53
Moyenne	2,1	4 039	13 204	17 243	0,16
Médiane	2,0	4 323	13 001	16 952	0,10

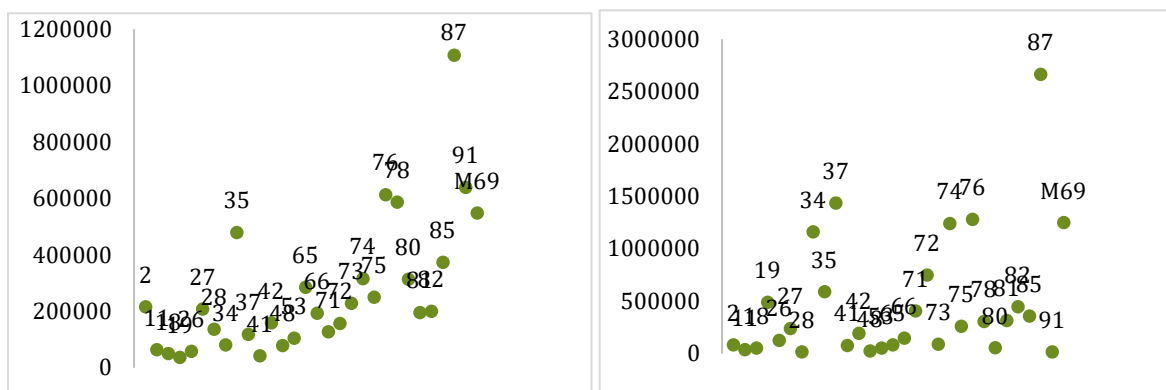
Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Réponses textuelles
« 1 ETP pour les indus et arrérages APA/ PCH et 2 ETP pour les recours contre succession (2,3 ETP au regard des temps partiels) » ;
« 3 (PA) 1,5 (PH ASH) 0,1 (PCH) » ;
« Pas d'ETP spécifiquement dédié à cette mission » et « Tous les instructeurs font du recouvrement » ;
« Temps estimé sur l'année: 0,4 ETP pour la PCH; 0,2 ETP APA »
« 2 services d'une vingtaine d'agents travaillent, entre autres sujets, sur l'instruction des indus » (Nord) ;
« complexe à déterminer. tâches lissées sur chaque agent (que ce soit pour le recouvrement des indus via TR ou les recouvrements sur versements à venir). » ;
« 2 ETP dédiés + contrôle de premier niveau effectué par les instructeurs PCH + contrôle des services financiers »
« Plusieurs services concernés : service instructeur, service payeur, paie départementale. Impossible à chiffrer le nombre d'ETP » ;
« C'est la paie départementale qui est en charge du recouvrement des indus » ;
1 ETP contrôle effectivité + 0,8 chargé de gestion recouvrement + 1 chargé de recouvrement en récupération sur succession
« 1 ETP (entre APA, PCH et ASH) » ;

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Aussi, les montants moyens bruts recouvrés par les départements sont très hétérogènes.

Graphique 13 : Indus départementaux bruts recouvrés en 2023 (PCH, APA)



Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission, relatives à la question « Quel est, pour 2023 : Le montant d'indus recouvré dans votre département ? »

Tableau 14 : Indus départementaux en 2023 (PCH, APA)

	Département	Indus de PCH (en €)	Département	Indus d'APA (en €)	Département	Indus d'ASH
Min	Corrèze	36 820	Essonne	15 000	Haute-Vienne	18 414
Max	Haute-Vienne	1 108 052	Haute-Vienne	2 663 502	Cher	1 340 993
Q1	N.A.	108 126	N.A.	79 343	N.A.	40 767
Q3	N.A.	315 811	N.A.	564 527	N.A.	451 250
Ratio interquartile	N.A.	2,92	N.A.	7,12	N.A.	11,1
Moyenne	N.A.	265 904	N.A.	474 954	N.A.	371 981
Médiane	N.A.	197 995	N.A.	250 198	N.A.	168 685

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission, « Quel est, pour 2023, le montant d'indus recouvré dans votre département ? ».

Les départements interrogés ont illustré leurs réponses des cas d'indus suivants s'agissant de l'APA :

- ◆ 165 cas, pour un montant total de 113 825 €, et un montant moyen de 690 € ;
- ◆ 419 cas, pour un montant total de 185 346 €, et un montant moyen de 442 € ;
- ◆ 1860 cas, pour un montant total de 336 420 €.

Les déplacements et le questionnaire ont permis de dresser une typologie de ces sources d'indus :

i) Décès (ASH, APA, PCH)

Le décès des bénéficiaires ressort comme étant la première cause d'indus s'agissant de l'APA et de l'ASH, dans une très moindre mesure, de la PCH. Ces décès illustrent également les disparités de capacités d'identification des indus : ainsi, des départements ont tissé des conventions d'échange de données avec les fédérations locales de notaires au-delà de l'accès au SNGI, quand dans un autre cas, les équipes autonomie d'un département rural visité par la mission répertorient à la main les décès sur la base des rubriques nécrologiques de la presse quotidienne régionale locale.

ii) Non réalisation des plans d'aide (AEEH, PCH, APA) et modalités de versement (ASH)

La seconde source d'indus potentiels a trait à la non-consommation effective des plans d'aide d'APA et de PCH, en particulier dans le cas de versement pour compte.

S'agissant de l'ASH, le paiement net à l'établissement participe lui aussi au paiement à bon droit : l'accueil de jour est ainsi comptabilisé en temps réel et les obligés alimentaires paient directement leur part à l'établissement²⁰. La Gironde va généraliser pour l'hébergement à temps complet le paiement net à l'horizon 2025, tandis qu'il est par exemple déjà effectif pour tous les EHPAD du département du Nord.

iii) Changements de situation personnelle

Un suivi des situations est opéré dans les divers cas : révision ou renouvellement aux motifs d'aggravation de la perte d'autonomie, de décès du conjoint, de sortie d'hospitalisation, d'isolement, de signalements, etc.

²⁰ Cette pratique, qui doit être encouragée en tant qu'elle sécurise le paiement à bon droit de l'ASH et protège les finances départementales, présente toutefois le risque pour les ESMS de difficultés de trésorerie en cas de non-respect par l'un des obligés alimentaires de ses échéances de versement direct.

Ces changements donnent lieu, lorsqu'ils sont connus du département, à des contrôles (par exemple du domicile de secours), à la réactualisation des revenus. S'agissant de l'ASH, le droit peut être suspendu lorsque le bénéficiaire ou son tuteur le sollicite, notamment dans les cas suivants : vente du vivant d'un bien immobilier, retour à meilleure fortune.

Pour l'APA, les SAAD peuvent eux-mêmes informer le département de l'état de santé des bénéficiaires. Pour l'APA E et l'ASH, les EHPAD peuvent signaler annuellement le changement de GIR, ce qui peut entraîner une révision des plans. L'actualisation de la situation des bénéficiaires (et de leurs besoins) appartient à des acteurs qui ont, toutes choses égales par ailleurs, intérêt à une révision des plans à la hausse et non à la baisse. Pour autant, les caractéristiques intrinsèques de la perte d'autonomie liée à l'âge qui n'évolue en règle générale pas de manière favorable, limite fortement le risque d'une révision injustifiée.

Une fois identifiés, les indus ne sont par ailleurs pas homogènement mis en recouvrement selon les départements. D'après les réponses au questionnaire, le seuil réglementaire à partir duquel les services abandonnent la créance varie entre 15 € et 100 €, en passant par le seuil légal de trois fois le SMIC horaire brut²¹ (soit 35,64 € à la date de la mission), s'agissant de l'APA. Aucun seuil n'est prévu juridiquement s'agissant de la PCH. Au demeurant, plus de la moitié des départements indiquent ne pas avoir défini de seuil précis en la matière.

Tableau 15 : Réponses à la question
« Existe-t-il un seuil d'admission en non-valeur automatique des créances liées à des indus ? »

Réponse	Non	Oui
	56%	44 %
Réponses textuelles		
« Pas de de récupération des indus inférieurs à 36 € pour l'APA (application du CASF) et 50 € pour la PCH (RDAS) »		
« Non pas de seuil d'admission en non-valeur, l'ensemble des indus est mis en recouvrement et ce n'est que face à la difficulté de la DGFIP, que la procédure d'ANV aboutie. »		
APA : Seuil légal soit 3 * SMIC horaire brut PCH : application du même seuil que pour l'APA		

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Cette situation, qui certes tient au fait que les règles liées à l'ASH sont fixées par les conseils départementaux, crée une forme d'iniquité pour les bénéficiaires. Elle aboutit en outre potentiellement à des indus non récupérés importants, dès lors que les seuils d'admission en non-valeur sont hauts.

La définition par la voie réglementaire d'un seuil d'admission en non-valeur permettrait de lever ces biais.

Proposition n° 1 : Définir par voie règlementaire le seuil à partir duquel le recouvrement d'indus de PCH et d'ASH est abandonné.

²¹ [Article D232-31](#) du CASF : ce seuil prévaut également pour le montant d'APA à verser au titre du plan d'aides et après déduction du reste à charge en fonction des barèmes applicables pour le bénéficiaire (GIR, ressources) : si les droits à l'APA sont inférieurs à ce même seuil, l'APA quoiqu'ouverte en termes de droits, n'est pas versée. En cas d'indu supérieur à ce seuil réglementaire, et s'il est appelé par le Conseil départemental, ce trop-perçu peut être récupéré selon deux voies, en fonction de la continuité ou non de l'éligibilité à l'APA :

- par retenues mensuelles sur le montant des APA à venir (précompte plafonné à un taux maximal de 20% par mensualité) en cas de poursuite des versements ;
- par remboursement du trop-perçu en un ou plusieurs versements en cas de perte d'éligibilité à l'APA.

2.3.2. Le recours sur succession, en vigueur pour l'ASH seul, illustre aussi les disparités de capacités des départements à récupérer les sommes dues

Les réponses des départements ci-dessous illustrent la diversité des pratiques des départements en termes de recours sur succession pour l'ASH, et l'iniquité géographique qui en découle pour les bénéficiaires (Voir également la monographie ASH).

Tableau 16 : Réponses à la question « Le recours sur succession est-il systématique ? »

Réponses	Non	Oui
Part des réponses exprimées	14 %	86 %

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Tableau 17 : Réponses à la question « Le recouvrement est-il différencié en fonction de la situation des ayants droit ? »

Réponses	Non	Oui
Part des réponses exprimées	39 %	61 %

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Tableau 18 : Réponses à la question « Avez-vous de la visibilité sur les "restes à encaisser" liés au recours sur succession (au sens de la somme des avoirs récupérables à terme, au décès de l'ensemble des personnes aidées) ? »

Réponses	Non	Oui
Part des réponses exprimées	86 %	14 %

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Ce tableau est complété par quelques *verbatim* des réponses des services :

- ♦ « Il est indispensable que les Départements puissent accéder à toutes les bases de données permettant d'identifier les patrimoines mobiliers et immobiliers du bénéficiaire.
- ♦ Depuis 2025, un tableau de bord est mis en place. Les résultats seront appréciés d'ici la fin de l'année.
- ♦ Nous manquons d'information au moment de la prise en charge – Nous avons le montant des capitaux placés de la personne et sa taxe foncière. Il est donc difficile d'évaluer le montant qui sera récupéré. Ce dernier dépend également de la durée de la prise en charge à l'aide sociale par le Département. »

Certains départements ont à l'inverse engagé, au vu des recettes attendues, des moyens techniques et humains pour s'assurer du recouvrement des successions. En Gironde, cinq ETP sont dédiés à ces récupérations, dont un spécifiquement à la recherche des obligés alimentaires. Grâce au paiement net à l'établissement en voie de généralisation, le service de l'autonomie est en capacité de récapituler toutes les dépenses d'hébergement, ainsi que les recettes qui auraient pu être versées par le bénéficiaire précédemment (retour à meilleure fortune). Chaque bénéficiaire dispose d'un identifiant d'aide sociale, qui retrace sa créance.

Tableau 19 : Réponses à la question « Avez-vous mis en place une convention avec la fédération des notaires pour suivre en temps réel les décès des bénéficiaires d'aides faisant l'objet d'un recours sur succession ? »

Réponses	Non	Oui
Part des réponses exprimées	80 %	20 %

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

2.4. Les stratégies départementales de contrôle interne et de lutte contre la fraude sont encore largement à construire

2.4.1. Le contrôle interne est encore embryonnaire au sein des MDPH et des départements

Peu de MDPH et de services autonomie ont mis en place des systèmes de visa interne pour la validation des évaluations et des décisions d'attribution. La plupart pratiquent cependant des temps d'harmonisation à l'échelle d'une équipe, d'un pôle territorial, de la MDPH ou de la direction autonomie dans son ensemble, ce qui peut contribuer à détecter des erreurs de bonne foi d'appréciation ou des évaluations irrégulières. La montée en charge des MDPH sur le contrôle interne fait partie des engagements de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) 2022- 2026 entre l'État et la CNSA (voir partie 3). Il ressort des premières conclusions du comité stratégique de maîtrise des risques (CSMR) de la CNSA, qui établit désormais de manière régulière le suivi des actions définies au titre de la COG sur ce point, que ce contrôle interne est encore embryonnaire, sur la plupart de ses volets (formation, ETP dédiés, partage interne, plan d'action et suivi, etc.).

Encadré 3 : Structuration d'une politique et d'une mission de contrôle interne : le cas de la Seine-Saint-Denis

Le département de Seine-Saint-Denis a investi au début des années 2010 une mission de contrôle interne, à la suite de la découverte en 2014 d'un cas de détournement de l'APA par des agents du service autonomie.

Composée de 24 ETP, et compétente sur l'ensemble des activités du département (et pas seulement sur le volet des prestations), la mission d'inspection interne du département a aujourd'hui pour but de :

- identifier et cartographier les risques, les vulnérabilités ;
- accompagner les directions métiers dans leur plan d'actions pour pallier les vulnérabilités identifiées ;
- **le lancement d'initiatives en 2024 en vue de déployer de contrôle interne et la gestion des risques dans les MDPH, et, à terme, dans les services autonomie des départements.**

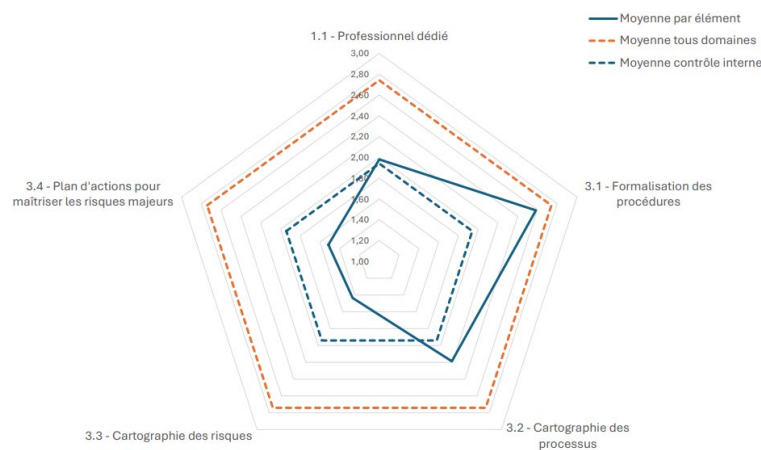
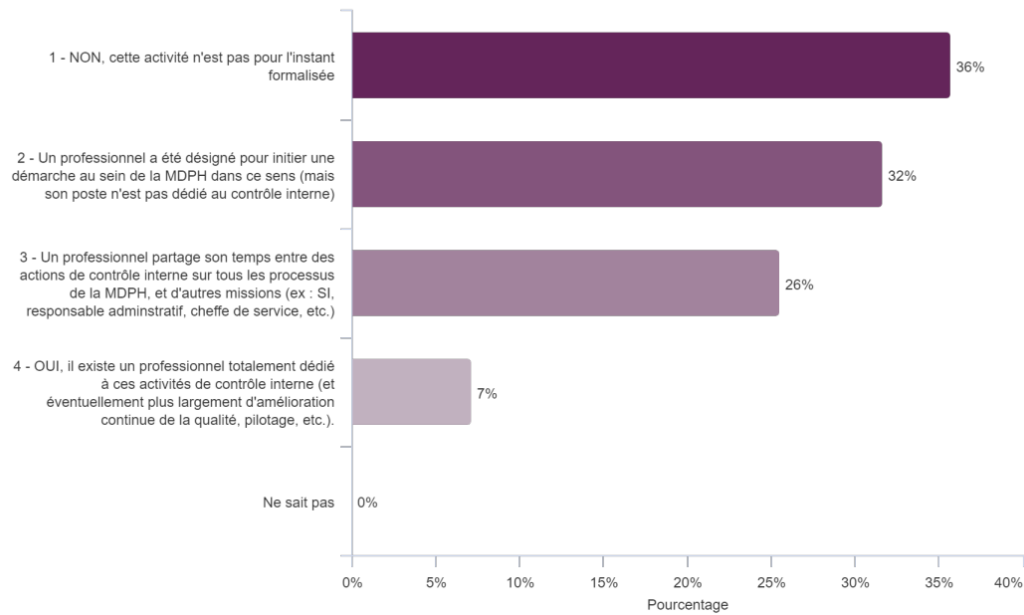
Elle a structuré, s'agissant de la PCH et de l'APA, une chaîne de contrôle à trois niveaux :

- contrôle interne de 1^{er} niveau : requêtes, demandes de documents aux bénéficiaires par les services de la direction de l'autonomie
- contrôle de 2nd niveau : vérification par la direction de l'autonomie : 1 ETP au recouvrement, et 5 ETP sur la lutte contre la fraude et le contrôle interne. Ces ETP prennent la forme d'une cellule adjacente au sein de la direction de l'autonomie, dédiée aux indus et à la fraude ;
- contrôle de 3^{ème} niveau par la mission d'inspection, qui procède à des échantillonnages et une vérification des cas suspects

Source : Mission.

Graphique 1 : État des lieux du déploiement du contrôle interne au sein des MDPH (CNSA, 2024)

1.1 Existe-t-il au sein de votre MDPH un ou des professionnels dont tout ou partie de l'activité est dédiée au contrôle interne et à la maîtrise des risques ?



Source : CNSA, 2024, Travaux du Comité stratégique de la maîtrise des risques (CSMR).

Les réponses textuelles au questionnaire, synthétisées ci-dessous (tableau 20) puis retranscrites (tableau 21), confirment des démarches encore embryonnaires, centrées sur la prévention et parfois curatives. Elles traduisent également la confusion fréquente entre contrôle interne et contrôle externe.

Annexe V

Tableau 20 : Outils et pratiques mis en œuvre par les MDPH et services autonomie en matière de contrôle et de lutte contre la fraude

Catégorie	Outils / Pratiques	Détail / Objectif
Séparation des fonctions	- Répartition des tâches entre instruction, décision et paiement - Agents distincts pour instruction et gestion - Poste de coordonnateur	Limite les conflits d'intérêts, permet une vérification croisée des dossiers
Contrôle documentaire	- Contrôle des RIB originaux - Vérification des pièces justificatives (factures, feuilles de présence) - Exclusion des copies / photos	Empêche les usurpations d'identité ou détournements de versements
Contrôle d'effectivité	- Visites à domicile - Contrôle des prestations réalisées (emploi direct ou prestataires) - Contrôle via logiciels métiers (ex : IODAS) - Contrôle aléatoire ou ciblé sur factures	Vérifie que l'aide correspond bien à une situation réelle et effective
Outils numériques et traçabilité	- Traçage des connexions - Historique des actions dans les outils métiers (qui fait quoi et quand) - télégestion / télétransmission	Permet de détecter des anomalies ou comportements suspects
Audits et plans de contrôle	- Audits internes ou en lien avec la CNSA - Cartographie des processus et des risques - Plan de contrôle d'effectivité - Missions de coordination/inspection	Formalisation du contrôle interne, anticipation des risques de fraude
Vigilance individuelle	- Implication de chaque agent - Contrôle "au bon sens" du gestionnaire	Complément aux dispositifs automatisés ou formalisés
Croisement de données	- Consultation du SNGI - Données CAF, URSSAF, RNCPS - Croisement entre systèmes métiers	Pour détecter les incohérences de situation (ressources, statut, activité)
Réactions en cas de fraude	- Déclenchement d'inspections - Réclamations d'indus - Dépôt de plainte au TGI	Sanction ou récupération des montants frauduleux

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Annexe V

Tableau 21 : Réponses à la question
« Quels sont les outils de contrôle interne (i.e. visant à prévenir la fraude au sein du service) de la fraude mis en place dans votre département ? »

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
pas d'outil	aucun
En cours de réflexion et d'élaboration avec l'appui de la CNSA dans le cadre de la mission contrôle interne. Aucun outil spécifique à ce jour	Aucun outil existant
pas de cellule fraude	En cas de fraude avérée, une cellule inspection peut intervenir pour déclencher une inspection auprès des SAD, le service ASG ne gère que le contrôle d'effectivité. Nous contrôlons les RIBs en n'acceptant que la transmission des originaux (pas de photo) Contrôle des mandatements par le service finance de la collectivité Contrôle aléatoire par la paierie des paiements Hopayra : réponse par le chef de pôle liquidation
En cas de fraude avérée, une cellule inspection peut intervenir pour déclencher une inspection auprès des SAD, le service ASG ne gère que le contrôle d'effectivité. Nous contrôlons les RIBs en n'acceptant que la transmission des originaux (pas de photo) paiement des prestataires avec un outil de télégestion/télétransmission. Contrôles aléatoires des interventions créées manuellement sur justificatif des feuilles de présence signées par le bénéficiaire. Contrôle des SAD qui ont un taux de correction élevé avec demande des factures bénéficiaires et bascule sur une inspection si constat de fraude. Contrôle des mandatements par le service finance de la collectivité Contrôle aléatoire par la paierie des paiements Hopayra: réponse par le chef de pôle liquidation	Portefeuille des agents revisités Création récente de poste de coordonnateurs afin de venir en appui mais aussi contrôler les agents. Agents distincts entre instruction et paiement
Répartition des tâches entre plusieurs professionnels. Poste de coordonnateur de dispositif ayant un rôle d'appui mais aussi de contrôle auprès des instructeurs et travailleurs sociaux Traitement des dossiers en équipe pluridisciplinaire.	APA = requête déterminée par périodicité en fonction des types d'aide Si fraude potentielle on réclame des indus sur 5 ans
aucun	Pas de fraude pour les plans d'aide d'APA, PCH et ASH, uniquement des indus
Contrôle manuel au vu du bon sens du gestionnaire payeur, ou des tableaux de suivi des déclarations URSSAF pour l'emploi direct	En cours d'élaboration
Entretiens médicaux	Travail en cours visant à identifier les risques d'atteinte à la probité en cours avec actions d'améliorations

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
En cours d'élaboration	Contrôle des RIB par la paierie départementale, contrôle aléatoire mensuel par la paierie départementale.
Mise en place en cours de mesures visant à garantir la probité en interne et sur les contrôles d'effectivité	Paie sur justificatif, vigilance, requête de contrôle
campagne de contrôle ciblé pour les emplois directs- demande de pièces et recalculs des droits en fonction de l'exécution réelle du plan	Intervention de différents agents (agents administratifs, travailleurs médico-sociaux) sur un même dossier, traçabilité des interventions (création, modification) sur les dossiers informatisés (qui a fait quoi et quand)
Paie sur justificatif, vigilance, requête de contrôle	Contrôle d'effectivité de l'aide
aucun	séparation des postes d'instruction et de gestionnaires des droits ouverts
contrôles paiements AAH et AEEH relèvent de la CAF	Domat, paie
Contrôle d'effectivité	Pas d'outils de contrôle interne.
Tableau croisé avec la CAF	Idem PCH
Entrée/sortie d'ESMS, facturation, bulletin de paie	cartographie des processus, carto des risques identifiant les principaux contrôles à mener
Pour le Département, consultation des déclarations sur l'extranet de l'URSSAF et consultation du RNCPS.	pas d'outil
Plusieurs étapes de contrôle dans le processus de paiement	Idem que pour la PCH. Rôle instructeur et comptable clairement défini et distingué. Contrôle nom du RIB avec nom usager Le paiement par virement sur compte n'existant pas sur les dépenses d'aide humaine pour les personnes âgées
cartographie des processus, cartographie des risques, mise en place d'un plan de contrôle d'effectivité des aides	Aucun outil dédié Travail manuel de croisement des données des outils métiers
politique nationale de contrôle interne des MDPH en cours de définition	Contrôle des connexions
Distinction entre tâches d'instruction et tâches comptables, ce ne sont pas les mêmes agents. Contrôle des identités des bénéficiaires au travers du SNGI ; Contrôle du nom des RIB avec le nom des usagers	Pas de contrôle interne MDA formalisé à ce jour
Au sein de la direction de l'autonomie, 2 audits menés. Séparation des fonctions entre instruction / décision / paiement avec deux services différents et au sein des services entre collègues (instructeur vs contrôleur) Pas d'outil dédié au contrôle interne. Travail manuel avec appui des logiciels métiers et audit interne du Département au besoin	Quand une fraude est découverte, dépôt de plainte au TGI. Les outils de contrôle consistent en la mise en œuvre de plusieurs étapes de validation des paiements avec procédures de contrôle et demandes de pièces justificatives

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Traçage des connexions.	APA Vigilance de chaque agent dans le cadre de ses missions. Urssaf transmet par mail un fichier avec les bénéficiaires '(APA - PCH) inscrits dans le cadre du CESU les prestations versées aux bénéficiaires (aide humaine via le CESU , aides technique et amélioration de l'habitat) sont versées sur prestation de justificatifs ou factures acquittées les prestations d'aide humaine réalisées par un prestataire sont versées directement aux services d'aide domicile Lors des révisions, l'équipe d'évaluatrice APA vérifie au domicile les justificatifs de paiement ou de factures ASH : Vigilance de chaque agent dans le cadre de ses missions. vérification auprès de la CAF (AAH,AL) demande de justificatifs de ressources
Pas de contrôle interne formalisé à ce jour	Pas d'outils de contrôle interne
Non concerné	
Aucun	
Habilitations qui définissent des profils pour les agents.	
Pour le contrôle de la PCH (Département), nous adressons des questionnaires avec des demandes de justificatifs tous les 2 à 5 ans selon de type d'aides humaines Nous privilégions le paiement direct à l'entreprise ou à l'artisan pour les aides techniques et aménagements (PCH) La paierie départementale (DGFIP) nous informe des décès (comptes clôturés) ce qui permet d'éviter les trop perçus PCH Une procédure MDPH/Paiement PCH concernant les décès des usagers a été mise en place, afin d'éviter les trop perçus PCH	
sur le contrôle interne, l'ensemble de la procédure du dispositif de la PCH est soumis à des vérifications aux différentes étapes d'instruction par les gestionnaires. plusieurs outils sont mis à disposition, notamment, IODAS, des extractions spécifiques mis à disposition (contrôle des dépenses, mis à jour des dossiers des usagers, ...)	

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

2.4.2. La lutte contre la fraude apparaît insuffisamment investie par les départements et les MDPH

Les résultats du questionnaire mettent en évidence que de nombreux départements ont une estimation minimale de la fraude, beaucoup des répondants indiquent qu'il n'y en a pas où qu'elle représente moins d'un pourcent des cas. Cela traduit une absence de stratégie de détection de leur part. De fait, seules 19% des MDPH répondantes ont identifié des cas de fraude, et un tiers des départements (sur l'APA et l'ASH). La majorité des répondants n'applique pas de pénalités ou de sanctions dans les cas de fraude intentionnelle et manifeste (88 % pour l'APA et l'ASH, 60% pour l'AAH, l'AAEH et la PCH).

Tableau 22 : Réponses aux questions...

AAH, AEEH, PCH			APA, ASH	
Des cas de fraude interne ont-ils déjà été identifiés ?				
Réponse	Non	Oui	Non	Oui
	81 %	19 %	67 %	33 %
Des pénalités/sanctions sont-elles appliquées dans les cas de fraude intentionnelle et manifeste ?				
Réponse	Non	Oui	Non	Oui
	60 %	40 %	88 %	13 %

Source : Mission. Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

89 % des MDPH et 86 % des services autonomie ont par ailleurs déclaré ne pas disposer d'outil permettant d'initier ces contrôles.

Tableau 23 : Disposez-vous d'outils permettant d'identifier les cas fraudogènes ?

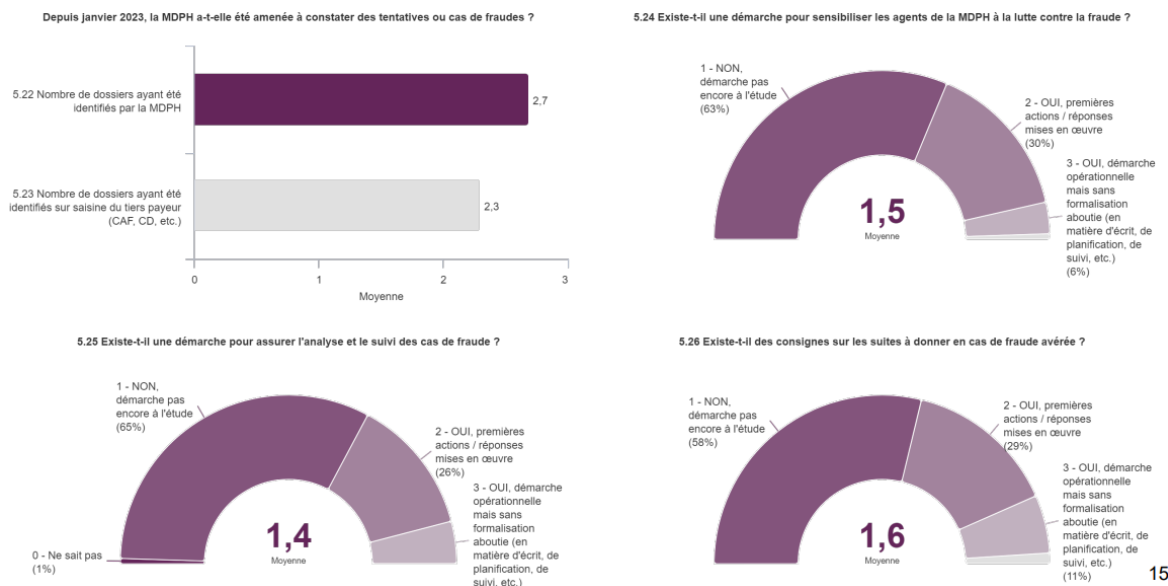
Réponses	AAH, AEEH, PCH		APA, ASH	
	Non	Oui	Non	Oui
Part des réponses exprimées	89 %	11 %	86 %	14 %

Source : Mission. Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

L'absence d'outil commun a été indiquée comme une source d'insatisfaction par l'ensemble des départements rencontrés, qui se positionnent comme demandeurs de leviers d'harmonisation, de partage des requêtes de contrôle, et de comparaison. C'est également le sens des verbatims des réponses des équipes départementales au questionnaire soumis par la mission (*cf. supra*).

Les premiers résultats du Comité stratégique de la maîtrise des risques (CSMR) de la CNSA confirment de nouveau le caractère embryonnaire des moyens et outils dédiés à la lutte contre la fraude. 63 % des MDPH ne signalent aucun cas de fraude. 37 % des MDPH signalent au moins un cas de fraude. Lorsque des cas de fraude sont constatés, leur nombre est inférieur à 5 dans plus de la moitié des cas. Il atteint la dizaine dans moins de 20 % des cas. Le nombre de cas de fraude recensés au niveau national par les MDPH depuis janvier 2023 s'établit à 208. Soit environ 3 cas pour 100 000 demandes. Pour les dix MDPH signalant le plus de cas de fraude, le nombre cumulé (repérés par la MDPH ou par les payeurs) s'établit dans une fourchette de 4 à 56 cas pour 100 000 demandes.

Annexe V



15

Tableau 24 : Nombre de dossiers frauduleux ayant été identifiés...

Par la MDPH		
Volume annuel	% MDPH	Nombre total de cas
Aucun	63,37%	0
Moins de 5	22,77%	33
5 et plus	13,86%	175
Total général	100,00%	208
Par le tiers payeur (CAF, MSA)		
Volume annuel	% Payeur	Nombre total de cas
Aucun	80,20%	0
Moins de 5	13,86%	23
5 et plus	5,94%	135
Total général	100,00%	158

Source : CNSA (2024), Comité stratégique de maîtrise des risques (CSMR).

2.4.3. Les suites données aux contrôles devraient être renforcées, de même que les pouvoirs d'investigations des agents qui sont actuellement limités

Par ailleurs, les suites données aux contrôles semblent trop peu dissuasives et insuffisamment formalisées. Il n'existe pas toujours de codification interne des anomalies pour créer un référentiel de contrôle, en cas de suspicion ou de détection avérée, ni de procédure des suites à donner. En cas d'indus, les principales suites données aux contrôles sont un refus d'ouverture de droits, ou une demande de remboursement. En cas de fraude, certains départements ont indiqué procéder à une saisie pénale, mais ces cas restent très minoritaires. Lutter plus efficacement contre les fraudes aux prestations sociales implique de mieux les sanctionner. **À cette fin, il convient que les départements et les Caf (en lien avec les MDPH) mettent en recouvrement l'ensemble des droits qui sont les leurs et que leurs actions soient plus fortement modulées en fonction de la gravité et de la récurrence des faits.**

Annexe V

Au demeurant, les pouvoirs d'investigation et de sanction des agents de MDPH et des départements ne sont pas exactement convergents. Ils apparaissent également sous-dimensionnés relativement à ceux dévolus pour d'autres prestations versées par les départements, à l'image du RSA. Les agents des MDPH et des départements ne disposent pas de pouvoirs judiciaires. Ils n'ont pas la qualité d'officier de police judiciaire et ne peuvent pas mener d'enquête pénale. Leurs actions se limitent à :

- ◆ des contrôles administratifs ;
- ◆ la vérification de la cohérence des déclarations ;
- ◆ des demandes de justificatifs ;
- ◆ des signalements aux administrations ou autorités compétentes (CAF, CPAM, procureur, etc.).

Une étude mériterait d'être réalisée sur un renforcement des prérogatives des agents en termes de lutte contre la fraude aux prestations du champ de la mission.

Tableau 25 : Comparaison des pouvoirs d'investigation et de sanction des agents de MDPH des services autonomie avec ceux dévolus au contrôle du RSA

Critères	RSA	AAH / AEEH	PCH / APA / ASH
Cadre juridique principal	Code de l'action sociale et des familles (CASF) : L262-1 à L262-58 CSS : L114-9, L133-4-2	CSS : L821-1 et L541-1 CASF pour MDPH	CASF : L232-1 (APA), L146-3 (PCH), L131-4 (ASH)
Acteurs de contrôle	Département (via convention avec CAF/MSA) + CAF/MSA	CAF/MSA pour les paiements MDPH pour évaluation	Département
Pouvoirs d'enquête	☒ Accès aux fichiers (CAF, DGFIP, Pôle emploi) - Enquêtes sociales à domicile - Droit de communication élargi (L114-19 CSS) - Recours aux inspecteurs (art. L114-10 CSS)	☒ Limité à la transmission d'informations entre CAF/MSA ↔ MDPH ☒ MDPH n'a pas de pouvoir propre de vérification ou enquête	☒ Pouvoirs modérés : - Contrôles d'effectivité (domicile, pièces) - Vérification de la réalité des dépenses - Pas de réels pouvoirs d'investigation croisée
Pouvoirs de sanction	☒ Élevés : - Suspension / radiation du droit RSA - Récupération des indus - Pénalités financières (CSS L114-13) - Poursuites pénales (escroquerie, faux)	☒ Pas de pouvoir de sanction pour la MDPH. Les sanctions sont prises par la CAF/MSA	☒ Pouvoirs administratifs : - Suspension / réduction du versement - Titre de recette pour recouvrement - Signalement au procureur si fraude
Accès à l'information externe (URSSAF, RNCPS, etc.)	☒ Oui (via partenariats, CSS)	☒ Partiel pour les CAF/MSA ☒ Non pour MDPH	☒ Partiel : selon conventions ou pratiques locales
Pouvoir d'inspection sur le terrain	☒ Oui (visites domiciliaires avec accord)	☒ Non pour MDPH	☒ Possible pour APA/PCH (aides à domicile, inspections SAD)

Source : CSS, CASF.

Annexe V

Tableau 26 : Réponses à la question « Précisez les outils permettant d'identifier les cas fraudogènes »

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
aucun outil	Aucun
Pas d'outils spécifiques - Relations partenariales avec CAF pour des fraudes identifiées.	extranet URSSAF et extranet de nos outils métier pour le paiement des prestataires (télégestion HIPPOCAD) de l'emploi direct (DOMISERVE) et le matériel à usage unique (UP) - RNCPS - Convention échange de données CARSAT depuis janvier 2024
extranet URSSAF et extranet de nos outils métier pour le paiement des prestataires (télégestion HIPPOCAD) de l'emploi direct (DOMISERVE) et le matériel à usage unique (UP) - RNCPS - Convention échange de données CARSAT depuis janvier 2024	procédure contrôle dans le progiciel métier, si on estime qu'il s'agit d'une fraude, on récupère l'indu au-delà de 2 ans
Aucun	En cours d'élaboration mais l'outil métier et les agents de la MDA peuvent faire remonter un rapport d'étonnement qui donnera lieu à investigation ex: documents falsifiés. Toutefois, les moyens dévolus par le législateur à la MDA pour lutter contre la fraude sont restreints (assermentation des contrôleurs par exemple contrairement à ceux des organismes de prestations sociales)
En cours d'élaboration mais l'outil métier et les agents de la MDA peuvent faire remonter un rapport d'étonnement qui donnera lieu à investigation ex: documents falsifiés. Toutefois, les moyens dévolus par le législateur à la MDA pour lutter contre la fraude sont restreints (assermentation des contrôleurs par exemple contrairement à ceux des organismes de prestations sociales)	Pas d'outils
pas d'outil	Païement sur justificatif limitant le risque de fraude
Possibilité de requêtage sur les demandes, en cas de suspicion, permettant de comparer des déclarations ou demandes similaires (fraude sur des certificats médicaux)	Extranet URSSAF pour emploi direct
mobilisation du RNCPS	relevé d'activité des SAAD, relevé des heures URSSAF, requête Business Object
Pas encore, politique nationale de contrôle interne des MDPH en cours de définition	Requêtes sur taux de consommation...Croisement des déclarations URSSAF avec consommation CESU emploi direct
requêtes qui croisent données sur domicile, banque...	Pas d'outil mais déclaration de situation annuelle remplie par le bénéficiaire + certificat médical quand renouvellement de droits (PCH)
Outils développés en interne	Remontées des conseillères sur le terrain, mouvements sur les relevés en banque, non reversement des pensions dans le cadre de l'ASH
Contre-expertise médicale	pas de système organisé de lutte contre la fraude

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Il existe des circuits de contrôle: par exemple sur les RIB (circuits de paiement), sur l'utilisation des prestations (contrôle d'effectivité) et alerte de l'URSAF sur certaines situations non conformes	Croisement des extractions IODAS, CNCESU, INSEE (SMA)
pas d'outil spécifique	

Source : Mission. Réponses déclaratives des départements au questionnaire transmis, établi et exploité par la mission.

3. La politique nationale de contrôle interne et de lutte contre la fraude de la CNSA, est limitée dans son périmètre et par les outils disponibles

3.1. La CNSA a pour mission de déployer le contrôle interne et la gestion des risques au sein de la branche « autonomie » nouvellement créée

Les enjeux sociaux et financiers liés à la prise en charge de l'autonomie, mais aussi la sincérité des comptes, supposent la mise en place d'un contrôle interne performant. Par ailleurs, la création de la branche autonomie, pilotée par la CNSA²², en 2021, vise à structurer la branche et à lui appliquer les principes et « règles communes » en vigueur dans les autres branches de la sécurité sociale²³.

Elle implique en particulier la soumission à la certification de ses comptes à compter de 2021²⁴, au même titre que les autres branches²⁵ depuis l'exercice 2006. Cette certification repose notamment sur la sécurisation du fonctionnement des instances qui composent la branche et participent aux politiques publiques qu'elle met en œuvre, tant au niveau financier que pour la gestion opérationnelle des activités. Elle se traduit concrètement, sans s'y résumer, dans un objectif de sincérité des comptes, par la mise en place d'un dispositif de contrôle interne et de maîtrise des risques²⁶, désormais régi par la loi²⁷ qui complète les missions de la CNSA en y ajoutant « *une mission nationale d'accompagnement, de conseil et d'audit* » pour intervenir « *au bénéfice* » des MDPH, des MDA et des départements « *en vue* », notamment, « *de déployer des outils de contrôle interne et de maîtrise des risques* »²⁸.

²² Instituée par la loi du 30 juin 2004, installée en mai 2005, son premier directeur étant nommé le 22 juin 2005 à la suite d'une mission de préfiguration et chargée, depuis le 1^{er} janvier 2006, de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, comme de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie.

²³ Cf. notamment loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, d'une cinquième branche « autonomie » de la sécurité sociale, et en particulier son [article 5](#) : « *La Nation affirme son attachement au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la sécurité sociale. La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé* ». Cf. également le [rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2021-1554 du 1er décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie](#) : « *Peu après la création de la branche [NdR autonomie], la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a ainsi aligné sur les autres branches la plupart des règles jusqu'alors spécifiques à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), devenue caisse nationale de la nouvelle branche* ».

²⁴ Cf. notamment 1° de l'[article L223-5](#) du CSS : « *La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque* ».

²⁵ Il est à cet égard notable que la Cour des comptes identifie comptablement la branche et la caisse : « *Les comptes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont ceux de la branche autonomie* » in [Cour des comptes](#), 2024 pour les comptes 2023. p. 100 sqq pour la branche « autonomie » et la CNSA.

²⁶ [Décret n° 2022-1283 du 30 septembre 2022 relatif au contrôle interne des organismes de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement](#), qui modifie notamment l'[article D114-4-6](#) du CSS en y insérant en particulier « *Le dispositif national de contrôle interne met en œuvre une stratégie de maîtrise des risques adaptée aux enjeux de gestion, notamment de renforcement de la qualité et de la performance, propres aux activités de l'organisme, du régime ou de la branche.* »

²⁷ [Article 7](#) de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

²⁸ 2° in fine de l'[article L223-5](#) du CSS : la CNSA « *assure, au bénéfice des départements, des maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3 du même code et des maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 dudit code, une mission nationale d'accompagnement, de conseil et*

Sur le modèle des autres branches de la sécurité sociale, sa déclinaison a vocation à être mise en œuvre :

- ♦ au niveau national au sein de la CNSA²⁹ ;
- ♦ dans les départements, par les MDPH, les MDA, et les équipes médico-sociales des conseils départementaux.

La Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) 2022-2026³⁰ signée entre l'État et la CNSA prévoit à cet égard deux engagements (respectivement n°26 et n°34) de la caisse nationale :

- ♦ engagement n°26 : « *Assurer la couverture de l'ensemble des dépenses de la branche Autonomie par des dispositifs de contrôle interne* » ;
- ♦ engagement n°27 : « *Engager la structuration d'une stratégie de gestion du risque* ».

3.1.1. La CNSA a d'abord et essentiellement déployé ses missions auprès des MDPH

Au regard de ses prérogatives, la CNSA a créé une mission « Contrôle interne et conformité »³¹, avec deux axes de travail, d'une part le contrôle interne et la gestion des risques de la branche autonomie, et, d'autre part, le contrôle interne territorial dont elle a progressivement renforcé les effectifs³².

À l'instar de ses autres missions, la CNSA a principalement mis en œuvre des actions en direction des MDPH. Il est notable que, dans la loi, les compétences de la CNSA identifient depuis 2015 ses missions dans le champ du handicap (notamment à l'endroit des MDPH) mais aussi dans le champ de l'autonomie des personnes âgées (vers les équipes médico-sociales des conseils départementaux et en particulier leurs services « autonomie »). Pourtant, les actions entreprises (cf. *infra*, encadré 4), y compris les plus récentes (cf. COG 2022-2026), continuent de porter à titre principal, voire exclusif pour certaines actions, dans le champ du handicap.

d'audit, en vue de déployer des outils de contrôle interne et de maîtrise des risques, de garantir la qualité du service, notamment celle du service public départemental de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-5 du même code, et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie ».

²⁹ Article L114-8-1 du CSS : « Le directeur et le directeur comptable et financier d'un organisme de sécurité sociale conçoivent et mettent en place conjointement un plan de contrôle interne dont l'objet est d'assurer la maîtrise des risques de toute nature, notamment financiers, inhérents aux missions confiées à cet organisme. Ils élaborent et mettent en œuvre les plans d'action permettant de remédier aux déficiences constatées et d'améliorer l'efficacité de la gestion des missions de leurs organismes », applicable à l'ensemble des caisses nationales de sécurité sociale depuis la LFSS pour 2019 à son article 25.

³⁰ Cf. [Fonder la branche Autonomie - COG 2022-2026](#).

³¹ Cette disposition législative avait été anticipée en 2022 avec une démarche de préfiguration de la (alors future) mission contrôle interne et conformité (MCIC) de la CNSA. Celle-ci est désormais chargée de « *s'assurer de la bonne utilisation des dépenses de la branche Autonomie. Elle doit également promouvoir l'équité territoriale et le renforcement des droits des personnes* », cf. [En 2024, la branche Autonomie se consolide pour renforcer la qualité de son service](#). A contrario, même si tel n'est pas forcément directement son objet, le premier [Rapport de Branche](#) de la CNSA (mars 2025), ne comporte qu'une seule occurrence du mot « *audit* » (relatif à un sujet très différent et externe, celui des audits européens des aides aux investissements du quotidien), qu'une seule occurrence du mot « *contrôle* » (celui de l'affectation des excédents des SAAD, là encore pas directement au cœur du fonctionnement de la branche), et aucune de « *contrôle interne* » ou d'« *analyse de risques* » tout en soulignant les « *disparités territoriales* » (29 occurrences).

³² À la date de la mission, la MCIC est composée de huit agents, dont trois au service du contrôle interne territorial, principalement recrutés entre avril 2023 et 2024.

Encadré 4 : Actions mises en œuvre par la CNSA principalement envers les MDPH

- ◆ **la production de guides ou de référentiels d'évaluation à destination des équipes pluridisciplinaires** (ou des équipes d'instruction)³³. Si ces référentiels sont bien identifiés par les professionnels des MDPH et des conseils départementaux, leur appropriation reste inégale ;
- ◆ **la formation des professionnels, au travers de webinaires nationaux** (principalement dans le champ du handicap, par exemple, sur l'AEEH, l'AAH, la PCH, etc.). Ces formations approfondies, composées de plusieurs modules, sont bien identifiées et jugées positivement par les agents des MDPH, même si elles sont parfois jugées insuffisamment fréquentes ou méritant d'être approfondies sur certaines thématiques (par exemple sur l'insertion dans l'emploi et l'analyse de la RSDAE) ;
- ◆ **le pilotage de la modernisation des systèmes d'information** des MDPH (déploiement par paliers fonctionnels de briques harmonisées entre différentes solutions logicielles³⁴) et, de manière encore très liminaire, pour les services autonomie des départements (perspective du SI-APA unifié) ;
- ◆ **dans le champ du handicap, des baromètres de suivi de l'action des MDPH**, notamment les taux d'accords et les délais de traitement, qui retracent également des écarts parfois significatifs entre les départements, notamment en termes de respect des délais réglementaires de réponse (2 ou 4 mois) ;
- ◆ conformément aux engagements pris dans la COG, la CNSA a mis en place une **mission d'appui opérationnel et d'évaluation de la qualité (MAOP)**, qui a jusqu'ici ciblé son action sur les MDPH en difficulté (délais de traitement, stocks de dossiers en attente), favorise l'harmonisation des pratiques, en contribuant à un meilleur respect de la réglementation et une organisation plus homogène des MDPH ;
- ◆ **le lancement d'initiatives en 2024 en vue de déployer de contrôle interne et la gestion des risques dans les MDPH, et, à terme, dans les services autonomie des départements.**

Source : Mission sur documents internes CNSA.

En matière de contrôle interne, la loi du 8 avril 2024 mentionnée ci-dessus confère à la CNSA des missions d'accompagnement, conseil et audit tant vis-à-vis des MDPH que des services autonomie, la priorisation des MDPH par la CNSA dans le déploiement de cette mission ne se justifie pas en droit.

La mission « Contrôle interne et conformité » a pour objectif d'accompagner les MDPH pour qu'elles mettent elles-mêmes en place leur propre dispositif de contrôle interne, avec une approche phasée :

- ◆ dans un premier temps, la définition d'un cadre national de référence et l'accompagner les MDPH dans l'appropriation des outils correspondants ;
- ◆ dans un second temps, la réalisation de missions auprès des MDPH/MDA pour auditer leur dispositif de contrôle interne mis en place dans ce cadre.

Au regard du faible degré de maturité des MDPH en matière de contrôle interne et de maîtrise des risques, (la campagne d'autodiagnostic de la CNSA évoquée précédemment a montré que très peu de MDPH avait engagé une réflexion sur le contrôle interne), la CNSA a eu d'abord comme objectif prioritaire en 2024 d'apporter un appui méthodologique et pédagogique aux MDPH, à savoir :

³³ Guide d'utilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants, guide pour l'éligibilité à la PCH, guide pour la mise en œuvre de la PCH psy, etc.

³⁴ À la date de la mission, les solutions logicielles utilisées par les MDPH sont réparties entre plusieurs éditeurs : Atol (WebMDPH), Worldline (Genesis MDPH), Arche MC2 (Solis MDPH et autres composants), Inetum (IODAS MDPH), MDPHLA (Lot-et-Garonne) et GINETH (Meurthe-et-Moselle).

- ◆ fournir une cartographie générique des processus et ainsi des repères en termes de maîtrise des risques (elle identifie 45 risques dont 22 risques métiers, 16 risques supports et sept risques transversaux) ;
- ◆ mettre en place un accompagnement au déploiement du contrôle interne par le biais d'un kit méthodologique documentaire ;
- ◆ permettre de confronter les MDPH aux pratiques attendues en termes de contrôle interne par la diffusion d'un outil d'autodiagnostic sous forme de 71 questions dans cinq domaines³⁵.

La CNSA a désigné à la fin de l'année 2024, dans chacune des MDPH, un référent « contrôle interne ». Ce réseau ainsi constitué est animé, d'une part, par un groupe technique national permanent composé des référents de 20 MDPH qui a vocation à se réunir trois fois par an, ainsi que, d'autre part, par quinze groupes de travail thématiques (ouverts à tous les professionnels des MDPH, sous forme d'ateliers en visioconférence).

La CNSA a aussi identifié des chantiers communs de contrôle interne et de lancer des audits sur les territoires, selon une démarche préfigurative dans huit MDPH dont six audits thématiques et deux territoriaux³⁶. Ces audits ont montré en matière de contrôle trois points principaux :

- ◆ si des procédures sur la recevabilité de la demande existent dans toutes les MDPH, l'absence de contrôle (par exemple sur échantillon de dossiers) ne permet pas de sécuriser suffisamment la conformité de la recevabilité ;
- ◆ la conformité du règlement intérieur de la CDAPH, son fonctionnement effectif et des décisions prises n'est pas toujours garantie (règlement intérieur non révisé, pratiques non conformes sur listes sans quorum), certaines décisions ne sont pas tracées ni contrôlées, notamment celles qui ne suivent pas la proposition de l'équipe pluridisciplinaire ;
- ◆ les requêtes informatiques pour identifier les anomalies et les incohérences dans le SI sont très variables (erreurs constatées ayant potentiellement des impacts sur les décisions).

À l'issue de ces audits préfiguratifs, la CNSA a lancé en 2025 un programme d'audits territoriaux des MDPH, qui gagneraient à reprendre très directement les limites actuelles du dispositif identifiées lors des opérations de certification des comptes³⁷.

En ce qui concerne les services de l'autonomie des conseils départementaux, les premières actions ont vocation à être lancées en 2026, soit quatre ans après les démarches auprès des MDPH. Leur mise en œuvre sera par ailleurs très progressive, d'autant que celle-ci se trouvera freinée par la difficulté à transposer les principes et livrables des actions conduites auprès des MDPH dans le champ de la perte d'autonomie des personnes âgées, dès lors que ce transfert ne serait pas prévu *ab initio*.

³⁵ Environnement de contrôle interne et pilotage, délais, documentation, mise en œuvre générale du contrôle interne dans les processus métiers.

³⁶ Trois audits thématiques sur l'attribution de l'AAH (Sarthe, Paris et Ain), trois audits thématiques sur l'attribution de la PCH (Yvelines, Meuse et Aude), ainsi que deux audits approfondis (Hérault et Somme).

³⁷ Ainsi, par exemple : « *dysfonctionnement du logiciel comptable, ce qui induit une incertitude sur l'intégrité des écritures comptables* », « *organisation interne de la CNSA définie en juillet 2022, [qui] prévoit l'existence parallèle d'un directeur comptable et d'un directeur chargé des affaires financières et [qui] n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 122-1 du Code de la sécurité sociale* », « *fiabilisation des circuits comptables entre les autres branches du régime général (maladie et famille) et les autres régimes (régime agricole notamment) et la CNSA insuffisante* », « *sécurisation de l'intégration des écritures comptables afférentes inaboutie* », cf. Cour des comptes, 2024, [Certification des comptes du régime général de sécurité sociale](#) 2023, p. 108.

Compte tenu du reste à faire important pour structurer le contrôle interne et la maîtrise des risques dans la branche³⁸, notamment auprès de ses acteurs territoriaux (que la loi ne distingue pas selon leur champ d'intervention ou leur forme juridique, identifiant en particulier MDPH et services autonomie des départements), la mission estime inévitable d'assumer un déploiement progressif³⁹ du contrôle interne et de la gestion des risques, ayant en priorité pour objets :

- ◆ de construire les référentiels, principes, règles et outils du contrôle interne et de gestion des risques priorités pour le seul champ du handicap et les seules MDPH en prenant en compte dès l'origine leur transposition future aux EMS des départements⁴⁰ ;
- ◆ de définir rapidement les fondements organisationnels et référentiels dans le champ du handicap, mais également dans celui de l'autonomie des personnes âgées, et notamment du point de vue de la définition des responsabilités des différents acteurs et de leurs équipes, des systèmes d'information, des processus de gestion (incluant les processus financiers, notamment de versement) de bout en bout tels qu'ils sont attendus, et le dispositif d'évaluation continue de la maturité de la maîtrise desdits risques par les organisations, nationale (CNSA) comme territorialisées ;
- ◆ de lancer sans attendre des missions de conseil, d'accompagnement voire d'audit auprès des équipes médico-sociales des départements, sur le modèle des missions qu'elle conduit dans le champ du handicap auprès des MDPH depuis leur création, mission que la loi lui prescrit depuis 2020 et plus spécifiquement encore depuis 2024, en visant à prendre en compte la dimension spécifique des MDA, qui constituent – sans nouvelle entité juridique créée par ce fait – un rapprochement opérationnel entre les MDPH et les équipes autonomie des départements ;
- ◆ de faire vivre une gestion des risques « active », même si elle n'est pas encore formalisée sur l'ensemble de ses attendus, en mettant en place en particulier une animation managériale et fonctionnelle de ces enjeux de contrôle interne et de gestion des risques aux différents niveaux des organisations. La mission encourage ainsi la CNSA à animer des premiers travaux sur l'identification, la cotation et l'analyse des risques, pour l'ensemble des politiques publiques et processus financiers liés au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, sans viser, dans l'immédiat, une formalisation totalement aboutie mais en la construisant progressivement. Les plus critiques de ces risques analysés feront alors « naturellement » l'objet de plans d'actions spécifiques dans l'attente de la structuration complète des dispositifs attendus.

³⁸ La mission rejoint ici l'appréciation de la Cour des comptes, « le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche autonomie » in Cour des comptes, 2024, [Certification des comptes du régime général de sécurité sociale](#), p. 106.

³⁹ D'une certaine manière, ce caractère progressif est également reconnu par le certificateur des comptes : « le dispositif de contrôle interne de la CNSA, en cours de structuration en 2023, ne couvre qu'insuffisamment les opérations effectuées par la branche. Les articles D. 114-4-6 et suivants du Code de la sécurité sociale qui fixent les règles applicables au contrôle interne des caisses nationales du régime général ne sont qu'en partie appliqués en raison du déploiement progressif par la caisse du dispositif. », in Cour des comptes, 2024, *op. cit.*

⁴⁰ L'ensemble des autres aides légales du champ de la mission font intervenir plusieurs entités, voire plusieurs structures : instruction de l'AAH et de l'AEEH par les MDPH et paiement par les Caf ou la MSA (financement par l'État ou par la CNSA), instruction de la PCH par les MDPH et paiement par le Conseil départemental, instruction de l'APA et de l'ASH par les équipes autonomie des départements, paiement par la direction financière du conseil départemental. Au-delà de ces interventions directes, la sécurisation des procédures fait également intervenir des tiers (médecins, administration fiscale, prestataires ou mandataires, établissement) qui doivent être retracés dans les matrices « RACI » (méthode Responsable/Responsable, Accountable/Approbateur, Consulted/Consulté et Informed/Informé), qui accompagnent les processus, et faire l'objet des mêmes évaluations régulières en termes de maîtrise des risques et de maturité.

Proposition n° 2 : Structurer et piloter (CNSA) une politique de contrôle auprès des MDPH, des MDA et des services autonomie, qui comprend en priorité la construction des référentiels, règles et outils, de définir les fondements organisationnels des politiques de contrôle et l'animation « active » de ces politiques.

La mise en place d'un « reporting » d'indicateurs des contrôles entrepris par les services autonomie des conseils départementaux ainsi que les MDPH, en reprenant les avancées des autres branches de la protection sociale permettrait de suivre l'avancée de ces travaux au niveau territorial.

Dans un second temps, pourra intervenir la consolidation du contrôle interne et de la gestion des risques, chacun devenant lui-même procéduralisé, structuré, et incarné, avec :

- ◆ des principes de responsabilités individuelles sur l'ensemble de la démarche (sans doute avec des compétences séparant le contrôle interne et la gestion des risques) ;
- ◆ des principes similaires sur les différentes actions mises en œuvre au sein de l'ensemble des structures couvrant l'ensemble de la branche ;
- ◆ de définition de processus de référence en vigueur dans la branche, quitte à prévoir également les possibilités et conditions pour y déroger (notamment en cas d'urgence), pour l'ensemble des acteurs et les flux de gestion qui les relient et couvrant l'ensemble de leurs missions⁴¹.

Même s'il est acquis que le contrôle interne et la maîtrise des risques ne valent pas dès lors qu'ils pâtissent d'incomplétudes, manquant alors en droit comme en fait leur rôle en matière de sécurisation comptable ou opérationnelle, viser immédiatement une approche globale et couvrante sur l'ensemble de la branche doit et ne peut que rester un objectif de moyen-terme compte tenu du caractère embryonnaire non seulement de la maturité différente des acteurs de la branche, mais également de l'absence de démarche structurée et ensemblière, alignant et couvrant les pratiques des acteurs, et les échanges entre eux.

Au vu des enjeux financiers (40 Mds€ de budget annuel pour la branche, 90 Mds€ d'effort de la nation de soutien à l'autonomie chaque année, dont 30 Mds€ pour les seules prestations sous revue), **la structuration du contrôle interne et de gestion des risques paraissent désormais s'imposer avec la priorisation nécessaire**, mais sans négliger l'importance du reste à faire, y compris en termes d'acculturation au sein des réseaux.

À cet égard, le contrôle et le contrôle interne sont largement confondus au sein des équipes. Ainsi amalgamés, ils sont au surplus parfois, et à tort, considérés comme, d'une part, antithétiques de la logique d'accompagnement des bénéficiaires et, d'autre part, à rebours de la vocation des équipes. De ce point de vue, cette importance de la vocation pour les équipes constitue un point d'appui solide pour construire le contrôle interne et la gestion des risques dans et à l'échelle de la branche. Ce caractère identitaire pour les équipes d'instruction et d'évaluation pourrait être renforcé par la structuration des processus et l'analyse des risques, la clarification des responsabilités, servant un objectif de sécurisation des droits des bénéficiaires et des versements correspondants dans une logique de paiement à bons droits (cf. *infra*).

⁴¹ Cour des comptes, 2024, op.cit. : « Les activités dont la CNSA assure la gestion ne sont pas toutes couvertes en 2023 par des procédures. La CNSA dispose ainsi d'une maîtrise insuffisante des risques liés à ses processus de gestion ».

À date, l'immaturation du cadre de contrôle interne⁴² ne permet pas de disposer de visibilité ou d'analyse sur le traitement des dossiers, au-delà des éléments de gestion issus du baromètre des MDPH, et sans traiter le champ de l'autonomie des personnes âgées et les acteurs qui y prennent part. Il est à nouveau souligné ici que ce contrôle interne, dans une branche dont les enjeux financiers d'une part et les missions sociales d'autre part sont particulièrement structurants, est un vecteur de sa transformation en vue, comme le prescrit la loi, de renforcer la qualité de l'accompagnement des demandeurs et l'équité de leur traitement, tout en fiabilisant la connaissance, condition première de l'amélioration continue de sa qualité, de la dépense publique y concourant.

De ce point de vue, le paiement à bon droit est un élément qui fédère le contrôle, le contrôle interne, la qualité du service rendu et de l'accompagnement des bénéficiaires, ainsi que la justice sociale et l'équité territoriale. Il semble qu'en la matière, un travail de conviction reposant sur ces principes, porté et assumé comme tel, pourra accélérer l'alignement et l'appréhension, au bon niveau et à tous les niveaux, de la pleine mesure que le contrôle interne et la gestion des risques sont à même d'apporter à une organisation, des processus, des usagers et aux travailleurs sociaux.

3.1.2. La fragilité et l'immaturation des systèmes d'information pénalisent la productivité des équipes, la qualité et l'équité de l'accompagnement des bénéficiaires, et ne permettent pas de sécuriser l'ensemble des chaînes de gestion de la branche

3.1.2.1. Les systèmes d'information ne sont pas encore au niveau des ambitions fixées, y compris par la loi

Les systèmes d'information sont des leviers puissants sur lesquels un dispositif de contrôle interne de maîtrise des risques efficace a vocation à s'appuyer⁴³. L'absence de SI commun est donc *a contrario* un frein majeur. Or, à la date de la mission, comme relevé également dans les travaux précédents dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, et malgré les prescriptions législatives en la matière confiant à la CNSA un rôle institutionnel et opérationnel à cet égard, le constat est celui de systèmes au mieux en voie d'harmonisation à terme (handicap), au pire encore en phase de conception (autonomie des personnes âgées), et en tout état de cause qui accusent un retard important de déploiement.

Dans le champ du handicap, malgré les dispositions de la loi du 28 décembre 2015⁴⁴ relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui ont réaffirmé le principe d'un système d'information commun aux MDPH et interopérable avec les systèmes d'information des conseils départementaux, de la CNAF et de la CNSA, la situation est encore inaboutie.

⁴² La Cour des comptes évoque même son « absence », tout en soulignant les démarches entreprises, vers les seules MDPH, à compter de 2023. : « *L'absence de cadre national de contrôle interne ne permet pas de disposer d'une assurance raisonnable sur la fiabilité du traitement par les MDPH de ces dossiers* », 2024, *op. cit.*, p. 110.

⁴³ Cf. Autorité des marchés financiers pour une approche conceptuelle in [Cadre de référence sur les dispositifs de gestion des risques et de contrôle interne](#), 2010. Si naturellement tout n'est pas transposable à la branche autonomie, les principes qui y figurent et continuent depuis de faire référence sont éclairant pour la démarche, notamment dans la perspective désormais annuelle d'exercices réguliers de certification des comptes. Voir en particulier page 16 pour les attendus en matière de systèmes d'information (incluant la gestion des données, mais également les enjeux de sécurité physique, logique, de formation des équipes ou de droits d'accès).

⁴⁴ [Article L247-2](#) précisé par l'[article R247-12](#) du CASF.

Le développement par paliers de briques communes ⁴⁵ s'appuyant sur les différentes solutions logicielles préexistantes, dans le respect d'un cahier des charges commun dit de « labellisation » pose plusieurs types de difficultés, toutes facteurs d'iniquité territoriale et porteuses de risques sur le paiement à bon droit comme de qualité de l'accompagnement des bénéficiaires :

- ◆ en termes d'harmonisation des outils, et des pratiques qui prennent appui sur les outils, la situation est hétérogène, soit dans l'instruction (gestion documentaire des demandes, intégration de référentiels métier internes⁴⁶, capacité à échanger des données avec d'autres sources de données), soit dans l'évaluation, soit dans le contrôle (par exemple dans l'actualisation des conditions d'éligibilité aux prestations, en particulier en cas de changement de la situation du bénéficiaire) ;
- ◆ en termes de capacité de mise en œuvre des évolutions réglementaires⁴⁷, les outils reposant sur des solutions décentralisées étant par construction différents dans leur évolutivité et leur aptitude à intégrer de nouvelles aides ou règles de gestion ;
- ◆ en termes de gestion : même avec une même solution logicielle de référence, les entités contractent avec les éditeurs de manière autonome sur la maintenance applicative ou sur les développements – spécifiques ou non – à réaliser, créant autant de dispositifs particuliers à gérer au quotidien comme en cas de changement d'ordre normatif ;
- ◆ en termes de compensation par les concours, puisqu'ils sont liés aux flux de demandes, eux-mêmes dépendants en partie des outils SI mis à disposition des équipes et qui augmentent ou pas leur productivité ;
- ◆ en termes de gestion interdépartementale ou inter-structures, que ce soit pour le transfert de dossiers entre départements en cas de changement de domicile de secours pour un même bénéficiaire et une prestation donnée ou pour la vérification de l'absence de cumul indus entre prestations instruites et attribuées par différentes entités. Ceci vaut en particulier pour la complexification des tests de non-régression à réaliser sur l'ensemble des chaînes de traitement (au sein des MDPH comme chez les payeurs) en cas d'évolution, et de le faire autant de fois que le nombre d'instances le commande.

Au-delà des conséquences en termes d'équité des droits, de disponibilité de données indispensables au pilotage des politiques de l'autonomie, ces situations nuisent au déploiement d'un dispositif efficient, et au moins efficace, de contrôle et de lutte contre la fraude.

⁴⁵ Sur le modèle, par exemple, du « SI évaluation », commun à l'ensemble des MDPH. Celui-ci a vocation à permettre d'améliorer la traçabilité du raisonnement qui aboutit aux décisions d'évaluation ainsi que de maîtriser les flux, les stocks et les délais. Actuellement en production, déployé dans quelques MDPH à titre de tests à la date de la mission, son déploiement doit être généralisé à compter de la rentrée 2025, après publication de dispositions réglementaires sur l'autorisation de l'exploitation des données.

⁴⁶ Pour s'en tenir à ce seul aspect : les éditeurs de logiciels conservent la possibilité de paramétrages différenciés, par exemple pour tenir compte des organisations des MDPH ou pour en modifier l'ergonomie. Si ces paramétrages différents peuvent être utiles, voire nécessaires, d'un point de vue opérationnel, ils ont potentiellement un impact sur la complétude de la saisie (par exemple, les modalités d'implémentation du GEVA ont des conséquences sur le codage des pathologies) et sur les possibilités de contrôle (par exemple, si les paramétrages relatifs à l'articulation entre PCH et AEEH ne sont pas installés, des compléments non conformes aux règles de droit risquent d'être attribués).

⁴⁷ En dépit des travaux préparatoires, évoqués notamment par la DGCS dans son rapport de 2023, la mise en place des aides à la parentalité au titre de la PCH a donné lieu à des paiements « hors chaîne » pendant une période pouvant aller, dans certains départements rencontrés par la mission, jusqu'à un an postérieurement à l'entrée en vigueur des dispositions les régissant et donc de l'ouverture des droits correspondants.

Malgré les limites évoquées précédemment, le développement de briques uniques du SI, sur le modèle du SI évaluation, unique pour l'ensemble des MDPH, sera une avancée importante en la matière, en permettant d'améliorer la traçabilité du raisonnement qui aboutit aux décisions d'évaluation ainsi que de maîtriser les flux, les stocks et les délais : actuellement en production, déployé dans des MDPH à titre de test⁴⁸, son déploiement sera généralisé à compter de la rentrée 2025, après publication de dispositions réglementaires sur l'autorisation de l'exploitation des données. Au regard des enjeux de cet outil en termes d'évaluation des situations des personnes handicapées et donc de l'ouverture des droits (et même s'il ne permet pas de piloter l'ensemble du processus d'examen et d'attribution des droits), il est essentiel qu'il puisse être déployé dans les délais.

Dans le champ de la perte d'autonomie des personnes âgées, le SI-APA est également prévu par la loi depuis 2021, loi qui entérine et sécurise aux plans juridique et budgétaire les travaux précédemment entrepris. À la différence du SI-commun des MDPH, cet outil sera unique, national et a vocation à couvrir l'ensemble des *processus* de gestion : dépôt et instruction, évaluation, gestion des bénéficiaires, suivi des plans d'aide⁴⁹. S'agissant des échanges de données avec les sources tierces, l'identification des personnes par le NIR permettra de lutter contre la fraude aux doubles dépôts, tandis qu'une API avec la DGFIP permettra de fluidifier les échanges d'information relatifs aux ressources des demandeurs, au bénéfice du paiement à bon droit des deux réseaux (aide sociale et fiscalité). Lorsqu'il sera conçu, développé, testé et mis à disposition, ce SI-APA pourra, mais au mieux dans un horizon de moyen-terme, contribuer à l'harmonisation des pratiques par l'uniformisation des données et des outils mis à disposition des EMS départementales.

En effet, malgré les travaux réalisés et l'attention managériale qui y est portée, malgré aussi son importance cardinale pour la sécurité et la qualité du traitement des dossiers d'APA, en lien direct avec la situation économique, sanitaire et sociale des bénéficiaires et de leur environnement, le déploiement de ce SI-APA a été continûment retardé. Le dernier état du programme de projet prévoyait une livraison testée et généralisée à tous les départements en 2025, manifestement et d'ores et déjà inaccessible en dépit des efforts communs à la CNSA et aux départements pour y parvenir. Au-delà du calendrier, décalé de manière extrêmement significative, et donc pénalisante tant pour les équipes que pour les bénéficiaires, le projet a fait l'objet d'un changement d'approche complet, en retenant des développements dits « agiles » avec mise à disposition progressive des nouvelles fonctionnalités, impliquant une adaptation constante des équipes et de leurs écosystèmes à des livraisons quasi continues, et non uniformes sur le territoire national :

- ◆ au second semestre 2025 sur la partie évaluation (dans un nombre restreint de départements volontaires) ;

⁴⁹ Article L. 232-21-5 du Code de l'action sociale et des familles (créé par l'article 49 de la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021) : « Les départements et, le cas échéant, les institutions et organismes avec lesquels des conventions sont conclues en application de l'article L. 232-13 ont recours, pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, à un système d'information unique mis à leur disposition par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

⁴⁹ Article L. 232-21-5 du Code de l'action sociale et des familles (créé par l'article 49 de la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021) : « Les départements et, le cas échéant, les institutions et organismes avec lesquels des conventions sont conclues en application de l'article L. 232-13 ont recours, pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, à un système d'information unique mis à leur disposition par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« Ce système d'information unique a pour finalités :

« 1° De mettre en œuvre l'ensemble des procédures nécessaires au recueil des demandes et à leur instruction ainsi qu'à l'attribution, à la gestion et au contrôle de l'effectivité de cette prestation ;

« 2° D'assurer le suivi et l'analyse de ces procédures, des dépenses afférentes à cette prestation ainsi que des caractéristiques de ses bénéficiaires.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment les catégories de données traitées et les règles d'utilisation de ce système d'information unique ».

- ◆ puis, dans ces mêmes départements, sur le recueil et le prétraitement des demandes (demande en ligne commune avec les CARSAT et instruction) ; au premier semestre 2026 sur l'organisation des rendez-vous des demandeurs en vue de l'évaluation ; au second semestre 2026 sur le contrôle d'effectivité, la mise en paiement après notification du plan d'aide ;
- ◆ en 2027, le déploiement sera poursuivi dans les autres départements sur l'ensemble des fonctionnalités.

Au regard de ce calendrier ambitieux compte tenu de la maturité du programme à date de la mission et de l'historique de ses retards cumulés, l'enjeu immédiat est de prévoir dans la construction du SI APA les modules nécessaires au contrôle interne et à la gestion des risques, en termes de responsabilité, de métadonnées, de structuration des processus, et de contrôles embarqués, de même que les principes de mutabilité de l'outil (notamment au regard des évolutions normatives futures) et les principes d'échanges de données avec les sources tierces et logiciels de mise en paiement (pour les conseils départementaux qui auront à gérer les deux outils pour l'APA et la PCH, la conduite du changement sera également un enjeu clé).

Du point de vue du contrôle interne, même si la CNSA initie en 2026 l'outillage des services autonomie des conseils départementaux en matière de contrôle interne, ce dispositif ne sera pleinement efficient qu'en 2027 au mieux.

Compte tenu de son caractère structurant, tant pour l'harmonisation des pratiques que pour l'accompagnement des bénéficiaires (tout au long de leur parcours de vie, et pas uniquement pour le traitement de leurs demandes initiales), qu'à l'égard de la certification des comptes de la branche, un pilotage spécifiquement renforcé de ce projet semble de nature à sécuriser, le nouveau calendrier des livraisons.

3.1.2.2. Les échanges de données nécessaires à l'instruction et au contrôle restent à développer

Hormis le SNGI, les MDPH et les services autonomie n'ont pas accès immédiat aux données des partenaires (DGFIP, CNAF, CARSAT...) qui leur permettraient de sécuriser les propositions d'attribution au juste (et mis à jour) droit. Il en va notamment de l'évaluation des ressources des demandeurs, de la connaissance du bénéfice d'autres prestations (majoration tierce personne -MTP- attribuée par les CARSAT) ou de l'actualisation de la situation des créanciers et de leurs droits. Ces données leur permettraient aussi de faire valoir les droits des pouvoirs publics en tant que créanciers, lors de la recherche puis de la mobilisation des obligés alimentaires, de la récupération des indus et du recours sur succession.

Lors de leurs entretiens avec la mission et dans leurs réponses au questionnaire qu'elle leur avait soumis, les MDPH et les services autonomie des départements ont souligné le besoin de structurer, d'automatiser et d'inscrire dans la durée de tels échanges d'information, qui pour l'heure se font principalement (et aléatoirement) sur la base de relations interpersonnelles.

Annexe V

Tableau 27 : Hétérogénéité des flux de données disponibles auprès des services autonomie

Type de flux	Administration ou acteur	Donnée vérifiée	Disparité de déploiement
SNGI	INSEE	Identité, décès	+
Fiscales	DGFiP	Avis d'impôt, taxe foncière	++
Successions	Notaires	Actifs nets successoraux	+++
FICOBA	DGFiP	Comptes bancaires	+++
Paierie	Départements/DGFiP	Doublons, cumuls	+
RNCPS		Cumul (MTP)	+++
DUDE	Pôle Emploi	Démarches professionnelles	+

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Si l'ensemble des MDPH et services autonomie déclare avoir accès aux ressources du bénéficiaire à la demande, cet accès a lieu essentiellement de manière manuelle et individuelle par contact écrit ou téléphonique à ce dernier, en l'absence d'une API généralisée avec la DGFiP. 25 départements répondants sur 37 indiquent solliciter la DGFiP, et seulement sept sur 37 évoquent un flux automatique. De plus, si l'API DGFiP est en cours de déploiement s'agissant de l'APA grâce à la loi ASV de 2025, elle n'est prévue par aucun texte s'agissant de la PCH.

Tableau 28 : Pratiques de vérification d'éligibilité des MDPH et services départementaux

	AAH		AEEH		PCH		APA		ASH	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui
Vous prenez en compte les règles de non cumul/plafond d'aide sociale au moment de l'instruction du dossier ?	18 %	82 %	37 %	63 %	62 %	38 %	3%	97%	3%	97%
Vous contrôlez les niveaux de revenus ?	0 %	100 %	3 %	97 %	53 %	47 %	0%	100%	0%	100%
Ces contrôles sont réalisés sur une base purement déclarative ?	24 %	76 %	28 %	72 %	41 %	59 %	80%	20%	73%	27%
Des croisements de données sont opérés avec d'autres administrations à des fins de contrôle ?	0 %	100 %	4 %	96 %	38 %	62 %	45%	55%	56%	44%

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Tableau 29 : Réponses aux questions « Vos outils informatique vous permettent-ils... ? »

Question	AAH, AEEH, PCH		APA, ASH	
	Non	Oui	Non	Oui
Interopérabilité des logiciels	43%	58%	49 %	51 %
Donnent une vue sur l'ensemble des droits potentiels ?	89%	11%	91 %	9 %
Visualisation des règles de non-cumul	83%	17%	64 %	36 %
Optimiser le niveau d'aide pour une personne susceptible de bénéficier de plusieurs aides	91%	9%	91 %	9 %
Consultation des données d'autres administrations concernant la situation sociale (allocations), fiscale, judiciaire (pensions, condamnations pécuniaires) du bénéficiaire ?	89%	11%	82 %	18 %

Annexe V

Question	AAH, AEEH, PCH		APA, ASH	
	Non	Oui	Non	Oui
Faire remonter et de consolider les informations concernant l'instruction en cours au sein d'un système d'information unique ? Le cas échéant de prioriser les dossiers dans la file d'attente ?	59%	41%	63 %	38 %
Sont-ils communs avec d'autres départements ? Partagés avec les CCAS ?	95%	5%	92 %	8 %
Donne une vue sur l'ensemble des prestations reçues par un bénéficiaire	50%	50%	43 %	57 %
Donne une vue sur les ressources du demandeur	92%	8%	65 %	35 %
Alerte en cas de dépassement de seuil suite à une évolution du niveau de ressources du bénéficiaire ?	81%	19%	70 %	30 %

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Par ailleurs, s'il est prévu en droit depuis plusieurs années, l'accès effectif des MDPH et des conseils départementaux au répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) reste encore un enjeu prégnant. Le RNCPS regroupe, sur la base du numéro d'inscription au répertoire NIR, des données sur l'identification des bénéficiaires, l'affiliation et la nature des risques couverts, des avantages servis et des adresses déclarées pour les percevoir. L'accès à ce répertoire constitue donc un outil efficient de vérification des informations fournies dans les dossiers de demande, puisqu'il permet d'identifier les prestations perçues et les montants reçus. Les agents des collectivités peuvent accéder au RNCPS « pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale »⁵⁰. **Dans les faits, la moitié seulement des départements y ont accès**⁵¹.

À moyen terme, la création d'interconnexions entre ces systèmes d'informations, à l'image de l'intégration des données du RNCPS dans les SI des Caf, est indispensable pour automatiser les contrôles, fiabiliser les données et générer des gains d'efficience.

Par ailleurs, le dispositif de ressources mensuelles (DRM)⁵² permet de restituer de manière automatique à la maille individuelle (NIR) un ensemble de données liées aux ressources qui entrent dans les bases ressources de certaines prestations. L'accès des départements et des MDPH au DRM faciliterait les actions de contrôle et de lutte contre la fraude et éviterait certains échanges d'information.

Proposition n° 3 : Promouvoir et faciliter l'accès des MDPH et des départements au répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), au DRM et renforcer les échanges de données entre MDPH et départements avec la DGFIP et le ministère de l'intérieur (pour la vérification du titre de séjours) (CNSA).

À moyen terme, développer des requêtes embarquées de non-cumul dans les SI, notamment le SI APA en cours de construction.

⁵⁰ [Article L114-12-1](#) (au 2°) et [article L114-14](#) du CSS.

⁵¹ IGAS, 2021, *Évaluation du répertoire national commun de la protection sociale : bilan et perspectives*.

⁵² Article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019 relatif à des traitements de données à caractère personnel portant sur les ressources des assurés sociaux.

Ces mesures permettront de systématiser voire d'automatiser les contrôles et les procédures de détection de la fraude, mais aussi de simplifier les démarches des usagers (pour l'envoi des pièces justificatives ou dans le cas d'un déménagement nécessitant un transfert de dossiers). Il est indispensable que la CNSA pilote l'organisation des échanges de données, en établissant des liens (et conventions) au niveau national avec les acteurs concernés (DGFIP, CNAF pour le DRM en particulier, ministère de l'intérieur), qui ne peuvent chacun organiser des flux avec chaque département. Même s'il n'est pas possible d'en évaluer le rendement financier, ces mesures auront un impact non négligeable en termes de maîtrise des process et de qualité du service rendu.

3.1.2.3. Un plan de renforcement de la qualité et de sécurisation du certificat médical des dossiers MDPH doit être engagé, s'appuyant notamment sur la dématérialisation des dossiers et des procédures

La dématérialisation des demandes adressées aux MDPH est très limitée (20% des demandes sont dématérialisées), malgré la mise en place d'un téléservice (« MDPH en ligne »). Il en est de même des pièces justificatives,

En particulier, la dématérialisation des certificats médicaux joints au dossier de demande adressé à la MDPH permettrait de repérer les certificats médicaux présentant des risques (soit par leur forme, soit par leur signataire, notamment pour les médecins « complaisants », soit par les incohérences des constatations qu'ils attestent).

La dématérialisation et la télétransmission du certificat médical permettront de sécuriser cet élément-clé (souvent unique) de l'instruction des prestations conduisant aux propositions d'ouverture ou de renouvellement de droits à prestations. Ils seront aussi facilités par le déploiement du SI évaluation dans le champ du handicap à tout le moins (*cf. supra*) grâce à l'identification des médecins signataires des certificats et à l'authentification des actes et de leur intégrité par une transmission sécurisée de bout en bout. Cette identification des médecins signataires dans les systèmes d'information permettra un repérage des atypies en matière de prescription, à l'image du service de contrôle de l'assurance maladie. La CNSA pourrait ainsi développer des programmes informatiques de repérage des anomalies à l'échelle nationale, qui serait mis en œuvre par les MDPH.

La mission recommande ainsi d'établir une coopération approfondie entre la CNSA et l'assurance maladie pour établir un plan d'action relatif au certificat médical MDPH, dans une logique à la fois d'accompagnement et de contrôle :

- ◆ Les actions d'accompagnement des prescripteurs menées par l'assurance maladie (accompagnement au moment de l'installation, puis tout au long de l'exercice par les délégués de l'assurance maladie ou les médecins conseils) mériteraient d'intégrer un volet sur le certificat médical MDPH (enjeu d'un bon remplissage, existence de référentiels comme le guide barème, etc.) ;
- ◆ Le développement du téléservice pour le transfert du certificat médical aux MDPH de manière rapide et sécurisée (à l'image du téléservice sur les arrêts de travail) ;
- ◆ Les actions de contrôle des médecins, s'appuyant sur le repérage des anomalies évoqué précédemment, pourrait également être menées en coopération entre les DRSM et les MDPH.

Deux autres mesures sont susceptibles d'améliorer la qualité du certificat médical :

- ◆ la suppression des certificats médicaux simplifiés pour les enfants, qui permettra à la fois de mieux adapter l'AAEH aux besoins évolutifs des enfants et de fiabiliser l'octroi de l'AAEH au juste droit, grâce à une information plus complète ;

- ◆ L'expérimentation d'un nouveau partage des rôles entre médecins et infirmiers sur le remplissage du certificat médical dans les structures d'exercice coordonné. En effet, malgré l'existence d'un tarif de cotation revalorisé (60 €) pour le remplissage du certificat par les médecins, le certificat demeure souvent mal renseigné par les médecins. D'après le rapport IGAS 2024 sur les MDPH⁵³, le formulaire nécessite une appréciation du retentissement du handicap dans la vie quotidienne, que les médecins ne s'estiment pas nécessairement les mieux placés pour réaliser. Dans le cadre des travaux engagés en 2024 sur l'évolution du champ de compétences des infirmiers, leur rôle pourrait être renforcé afin d'améliorer la qualité du certificat. Ainsi, ce rapport préconise une expérimentation, dans les structures coordonnées, afin que les infirmiers remplissent la partie du formulaire relative à l'évaluation du retentissement sur la base d'un diagnostic qui continuerait de relever du médecin. Ce nouveau rôle pourrait relever prioritairement des infirmiers en pratique avancée dans un premier temps. Cette mesure s'inspire de la délégation existante dans les services de santé au travail des médecins du travail vers les infirmiers, encadrée par le décret du 26 avril 2022.

Proposition n° 4 : Déployer un plan relatif au certificat médical MDPH impulsé et piloté par la CNSA, en lien étroit avec la CNAM Ce plan regroupe plusieurs actions, dont les prioritaires sont :

- ◆ **Sensibiliser les médecins au remplissage des formulaires MDPH (en s'appuyant sur les ressources de l'assurance maladie) ;**
- ◆ **Supprimer les certificats médicaux simplifiés pour les enfants ;**
- ◆ **Expérimenter un nouveau partage des rôles entre médecins et infirmiers sur le remplissage du certificat médical, notamment dans les structures d'exercice coordonné ;**
- ◆ **Initier un chantier visant la télétransmission des certificats médicaux MDPH ;**
- ◆ **Analyser les pratiques des médecins en termes de certificats MDPH, en s'inspirant des pratiques de l'assurance maladie.**

La mission évalue les économies liées au déploiement de ce plan à 50 M€ sur la base de 0,3%⁵⁴ dépenses évitées sur le seul périmètre de l'AAH 2 (les économies étant partiellement redondantes avec les mesures présentées dans l'annexe AAH). Cette recommandation tient compte du contexte de rareté du temps médical, en même temps qu'elle est de nature à réduire le nombre de sollicitations inutiles des médecins signataires des certificats. Ce plan aura en outre un coût lié au déploiement de téléservices adaptés et suppose des délais d'adoption des outils dématérialisés, dont la maturité encore en construction a été présentée *supra*.

⁵³ « Accueillir, évaluer, décider : comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ? », IGAS, 2023-098R, 2024.

⁵⁴ Cette métrique est celle communiquée par la CNAM dans le cadre de ses travaux avec les médecins sur les arrêts de travail.

Dans le même esprit d'interconnexion avec d'autres systèmes, de sécurisation des acteurs et des enjeux financiers, de productivité des équipes de gestion et de simplification pour les bénéficiaires, la télétransmission des éléments déclaratifs relatifs à la réalisation des plans personnalisés d'aides (notamment des aides humaines) pour l'APA et la PCH, pour les services mandataires et prestataires, remplit un objectif de paiement à bon droit, d'équité entre bénéficiaires mais aussi de sécurisation des obligations déclaratives (fiscales, sociales) et des éventuels droits afférents (crédits d'impôt pour les services à la personne en particulier), cf. *supra*, partie 2. Elle s'inscrit, à droit constant en tout cas, dans le droit du bénéficiaire à demander un versement sur (son) compte des aides sociales légales, mais peut et doit être d'ores et déjà encouragée par les travailleurs sociaux et l'ensemble des services qui participent à l'insertion sociale et économique des personnes âgées et handicapées, pour autant que l'expérimentation Home + soit généralisé au 1^{er} juillet 2027 comme prévu dans la LFSS pour 2024.

3.2. Un enjeu de convergence progressive des standards et des pratiques de contrôle et de lutte contre la fraude vers ceux des organismes de sécurité sociale

3.2.1. La lutte contre la fraude est désormais un attendu fixé par la loi de l'action des caisses nationales de sécurité sociale

Les caisses nationales de sécurité sociale ont intensifié leurs actions de lutte contre la fraude à partir de 2020, dans le prolongement du renforcement du cadre normatif⁵⁵ d'une part, et de sa déclinaison dans le champ social, par lettre des ministres à la direction de la sécurité sociale, aux fins de renforcer contre la fraude aux prestations sociales, en lien avec les caisses nationales de sécurité sociale et en coordination avec la mission interministérielle de coordination anti fraudes (MICAF)⁵⁶ d'autre part.

Ainsi, pour la sécurité sociale, la lutte contre la fraude a été identifiée en tant que telle dans la plupart des conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'État et les caisses nationales pour la période 2023-2028⁵⁷, fixant la mise en place de plans d'actions selon quatre niveaux d'intervention : évaluer, prévenir, détecter et contrôler, sanctionner.

⁵⁵ [Article L114-9](#) du CSS : « Les organismes nationaux des différents régimes conçoivent et mettent en place un programme de contrôle et de lutte contre la fraude adossé au plan de contrôle interne prévu à l'article [L. 114-8-1](#) ; ils suivent les opérations réalisées à ce titre par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent article. Ils en établissent annuellement une synthèse qui est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale », disposition introduite par l'[article 77](#) de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁵⁶ [Décret n° 2020-872 du 15 juillet 2020](#) relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre la fraude et à la création d'une mission interministérielle de coordination anti-fraude, modifié par le [décret n° 2023-663 du 26 juillet 2023](#). Parmi ces missions, en lien avec les CODAF dans des départements et les GONAF (groupes opérationnels nationaux, au nombre de dix), figure « une veille en matière de fraude aux aides publiques. À ce titre, la mission est chargée, avec l'appui des services d'enquêtes administratifs et judiciaires et des autorités judiciaires concernés, de cartographier les dispositifs d'aide, de contribuer à évaluer leurs vulnérabilités, de partager les bonnes pratiques, de soutenir le déploiement de filtres et de mécanismes de blocage avant le versement d'aides indues, de mettre en alerte la communauté interministérielle sur les risques et schémas de fraude identifiés, de permettre à la communauté de les expertiser et de mettre en place les synergies nécessaires à une prise en charge interservices des fraudes ».

⁵⁷ Cf. par exemple « Déployer une stratégie ambitieuse de lutte contre la fraude » (objectif 5 de la COG) pour la CNAM et « Lutter contre les erreurs et la fraude » (ambition 7) pour la CNAF.

À cette fin, les caisses nationales ont mis en place des organisations le plus souvent dédiées. La CNAF a organisé un service national de lutte contre la fraude à enjeux (SNLFE), constitué d'environ 30 contrôleurs aux profils variés, répartis sur cinq CAF et intervenant sur l'ensemble du territoire dans les cas de fraudes en réseau complexes tandis que la CNAM a mis en place des taskforces dédiées (cf. encadré 2).

Encadré 5 : Structuration de la lutte contre la fraude par la CNAM

La CNAM a déployé des *taskforces* nationales (TFN) sur différentes thématiques de contrôle et récemment six pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires (PIEJ), dotés de compétences en investigation numérique et de prérogatives judiciaires. Dans la suite de sa COG, la CNAM a renforcé son cadre de sanctions et de dissuasion. Ainsi, en 2024, 20 000 actions contentieuses (procédures pénales, ordinaires ou conventionnelles, sanctions administratives) ont été engagées, soit le double de l'année précédente. La politique de sanction de la CNAM se décline en quatre leviers d'action :

récupération des indus et pénalités financières : les montants fraudés sont récupérés avec des pénalités pouvant atteindre 300 % du préjudice ;

déconventionnement : les centres identifiés comme frauduleux sont exclus du système, limitant leur capacité à poursuivre leurs abus. En 2024, 30 centres de santé ont été déconventionnés (contre 21 en 2023), dont 25 dans le cadre des *task-forces* nationales ;

actions pénales : en collaboration avec les parquets et l'Office central de lutte contre le travail illégal (OCLTI), l'Assurance Maladie agit pour une saisie des actifs des fraudeurs et porte plainte systématiquement contre les centres de santé en infraction ;

signalements aux Ordres des professionnels de centres qui sont repérés pour pratique dangereuse.

Source : Mission sur documents CNAM.

Dans les champs de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, la structuration est à la fois plus tardive et moins aboutie :

- ◆ plus tardive, car même si la CNSA est assujettie, comme les autres caisses de sécurité sociale, au contrôle interne et à la gestion administrative, financière et comptable, la création de la branche est plus tardive que pour les autres régimes ;
- ◆ moins aboutie, car la CNSA n'a ni les mêmes moyens (ressources humaines, outils informatiques, maturité des processus) que les autres caisses nationales, ni surtout les mêmes relations avec les opérateurs qui participent aux politiques publiques relevant de son champ et constitutifs de la branche, n'exerçant pas à l'égard notamment des MDPH, des MDA et des EMS des départements les mêmes prérogatives que les caisses nationales à l'égard de leur réseau au sein des autres branches⁵⁸.

⁵⁸ La Cour des comptes observe ainsi notamment que les MDPH, faisant pourtant partie du champ le plus actif du pilotage, de l'animation de la coordination relevant de la CNSA (à la différence des équipes autonomie des départements), « font partie du réseau « fonctionnel » de la CNSA qui n'est pas partie prenante à leur gouvernance ».

Annexe V

Cette asymétrie de cadre et de moyens dédiés au contrôle et à la lutte contre la fraude est préjudiciable à plusieurs égards. Elle induit tout d'abord une inégalité devant la loi : des fraudes similaires peuvent être détectées dans un régime mais pas dans un autre. Elle limite d'autre part la portée dissuasive de la lutte contre la fraude dans le champ autonomie/handicap. L'absence d'indicateurs nationaux harmonisés sur les indus et fraudes ne donne en outre pas la possibilité à la CNSA, aux MDPH ou aux départements de disposer d'une vue statique des risques et des enjeux financiers, ni dynamique, par exemple pour évaluer les impacts de leurs actions, ni encore longitudinale, pour pouvoir se comparer géographiquement entre territoires de caractéristiques communes, ou pour dupliquer un contrôle ayant porté des fruits chez une autre entité. Enfin, cette absence de « *reporting* » ne crée pas d'incitation à réallouer des moyens humains internes en faveur du contrôle, par rapport à d'autres activités suivies trimestriellement par le baromètre des MDPH par exemple, à l'image du traitement du flux de demande *tracké* par les délais moyens ou la gestion du stock.

Tableau 30 : Comparaison des moyens alloués au contrôle et à la lutte contre la fraude par la CNAM, la CNAF et la CNSA

Critères	CNAF (Allocations familiales)	CNAM (Assurance maladie)	CNSA / Départements (Autonomie/handicap)
Prestations concernées	RSA, AAH, AEEH, PAJE, AL, Prime activité, etc.	Soins de ville, arrêts de travail, ALD, transport...	APA, PCH, ASH
Moyens humains dédiés	≈ 1 000 ETP dont cellule nationale anti-fraude	≈ 2 500 ETP sur contrôle + 700 médecins conseils	Très variable : 0,2 à 5 ETP/département. Souvent non dédiés
Dispositif national structuré ?	☒ Oui – Délégation nationale anti-fraude (2009)	☒ Oui – DCGDR + coordination DGOS/DSS	☒ Non – dépend de chaque conseil départemental
Accès aux données croisées	☒ CAF, DGFIP, Pôle emploi, INSEE	☒ CPAM, fiscalité, prescription, fichiers médicaux	☒ Accès limité à des bases nationales (souvent sur demande)
Contrôle sur pièces / terrain	☒ Oui – ≈ 700 000 contrôles/an	☒ Oui – ≈ 200 000/an (soins, pro santé)	☐ Visites sur place fréquentes pour l'APA et la PCH, pas dans une logique de contrôle
Taux de dossiers contrôlés	5 % en moyenne sur l'ensemble du portefeuille	Variable selon nature (3–10 % pour les plus ciblés)	< 1 % (souvent non mesuré ni standardisé)
Montant d'indus détectés	≈ 500 M€ / an	≈ 400 à 600 M€ / an	Estimations très variables. Ex : « 3 K€ à 2 M€/département max
Fraude avérée estimée	≈ 200 M€ / an	≈ 300 M€ / an	Pas d'estimation nationale consolidée
Montants recouvrés	≈ 250 à 300 M€ / an	≈ 200 à 250 M€ / an	Non suivi national, faibles taux de recouvrement (20–40 %)
Numérisation & datamining	☒ Fort déploiement d'IA et algorithmes de <i>scoring</i>	☒ Évaluation des prescriptions, détection d'anomalies	☒ Ciblage embryonnaire, cerfa non sécurisé
Encadrement réglementaire	☒ COG + cadre antifraude CAF	☒ Loi SSPLF + référentiels CNAM	☒ Chaque département a établi ou non son cadre de contrôle

Source : Mission sur base documentaire des caisses nationales.

3.2.2. La CNSA doit converger vers les standards et des pratiques des organismes de sécurité sociale

La Convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'État et la CNSA pour la période 2022-2026⁵⁹ ne fixe pas à la caisse d'objectif de lutte contre la fraude, à la différence des autres caisses nationales et des autres branches de la sécurité sociale et en dépit du cadre législatif qui lui est applicable. Indépendamment et au surplus des prescriptions normatives, les enjeux financiers, sanitaires et sociaux, liés à l'activité de la branche, de légitimité des moyens déployés en faveur des politiques de l'autonomie, caisse nationale et opérateurs ou payeurs des politiques publiques ainsi financées par la solidarité nationale, sont également et de longue date de nature à rendre indispensable la mise en place des instruments d'une lutte contre la fraude participant au paiement à bon droit des prestations et à l'équité, notamment territoriale, du traitement des demandes et de l'accompagnement des bénéficiaires.

Cette stratégie formalisée de lutte contre la fraude dans l'ensemble de la branche, sous le pilotage de la CNSA, s'impose donc, désormais, au moins *de jure* et dans les délais les plus brefs. Cette stratégie d'inscrirait dans le cadre du rôle d'animation par la CNSA des MDPH, des MDA et des équipes autonomie des départements, qui ne sont pas pour la caisse nationale l'équivalent du réseau territorial pour les caisses nationales de sécurité sociale. Elle s'inscrit également, compte tenu de la co-production de la gestion de bout en bout de la plupart de ses interventions, en lien avec les autres parties prenantes des chaînes de gestion des activités portées par la branche, notamment les autres branches de la sécurité sociale.

Cela permettrait à la caisse nationale, ainsi qu'aux MDPH et conseils départementaux, de s'inscrire dans des partenariats (comités opérationnels départementaux anti-fraude -CODAF- par exemple) et ainsi de développer les détections puis les actions de lutte contre la fraude. Actuellement, les détections sont le plus souvent ponctuelles (cas identifiés de faux certificats médicaux, de sous-déclaration de revenus, de non-respect de la condition de résidence dans le département, de non-validité du titre de séjour...), souvent par l'intermédiaire d'un tiers et les actions sont menées seulement en cas de détection d'une fraude importante.

La CNSA initie son partenariat en matière de contrôle interne (participation aux séminaires des fonctions d'audit interne de la sphère sociale sous l'égide de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), échanges avec les services d'audit des caisses de sécurité sociale animés par la mission nationale de contrôle et d'audit – MNC- pour le compte de la direction de la sécurité sociale) et doit encore, et désormais rapidement, le structurer en matière de lutte contre la fraude⁶⁰ pour toute la branche « autonomie ».

Proposition n° 5 : Formaliser une stratégie nationale de lutte contre la fraude et l'impulser dans les départementaux auprès des MDPH et des services autonomie des conseils départementaux.

L'élaboration et le pilotage d'une telle stratégie pourrait être inscrite dans les missions de la CNSA. Elle pourra par la suite faire l'objet d'un engagement dans le cadre de sa future COG.

⁵⁹ CNSA, 2022, [Fonder la branche Autonomie](#), op.cit.

⁶⁰ À titre d'exemple : « La CNSA n'a pas encore engagé la conception et la mise en œuvre d'un programme de contrôle et de lutte contre la fraude prévue par les dispositions de l'article L. 114-9 du Code de la sécurité sociale. En 2023, elle n'a pas non plus procédé à l'évaluation de la portée financière des fraudes externes. La CNSA n'a pas connaissance des dispositifs éventuellement mis en œuvre par les MDPH afin de prévenir ou de détecter des fraudes aux prestations qu'elle finance. Les MDPH et les CAF ne mettent pas en œuvre d'action coordonnée visant à lutter contre les fraudes relatives à l'AEEH » in Cour des comptes, 2024, [Certification des comptes du régime général de sécurité sociale](#), p. 111.

3.3. S'agissant de l'AAH et de l'AEEH, le traitement éclaté des différentes étapes de la demande entre MDPH et CAF nuit à responsabiliser chaque acteur en matière de contrôle interne, au niveau territorial comme au niveau national entre CNAF et CNSA.

3.3.1. La mise en œuvre d'un contrôle de bout en bout dans la gestion des prestations doit dépasser les logiques propres aux différents acteurs qui y contribuent

Lors de ses déplacements, la mission a pu constater que les MDPH et les CAF sont souvent cantonnées dans leur champ d'intervention, soit d'une part l'instruction, l'évaluation et l'attribution des droits pour la MDPH et, d'autre part la liquidation pour les CAF. Dès lors, en matière de contrôle, chaque acteur considère souvent qu'il revient au partenaire d'assumer cette fonction. Dès lors, le principe de différenciation entre l'organisme ouvrier de droit et le liquidateur de l'aide introduit par la loi de 2005 apparaît largement bien fondé, mais s'est avéré générateur d'aléa moral entre chaque acteur.

Tableau 31 : État des lieux de la gouvernance du contrôle des aides légales en soutien de la perte d'autonomie

Aide	Liquidateur	Responsable du contrôle
AAH	CAF / MSA	CAF / MSA (avec CNAF / CNAM)
AEEH	CAF / MSA	CAF / MSA
PCH	Service autonomie	Service autonomie / MDPH
APA	Service autonomie	Service autonomie
ASH	Service autonomie	Service autonomie

Pour autant, les échanges peuvent avoir lieu entre les CAF et les MDPH. Par exemple, si une CAF identifie une fraude, elle informe la MDPH qui suspend le droit. Mais ces échanges ne sont pas formalisés, tant sur le plan des informations que des outils.

Il en est de même au niveau national : la CNAF déploie dans son réseau sa politique de contrôle et de lutte contre la fraude, selon une approche liée aux risques, sur la base d'algorithmes qui détectent les incohérences : entre revenus et situation d'activité, sur les évolutions de situations familiales. Une détection d'incohérence aboutit à un contrôle de l'allocataire pour l'intégralité de ses droits. Sont organisées aussi trimestriellement ou annuellement des campagnes de contrôle des ressources « ressources activité contrôle » (RAC). Une attention est portée aussi sur le contrôle de la résidence.

Cette stratégie, qui a tout son intérêt dans la détection de « profil de fraudeurs », ne facilite pas la mise en place de contrôles articulés entre les CAF et les MDPH ainsi que la CNAF et la CNSA.

3.3.2. Des relations qui s'initient entre les branches famille et autonomie au niveau national

Depuis 2024, dans la suite de l'injonction de la Cour des Comptes à propos de la certification des comptes de la branche famille, la CNAF a mis en place un dispositif de sécurisation des décisions des MDPH, qui font l'objet d'un examen attentif des durées d'ouverture de droit. Par ailleurs, la CNAF a adressé à son réseau le 5 décembre 2024 une instruction visant à sécuriser le versement de l'AEEH en opérant un contrôle systématique des compléments de l'AEEH versés au titre de la réduction ou cessation d'activité (voir monographie AEEH).

Par ailleurs, les échanges de données se formalisent entre les MDPH et les CAF : des flux de données se mettent en place, des MDPH vers les CAF. Un premier flux (dit « flux trois ») est quasiment finalisé⁶¹, le second flux (dit « flux 4 ») va permettre d'envoyer les demandes et décisions d'AAH et d'AAEH (y compris leurs compléments) vers les CAF, donc d'accélérer le délai de transmission. Il est déployé à hauteur de 73%.

Toutefois, les flux inverses, des CAF vers les MDPH ne sont pas encore opérationnels. Ils sont au demeurant indispensables, afin que chacun des deux acteurs de la délivrance de la prestation visualise par des interfaces l'ensemble du process d'attribution et ensuite que soient mis en place des contrôles conjoints sur l'AAH et l'AAEH.

La CNSA et la CNAF ont récemment signé une convention en vue de l'amélioration de la maîtrise des risques dans l'attribution des prestations servies par la branche famille. Elle a plusieurs objectifs :

- ◆ renforcer la sécurisation juridique de la délivrance des prestations (notamment par l'élaboration de fiches métiers, l'élaboration d'une convention type entre MDPH et CAF et le contrôle renforcé des périmètres respectifs) ;
- ◆ améliorer et faire évoluer les systèmes d'information (flux de données, partage d'informations numériques, qualité des échanges...), en promouvant le déploiement et l'usage des flux entre les CAF et les MDPH, en facilitant les évolutions applicatives et le partage d'informations et en garantissant la qualité des liaisons entre les SI des deux branches et en installant une coordination entre les DSI pour suivre la mise en œuvre opérationnelle des échanges ;
- ◆ mettre en œuvre des contrôles : d'une part, la CNAF s'engage à continuer d'intégrer l'AAH et l'AAEH dans ses dispositifs de contrôle et de lutte contre la fraude et, d'autre part, les services statistiques des deux caisses nationales s'engagent à proposer un cadre commun de partage des données statistiques sur l'AAH et l'AAEH pour caractériser la population et d'identifier d'éventuelles évolutions incohérentes.

Proposition n° 6 : Poursuivre et systématiser les échanges de données entre les deux branches au niveau national pour structurer les démarches de contrôle interne et de lutte contre la fraude ; décliner ces échanges au niveau local.

4. Le non-recours, par nature invisible et difficilement évaluable, constitue un frein à la politique de soutien à l'autonomie

Le non-recours aux prestations sociales accroît le risque de précarité socioéconomique et d'isolement des individus qui ne bénéficient pas des aides ou des droits auxquels ils pourraient prétendre. En France, le taux de non-recours à certaines prestations dépasse 30%, à l'image du RSA pour lequel il atteint 34 %⁶². Il n'existe pas de définition juridique du non-recours, qui relève du lexique des sciences politiques, économiques, et sociologique. Toutefois, il est possible de se référer à la formulation consensuelle qu'établissent Antoine Math et Wim Van Oorschot⁶³ qui définissent, dès 1996, le non-recours comme la situation rencontrée « lorsqu'une personne ne perçoit pas tout ou partie d'une prestation à laquelle elle a droit ». Les deux auteurs distinguent le non-recours complet et partiel afin d'embrasser des réalités disparates.

⁶¹ Ce flux 3, ou « flux maintien », permet, au regard de certains délais d'examen en CDAPH plus importants, de parer des ruptures de droits AAH préjudiciables aux bénéficiaires. Début 2025, il était déployé au sein de 96 % des territoires.

⁶² DREES, 2018, Dossiers de la DREES n°92.

⁶³ Math et Van Oorschot, 1996. *Rationing welfare: public provision and the welfare recipient's experience*.

4.1. État des lieux des estimations du non-recours

L'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) distingue cinq formes principales de nonaccès aux droits et services :

- ◆ le non-recours par non-connaissance ;
- ◆ par non-proposition de la part des conseillers ou agents prestataires ;
- ◆ par non-demande (non-adhésion aux propositions, désintérêt pour la prestation, mais aussi lassitude face aux démarches complexes, crainte des conséquences négatives, etc.) ;
- ◆ par non-réception (démarche non menée à terme, découragement) ;
- ◆ par non-orientation (manque d'accompagnement dans l'accès aux aides ou dispositifs).

Une étude réalisée en 2023 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a mis en évidence que, pour quatre personnes sur dix, le non-recours aux prestations sociales est principalement lié au manque d'information. Issue d'une enquête réalisée en 2021 auprès de 4 000 résidents de France métropolitaine, cette étude présente leur opinion sur le non-recours et ses raisons, ainsi que leur degré de connaissance des prestations.

S'agissant des prestations sur le champ de la mission, quoiqu'anciennes, deux évaluations du non-recours ont été menées par la DREES :

- ◆ En 2016, il a été estimé qu'entre 20 et 28 % de personnes âgées ne bénéficiaient pas de l'APA alors qu'elles pourraient y prétendre⁶⁴ ;
- ◆ Sur l'ASH-PA, elle a estimé que 27 % des résidents éligibles à l'ASH y auraient effectivement recours. Le chiffrage repose cependant sur de nombreuses hypothèses simplificatrices et doit être considéré avec prudence car il ne tient pas compte de la capacité contributive des obligés alimentaires⁶⁵.

4.2. La généralisation du Service public départemental de l'autonomie ainsi que les perspectives de solidarités à la source ont vocation à amplifier le recours aux droits

Le service public départemental de l'autonomie, dont la généralisation, à l'issue de son expérimentation, a été prévue dans la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie et a été lancée le 23 avril 2025, permet aussi de lutter contre le non-recours.

En s'appuyant sur un principe de porte d'entrée unique pour et avec les usagers et les professionnels, il pourra comporter plusieurs points de proximité sur le territoire, intégrés entre eux. Il s'agit d'un service ouvert :

- ◆ aux usagers en perte d'autonomie, en situation de handicap et à leurs aidants ;
- ◆ aux professionnels de santé, des secteurs sociaux et médico-sociaux, pour faciliter leur mission au service des personnes fragilisées par l'âge ou le handicap ;
- ◆ aux services et acteurs des politiques publiques de droit commun, pour assurer la mise en place de l'ensemble des actions concrétisant une vision citoyenne de l'autonomie.

⁶⁴ Mélina Ramos-Gorand, DREES, 2016, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain », Les dossiers de la DREES, n°10.

⁶⁵ HCFEA, 2020, « L'obligation alimentaire, la récupération sur succession et leur mise en œuvre dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement ».

Annexe V

Le SPDA n'est pas un nouveau dispositif mais un service qui a la responsabilité de mettre en place les conditions permettant aux acteurs de se coordonner pour faire mieux ensemble et répondre aux attentes des personnes à chaque étape de leur parcours de vie.

Il comporte quatre blocs de missions, mis en place à titre minimal dans chaque département :

- ◆ accueil, information et orientation ;
- ◆ instruction des droits ;
- ◆ appui aux solutions concrètes (coordination des parcours) ;
- ◆ repérage, prévention et aller vers.

Ainsi, par ses missions, en particulier dans le champ de l'information et de l'instruction des droits mais aussi de la prévention (en intégrant dans son périmètre la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie qui coordonne les actions de prévention et notamment de financement des aides techniques), le SPDA facilitera l'accès aux prestations sous revue et limitera le non-recours aux droits.

Enfin, les réponses des départements et MDPH au questionnaire permettent de dresser une typologie des actions mises en œuvre par ces derniers.

Tableau 32 : Typologie des actions de non-recours mises en œuvre par les départements et MDPH interrogés

Catégorie d'action	Exemples concrets issus du tableau	Occurrences
Information / Communication	- Diffusion de plaquettes, flyers, brochures - Notifications avec voies de recours - Communication en FALC	+++
"Aller-vers" / Proximité territoriale	- Permanences locales (Espace sénior, MDS, CLIC, PAT...) - Accueil physique en territoire - Visites à domicile	+++
Partenariats territoriaux	- Partenariat avec CCAS, CIAS, SAD, hôpitaux, associations - Communauté 360, France Services	+++
Accompagnement personnalisé	- Aide au remplissage des dossiers - Référents parcours - Suivi des dossiers incomplets	++
Formation et sensibilisation des acteurs	- Formations pour partenaires et professionnels (webinaires, réunions, séminaires)	++
Plateformes numériques et outils en ligne	- "mesaides.fr", numéros uniques, formulaires simplifiés, simulateurs	++
Diagnostic et auto-évaluation	- Enquêtes sur refus répétés - Harmonisation des pratiques internes	+
Instances de concertation / usagers	- Comité des usagers - Médiateurs, Défenseur des droits - Réunions interinstitutionnelles	+

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

Annexe V

Tableau 33 : Quelles actions le département déploie-t-il afin d'assurer l'égal accès des citoyens à leurs droits ? (lutte contre le non recours, aller-vers, rendez-vous élargis, partenariats avec des associations, croisement de bases de données, etc.)

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
rencontres avec les mairies, partenaires associatifs, travail en lien avec CDCA / édition et diffusion de plaquettes d'information.	"aller vers" les mairies, associations, travail en lien avec CDCA / édition de plaquettes d'information
Évaluation globale des besoins lors de l'étude de la situation de la personne avec une réponse globale Transmission des Plans Personnalisés de Compensation Partenariat avec l'Union des Associations de Personnes Handicapées de l'**** pour aide à la complétude du dossier MDPH Mise en place d'un comité des usagers au sein de la MDPH	Réunions d'informations par le Conseil départemental (Service de l'APA à domicile et UTAS), et par les partenaires (CLIC)
information sur les droits et procédures de recours indiqué dans les différentes courriers	Travail avec les CLIC du territoire, rencontre avec les associations et les établissements, demande de certificat d'entrée en établissement, croisement des données pour les services d'aide
partenariats avec les associations, accompagnement à l'installation de la communauté 360 , gestion de 9 Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sur le territoire	Le département entretient un réseau élargi sur le territoire avec les partenaires par le biais notamment des 5 Espaces seniors, qui assurent une permanence d'accueil et d'accompagnement des seniors. Ils organisent aussi les ateliers dans le cadre de la CFPPA selon les besoins de leur territoire. Les notifications de rejet d'APA précisent les coordonnées de l'Espace senior qui peut les accompagner. Le service instruction rencontre très régulièrement les SAD pour discuter des situations particulières, des éventuelles évolutions réglementaires. Les dispositifs d'aide sociale sont présentés à tous les acteurs qui accompagnent les usagers dans leurs démarches: assistantes sociales des hôpitaux, MFS, CPTS,...
Convention, points d'accès aux droits aux dossiers : CCAS, CIAS, MFS, ... et territorialisation des permanences MDPH	Récemment mise en place de webinaires Partenariat avec les services sociaux des hôpitaux, les Maisons Départementales d'Action Sociale, des Maisons France Service
Récemment webinaires auprès des professionnels et du public Convention de partenariat avec la CPAM Travail en transversalité avec les Maisons Départementale d'Action Sociale Convention en cours avec les Maisons France Service	Mise en place de ***** Autonomie avec accès simplifié à l'information (numéro unique 24/24 pour toutes les questions liées à l'autonomie) et aller-vers important des coordinatrices de proximité (40 ETP) sur l'ensemble du territoire

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Déploiement de ***** Autonomie, service public départemental de l'autonomie, reposant sur un accès simplifié à l'information via un numéro unique pour toutes les questions liées à l'autonomie + 40 agents de terrain qui se rendent directement au domicile des usagers et tiennent des permanences hebdomadaires au plus près des usagers	Brochure FALC déposée sur les points d'accueil, la MDA forme les professionnels du champ de l'Autonomie avec régularité (cadre légal, droit des usagers, aides allouables, ...)
Publication Facile à Lire et à Comprendre largement diffusé auprès des partenaires Permanence d'accueil de la MDA Plateforme de réponse de 1er niveau sur les droits	Informers les citoyens de leurs droits dans les notifications (inscription des voies de recours) Réunion avec les services de tutelles Inciter au dépôt de la "liasse SP7" ou "fiche établissement"
Requêtage sur les dossiers AAH/AEEH/PCH qui ont été refusés plusieurs fois afin d'en terminer les raisons (complexité administrative? méconnaissance des pièces à déposer...) pour éventuellement solliciter l'intervention d'un travailleur social pour accompagner le dépôt d'un nouveau dossier.	Mise en place de "mesaides 28.fr" plateforme guidant les usagers sur les aides envisageables selon leurs besoins, information sur le site Eurelien, accompagnement par les travailleurs sociaux à partir des 4 maisons départementales des solidarités et de la citoyenneté présentes sur le territoire, informations lors d'évènements ou de salons des associations...
- mise en œuvre de permanences d'aide au remplissage des dossiers de demandes assurées par des associations - accueil de proximité sur les territoires - déploiement de webinaires d'information à destination des partenaires - accueil des personnes malentendantes avec un traducteur en langue des signes sur RDV - informations sur site internet - accueil téléphonique - formulaire de contact	La MDA organise des webinaires d'information à destination des partenaires pour une meilleure diffusion des informations. La MDA participe aux instances locales sur les territoires et organise des réunions avec des professionnels d'autres institutions (RIL), elle diffuse des informations sur ses points d'accueil en territoire et sur son site web. Elle réunit un comité d'usager pour prendre en compte les avis des usagers dans ses communications.
Des croisements de base de données avec la MDPH devraient se mettre en place prochainement	Réunion d'informations avec les partenaires : les établissements, les CCAS, les assistants sociaux des hôpitaux, les organismes de tutelle...
Aller-vers, partenariats avec les associations	allez-vers, partenariat avec association
travail à mener dans le cadre du service public de l'autonomie	Travail en cours dans le cadre du service public départemental de l'autonomie
Aller-vers, actions de préventions et communication lors d'évènements	Aller-vers, actions de préventions et communication lors d'évènements
Nous travaillons dans deux directions : - nous accompagnons les personnes pour l'accès à leurs droits (aller vers) - nous nous appuyons sur des associations et des usagers-ressources pour prolonger notre action d'accompagnement via des relais locaux et à l'occasion de permanences d'accueil	Aller vers : liens avec les maisons des solidarités, les SAAD, les services hospitaliers... Travail partenarial avec l'ensemble des acteurs du domaine (caisses de retraites...)

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Autosaisine de la MDPH pour l'accès aux droits	rencontre partenariales + présentation des missions antennes et permanences en territoires présence sur les salons
Aller vers : liens avec les maisons des solidarités, les SAAD, les services hospitaliers, France travail...	- campagne de communication au travers de flyers déposés en mairies, CCAS, MSP... - campagne de communication suite à la mise en place de la demande d'aide à l'autonomie, formulaire commun avec les caisses de retraite - convention de reconnaissance des GIR avec les caisses de retraite - campagne de sensibilisation des MSP auprès des mairies et CCAS
Permanence en territoire au plus près des lieux d'habitation des usagers : rdv dédié pour aider à la complétude des demandes, pour expliquer les droits Actions partenariales et présentation des missions, des interventions de la MDA Participation à des salons, comme le salon de l'autisme	Visite d'aide au remplissage du dossier par CLIC ou pour les situations complexes, accès aux droits via l'accompagnement en gestion de cas
Communauté 360 portée par la MDPH	Accueil inconditionnel dans les territoires et mission des coordinatrices de parcours PA et PH. Rencontres avec les CCAS pour les demandes d'aide sociale
Défenseur des droits, partenariat assos/institutions,	Aide sociale PA et PH : formation des mandataires judiciaires, mairies/CCAS
- campagne de communication au travers de flyers déposés en mairies, CCAS, MSP... - campagne de sensibilisation des MSP - participation à des forums, des manifestations diverses (vendredi du handicap, vendredi du bien vieillir)	présentation des prestations à des partenaires extérieurs à la demande présentation en interne des prestations aux nouveaux professionnels arrivant au département Le Département est organisé au plan territorial avec 4 équipes médico-sociales évaluatrices intervenant en proximité. il s'appuie également sur un réseau d'associations qu'il subventionne
Mise en place d'un accueil physique sur rendez-vous en central et accueil inconditionnel en territoire. Mission des coordinateurs de parcours PA et PH en territoire. Procédure de conciliation. Outils de communication sur les aides en mode FALC.	Présentation de l'APA par l'équipe médico-sociale APA aux partenaires et au public (présentations organisées par les plateformes des aidants notamment pour le public) Projet interne à ***** pour s'assurer qu'après une APA en urgence soit bien ouvert sous réserve de besoin une APA domicile (aujourd'hui 25% des APA U ne sont pas suivis d'une APA) Suivi de l'incomplétude de la demande d'APA classique (envoi de courrier, appel téléphonique)
MDPH - relais avec les France services + formations gratuites (droits adultes et enfants) proposées aux partenaires	CIC-PAT (CLIC élargis) service SAPHA des Maisons Départementales des Solidarités et réseau des points accueils territoriaux 42 sites au total

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Forum du handicap organisé chaque année avec la MDPH, les équipes territoriales du handicap des Directions territoriales, le Conseil départemental et différents partenaires et associations. Le Département est découpé en Direction territoriales avec 4 équipes territoriales du handicap en proximité des usagers. Le Département s'appuie sur des associations qu'il subventionne.	Notifications mentionnant les voies de recours Actions de communication
Le département et la MDPH mènent de nombreuses actions pour réduire le non recours: Côté MDPH, les permanences déployées dans les arrondissements, les permanences du médiateur de la Ville à la MDPH, les liens avec les conseillers France Service pour faciliter le dépôt en ligne des dossiers, les permanences d'aide aux aidants, des expérimentations qui vont s'élargir dans le cadre de Territoires Zéro non Recours,	Information des services en interne, des partenaires (SAAD...), orientation vers personne qualifiée
L'aller-vers est assuré au Département par les 14 Maisons Départementales des Solidarités, par les 6 CIC-PAT (CLIC élargis aux sujets handicap), par la MDPH (permanences extérieures et de partenaires en son site de Savigny), par les 30 points Label PAT (CCAS en général). Notre direction reçoit 1 000 usagers en rdv programmés	Une visite à domicile est réalisée par le médecin coordonnateur du CD afin de réévaluer la dépendance
Installation d'accueils de proximité (PAT), communication autour de ces accueils sur le site institutionnel, partenariats (CAF, TS hôpitaux, tuteurs...), VADA...	Notification des voies de recours dans les décisions d'attribution ou de rejet.
Communication grand public et partenaires +accompagnement individuel	Forum à l'initiative du CD + participation aux forums organisés par les partenaires. Présence de proximité en territoire. Communication et lien fonctionnel avec les partenaires (CH; SAD, CCAS, CARSAT, MSA...)
- détails dans les décisions des voies de recours - permanence hebdomadaire d'associations d'usagers - permanence mensuelle du délégué du défenseur des droits - plages de RDV de conciliation avec le délégué 2 fois par mois	réponse DA ou DGA
aller-vers, forum, flyers, VAD, pré accompagnement, fiche information systématiquement transmise avec les notifications.	Informations données sur les aides lors de rencontres avec les partenaires du territoire

Annexe V

AAH, AEEH, PCH	APA, ASH
Au niveau de la MDPH, nous organisons ponctuellement des séminaires d'informations auprès de nos partenaires pour que la juste information et l'accès au juste droit soit diffusés sur l'ensemble de notre territoire. Un accueil de niveau sur le site de la MDPH, permet aux usagers de se faire accompagner dans le remplissage de leur demande MDPH. Le renouvellement quasi intégral de l'équipe d'évaluation a permis un gros travail sur l'harmonisation des pratiques, une meilleure appropriation du cadre réglementaire et le déploiement des contacts téléphoniques vers les usagers.	rappel du cadre légal dans les courriers
DA : des informations sont données aux partenaires lors de rencontres régulières annuelles sur les prestations ; la MDPH participe aux rencontres de la Direction de l'Autonomie et propose des webinaires sur les critères d'accès PCH et l'AEEH, les deux prestations les plus complexes.	Aller vers : forums autonomie, expositions, flyers
Mise en place d'un réseau référent handicap visant à sensibiliser et informer les acteurs de proximité. Séances d'information auprès des services sociaux (CCAS, SSD), PMI, ASE. Le développement de la politique d'aller vers et de non recours aux droits fait partie des axes stratégiques identifiés dans la politique autonomie du Département	
La lutte contre le non recours est une préoccupation fondamentale pour *****, c'est pour cela que des études sont en cours afin de réaliser un diagnostic pour envisager des pistes d'actions.	
étude globale de la situation de personne handicapée (= demande générique)	

Source : Mission, Réponses déclaratives des départements au questionnaire établi et exploité par la mission.

ANNEXE VI

État des lieux des aides extralégales sur le champ du handicap et de l'autonomie

SOMMAIRE

1. LES AIDES EXTRALÉGALES VIENNENT LOCALEMENT COMPLÉTER LES DISPOSITIFS LÉGAUX POUR S'ADAPTER AUX SPÉCIFICITÉS DES TERRITOIRES.	1
2. LA MAJORITÉ DES DÉPARTEMENTS PROPOSE UNE OFFRE SOCIALE EXTRALÉGALE EN COMPLÉMENT DES AIDES LÉGALES QU'ILS GÈRENT.....	3
2.1. En charge de l'attribution d'aides légales et extralégales dans le champ de l'autonomie, le conseil départemental occupe une place atypique.....	3
2.2. Dans un contexte budgétaire contraint, le périmètre des aides extralégales se réduit mais la majorité des départements continue d'en attribuer.....	4
2.3. Le lien entre situation financière du département et versement d'aides extralégales est mis en avant par les départements mais peu significatif sur le plan statistique.....	5
3. LES AIDES EXTRALÉGALES ATTRIBUÉES PAR LES COMMUNES SONT DIFFÉRENTES D'UNE COMMUNE À L'AUTRE, AVEC UNE FORTE HÉTÉROGÉNÉITÉ ENTRE ZONES RURALES ET URBAINES.....	7
3.1. L'attribution d'aides extralégales fait explicitement partie des compétences du bloc communal au titre de l'action sociale.....	7
3.2. Les personnes âgées et les personnes en situation de handicap sont indirectement des publics cibles pour les CCAS.....	9
3.3. L'effet global des aides extralégales communales et leur intrication avec les autres aides sociales demeure mal appréhendé	14
3.4. Les offres d'aide sociale des CCAS de Paris et de la Roche-sur-Yon sont différentes en nature et en volume.....	16
3.4.1. <i>Le centre d'action sociale de la ville de Paris dispose d'une offre sociale étendue à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap</i>	<i>16</i>
3.4.2. <i>Le centre d'action sociale de la Roche-sur-Yon, ville de taille intermédiaire, dispose d'une offre extralégale qui n'est pas directement ciblée sur les personnes en perte d'autonomie ni sur les personnes en situation de handicap</i>	<i>20</i>
4. LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE ET LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PEUVENT ÉGALEMENT PERCEVOIR DES AIDES EXTRALÉGALES DE LA PART DES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE OU DES CONSEILS RÉGIONAUX	22
4.1. Les caisses de retraites attribuent des aides sur critères sociaux aux personnes dont l'autonomie est partiellement réduite	22
4.2. La branche famille met en œuvre une action sociale extralégale en faveur des enfants en situation de handicap.....	26
4.3. L'action des conseils régionaux vise l'accès à la mobilité, domaine dans son champ au titre de la compétence transport	27

LISTE DES PROPOSITIONS RELATIVES AUX AIDES EXTRA-LÉGALES

Proposition n° 1 : Dans une logique de simplification, supprimer le dispositif d'aide sociale légale à domicile pour conserver un unique dispositif d'aide aux personnes en perte d'autonomie limitée (GIR 5 et 6), quel que soit leur niveau de revenu, sous l'égide de l'assurance retraite. Dans un même esprit de simplification, la reconnaissance mutuelle des évaluations entre CARSAT et CD gagnerait à être généralisée rapidement sur l'ensemble du territoire.

Conformément à la lettre de mission, cette annexe vise à dresser un état des lieux et la diversité des principales aides extralégales. Il ne s'agit pas d'un panorama exhaustif, compte-tenu du manque de données existantes sur ce sujet. S'agissant des aides des départements, la mission s'est appuyée sur le questionnaire qu'elle a adressée à l'ensemble des départements (près de 50 répondants) (voir partie 2). Sur le champ des aides communales, la mission s'est appuyée sur les données de l'enquête ASCO de la DREES datant de 2015 (enquête qui devrait être actualisée à l'automne 2025) ; elle a complété son analyse par des monographies de deux communes, à titre d'illustration (voir partie 3.4). Enfin, la mission a élargi le champ aux aides extralégales des caisses de sécurité sociale et des conseils régionaux (voir partie 4).

1. Les aides extralégales viennent localement compléter les dispositifs légaux pour s'adapter aux spécificités des territoires

Certains dispositifs d'aide sociale sont régis par la loi. Ils sont obligatoires et sont mis en œuvre par les collectivités publiques (État, caisses de sécurité sociale, département, communes ou autre) : ces aides sont qualifiées d'aides légales. Les règles concernant l'instruction, l'évaluation, l'attribution et le suivi de ces dispositifs sont définies et cadrées par voies législative et réglementaire. Les cinq aides ciblées dans le cadre de la mission (AAH, AEEH, PCH, ASH, APA) rentrent dans ce cadre. Elles constituent un « droit-créance », que peuvent opposer les personnes résidant en France et satisfaisant aux conditions légales et réglementaires pour y être éligibles.

En complément de ces aides sociales légales, les collectivités publiques peuvent mettre en place des dispositifs d'aide non prévus par la loi : celles-ci sont dites aides extralégales (ou aides connexes). Il peut s'agir de prolonger les dispositifs légaux en appliquant des majorations liées à un contexte local spécifique (par exemple majoration de la prise en charge de l'heure d'aide humaine dans le cadre de l'APA à Paris), ou de créer des dispositifs structurellement distincts de ceux qui existent dans le cadre de l'aide légale : restauration scolaire, centres de loisirs, aides aux vacances, prise en charge d'impayés, aide au transport et à la mobilité, tarifs sociaux des équipements collectifs (piscine, musée, etc.). La plupart de ces aides sont attribuées sous conditions de ressources¹.

Si ces aides ne sont pas prévues par la loi à titre individuel, leur justification découle (pour ce qui relève des aides accordées par les collectivités locales) du **principe de libre administration des collectivités territoriales**, tel qu'inscrit à l'article 72 de la Constitution, dans les conditions prévues par la loi. Dans ce cadre, les aides extralégales dans le champ social répondent aux deux principes suivants :

- ♦ **principe de subsidiarité** : les besoins d'accompagnement en termes d'aide sociale étant supposés distincts selon les territoires, selon qu'il s'agisse d'un département jeune ou vieux, rural ou urbain, d'une commune touristique ou ouvrière, les aides nationales doivent pouvoir être adaptées localement par les acteurs de terrain. De ce fait, les aides extralégales viennent en principe en complément des aides légales pour les adapter au contexte local ;
- ♦ **principe de spécialité territoriale** : l'aide extralégale doit être réservée aux habitants de l'échelon territorial pour lequel elle a été conçue.

¹ Voir l'ouvrage « droit de l'aide et de l'action sociale » de Michel Borgetto et Robert Lafore sur ce point.

Les aides sociales extralégales constituant un service public, elles doivent également répondre au principe **d'égalité devant le service public, au même titre que les aides légales**. Cette position est appuyée par la jurisprudence du Conseil d'État du 10 mai 1974² (Denoyez et Chorques), considérant que toute personne dans une situation objectivement identique a droit aux mêmes secours que tout autre bénéficiaire placé dans la même situation.

Le **principe de spécialité matérielle** s'applique également, *a minima* aux aides sociales extralégales attribuées par les centres communaux d'action sociale. Ainsi, les CCAS ne peuvent intervenir que sur la base d'activités à caractère social (principe rappelé dans un arrêt du Conseil d'État du 29 juillet 1993, CCAS d'Évry : l'aide sociale facultative doit « *répondre exclusivement à une préoccupation d'ordre social* »)

L'existence d'aides extralégales à côté et en lien avec les aides légales est à l'origine de plusieurs enjeux soulevés par la CNSA³ :

- ◆ **enjeu d'efficience et de lisibilité** : l'intrication des périmètres entre l'aide sociale légale (à destination des personnes âgées comme des personnes handicapées) et les aides extra-légales rend difficilement lisible la politique d'aide à destination de ces publics. À ce jour, il n'existe pas de visibilité au niveau national quant au niveau d'aide extralégale attribuée par les acteurs locaux, ce qui ne permet pas de s'assurer, toujours et partout, du caractère subsidiaire de ces aides ;
- ◆ **enjeu d'outillage** : l'intégration des éléments d'information (au niveau macro, sur les dispositifs existants aux différents niveaux d'administration, comme au niveau micro, avec des éléments sur les droits ouverts aux bénéficiaires) liés aux aides légales et aides et actions extralégales est l'un des déterminants (et l'une des conditions) de l'efficience du système global. Si des progrès sont constatés au niveau des aides légales départementales avec les SI APA (SI unique à venir) et SI MDPH (SI harmonisé), la question de l'intégration des aides extralégales et du partage d'information reste entière ;
- ◆ **enjeu de transparence** : la politique des acteurs territoriaux en termes d'aide extralégale n'est pas systématiquement inscrite dans les règlements départements d'aide sociale (pour les conseils départementaux) ou dans les règlements communaux d'action sociale (pour les CCAS) ou intercommunaux pour les CCIAS des agglomérations.

² La Haute juridiction établit ici la règle selon laquelle la fixation de différents tarifs pour un même service rendu en direction de différentes catégories d'usagers d'un service ou d'un ouvrage public peut être pratiquée légalement dans trois cas :

- ◆ lorsqu'elle résulte d'une loi ;
- ◆ lorsqu'il qu'il existe des différences de situation appréciables entre les usagers ;
- ◆ lorsqu'elle relève d'une nécessité d'intérêt général en rapport avec les conditions d'exploitation du service ou de l'ouvrage public.

³ Enquête de la CNSA portant sur les aides légales et extra-légales financées par les conseils départementaux (2023).

2. La majorité des départements propose une offre sociale extralégale en complément des aides légales qu'ils gèrent

2.1. En charge de l'attribution d'aides légales et extralégales dans le champ de l'autonomie, le conseil départemental occupe une place atypique

Le département, chef de file des politiques sociales depuis le premier acte de la décentralisation (loi du 22 juillet 1983) dispose d'une **compétence de droit commun en matière d'aide sociale**⁴. Il est chargé de « *définir et mettre en œuvre la politique d'action sociale* »⁵. Il est également chargé de coordonner les actions menées sur son territoire. Il est par ailleurs prévu que « *les prestations légales d'aide sociale sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours, à l'exception des prestations énumérées à l'article L. 121-7.* ». C'est notamment le cas de l'APA, de la PCH et de l'ASH (partiellement compensés par les concours CNSA pour l'APA et la PCH). En revanche, la charge financière de l'AAH et de l'AEEH, instruites et suivies par la MDPH, reviennent à la sécurité sociale (CNAF et son réseau territorial des CAF) et à l'État.

En parallèle, **le principe des aides extralégales décidées et mises en place par les exécutifs départementaux est prévu à l'article L. 121-4 du Code de l'action sociale et des familles**, qui dispose que « *le conseil départemental peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations mentionnées à l'article L. 121-1. Le département assure la charge financière de ces décisions* ».

Depuis les lois de décentralisation, le préfet exerce un contrôle de légalité⁶ sur les actes des collectivités locales. À cet effet, la loi du 22 juillet 1982 prévoit que les délibérations du conseil départemental, qui viennent entériner la création ou la suppression d'une aide extralégale, soient transmises au préfet. En théorie, les services de l'État disposent donc d'une visibilité sur les aides extralégales attribuées par le conseil départemental. En pratique, parmi les 41 préfectures qui ont répondu au questionnaire établi par la mission, seule la préfecture de la Sarthe a déclaré réaliser un contrôle de légalité sur ces actes.

⁴ Cette loi fixe à titre subsidiaire pour l'État un champ d'intervention restreint qui concerne notamment les aides relevant de la solidarité nationale (minima sociaux, prestations de sécurité sociale). La loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM), puis la loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (Notre) approfondissent cette répartition en formalisant le rôle de chef de file du département en matière d'aide sociale et de solidarité des territoires. Entre temps, l'acte II de la décentralisation (loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales) conforte le département comme principal échelon de l'action sociale, sans toutefois modifier sensiblement le champ de sa compétence. Quelques mois auparavant, la loi du 18 décembre 2003 portant décentralisation en matière de revenu minimum d'insertion (RMI) et créant un revenu minimum d'activité, transfère au département l'intégralité du dispositif du RMI, aujourd'hui remplacé par le revenu de solidarité active (RSA/RSO).

⁵ [Article L121-1](#) du Code de l'action sociale et des familles.

⁶ Contrôle administratif et juridique *a posteriori* prévu au Code général des collectivités territoriales qui se substitue à la tutelle exercée historiquement par le Préfet sur les collectivités locales.

2.2. Dans un contexte budgétaire contraint, le périmètre des aides extralégales se réduit mais la majorité des départements continue d'en attribuer

Le questionnaire transmis aux départements a permis de mettre en évidence que le versement d'aides extralégales constitue toujours une pratique courante : 33 départements sur 43 indiquent ainsi verser des aides extralégales. Ces résultats sont convergents avec le résultat de l'enquête menée par la CNSA en 2023, qui relevait que 41 départements sur 70 répondants disposaient d'une offre d'aides extralégales. Ces aides tendraient néanmoins à se réduire, sous l'effet, notamment, de contraintes budgétaires⁷.

Sur la base de ce questionnaire, différentes aides extralégales mises en place par les conseils départementaux ont pu être identifiées.

Tableau 1 : Recensement des aides extralégales des Conseils départementaux

Type d'aides extralégales mises en place par les conseils départementaux	En vigueur (nb dépts).	Absente (nb dépts).	Exemples
Aide monétaire			
Majoration de prestation légale ou ouverture de droits élargie	6	21	Tranches supplémentaires dans le barème de l'APA (75) Majoration parent isolé pour l'APA (75) Majoration parent isolé PCH & APA (26) Aide sociale exceptionnelle PCH (08)
Adaptation du logement	10	14	Plan May'ainés 2 (53) Aide aux bénéficiaires APA-D de 1 800 € (non cumulable Maprimadapt), (76) J'aménage (59) XL Adapt' (40)
Prise en charge des frais d'obsèques	9	22	Le plus souvent pour les bénéficiaires ASH sans ressources et sans famille
Aide en nature			
Portage de repas	14	14	Souvent sous conditions de ressources ou bénéficiaires APA-D
Accueil (de jour, temporaire) ⁸	14	12	Aide facultative accueil de jour spécialisé Alzheimer (91)
Service d'information et conseil	6	20	Plateforme Allo Oise Séniors (60)
Vacances pour les personnes en situation de handicap, pour les personnes âgées ou séjours de répit pour les proches aidants	4	22	Vacances Arc en Ciel, Temps d'activités périscolaires, Centres de loisirs (74) Séjours vacances (42)
Aide au transport et à la mobilité	7	17	Plan Améthyste (95, cf. 4.24.2) Plan mobilité (91, TI>80 %, en fonction du nombre de km) Transport vers accueil de jour (76, (150€/an/bénéficiaires, réservé APA-D) ; Handimobile (19) ;

⁷ Ainsi, à la question posée par la mission « Avez-vous dû adapter à la baisse les taux d'aide ou le périmètre des aides extra légales à votre main pour compenser une hausse des dépenses d'intervention dans le champ des aides légales ? », 19 départements sur 41 ont répondu oui.

⁸ Depuis la loi ASV en 2015, qui a élargi l'APA au répit de l'aidant, le financement de dispositifs d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire peut être intégré à l'APA. Le fait que les départements le fassent apparaître des dépenses en extralégal montre toutefois que la loi reste mal appliquée concernant les droits au répit. La réglementation sur le financement de solutions de répit par l'APA mériterait d'être clarifiée et complétée. Cf. « Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit », IGAS, 2022

Annexe VI

Type d'aides extralégales mises en place par les conseils départementaux	En vigueur (nb dépts).	Absente (nb dépts).	Exemples
Actions d'insertion professionnelle	2	23	Plateforme des Métiers de l'Autonomie (77)
Accueil hors répit de l'aidant	2	20	
Autres aides extralégales			
Autres aides extralégales :	15	5	Prise en charge des frais de complémentaires santé, complément argent de poche, frais de tutelle (01) ; Jardinage, soins esthétiques, téléassistance, garde de nuit (08) ; Téléassistance (11, 60, 95) ; Veilleur de nuit (34) ; Protection hygiénique (60) Dispositif Merci Julie (76) (doublement de l'enveloppe répit de l'aidant et déplaçonnement de l'enveloppe pour le baluchonnage jusqu'à 1500€).

Source : Réponses des Conseils départementaux au questionnaire établi et transmis par la mission.

La mission n'est pas en mesure d'estimer le montant total de ces dépenses extralégales, au niveau national ou départemental. Il est en revanche possible de les estimer dans certains cas, sur la base des réponses du questionnaire. À titre d'exemple, la Corrèze indique un coût total lié aux seuls trois dispositifs de formation des SAAD dans le cadre de l'académie des métiers de l'autonomie à domicile, Handimobile⁹ et d'aide à l'alimentation de 1,7 M€ par an.¹⁰ Ce montant, minoré par rapport au coût réel des aides extralégales dans le département (ne prend pas en compte les aides extralégales liées à l'aide alimentaire par exemple, qui existe dans le département mais pour laquelle la mission ne dispose pas de données financières) est à comparer aux 30 M€ de dépenses au titre de l'APA et 5 M€ au titre de la PCH en 2023.

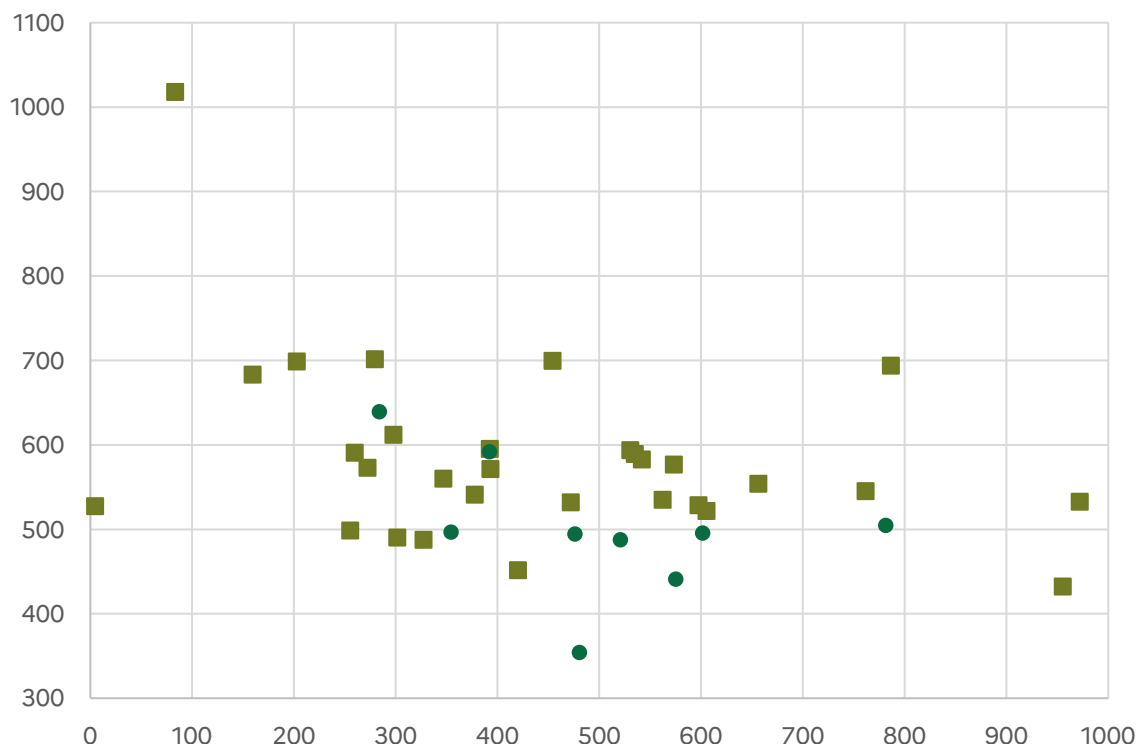
2.3. Le lien entre situation financière du département et versement d'aides extralégales est mis en avant par les départements mais peu significatif sur le plan statistique

Le croisement des données portant sur les finances départementales, et les retours au questionnaire relatif à l'attribution d'aides extralégales semblent faire apparaître un lien ténu entre situation budgétaire et politique d'attribution des aides extralégales : **les départements qui ont déclaré avoir cessé de verser des aides extralégales sont dans en moyenne dotés d'un potentiel fiscal par habitant plus faible que les départements qui continuent d'en verser** (cf. graphique 1). En revanche, il n'apparaît pas de corrélation claire entre le niveau d'endettement et la politique d'attribution d'aide sociale.

⁹ Handimobile est un service de transport à la demande du Conseil Départemental de la Corrèze, cofinancé par Tulle'Agglo, réservé aux personnes à mobilité réduite. Ouvert aux personnes handicapées physiques ne pouvant pas emprunter les réseaux de transport public classiques, Handimobile est exclusivement réservé aux Corrèziens titulaires de la Carte Mobilité Inclusion mention stationnement.

¹⁰ Formation des SAAD dans le cadre de l'académie des métiers de l'autonomie à domicile (270k€ par an sur trois ans) ; Handimobile (950k€ par an) ; aide à l'alimentation (500k€/an).

Graphique 1 : Départements déclarant verser des aides extralégales en fonction de leur niveau d'endettement par habitant et de leur potentiel fiscal par habitant



Source : données finances départementales, DGCL, retours du questionnaire.

Note de lecture : chaque point rond représente un département ayant déclaré ne pas attribuer d'aide extralégale ; chaque carré un département ayant déclaré attribuer une ou plusieurs aides extralégales. L'axe des abscisses correspond au niveau d'endettement, en €/habitant en 2023 ; l'axe des ordonnées le potentiel fiscal, en €/habitant en 2023.

Parmi les départements rencontrés, le département du Nord a indiqué à la mission restreindre fortement sa politique d'attribution d'aides extralégales du fait de contraintes budgétaires. À titre d'exemple, le département a annoncé fin 2024 l'arrêt d'un dispositif local de prise en charge des parents déficients intellectuels en lien avec l'association « Papillons Blancs ». Bien que concernant des aides extralégales et donc par définition non obligatoires, leur suppression possède un poids symbolique et politique fort, avec des retentissements médiatiques importants et souvent préjudiciables pour l'exécutif local (cf. article France 3 sur les Papillons blancs). Dans la même veine, la suppression de la majoration portant sur l'aide humaine PCH dans le Val d'Oise (la prise en charge en emploi direct par le département passant de 25,16 € de l'heure au tarif plancher de 18,96 € de l'heure) a fait l'objet de contestation de la part des associations et d'un certain retentissement médiatique¹¹.

¹¹ Voir [France 3](#) pour la subvention supprimée dans le Nord ; [actu.fr](#) pour la majoration dans le Val-d'Oise.

3. Les aides extralégales attribuées par les communes sont différentes d'une commune à l'autre, avec une forte hétérogénéité entre zones rurales et urbaines

3.1. L'attribution d'aides extralégales fait explicitement partie des compétences du bloc communal au titre de l'action sociale

En complément de l'action des départements, **les communes et intercommunalités déploient des aides en nature ou en espèces dans le champ de l'autonomie**, au titre de leur clause de compétence générale mais également des compétences spécialisées des centres communaux d'action sociale (CCAS) telles que reprises au Code de l'action sociale et des familles.

Les communes continuent en effet à exercer leurs compétences historiques traditionnelles¹² (prise en charge des indigents, gestion des hospices) mais aussi une mission plus globale de prévention et de développement social, le plus souvent à travers les centres communaux d'action sociale (CCAS). Ceux-ci, créés en 1978 en lieu et place des bureaux d'aide sociale qui avaient eux-mêmes succédé aux bureaux de bienfaisance, animent l'action générale de prévention et de développement social de la commune. Présidés par le maire de la commune, les CCAS constituent aujourd'hui le vecteur de base de la mise en œuvre d'une action sociale de proximité. **Dans les faits, toutes les communes ne sont pas dotées de CCAS** : l'OFGL recensait ainsi 14 500 CCAS ou CIAS au niveau national en 2019, contre 28 000 en 2007¹³. Au total, on estime que les dépenses du bloc communal en matière d'action sociale et sanitaire représentent 6,3 Md€ via les CCAS et CIAS. Il s'agit principalement de dépenses de fonctionnement (et notamment de personnel) et très marginalement de dépenses d'interventions¹⁴.

¹² Historiquement, les communes ont joué un rôle majeur dans la construction des politiques sociales. Les grandes lois de la III^e République relatives à l'assistance avaient alors en effet confié les principales responsabilités dans ce domaine à la commune. Il en va ainsi en particulier des lois du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite ; lois des 27 et 30 juin 1904 sur les enfants assistés ; loi du 14 juillet 1905 sur les vieillards, les infirmes et les incurables et loi du 14 juillet 1913 sur les familles nombreuses et nécessiteuses.

¹³ Ce constat s'explique en partie par une disposition de la loi NOTRe du 7 août 2015 qui lève l'obligation de création d'un CCAS dans les communes de moins de 1 500 habitants. Dans ce cas, la commune exerce directement les attributions relatives aux missions d'action sociale.

¹⁴ [Site](#) Vie Publique d'après une enquête de l'OFGL sur les enjeux financiers des CCAS et CIAS.

La compétence des CCAS, telle qu'actuellement définie dans le Code de l'action sociale et des familles, est extrêmement large. Cette action doit néanmoins respecter le principe de spécialité territoriale et s'inscrire dans la périmètre communal¹⁵. Les CCAS sont ainsi chargés d'animer « *une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées*¹⁶. » **Le versement d'aides extralégales par les communes ou leur CCAS est explicitement prévu par le législateur**, qui indique que le CCAS peut « *intervenir sous forme de prestations remboursables ou non remboursables*¹⁷ » auprès des publics cibles. Ce cadre est précisé dans la partie réglementaire du Code de l'action sociale et des familles : les CCAS « *peuvent intervenir au moyen de prestations en espèces, remboursables ou non, et de prestations en nature*¹⁸. » Ces secours sont créés sur décision du conseil d'administration du CCAS en fonction des besoins de la population, évalués sur la base d'« *une analyse annuelle des besoins de l'ensemble de la population qui relève du CCAS et notamment de ceux des familles, des jeunes, des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes en difficulté*¹⁹ »

Le rôle **d'accueil de premier niveau des CCAS est également prévu** dans le Code de l'action sociale et des familles : le CCAS « *participe à l'instruction des demandes d'aide sociale dans les conditions fixées par voie réglementaire. Il transmet les demandes dont l'instruction incombe à une autre autorité*²⁰ ». Dans les faits, ces demandes concernent essentiellement le conseil départemental en tant que chef de file sur les politiques sociales. Cette transmission à l'autorité compétente est obligatoire, le CCAS n'étant pas habilité à en apprécier le bien-fondé²¹, sauf délégation expresse du Conseil départemental à cette fin : le Code de l'action sociale et des familles prévoit en effet que certaines compétences départementales dans le domaine de l'action sociale peuvent être déléguées au niveau communal, sous couvert d'une convention bilatérale²².

La grande majorité des CCAS/CIAS, *a minima* pour les plus importants d'entre eux, semble effectivement accompagner les personnes âgées pour les demandes d'ouverture de l'APA lorsqu'ils sont sollicités (enquête HCFEA-UNCCAS de 2023 avec 152 répondants). Par ailleurs, près de 50 % contribuent à l'évaluation des besoins des personnes sollicitant l'APA (les CCAS des plus grosses communes contribuant davantage²³).

Par leur truchement, les communes investissent également le champ de l'aide à domicile : elles peuvent gérer en propre des services d'aide à domicile pour accompagner les personnes âgées ou handicapées dans leurs tâches quotidiennes (ménage, courses, aide à la toilette, etc.), subventionnent des services privés ou associatifs agréés, ou interviennent en bonification des barèmes départementaux. Du côté de l'accueil et de l'hébergement des populations en situation de handicap ou en perte d'autonomie, certaines communes sont gestionnaires de certains établissements (notamment Ehpad, résidences autonomie ou ex résidences seniors).

¹⁵ Article R. 123-32 du Code de l'action sociale et des familles.

¹⁶ Article L. 123-5 du Code de l'action sociale et des familles.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Article R. 123-2 du Code de l'action sociale et des familles.

¹⁹ Article R. 123-1 du Code de l'action sociale et des familles.

²⁰ Article L. 123-5 du Code de l'action sociale et des familles.

²¹ *Ibid.*

²² Article L.121-6 du Code de l'action sociale et des familles.

²³ 37% des CCAS de territoires de moins de 5000 habitants contribuent à l'évaluation de l'APA contre 58 % pour les plus de 20 000 habitants.

Les délibérations des centres communaux d'action sociale sont soumises au contrôle de légalité *a posteriori* du préfet, au même titre que celles des collectivités. La circulaire du 22 juillet 1987 précise ainsi qu' « *entrent dans le champ du contrôle de légalité, qu'ils soient ou non soumis à l'obligation de transmission, les actes suivants : [...] les délibérations instituant des prestations facultatives d'aide sociale et les décisions individuelles d'attribution de ces prestations* ». Ici encore, les services de l'État disposent en théorie de visibilité sur les aides attribuées par les CCAS. Ce n'est pas le cas en pratique faute de contrôle effectif. À noter que les décisions individuelles d'attribution ne font pas partie des actes dont la transmission est obligatoire : le préfet peut en revanche exercer un contrôle de légalité s'il a connaissance de ces actes par ailleurs (par exemple sur transmission de l'intéressé).

Dans le cadre des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), les communes membres peuvent transférer une partie de leurs compétences sociales à l'EPCI. Depuis la loi du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales, **les EPCI peuvent opter pour la compétence d'action sociale d'intérêt communautaire**. Elles peuvent en particulier créer un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) en ce sens.

3.2. Les personnes âgées et les personnes en situation de handicap sont indirectement des publics cibles pour les CCAS

Selon le *Guide aide et secours*²⁴ de l'Union nationale des centres d'action et de secours (UNCCAS), qui rapporte une situation relativement datée (2006), **l'aide apportée par les CCAS est en premier lieu une aide alimentaire** pour les publics précaires (44 % du budget des CCAS) sous forme d'aide en espèces, de chèques d'accompagnement personnalisé, de bons alimentaires, de colis ou encore d'accès à la restauration scolaire. Les trois postes suivants de dépenses par ordre d'importance sont les aides liées à l'énergie (13 %), au logement (10 %) et au transport (9 %). En moyenne, ces aides représentent pour chaque bénéficiaire de l'ordre de 100€ par an.

La plupart des aides et services proposés par les CCAS sont attribués sur critère social et donc sous condition de ressources. Du fait du recouvrement entre personnes précaires et personnes en situation de perte d'autonomie, **les bénéficiaires de l'AAH constituaient 6 % des demandeurs en 2006**²⁵ (ordre de grandeur comparable avec ce qui est observé en 2023 à la Roche-sur-Yon, où le taux de bénéficiaires de l'AAH ou de pension d'invalidité est de 9 %) ; de même, les personnes âgées bénéficient pour certaines de ces aides par effet de bord du fait de leur vulnérabilité et en particulier de leur situation de précarité (8 % de retraités à la Roche-sur-Yon en 2023).

En 2023, selon une enquête du HCFEA et de l'UNCCAS portant sur 152 CCAS et CIAS essentiellement urbains²⁶, la majorité des CCAS/CIAS fournissent des aides facultatives aux personnes âgées : 2/3 des CCAS de l'échantillon déclarent ainsi fournir des aides sociales ou aides à l'autonomie extralégales. Les autres aides ou services facultatifs aux personnes âgées sont la veille pour les personnes isolées (84 %), la mise à disposition d'aide à la citoyenneté ou à la participation sociale (63 %), ou encore les activités de prévention de la perte d'autonomie (53 %). D'après cette même enquête, les CCAS jouent également un rôle actif en matière de signalement (situations complexes, prise en charge de mauvaise qualité, interruptions d'accompagnement), assurent un accompagnement lors des sorties d'hospitalisation, ou interviennent en complément des hospitalisations à domicile.

²⁴ UNCCAS, *Guide aides et secours*, enquête 2006.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Enquête HCFEA-UNCCAS conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge, décembre 2023.

La dernière enquête quantitative permettant d'estimer de manière globale l'action sociale des communes et des centres communaux d'action sociale est l'enquête ASCO de la DREES, en 2015-2016²⁷. Il est possible de tirer trois enseignements de cette étude :

- ◆ **disparité entre centres urbains et zones rurales** (selon la taille de la commune) : l'étude fournit des résultats quantitatifs différenciés selon la taille de la commune considérée. Quel que soit le dispositif considéré (cf. graphique 2, graphique 3 et graphique 4), la part de communes ou CCAS proposant une aide donnée est significativement plus importante dans la catégorie moyenne et grande commune (plus de 1500 habitants) que dans la catégorie petite commune (moins de 1500 habitants). À titre d'exemple, les secours d'urgence sont proposés dans 35 % dans petites communes, contre 86 % des moyennes et grandes communes ;
- ◆ **hétérogénéité dans l'offre d'action sociale** : si la diversité de l'offre est objectivement importante (35 dispositifs différents dans le champ de l'enquête ASCO), seule quelques dispositifs sont proposés par plus de 50 % des moyennes et grandes communes (et aucun dans les petites communes). Il s'agit de :
 - secours d'urgence ;
 - prise en charge des factures (apurement des impayés de gaz et d'électricité) ;
 - aides aux démarches administratives ;
 - colis de fin d'année ;
 - bons alimentaires.
- ◆ **cumul avec les dispositifs légaux** : certains dispositifs sont cumulables avec les dispositifs légaux dans le champ de la mission. C'est notamment le cas des dispositifs de soutien financier non remboursables. À ce titre, les chèques d'accompagnement personnalisés (distribués dans près de la moitié des villes de plus de 10 000 habitants en 2015), qui peuvent être utilisés comme titre de paiement dans de nombreuses enseignes (grandes surfaces, magasins spécialisés, restaurants, fournisseurs d'électricité, etc.) et les secours d'urgence constituent des compléments ponctuels aux minima sociaux. D'autres dispositifs viennent compléter l'offre légale ou extralégale des conseils départementaux : c'est par exemple le cas de l'aide alimentaire en espèce ou des bons alimentaires, complément du volet portage de repas (ces dispositifs visant des publics différents). Dans certains cas, **la question se pose de la subsidiarité réelle ou du cumul non maîtrisé** entre les aides légales départementales et l'action sociale des communes. Par exemple des portages de repas qui peuvent être proposés par plusieurs niveaux de collectivités ; ou encore l'offre de transport adaptée qui peut être proposée de façon concomitante par le conseil régional et certains CCAS²⁸.

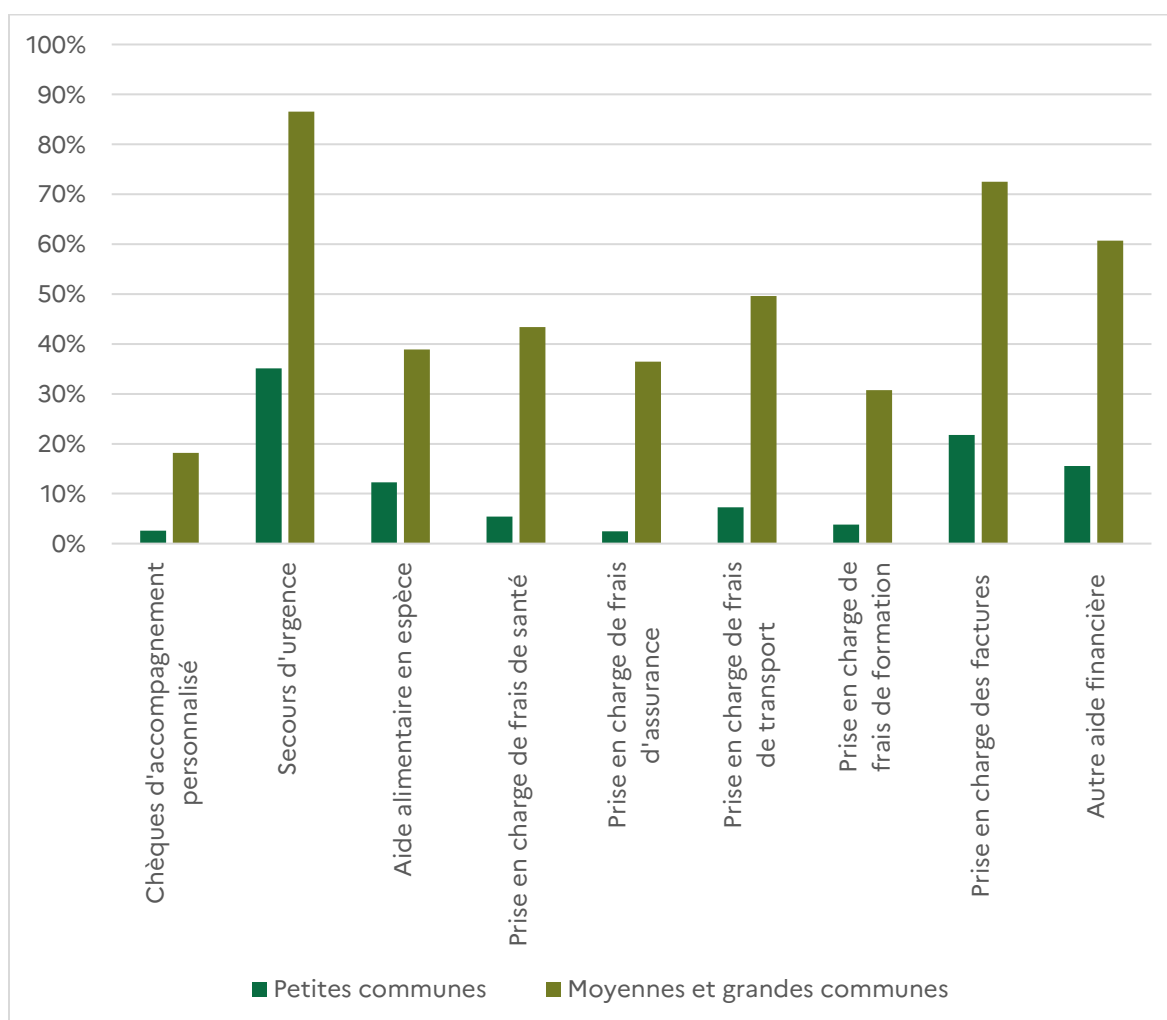
²⁷ Les résultats qui suivent correspondent donc à une situation relativement ancienne, datant de 10 ans, qui ont pu évoluer depuis. À titre d'exemple, on peut supposer que les secours liés au paiement des factures d'énergie sont allés croissants dans un contexte de crise énergétique. Par ailleurs, il faut souligner que le champ de l'enquête ne concernait pas le seul segment de l'autonomie, mais l'ensemble de l'action sociale des communes et des centres communaux d'action sociale. Cette enquête a vocation à être actualisée dans le courant de l'année 2025, dans des délais non compatibles avec ceux de la mission.

²⁸ L'échelon départemental peut également prévoir des aides à la mobilité : par exemple, l'élément 3 de la prestation de compensation du handicap (PCH) peut financer sous plafond décennal l'équipement d'un véhicule automobile, mais également les surcoûts liés au transport.

En termes de coordination entre acteurs, des tentatives de rationalisation ont eu lieu :

- ♦ en mai 2009, signature d'une « déclaration commune de principes sur les conditions d'attribution des aides facultatives locales à caractère social », avec notamment l'Association des Maires de France (AMF), l'Assemblée des Départements de France (ADF, devenue Départements de France), l'Union nationale des CCAS (UNCCAS) et la Caisse nationale des Allocations familiales (CNAF). Sans portée contraignante, cette déclaration commune prévoit que chaque collectivité, qui conserve ses compétences, se conforme à des principes communs, tels que l'attribution de ces aides en fonction d'un niveau de ressources et non d'un statut d'allocataire de minimum social, et l'adoption de barèmes non désincitatifs au retour à l'emploi ;
- ♦ fin 2009, l'accès des communes aux informations détenues par les autres collectivités publiques en matière d'aide et d'action sociales. **La création du Répertoire National Commun de Protection Sociale²⁹ (RNCPS) a ainsi vocation à permettre aux communes³⁰ de connaître les prestations attribuées**, notamment, par les régimes obligatoires de protection sociale.

Graphique 2 : Aides financières non remboursables

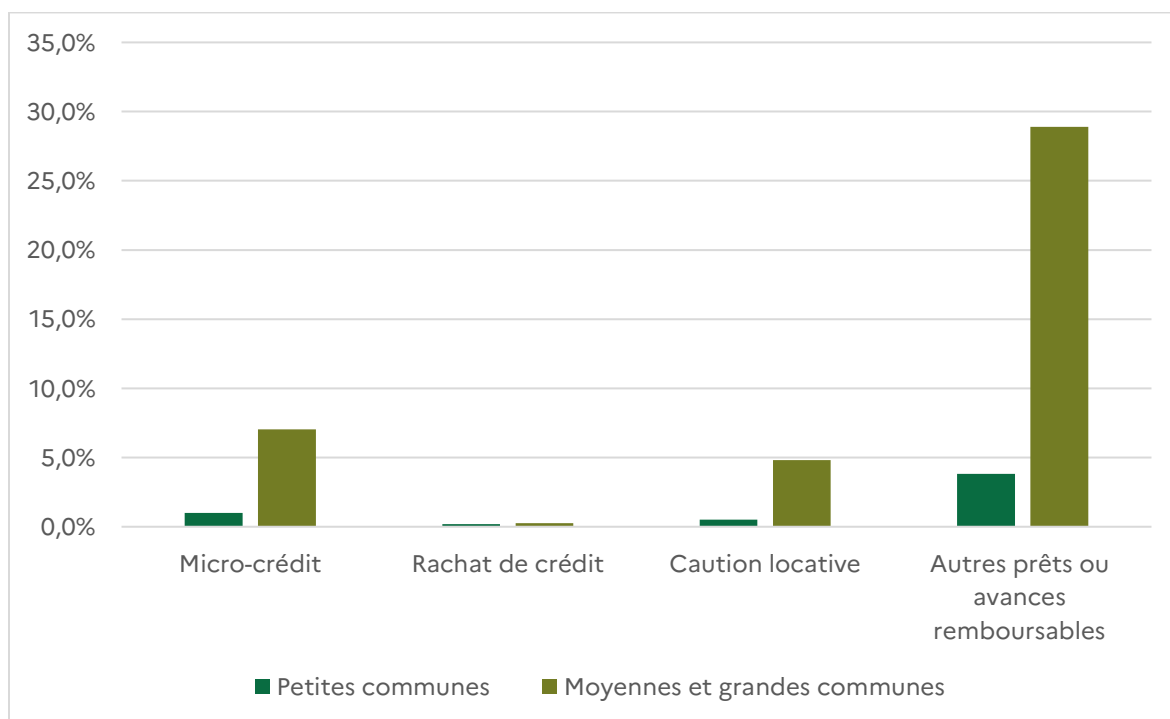


Source : DREES, enquête ASCO 2015-2016

²⁹ Décret n° 2009-1577 du 16 décembre 2009 relatif au Répertoire national commun de la protection sociale.

³⁰ Article L 114-12-1 du Code de la sécurité sociale.

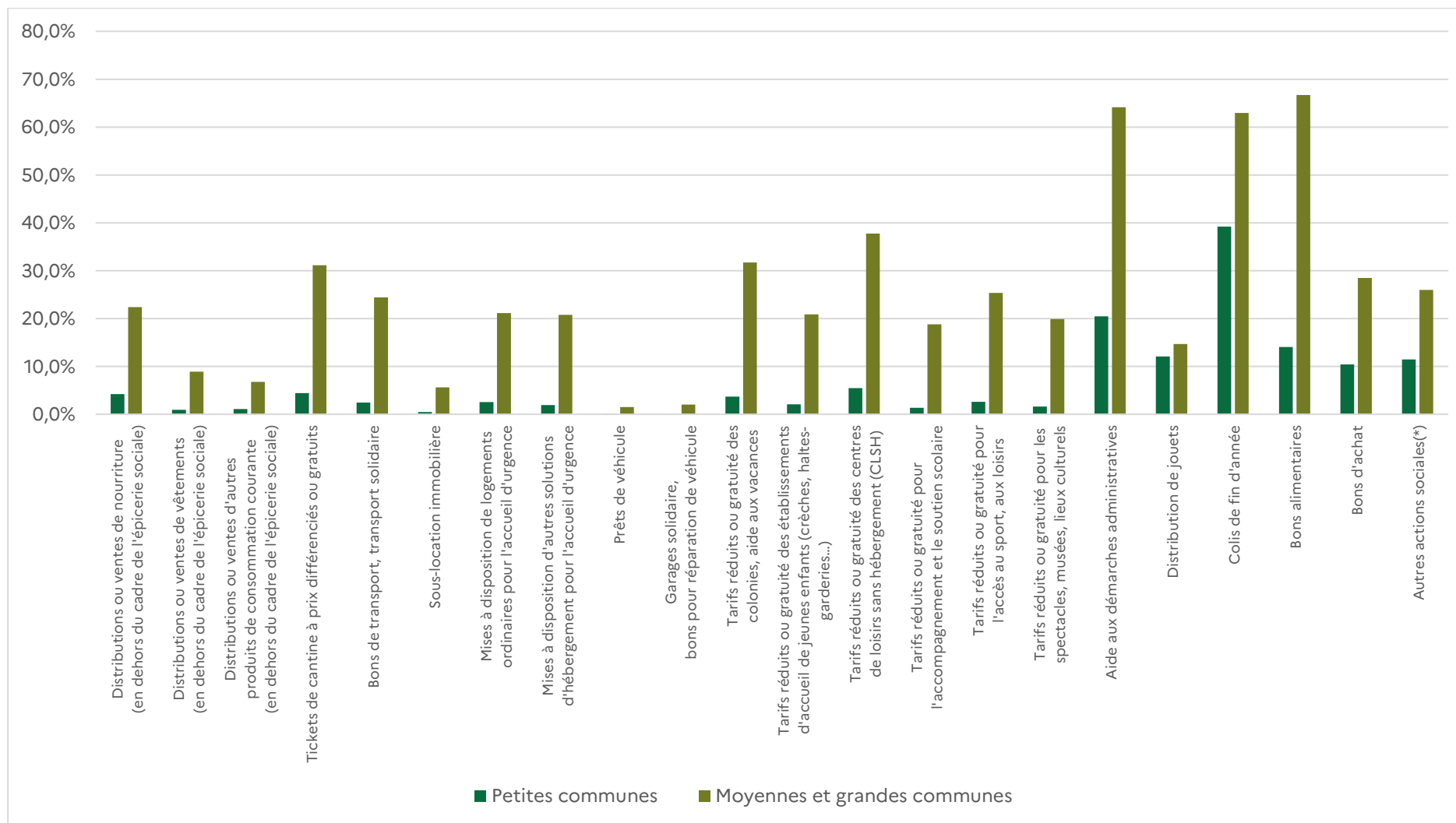
Graphique 3 : Aides remboursables



Source : DREES, enquête ASCO 2015-2016

Annexe VI

Graphique 4 : Autres dispositifs



Source : DREES, enquête ASCO 2015-2016.

Les différentes aides mentionnées sont accordées après examen d'un dossier, sous certaines conditions. Bien qu'il n'existe pas de cadre national encadrant l'attribution de ces aides qui relèvent de la libre administration des collectivités territoriales, certains critères sont assez largement répandus³¹ :

- ◆ condition de nationalité : être français, membre de l'UE, ou avoir un titre de séjour (cette condition peut parfois être assortie d'une durée minimale de résidence en France) ;
- ◆ condition de résidence : être domicilié et/ou résider à titre principal sur le territoire de la commune (selon le principe de territorialité). Ces conditions peuvent être assorties d'une durée minimale de résidence sur la commune ;
- ◆ composition familiale : soit pour évaluer le montant de l'aide, soit pour l'attribution d'aides destinées à des enfants ;
- ◆ situation professionnelle, certaines aides étant réservées aux publics sans emploi ;
- ◆ condition d'âge : être majeur ;
- ◆ conditions de ressources – situation financière : la condition de ressource est souvent évaluée sur la base du reste à vivre, notion dérivée de la loi n°98-1998 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions pour permettre aux commissions de surendettement de déterminer la capacité de remboursement du débiteur. Si la plupart des CCAS calculent le reste à vivre comme la différence entre ressources et charges du ménage³², divisé par le quotient familial, **des disparités demeurent quant à l'évaluation de chacun de ces paramètres**. Le calcul des ressources est assez homogène, avec plus de 90 % des CCAS qui intègrent les salaires, les prestations sociales, les pensions alimentaires, les prestations familiales et les allocations vieillesse et logement. En revanche, le calcul des charges apparaît très hétérogène, 74 % des CCAS intégrant les impôts ; 64 % les frais de téléphonie et d'internet ; 49 % les frais de remboursement des indus ; 33 % les frais de voiture ; 6 % l'alimentation et 4 % l'habillement³³.

3.3. L'effet global des aides extralégales communales et leur intrication avec les autres aides sociales demeure mal appréhendé

À la connaissance de la mission, les seuls travaux académiques visant à évaluer l'impact des aides sociales extralégales dans leur ensemble et non pas à titre individuel sont ceux de Yannick l'Horty et de Denis Anne. Ces travaux³⁴ s'appuient sur un travail préliminaire visant à établir un panorama exhaustif des aides légales attribuées par une commune ou un centre communal d'action social sur un territoire donné. **L'effet de ces aides est ensuite simulé³⁵ sur plusieurs situations familiales types** (personne seule avec ou sans enfant, couple avec ou sans enfant), selon le niveau de revenu du foyer. Réalisé une première fois en 2002 sur 13 communes, les chercheurs ont renouvelé leur travail en 2009 et 2022 sur vingt villes françaises, dont Paris, Lyon et Marseille, en partie sur les mêmes zones géographiques, ce qui permet de distinguer des tendances dans l'attribution de ces aides.

³¹ Guide aides et secours, *op. cit.*

³² Certains CCAS se basent néanmoins sur un plafond de ressource sans tenir compte des charges, UNCCAS enquête reste à vivre 2011.

³³ UNCCAS enquête reste à vivre 2011.

³⁴ Approfondissant et actualisant une approche développée il y a une quinzaine d'années, cf. « [Réformer les aides sociales locales dans le nouveau contexte du revenu de solidarité active](#) » in Revue des politiques sociales et familiales, 2010, 99, pp. 27-43, L'Horty et Anne étudient avec un angle monographique dans vingt villes françaises : cf. Droits connexes et aides sociales locales : un nouvel état des lieux, Rapport de recherche [TEPP](#), janvier 2022 qui a, notamment, donné lieu à un article éponyme in [Économie et Statistique 530-31](#), 3-26.

³⁵ Via l'outil de simulation « EQUINOXE » développé aux fins de recherche par Anne et L'Horty.

Ces travaux emportent deux hypothèses fortes liées à l'approche développée (construction d'une enveloppe d'aides sociales en fonction des revenus, et examen des effets sur le revenu disponible et les taux marginaux implicites d'imposition en cas de perte d'une aide sociale) :

- ♦ non recours : sans qu'il soit possible de les quantifier, les auteurs indiquent **que les situations de non-recours sont probablement plus fréquentes pour les aides locales que pour les aides nationales**, du fait de la complexité de l'offre, du manque d'information et du non recours choisi (par exemple sur des tarifs préférentiels à une offre sportive ou culturelle). Or, le simulateur développé considère que les bénéficiaires vont « consommer » l'ensemble des prestations auxquelles ils ont droit au vu de leurs ressources et de leur situation familiale, conduisant à une surestimation du niveau d'aide simulé ;
- ♦ échantillonnage et extrapolation : la réalisation d'un panorama exhaustif sur une commune donnée étant par nature fastidieux et non automatisable, le nombre de communes couvertes par l'étude est réduit. Or, **les aides sociales locales sont très différentes d'une localité à l'autre**. Les auteurs de l'étude soulignent ainsi que pour une personne seule sans emploi, le montant des aides locales, de 949 € en moyenne, va d'un minimum de 390 € à Béziers à un maximum de 2 392 € dans le XIX^e arrondissement de Paris, soit un rapport de 1 à 6. De ce fait, la généralisation des résultats consolidés sur l'échantillon considéré à l'ensemble des collectivités sur le territoire français est sujette à caution.

Les travaux menés par Yannick L'Horty et Denis Anne permettent néanmoins de dégager certaines grandes tendances :

- ♦ si les montants individuels des aides sont faibles relativement aux aides légales, l'agrégation des aides extralégales peut constituer une part substantielle du revenu disponible pour un foyer précaire. Anne et L'Horty estiment ainsi que **les aides sociales locales représentent selon la configuration familiale entre 6.5 % et 12.8 % de l'ensemble des ressources des ménages sans revenu d'activité, et atteignent entre 17.5 % et 25 % de l'ensemble des revenus pour l'ensemble des aides extralégales, locales et nationales**. Elles constituent donc un complément de ressource non négligeable³⁶ pour les ménages à bas revenus. Fortement dégressives avec les ressources du ménage, elles peuvent jouer un rôle important dans les désincitations monétaires au travail.
- ♦ de grandes hétérogénéités sont constatées dans l'attribution des aides sociales, entre localités et au sein d'une même commune. Au sein d'une commune, les différences de logique (sociale, familiale, autonomie) conduisent à des barèmes et à des méthodes d'abattement (en marche d'escalier, linéairement dégressif, quelconque) très différents entre prestations (cantine scolaire, offre culturelle, secours et urgence sociale etc.). Par ailleurs, en l'absence de cadrage national, il existe des disparités importantes entre CCAS quant aux conditions d'attributions d'une même prestation.
- ♦ les auteurs observent en moyenne un **lissage dans le temps des effets de seuils dans le volume des aides extralégales disponibles** : les courbes d'aides, initialement représentées par une « marche » (un seuil avec une condition de revenu) sont à présent plus dégressives, marquées par plusieurs seuils et présentant une forme d'escalier. Certaines courbes (souvent les tarifs de cantine) peuvent même être continues.

³⁶ Sur le périmètre retenu pour leur étude (avec un biais de sélection assumé lié notamment à la taille des agglomérations sous revue par rapport à l'ensemble des communes du territoire), Yannick L'Horty et Denis Anne ont ainsi évalué que les aides facultatives des communes pouvaient atteindre 2 000 € pour une personne isolée et 4 000 € pour une famille monoparentale ou un couple avec un enfant.

- ♦ du fait de l'ingénierie nécessaire pour établir l'effet agrégé des dispositifs extralégaux disponibles, et leur intrication avec les dispositifs légaux et extralégaux des autres acteurs publics, les centres communaux d'action sociale n'évaluent pas les effets de leurs aides au niveau agrégé, ce qui serait pourtant gage de respect du principe de subsidiarité. **Dans le cas de la ville de Paris, l'effet agrégé des aides légales et extralégales conduit pourtant à des situations de trappe de pauvreté**, avec un gain de revenu disponible nul entre 10k€ et 20k€ de revenu d'activité annuel³⁷.

Il serait intéressant de prolonger les travaux menés par ces chercheurs sur le champ de l'autonomie et du handicap.

3.4. Les offres d'aide sociale des CCAS de Paris et de la Roche-sur-Yon sont différentes en nature et en volume

3.4.1. Le centre d'action sociale de la ville de Paris dispose d'une offre sociale étendue à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Le centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP) propose une offre particulièrement large et diversifiée à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (cf. tableau 2). Le CASVP se distingue des CCAS en proposant une offre d'aides spécifiques à destination des personnes en situation de handicap, ce qui semble peu fréquent (cf. partie 3.2). L'offre du CASVP est pour partie subsidiaire aux aides légales, et pour partie majorante :

- ♦ **majoration des aides légales** : le forfait Paris Solidarité vient par exemple majorer l'AAH et l'allocation de soutien aux parents handicapés majore l'AEEH. D'autres aides comme Paris Logement ouvrent également des compléments de revenu pour les locataires bénéficiaires de l'AAH ou pour les personnes âgées. L'aide à l'amélioration de l'habitat pour les personnes handicapées constitue pour sa part le pendant des aides techniques de la PCH ou de Mapprimeadapt. Sur le volet des personnes âgées, le portage des repas viennent en complément des aides accordées au titre de l'APA (d'autant plus que les bénéficiaires de l'APA sont prioritaires pour y prétendre) ;
- ♦ **subsidiarité aux aides légales** : à l'inverse, des dispositifs tels que les télécommandes pour personnes malvoyantes ou les forfaits coiffure s'inscrivent dans une logique claire de subsidiarité, dans la mesure où ils n'intègrent ni les plans APA ou PCH, ni le panel des aides extralégales proposés par le service autonomie du département;
- ♦ **intrication avec d'autres aides extralégales** : alors même que le CASVP et la Ville de Paris occupent une place singulière dans le paysage français (seul département et centre communal d'action sociale agissant sur le même périmètre géographique), les services de la ville en tant qu'organe départemental et du CASVP n'ont pas d'accès réciproque à leurs données individuelles. De ce fait, l'articulation entre les aides proposées en commun (par exemple forfait coiffure, port de repas et téléalarme) n'est pas optimisée et le caractère subsidiaire des aides du CASVP n'est pas assuré. Les services rencontrés ont indiqué être conscients des redondances potentielles entre les aides extralégales proposées par le service autonomie du département et du CASVP, et souhaiter supprimer les doublons éventuels à travers le partage d'informations entre les services.

³⁷ Fourchette maximale qui varie en fonction de la composition familiale.

Annexe VI

Tableau 2 : Cas d'aides extralégales destinées aux personnes en perte d'autonomie mises en œuvre par le CASVP

Aide	Description	Conditions d'éligibilité	Modalité de calcul du montant
Paris solidarité	Destiné aux adultes en situation de handicap qui disposent de faibles revenus, afin de leur garantir un minimum de ressources.	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, justifier d'un titre de handicap	Paris Solidarité complète les ressources mensuelles dans la limite d'un plafond de 1 144€ pour les personnes seules et de 1 821 € pour les couples
Allocation de soutien aux parents d'enfants handicapé	Aide financière pour les familles ayant à charge un ou plusieurs enfant(s) en situation de handicap	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, avoir des revenus déclarés d'un montant inférieur ou égal à 60 000 €/an. - Avoir un enfant en situation de handicap à charge fiscale titulaire de l'AAH ou de l'AEEH	153€/mois En cas de placement en établissement spécialisé, la famille pourra percevoir une allocation annuelle calculée au prorata du nombre de jours que l'enfant aura passé en dehors de l'établissement.
Complément Santé Paris	Aide pour régler les frais d'adhésion à une mutuelle ou à un organisme complémentaire de santé pour les seniors ou les personnes en situation de handicap ayant des revenus modestes.	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, ne pas bénéficier du complément santé solidaire, condition de revenu 1144€/mois pour une personne en situation de handicap vivant seule ou en couple	Jusqu'à 468€/ an maximum
Paris Logement	Aide financière mensuelle, accordée pour 1 an	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, avoir des ressources inférieures à 1430€ (personne seule), avoir plus de 65 ans ou justifier d'un titre de handicap	Dépend de la composition familiale, entre 84€/mois et 116€/mois

Annexe VI

Aide	Description	Conditions d'éligibilité	Modalité de calcul du montant
Aide à l'amélioration de l'habitat pour les personnes handicapées	Aide financière ponctuelle fixée selon : - le profil du demandeur (senior, personne en situation de handicap, famille avec enfant(s) ou enfant(s) en situation de handicap à charge, locataires ou propriétaires), - la nature des travaux sur parties communes ou privatives, - les possibilités contributives du demandeur, des partenaires sociaux ou autres organismes, - le coût des travaux	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, acquitter un impôt sur le revenu inférieur à 992€ par an, avoir 65 ans ou plus ou justifier d'un titre de handicap.	Plafonné à 3049€ sur les parties communes, 1296€ sur les parties privatives
Pass Paris Access	Le Pass Paris Senior permet de voyager gratuitement sur le réseau d'Ile-de-France de la zone 1 à 5. Il permet également de bénéficier de tarifs préférentiels, voire de la gratuité d'accès à certains équipements ou activités municipaux (expositions temporaires des musées municipaux, parcs et jardins municipaux, piscines en régie municipale)	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, plafonds de ressource de 2028€ par mois, avoir 65 ans ou plus ou justifier d'un titre de handicap.	Gratuité du pass
Télécommande pour les personnes malvoyantes	Une télécommande est délivrée gratuitement par la Ville de Paris aux personnes malvoyantes adultes parisiennes afin d'activer les feux piétons équipés d'un module sonore	Habiter Paris et CMI avec mention cécité	Jusqu'à 4 télécommandes par personne
Accès aux restaurants Paris Émeraude pour les personnes handicapées	Déjeuner ou dîner à tarif préférentiel dans les restaurants « Paris Émeraude »	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, justifier d'un titre de handicap.	Tarifs : - petit déjeuner : 0,58€ - déjeuner : 3,43€ - dîner : 2,86€
Aide à domicile	Aide à domicile qui intervient chez une personne âgée pour l'aider dans les gestes de la vie quotidienne : entretien du logement, aide aux déplacements, courses, préparation des repas. Il peut également s'agir d'infirmier ou d'aides-soignants sur prescription médicale.	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, personnes de plus de 65 ans, en priorité bénéficiaires de l'APA ; personnes en justifiant d'un titre de handicap.	Calculé en fonction des ressources et de la prise en charge APA

Annexe VI

Aide	Description	Conditions d'éligibilité	Modalité de calcul du montant
Port de repas à domicile	Les bénéficiaires reçoivent des plats en barquettes individuelles livrés à domicile, à conserver au réfrigérateur et à réchauffer. Il existe différentes formules au choix (déjeuner, dîner, journée complète...), avec une possibilité d'adaptation à certains régimes alimentaires (sans sel ajouté, sans viande...) ou certaines texture (normale, mixée, hachée).	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, personnes âgées de plus de 65 ans en perte d'autonomie ou personnes handicapée justifiant d'un titre de handicap	Une participation financière est demandée aux bénéficiaires en fonction de leurs ressources ;
Téléalarme	La téléalarme est un système permettant d'alerter en cas de problème (chute, malaise...) et passer des appels de convivialité. Elle permet aux bénéficiaires de pouvoir se maintenir à domicile en sécurité. Le dispositif se compose d'un boîtier de téléassistance installé au domicile et d'une télécommande sous forme de bracelet ou médaillon. En cas de problème (chute, malaise...), une centrale d'écoute active 24h24 et 7/7 jours pourra évaluer la situation et alerter les secours, votre médecin ou les proches aidants.	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, personnes âgées de plus de 65 ans en perte d'autonomie ou personnes handicapée justifiant d'un titre de handicap	Une participation financière est demandée aux bénéficiaires en fonction de leurs ressources ; La prestation de téléassistance permet à ses bénéficiaires de profiter d'un crédit d'impôt s'élevant à 50 % des dépenses supportées.
Pédicure	La pédicurie à domicile est une prestation de soutien à domicile. Les prestations de soutien à domicile sont des prestations qui peuvent aider les personnes âgées en perte d'autonomie et les adultes en situation de handicap à mieux vivre à domicile quand leur état de santé ne leur permet pas d'effectuer seul un ou plusieurs actes de la vie quotidienne	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, personnes âgées de plus de 65 ans en perte d'autonomie ou personnes handicapée justifiant d'un titre de handicap	Une participation financière est demandée aux bénéficiaires en fonction de leurs ressources
Coiffure	Les personnes bénéficiaires de la coiffure à domicile peuvent solliciter 6 rendez-vous par an maximum et le service propose les principales prestations offertes dans les salons : Shampooing, brushing, mise en plis, coupe, permanente, couleur.	Habiter Paris depuis 3 ans, être en situation régulière, personnes âgées de plus de 65 ans en perte d'autonomie ou personnes handicapée justifiant d'un titre de handicap	Une participation financière est demandée aux bénéficiaires en fonction de leurs ressources

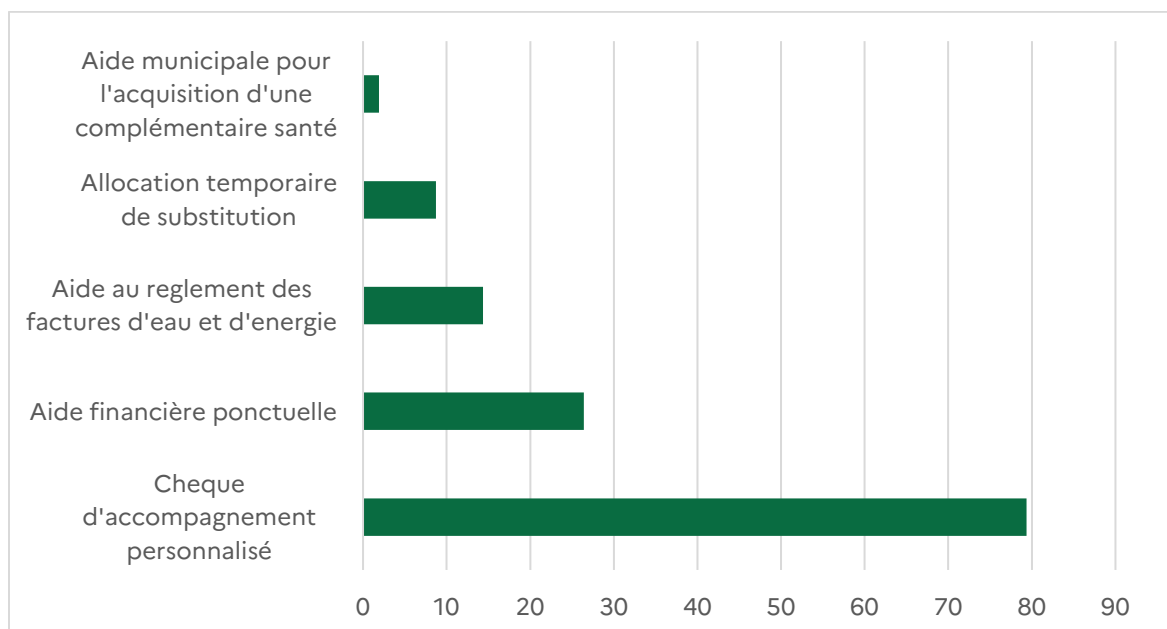
Source : Mission

3.4.2. Le centre d'action sociale de la Roche-sur-Yon, ville de taille intermédiaire, dispose d'une offre extralégale qui n'est pas directement ciblée sur les personnes en perte d'autonomie ni sur les personnes en situation de handicap

Le règlement d'action sociale du centre d'action sociale de la Roche-sur-Yon, ville de taille intermédiaire, précise les critères permettant de donner droit à une aide de la ville. Ces critères s'inscrivent dans la philosophie de l'aide sociale extralégale rappelée en 0 :

- ♦ principe social : les aides facultatives s'adressent aux personnes en difficulté financière. Lors de chaque demande d'aide, les demandeurs doivent **justifier de leurs ressources et charges du mois en cours, ainsi que de leur niveau d'épargne**. Aucune aide financière ne peut être délivrée en cas d'épargne supérieure à 5000 €. Par ailleurs, l'aide sociale facultative vise à reconnaître un **besoin de subsistance ponctuel** auquel il est nécessaire de répondre rapidement, et ne peut pas prendre en compte une insuffisance globale de ressources ;
- ♦ principe de subsidiarité : les demandeurs **doivent avoir fait valoir leurs droits auprès des différents régimes légaux et extra légaux** (CARSAT, Pôle Emploi, CAF, MSA, Conseil Départemental...) avant de prétendre aux aides du CCAS. À défaut, elles doivent être accompagnées par un travailleur social dans leur mise en œuvre. L'aide sociale facultative intervient en dernier recours ;
- ♦ principe de spécialité : les aides facultatives du CCAS sont réservées aux Yonnais. Les personnes doivent justifier d'une domiciliation sur la commune d'un mois minimum pour bénéficier d'une aide du CCAS. Par exception, les personnes sans domicile stable et de passage sur la commune peuvent solliciter l'attribution d'un chèque d'accompagnement personnalisé. Cette aide pourra être accordée trois fois par an au maximum. De même, la vice-présidente du CCAS peut déroger à la condition de nationalité pour raison humanitaire.

Graphique 5 : Dépenses en euro liées aux principales aides extralégales attribuées par le CCAS de la Roche-sur-Yon en 2023



Source : Rapport d'activité 2023 du CCAS de la Ville de La Roche-sur-Yon.

Les aides financières extralégales attribuées par le centre d'action sociale représentent un total de 133 k€ de dépenses exécutées en 2023. Les chèques d'accompagnement personnalisés représentent près de 60 % de ce montant, les chèques aux créanciers et les aides au paiement des factures d'énergie et d'eau constituant les second et troisième poste de dépense (respectivement 18 % et 11 % des aides attribuées, cf. graphique 5). Dans le détail, les principales aides accordées sont les suivantes :

- ◆ **chèque d'accompagnement personnalisé** (alimentation / hygiène / essence) : aide facultative visant à répondre à une situation d'urgence. Elle contribue à satisfaire les besoins primaires d'alimentation et d'hygiène. Il s'agit du principal mode d'intervention pour le CCAS, avec un montant moyen de 94€ en 2023 ;
- ◆ **aide financière ponctuelle** (argent liquide ou règlement des factures hors factures d'énergie ou d'eau) : aide facultative contribuant à rééquilibrer un budget fragilisé par un imprévu ou à régler des frais ne pouvant pas être pris en charge par les dispositifs légaux ou d'autres dispositifs extralégaux. Elle peut être attribuée trois fois par an maximum dans la limite de 300 € par an pour une personne seule. Son montant moyen s'élève à 264 € en 2023 ;
- ◆ **aide au règlement des factures d'eau** : le montant de l'aide est calculé afin de laisser un reste à charge de 20 % de la facture, dans la limite d'une contribution du CCAS à hauteur de 150 € par année civile pour une personne seule ;
- ◆ **aide au règlement des factures d'énergie** : le montant de l'aide est calculé afin de laisser un reste à charge de 20 % de la facture, dans la limite d'une contribution du CCAS à hauteur de 300 € par année civile pour une personne seule, majorée de 50 € par personne supplémentaire ;
- ◆ **allocation temporaire de substitution** : aide financière sous forme de don pour les personnes privées ponctuellement de ressources. Elle est calculée comme suit : montant du RSA socle en vigueur au moment de la demande (forfait logement déduit) moins montant de ressources perçues par le demandeur ;
- ◆ **aide municipale pour l'acquisition d'une complémentaire santé** : aide facultative visant à favoriser la souscription d'une complémentaire santé en faveur des personnes qui ne bénéficient pas d'une complémentaire d'entreprise, exclues des dispositifs d'aides légaux (Complémentaire Santé Solidaire - CSS) et extra légaux (Action Sanitaire et Sociale des organismes de protection sociale) ou afin de venir en complément de ceux-ci ;
- ◆ **attribution de colis de Noël pour les personnes âgées** : colis de Noël constitué de produits festifs, offert aux personnes âgées seules ou en couple ayant de faibles revenus, au cours d'un goûter et d'une animation ;
- ◆ **aide au transport** : aide facultative destinée aux personnes hébergées via le 115 en dehors de La Roche-sur-Yon et qui seraient en difficulté pour s'acquitter du montant du titre de transport ;
- ◆ **accès à l'aide alimentaire en nature** : la ville coordonne l'accès aux distributions alimentaires et aux épiceries solidaires gérées par l'AMAQY et Graine d'ID. Cette aide alimentaire en nature est soumise à des conditions de ressources. Cette aide est disponible sous condition de ressources (956€ pour une personne seule).

Attribuées dans une logique sociale, aucune de ces aides ne cible directement les publics en perte d'autonomie ni les personnes en situation de handicap. En revanche, ces publics peuvent élargir aux aides du CCAS dans la mesure où certaines d'entre elles se trouvent également en situation de précarité sociale. C'est notamment le cas des chèques d'accompagnement personnalisés. Ainsi, 9 % des bénéficiaires des aides sociales facultatives du CCAS de la Roche-sur-Yon en 2023 touchaient une pension d'invalidité ou l'AAH ; 8 % touchaient une retraite ; parmi les 32 % sans ressources, il est probable qu'une partie soit composée de personnes en perte d'autonomie, de personnes en situation de handicap et en situation de rupture de droit.

4. Les personnes en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap peuvent également percevoir des aides extralégales de la part des caisses de sécurité sociale ou des conseils régionaux

4.1. Les caisses de retraites attribuent des aides sur critères sociaux aux personnes dont l'autonomie est partiellement réduite

L'action sociale des caisses de retraites est inscrite dans le Code de la sécurité sociale qui prévoit que la caisse nationale d'assurance vieillesse exerce « *une action sanitaire et sociale* » (article L.222-1). Le périmètre de cette action a été précisé en 2015 par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui précise que « *la CNAV, la CCMSA, la CNRACL concluent avec l'État une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d'une politique coordonnée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées, dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion que ces organismes signent avec l'État.* » (article L.115-9 du Code de la sécurité sociale).

Historiquement, l'aide extralégale des régimes de retraite a précédé la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). À la création de cette dernière, prévue pour s'adresser aux personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 à 4), **les aides extralégales de la CNAV ont été conservées et recentrées sur les publics les moins dépendants (GIR 5 et 6), retraités du régime général et de la fonction publique d'État, tout comme les aides de la MSA pour le régime agricole**. Les aides de la CNAV représentent aujourd'hui 434M€ de dépenses d'intervention (budget 2024), couvrant à plus de 90 % les dépenses engagées dans le cadre des plans d'aides (le reste des dépenses étant consacré à des actions de prévention primaire et secondaire).

Contrairement à l'APA, **le financement de l'action sociale de la CNAV se fait sur une enveloppe fermée**. De ce fait, environ 5 % de la population de plus de 60 ans en GIR 5 ou 6 serait couverte par une aide extralégale de la CNAV³⁸. Pour maintenir le niveau de dépenses dans cette enveloppe, les aides sont ciblées sur les publics jugés les plus prioritaires, en fonction de leur âge, niveau de ressource, niveau de retraite. Un score est attribué à chaque demandeur en fonction des données renseignées et de celles disponibles dans le système d'information de la caisse de retraite. Une évaluation à domicile est ensuite réalisée uniquement pour les publics pré-ciblés.

La majorité des aides extralégales proposées par la CNAV s'intègrent **dans un plan d'aide OSCAR³⁹, comprenant des aides humaines⁴⁰ et des aides techniques**. Faisant l'objet d'une évaluation personnalisée par des services prestataires, les plans d'aide OSCAR visent à retarder la perte d'autonomie en améliorant les conditions d'existence des retraités dans une démarche de bien vieillir. Les grandes catégories de prestations proposées dans le cadre des plans d'aide OSCAR sont les suivantes (cf. tableau 3 pour le détail) :

- ◆ cadre de vie et sécurité à domicile : avec la mise en place de Maprimeadapt, l'assurance vieillesse ne finance plus des travaux d'aménagement. Le programme « Habiter Facile » co-porté avec l'ANAH a ainsi pris fin ;
- ◆ mobilité et lien social ;
- ◆ soutien personnalisé ;

³⁸ En considérant que la part de la population en GIR 5 ou 6 est de l'ordre de 5 % de la population des plus de 60 ans, l'enveloppe permet actuellement de couvrir environ 5 % de la population cible, ce qui suppose un ciblage vers les publics les plus fragiles.

³⁹ Pour « [offre de service coordonnée pour l'accompagnement de la retraite](#) ».

⁴⁰ Le montant de participation horaire de l'aide humaine à domicile, délivrée dans le cadre des plans OSCAR, s'établit, pour toutes les heures réalisées en 2025, à 26,80 euros (30,10 € pour les dimanches et jours fériés).

Annexe VI

- ♦ vie quotidienne : cette section comprend notamment un service de préparation et de portage de repas, également proposé par certains centres communaux d'action sociale ;
- ♦ accompagnement et prévention à domicile : dont accompagnement à toilette.

En complément de ces dispositifs, l'action sociale de la CNAV attribue également des aides financières exceptionnelles hors plan d'aide. À titre d'exemple, des secours énergie pouvant atteindre 221 € peuvent être distribués aux foyers en situation de précarité énergétique ; les secours en cas de catastrophe naturelle peuvent atteindre 1 210 € pour une personne seule, 1 940 € pour un couple.

Tableau 3 : Prestations extralégales proposées par la CNAV dans le cadre des plans d'aide OSCAR

Nom	Description	Objectif/prestation
Cadre de vie et sécurité à domicile		
Aide technique	Les aides techniques correspondent aux produits et instruments pouvant être utilisés par une personne âgée, existant sur le marché et destinés à prévenir la perte d'autonomie et à favoriser la sécurité du logement, en particulier en limitant les risques de chute	Améliorer l'accessibilité et la mobilité dans le logement ; proposer des mesures simples d'aménagement ; conseiller sur les aides techniques et en préconiser
Assistance et sécurité	Installation et/ou abonnement de matériel au domicile de la personne âgée, destiné à signaler des situations de crise et assurer une veille téléphonique.	Installation du matériel, veille téléphonique, alerter de la personne référente de l'abonné en cas de déclenchement de l'alarme
Gros travaux d'entretien	Tous travaux de gros nettoyage, désinfection, assainissement, de salubrité tant à l'intérieur, qu'à l'extérieur répondant aux critères d'hygiène et de sécurité	Lessivage des plafonds, des murs, des sols, etc. ; traitement des tapis et moquettes ; entretien des voilages ; nettoyage des vitres et encadrements, grandes surfaces (intérieures et extérieures) ; entretien des accès, terrasses, balcons ; entretien des boiseries (intérieures et extérieures) ; - entretien des volets extérieurs et des portes ; désinfection des pièces : sanitaires (WC, salle de bain), cuisine, placards de rangement (alimentation, etc.) ; gros rangements.
Petits travaux d'entretien	Tâches élémentaires et occasionnelles pour une durée courte de 2 heures maximum	Travaux de bricolage, travaux de jardinage (intervention en extérieur pour sécuriser les déplacements du retraité), petit bricolage ponctuel (petit entretien de plomberie, déplacement et montage de meubles), petit jardinage (: tonte, désherbage, débroussaillage)
Mobilité et lien social		
Aides à la mobilité	Déplacements organisés avec le véhicule de la structure ou de l'intervenant	Prendre le retraité en charge à son domicile ; accompagner la personne jusqu'à sa destination ; raccompagner la personne à son domicile
Aide au loisir	L'aide aux loisirs peut couvrir plusieurs champs : inscription à un club, participation à une sortie collective, cotisation à un centre social/aux clubs des aînés, etc.	

Annexe VI

Nom	Description	Objectif/prestation
Accompagnement informatique	Initiation à l'informatique, aux nouvelles technologies, démonstration et aide à l'installation, dépannage de premier niveau	Aider à utiliser un mobile : envoyer, recevoir des appels et messages ; aider à la navigation internet ; aider à l'utilisation des boîtes mail
Repas pris en structure	Repas pris en structure (foyer logement, EHPAD etc.)	Objectif d'une mixité et éventuellement d'une insertion de la personne âgée dans la vie sociale de l'établissement
Soutien personnalisé		
Conseil en gestion administrative et budgétaire	Organisation spécifique sous forme de permanence et de temps dédié uniquement à la gestion administrative	Rédaction de courriers ; paiement des factures ; démarches administratives diverses (assurance, banque, déclaration d'impôts, etc.) ; se mettre en contact avec les administrations
Mieux Être	Les prestations « mieux être » peuvent couvrir plusieurs champs (protection hygiène, pédicurie, coiffure, esthétique, etc.)	Conserver, renforcer son estime de soi ; prendre soin de sa personne.
Soutien psychologique	Séance(s) délivrée(s) par un professionnel qualifié et diplômé	
Conseil en prévention à domicile	Prestation d'animation personnalisée au domicile des personnes âgées, qui participe à la prévention de la perte d'autonomie et au répit des aidants	Mettre en œuvre un programme d'animations individualisé au domicile
Vie quotidienne		
Livraison de courses à domicile	Il peut s'agir de livraison de courses alimentaires, de médicaments, de livres, de journaux, etc.	Apporter la marchandise achetée et/ou commandée jusqu'au domicile de la personne (cuisine, etc.).
Portage de repas	Le service de portage de repas assure la préparation et la livraison de repas froids (à réchauffer dans un four micro-ondes) ou chauds au domicile de la personne âgée.	Préparer des colis-repas, livrer des repas au domicile, remonter les problèmes rencontrés
Accompagnement et prévention à domicile		
Entretien du logement et du linge	Réalisation et aide à l'accomplissement d'activités domestiques	Entretien du logement ; entretien du linge (chargement en machine ; repassage et pliage, petits travaux de couture)
Aide au déplacement pedestre de proximité	Accompagnement de la personne âgée pour des petits déplacements de proximité, au bras, à pied à l'aide d'aide technique ou avec un fauteuil roulant.	Visites de voisinage, de proches ; accompagnement pour la réalisation d'activités ; accompagnement pour faire des courses dans le quartier de résidence (boulangerie, pharmacie, etc.) ; accompagnement chez le médecin, le coiffeur, etc. ; accompagnement pour la promenade d'un animal de compagnie
Aide à la préparation des repas	Aide à la préparation des repas	Établir des menus en lien avec le retraité ; aider aux courses (constitution de la liste de courses, achat des courses et rangement) ; contrôler le réfrigérateur et trier les denrées de consommation ; alerter en cas de situation nécessitant des conseils en nutrition ; préparer des repas ; laver, essuyer et ranger la vaisselle et les ustensiles de cuisine.

Annexe VI

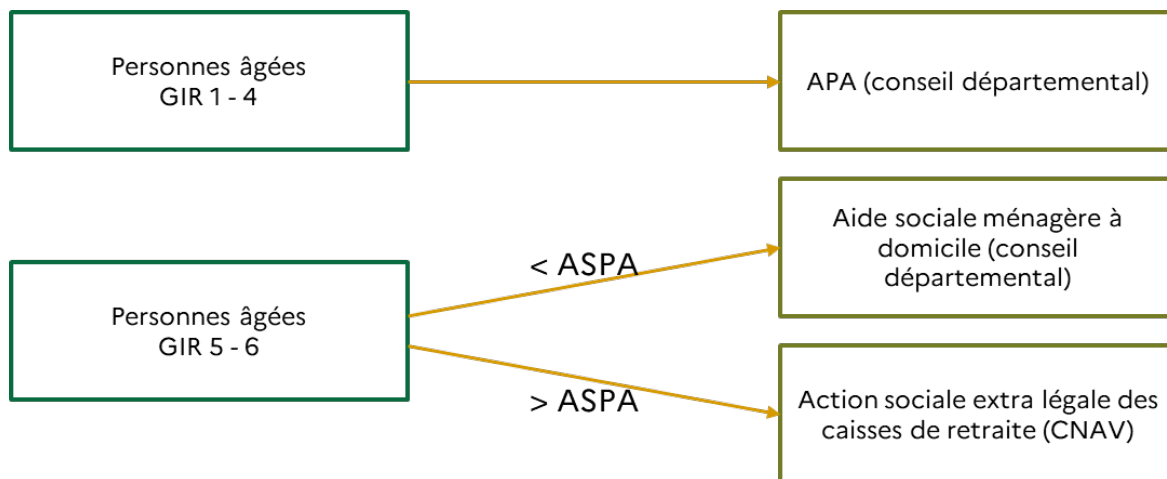
Nom	Description	Objectif/prestation
Accompagnement à la toilette	Aide à la toilette ponctuelle non réalisable par les SSAD.	Aider à l'habillage /déshabillage ; aider à l'hygiène corporelle (dos, pieds) ; coiffer la personne âgée ; assurer une surveillance pendant le bain ou la douche

Source : Plan d'aides OSCAR, référentiel des prestations.

Évaluation du plan d'aide. L'accès à une aide de la CNAV repose sur l'envoi par le demandeur du formulaire CERFA 16 301*01, formulaire commun avec le conseil départemental (pour la demande d'APA). Si le demandeur est éligible à une aide de la CNAV, un rendez-vous d'évaluation à domicile financé par l'Assurance retraite est organisé. Il est réalisé par des prestataires, professionnels évaluateur de besoins d'aide à domicile conventionnés avec les Carsat, bénéficiant d'un socle national de formation régulièrement enrichi. L'évaluation est réalisée selon la grille FRAGIRE⁴¹, utilisée en complément de la grille AGGIR. Un dossier national d'évaluation est alors rempli (saisie dématérialisée, administré à domicile). Si l'évaluation conduit à un niveau de GIR inférieur ou égal à 4, les demandeurs sont redirigés vers les conseils départementaux pour réaliser une demande d'APA, avec un mécanisme de reconnaissance mutuelle du niveau de GIR. En revanche, une nouvelle évaluation des besoins doit être réalisée pour déterminer le plan d'aide APA, même si la reconnaissance mutuelle des évaluations entre CARSAT et conseils départementaux se développe.

Articulation entre les dispositifs. Si la frontière entre l'action extralégale des caisses de retraites et l'action légale des départements dans le cadre de l'APA apparaît bien démarquée par le niveau de GIR (qui fait l'objet d'une reconnaissance mutuelle), ce n'est pas le cas avec l'aide sociale départementale à domicile. En effet, **les personnes en GIR 5 ou 6 peuvent soit prétendre à un plan d'aide de la CNAV, soit au dispositif d'aide sociale départementale en fonction de leur niveau de ressources (seuil au niveau du minimum vieillesse).**

Graphique 6 : articulation entre les aides extralégales de la CNAV et les aides légales du département



Source : CNAV

⁴¹Grille développée par la CNAV, la MSA et le régime sociale des indépendants et adaptée aux besoins spécifiques des retraités ayant un score GIR 5 ou 6 et vivant à leur domicile. Des travaux scientifiques prédictifs ont été menés sur longue période pour évaluer sa dimension prédictive.

Par ailleurs, le dispositif d'aide sociale départementale ne concernant que le financement d'heures d'aide-ménagères à domicile, il est a priori moins avantageux que le plan d'aide OSCAR de la CNAV, qui permet la mise en place de plans d'aide plus larges avec le financement de prestations importantes pour le maintien de l'autonomie et la prévention (portage de repas, aides techniques, téléalarme, démarches administratives ...). Le dispositif d'aide sociale départementale est également récupérable sur succession, ce qui n'est pas le cas des aides des CARSAT. **Alors même que leur situation sociale est plus dégradée, les bénéficiaires de l'aide sociale légale bénéficient de ce fait d'un accompagnement moins complet.** Par ailleurs, du fait des revalorisations du minimum vieillesse, certains bénéficiaires d'un plan d'aide intégré OSCAR se retrouvent à basculer dans l'aide sociale, moins avantageuse.

Il apparaît possible de simplifier ce dispositif, **en supprimant le dispositif d'aide sociale légale à domicile avec un transfert des bénéficiaires vers l'action sociale des caisses de retraite.** Le dispositif d'aide sociale légale à domicile concerne 18 359 personnes en 2023 (données DREES).

Il en résulterait une unique ligne de démarcation en fonction du niveau de GIR, ce qui permettrait de :

- ◆ améliorer la qualité du service pour les personnes âgées, particulièrement fragilisées au regard de leur faible niveau de ressources, en les faisant bénéficier de l'offre plus complète de la CNAV ou des autres caisses de retraite ;
- ◆ faciliter la gestion en supprimant les transferts vers l'aide sociale légale de bénéficiaires de plans d'aide des caisses de retraite lors des revalorisations du montant de l'ASPA ;
- ◆ simplifier le processus en conservant un seul critère, pour un gain de lisibilité pour l'usager.

Par ailleurs, d'un point de vue financier, la soutenabilité budgétaire du dispositif serait améliorée, du fait des enveloppes fermées de l'action sociale extra légale des régimes de retraite. L'aide sociale légale à domicile représente un budget de 60 M€ en 2023, qui pourraient être économisés par les départements. On peut toutefois s'attendre à une augmentation du nombre de demandeurs en cas de transfert, du fait de la récupération sur succession actuellement en vigueur, qui est un facteur de non-recours.

Proposition n° 1 : Dans une logique de simplification, supprimer le dispositif d'aide sociale légale à domicile pour conserver un unique dispositif d'aide aux personnes en perte d'autonomie limitée (GIR 5 et 6), quel que soit leur niveau de revenu, sous l'égide de l'assurance retraite. Dans un même esprit de simplification, la reconnaissance mutuelle des évaluations entre CARSAT et CD gagnerait à être généralisée rapidement sur l'ensemble du territoire.

4.2. La branche famille met en œuvre une action sociale extralégale en faveur des enfants en situation de handicap

À l'image de l'action sociale extralégale des régimes de retraite en faveur des personnes âgées, la branche famille déploie une action sociale extralégale en faveur des familles, dont une partie est consacrée plus spécifiquement aux personnes en situation de handicap. Ainsi, les caisses d'allocation familiales peuvent compléter ou renforcer le financement de certaines offres quand les familles ont des enfants en situation de handicap. Elles interviennent plus spécifiquement :

- ◆ à travers un soutien financier renforcé des crèches et des accueils de loisirs sans hébergement (ALSH) lorsque ces derniers accueillent des enfants en situation de handicap (avec un système de bonus) ;
- ◆ avec une offre de séjours de vacances adaptées pour les enfants en situation de handicap ou de séjours familiaux pour des familles avec des enfants handicapés.

Les Caf rencontrées ne versaient pas d'aide monétaire spécifique aux familles en situation de handicap, au titre de leur action sociale. Les aides extralégales versées par les Caf apparaissent donc complémentaires aux aides de droit commun.

4.3. L'action des conseils régionaux vise l'accès à la mobilité, domaine dans son champ au titre de la compétence transport

Les conseils régionaux ne sont pas en première ligne sur le champ de l'autonomie au vu des compétences qui leur ont été déléguées. L'exemple de l'Île de France permet néanmoins d'identifier deux domaines dans lesquels des aides extralégales de niveau régional peuvent exister :

- ♦ **transport adapté** : le conseil régional Île de France a mis en place un service de **transport à la demande, d'adresse à adresse, à tarif réduit**⁴². Il est réservé aux personnes à mobilité réduite, handicapées (personne française disposant d'une carte mobilité inclusion ou d'une carte d'invalidité >80 %) ou dépendantes (personnes âgées francilienne en GIR 1 à 4) pour qu'elles puissent se déplacer quotidiennement (trajet domicile-travail, loisirs...). Le service PAM agit en subsidiarité des aides légales : il ne prend pas en charge les trajets financés par une aide sociale spécifique ou par l'assurance maladie. Ce service est cofinancé par Île-de-France Mobilités, la Région Île-de-France, la Ville de Paris et par les départements suivants : 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95.

En complément de ce dispositif, des **forfaits Navigo à tarif réduit sont disponibles pour les personnes âgées ou en situation de handicap** : le forfait Améthyste offre ainsi un accès à coût réduit au réseau RATP, sous condition de ressources et dans des conditions qui dépendent du département d'origine. À titre d'exemple, ce forfait est proposé à 25 € par an dans les Hauts de Seine pour les personnes âgées de 65 ans et plus et pour les personnes handicapées titulaires de la CMI, dont le revenu imposable est inférieur à 850€ par mois pour une personne seule⁴³. Plus de 250 000 personnes en bénéficieraient en Île de France⁴⁴. Par ailleurs, les personnes non éligibles au forfait Améthyste peuvent également bénéficier du forfait Navigo senior, à partir de 62 ans et sans condition de ressource. Ce forfait ouvre droit à une réduction de 50 %.

santé : le conseil régional d'Île-de-France propose également une mutuelle « Île-de-France Mutuelle Santé », ouverte à tous les Franciliens, sans conditions de ressources. Ouverte à tous, elle cible les jeunes et les seniors en leur proposant des tarifs négociés⁴⁵.

- ♦ **fonds départemental de compensation** : le conseil régional d'Île de France finançait également jusqu'en 2024 le fonds département de compensation du département de Paris, ce qui semble constituer une exception sur le territoire national. Cette participation n'a pas été renouvelée en 2025.

⁴² Le tarif est progressif, de deux euros pour les trajets inférieurs à 15km à quatorze euros pour les trajets de 50km et plus.

⁴³ [Site](#) des Hauts de Seine.

⁴⁴ [Site](#) du conseil régional Île de France.

ANNEXE VII

Dépenses et avantages fiscaux pour les personnes handicapées et en perte d'autonomie

SOMMAIRE

1. L'EFFICIENCE DES DISPOSITIFS FISCAUX EST D'AUTANT PLUS DIFFICILE À ÉVALUER QUE LEURS OBJECTIFS NE SONT PAS EXPLICITES ET QU'ILS INTERAGISSENT ENTRE EUX ET AVEC CERTAINES PRESTATIONS SOCIALES.....	1
1.1. Les dispositifs fiscaux doivent répondre à un objectif clair et mesurable, et répondre à une exigence d'équité sociale	1
1.2. L'évaluation du coût d'un dispositif fiscal est rendue complexe par la sensibilité des agents et de l'interaction avec les autres dispositifs socio-fiscaux	3
2. LE COÛT DES DISPOSITIFS FISCAUX DIRECTEMENT CIBLÉS SUR LA PERTE D'AUTONOMIE REPRÉSENTE 10 % DE CELUI DES CINQ PRESTATIONS SOCIALES ÉTUDIÉES.....	4
2.1. Si la modulation de l'impôt en raison des facultés contributives revêt un caractère constitutionnel, les demi-parts fiscales additionnelles attribuées au titre de la perte d'autonomie peuvent être questionnées	7
2.2. L'effet des aides sociales est majoré pour les populations les plus aisées par leur exonération dans la base ressource prise en considération pour le calcul de l'impôt sur le revenu	8
2.3. Les objectifs portés par les crédits et réduction d'impôts ne sont pas explicites et des effets anti-redistributifs sont constatés.....	10
3. DEUX RECOMMANDATIONS POUR FAVORISER UNE MEILLEURE ARTICULATION ENTRE AIDES SOCIALES ET DISPOSITIFS FISCAUX.....	14
3.1. S'agissant du calcul de l'AAH, la prise en compte des abattements et exonérations dans le calcul des bases ressources doit être clarifiée et surtout sécurisée juridiquement et dans les pratiques des administrations fiscales et sociales	14
3.2. L'effet cumulé de l'APA et du crédit d'impôt sur les aides à la personne introduit un aléa moral pour les départements.....	16

1. L'efficacité des dispositifs fiscaux est d'autant plus difficile à évaluer que leurs objectifs ne sont pas explicites et qu'ils interagissent entre eux et avec certaines prestations sociales

1.1. Les dispositifs fiscaux doivent répondre à un objectif clair et mesurable, et répondre à une exigence d'équité sociale

Dans son rapport particulier n° 5 d'octobre 2024¹, le conseil des prélèvements obligatoire (CPO) note que plus de la moitié des dépenses fiscales de l'impôt sur le revenu (hors dépenses déclassées et modulation du quotient familial) sont rattachées au ministère du travail, de la santé et des solidarités, notamment au titre des dépenses sur les sujets du travail (CISAP, heures supplémentaires et autres compléments de rémunération), de la garde d'enfants (CI-GE6) et des différentes prestations de solidarité (abattement sur les pensions, prestations familiales). Cela représente un montant total de 21 Mds€.

Les dépenses strictement liées au champ de la mission², à savoir soutien à l'autonomie, dont les modulations de quotient familial, sont plutôt de l'ordre de 2,5 Mds € (calcul mission, cf. 2). L'abattement de 10 % sur les pensions pour les personnes de plus de 65 ans n'est pas comptabilisé dans cette somme, dans la mesure où il ne cible pas spécifiquement la perte d'autonomie. Il représente néanmoins à lui seul 5Mds € en 2025.

Dans ce même rapport, **le CPO tente de fixer les conditions d'une bonne dépense fiscale**, selon que l'on se place du point de vue du contribuable ou du point de vue du législateur :

- ◆ pour le contribuable : les deux principaux critères sont la **simplicité d'accès et l'équité**.
 - critère de simplicité : la simplicité d'accès est particulièrement importante pour les avantages supposés compenser l'existence d'une contrainte liée à la situation personnelle ou familiale du contribuable, comme c'est le cas pour les dispositifs entrant dans le cadre d'étude de la mission. La simplicité d'accès passe notamment par la simplicité d'intégration du bénéfice dans le mécanisme de déclaration fiscale.
 - critère d'équité : les dépenses fiscales doivent avoir un effet redistributif, ou *a minima* ne pas avoir d'effet anti-redistributif. Or, le rapport du CPO souligne que la part de foyers payant l'impôt sur le revenu en France est de seulement 44,7 % des foyers imposables en 2022. De ce fait, les dépenses fiscales telles que les réductions d'impôt, les abattements de revenu ou les majorations de quotient familial profitent plus que proportionnellement aux foyers acquittant l'impôt le plus élevé. **Dans le cadre de dépenses fiscales à caractère social, l'enjeu d'équité apparaît comme particulièrement prégnant**, et pose question quant à des dispositifs tel que la réduction d'impôt des dépenses d'accueil des personnes dépendantes, qui bénéficient essentiellement aux populations les plus favorisées.

¹ Mazeau, Suard, Conseil des prélèvements obligatoires (CPO), 2024, [Les dépenses fiscales et autres avantages fiscaux](#), rapport particulier, 188 p.

² Au seul titre de l'impôt sur le revenu et sans tenir compte des exonérations de CSG et de CRDS qui s'appliquent à l'AAH, l'AEEH, la PCH versée aux aidants ou encore l'APA (cf. fiches monographiques sur les prestations concernées et jointes aux travaux de la mission).

L'effet cumulé des prestations et allocations, qui font toutes l'objet d'abattements ou d'exonérations fiscales, est également de nature à compromettre le critère d'équité entre personnes disposant de revenus réels similaires mais de revenus imposables différents, notamment parmi les populations modestes. En effet, il est possible de bénéficier conjointement de prestations ou d'allocations, tantôt de façon différentielle, tantôt de façon additive (par exemple, AAH, PCH, APL ou ASPA, APA, APL, ASH – ces aides poursuivant des objectifs bien distincts), qui constituent une source de revenu globale importante pour les bénéficiaires. Cette source de revenu ne constitue néanmoins pas un revenu imposable, ce qui peut conduire, à **facultés contributives égales (comparaison avec un salaire modeste par exemple), à des niveaux d'imposition très différents selon la composition des ressources.**

- ◆ pour le législateur : le rapport du CPO s'appuie sur les travaux d'Éric Pichet développés dans sa thèse³, évoquant les critères suivants pour caractériser les bonnes dépenses fiscales : la légitimité, le fait de remplir l'objectif fixé, la pertinence (cohérence avec d'autres mesures, simplicité d'accès), l'efficacité quantitative, la rentabilité, enfin le coût inférieur à une dépense budgétaire. **L'ensemble de ces critères nécessitent d'avoir attribué clairement et ex ante un objectif à un dispositif**, ce qui permet d'établir son efficacité et sa rentabilité. Le rapport poursuit en appelant une évaluation régulière des dépenses fiscales : *« une « bonne » dépense fiscale, du point de vue du législateur, doit rester sous contrôle. Elle doit être convenablement ciblée, adaptée à l'objectif fixé, documentée par un appareil statistique adapté, suffisamment précis pour qu'une évaluation régulière soit possible »*. Dans les faits, il apparaît que les objectifs attribués ne sont pas explicites, ou qu'ils ont pu évoluer au cours du temps (voir 2.2 pour l'exemple de la réduction d'impôts pour frais d'hébergements des personnes dépendantes), et que **la comparaison avec des dépenses budgétaires équivalentes est rarement établie** (voir l'ensemble des abattements portant sur les aides sociales, APA, AAH, AEEH, PCH) ;

Sur le plan budgétaire, les dépenses fiscales et les dépenses budgétaires peuvent apparaître équivalentes si l'on s'intéresse au solde budgétaire. Elles ne le sont en revanche pas en termes de recettes fiscales et de dépenses publiques : **les dépenses fiscales telles que les abattement, exonérations et plus encore les crédits d'impôt constituent des dispositifs de soutien neutres en termes de taux de prélèvement obligatoire**. Pourtant, comme le souligne Mickael Zemmour⁴, *« lorsqu'on étudie l'intervention publique dans le champ de la protection sociale, il est manifeste que la frontière entre non-recette et dépense est poreuse. En effet, certaines dépenses socio-fiscales coexistent avec des dépenses directes qui leurs sont très proches »*. Dans le champ de l'autonomie, c'est particulièrement le cas du crédit d'impôt pour les salariés à domicile, qui dans le cas de foyers modestes ne payant pas d'impôt, va dans les faits constituer un complément à l'APA. Pour le bénéficiaire, la nature de l'aide est strictement équivalente, mais pas pour le comptable public.

Enfin, sur le plan institutionnel, les dépenses fiscales se distinguent du versement d'aides sociales au niveau de l'entité qui en supporte la charge. Dans le premier cas, le coût est intégralement supporté par l'État, et dans le second, par l'entité financeuse (pour les aides dans le champ de la mission, le conseil départemental, l'État ou la CNSA). **Ces dispositifs présentent donc un intérêt pour l'État en termes de gouvernance** : leur pilotage est entièrement à sa main, alors que l'autonomie est un domaine de politique publique largement piloté et mis en œuvre par les départements « chefs de file » et la CNSA.

³ Essai d'une théorie générale des dépenses socio-fiscales.

⁴ Zemmour, 2015, « Exonérations, exemptions et dépenses fiscales : quels coûts pour la protection sociale ? ».

1.2. L'évaluation du coût d'un dispositif fiscal est rendue complexe par la sensibilité des agents et de l'interaction avec les autres dispositifs socio-fiscaux

L'estimation du coût réel associé à la suppression ou au maintien d'une dépense socio-fiscale n'est pas directe⁵. Le coût tel que reporté dans les documents budgétaires est en général un coût comptable, c'est-à-dire le montant supplémentaire qui serait prélevé si la dépense socio-fiscale était supprimée, à supposer qu'aucun comportement ne change et en dehors de toute interaction avec d'autres dispositifs. Or, ce coût comptable peut différer du coût réel sous plusieurs effets :

- ◆ **les changements de comportements des agents.** La plupart des dispositifs fiscaux ont précisément été conçus comme des incitations visant à appuyer une politique publique ou à influencer sur les décisions des agents économiques, notamment les individus : politique nataliste pour le quotient familial, lutte contre le travail non déclaré et le non recours pour le crédit d'impôt sur les services d'aide à domicile par exemple. Au sens économique, leur retrait constitue donc toutes choses égales par ailleurs une désincitation qui va également modifier les arbitrages des agents ;
- ◆ **les coûts induits.** Les changements de comportements peuvent être à l'origine de coûts induits, par nature difficile à évaluer. C'est par exemple le cas d'une baisse de la prise en charge des services à domicile pour les personnes âgées dépendantes (que ce soit au titre de l'APA ou du crédit d'impôt), qui aura pour résultat de faire baisser la « consommation » de l'accompagnement à domicile. Cette baisse résultera en une dégradation accélérée, là encore toutes choses égales par ailleurs, du niveau de dépendance de la personne âgée, laquelle nécessitera une prise en charge renforcée et plus rapidement (et par cela plus onéreuse toutes choses égales par ailleurs) ;
- ◆ **l'interaction entre les dispositifs fiscaux et les prestations sociales.** À titre d'exemple, toute baisse des dépenses solvabilisées par l'APA se traduit par une hausse du reste à charge et donc une hausse des dépenses fiscales dans le cadre du crédit d'impôts sur les services à domicile via l'augmentation de la part de dépenses effectivement supportée par le bénéficiaire. Autre exemple, en se plaçant dans le cadre de la jurisprudence récente de la Cour d'appel d'Aix (*cf.* 3.1) et à supposer que celle-ci soit à l'avenir confortée, tout abattement supplémentaire dans les revenus pris en compte pour l'impôt sur le revenu d'une personne touchant l'AAH a vocation à se traduire par une augmentation du même montant de la prestation versée au titre de l'AAH, et ce même si la personne ne paie pas d'impôt. Ces deux exemples illustrent la façon dont la législation fiscale peut impacter la législation sociale et réciproquement.

De ce fait, les estimations individuelles du coût comptable d'un dispositif fiscal, sans prendre en compte les trois effets cités *supra*, ne sauraient constituer que des ordres de grandeur. L'évaluation fine du coût associé au maintien d'une mesure fiscale (ou de sa suppression) nécessite de développer des modèles de micro-simulation qui prennent en compte le comportement des agents et leur sensibilité aux dispositifs d'incitations ; l'effet des changements de comportements et l'interaction entre les dispositifs, et surtout de les contrôler par des analyses combinant approche longitudinale (en quoi et comment les changements normatifs modifient-ils ou pas, dans quelle mesure et à quelles temporalités) les comportements et décisions des agents, et, le cas échéant, approche par « contrefactuel » en isolant en statique comme en dynamique la situation des personnes concernées par le changement de réglementation et celles qui ne le sont pas.

⁵ *Cf.* notamment Zemmour, 2015, *op. cit.*

2. Le coût des dispositifs fiscaux directement ciblés sur la perte d'autonomie représente 10 % de celui des cinq prestations sociales étudiées

Plusieurs dispositifs fiscaux ont progressivement été mis en œuvre pour les personnes âgées, en perte d'autonomie ou non, et les personnes en situation de handicap. Certains de ces dispositifs sont ciblés sur ces publics (réduction d'impôt épargne handicap par exemple), d'autres agissent par effet de bord (emploi d'un salarié à domicile). La mission a dressé un panorama de l'ensemble des dispositifs fiscaux existants qui peuvent viser directement ou indirectement les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap, qui dépasse le champ de la revue de dépenses mission (notamment concernant l'invalidité ou les rentes AT-MP). Ces dispositifs peuvent être classés dans trois grandes catégories (*cf.* tableau 1) :

- ◆ modulation du quotient familial, pour un coût total estimé de 700 M€ ;
- ◆ exonération et abattement à l'impôt sur le revenu, pour un coût total estimé sur le seul champ AAH, PCH et APA : 650 M€ ;
- ◆ crédits et réduction d'impôt, pour un coût total estimé de 1,4 Md€.

Tableau 1 : Dispositifs fiscaux visant directement ou indirectement les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap

Dispositif	Vecteur	Nombre de bénéficiaires	Coût État (chiffrage 2025)	Redondance avec un dispositif social ou fiscal
Demi-part supplémentaire pour les contribuables invalides (titulaires d'une carte ou pension d'invalidité)	Art. L.195 du CGI	1 461 000	520 M€	Pension ou rente d'invalidité
Demi-part supplémentaire ou quart de part supplémentaire en cas de résidence alternée, par enfant à charge titulaire de la carte d'invalidité ou part supplémentaire par personne rattachée au foyer fiscal titulaire de la carte d'invalidité	Art. L.195 du CGI et Art. L.196A° bis du CGI	327 000	165 M€	AEEH
Exonération d'impôt sur le revenu (IR) des prestations familiales et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)	Art. L.81-2, 81-14° et 81-14° bis du CGI	N.R.	Environ 400 M€ ⁶	AAH
Exonération de l'IR de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	Art. L.81-2 du CGI	N.R.	N.R.	AEEH
Exonération de l'IR de la prestation de compensation du handicap (PCH)	Art. L.81-9 ter-a du CGI	N.R.	85 M€	PCH

⁶ Voir estimation de la DLF en pièce jointe.

Annexe VII

Dispositif	Vecteur	Nombre de bénéficiaires	Coût État (chiffage 2025)	Redondance avec un dispositif social ou fiscal
Exonération de l'IR des sommes perçues à titre de dédommagement par les aidants familiaux dans le cadre de la PCH	Art. L.81-9 ^{ter} -b du CGI	108 000	55 M€	PCH
Exonération de l'IR de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	Art. L.81-2 du CGI	1 336 000	125 M€	APA
Exonération de l'IR majoration pour assistance à tierce personne	Art. L.81-9 du CGI	N.R.	N.R.	ATP
Exonération d'IR de l'allocation supplémentaire d'invalidité	N.R.	N.R.	N.R.	PI, RI, ASI
Exonération d'IR des pensions militaires d'invalidité et des pensions des victimes de guerre	N.R.	1 318 000	90 M€ ⁷	PI, RI
Exonération d'IR des prestations et rentes servies pour accident du travail ou maladies professionnelles	N.R.	N.R.	515 M€	PI, RI
Exonération d'IR des plus-values de cession réalisées par des titulaires de pensions de vieillesse ou de la carte « mobilité inclusion »	Art. L.150 U-III du CGI	N.R.	15 M€	N.R.
Exonération d'IR des plus-values immobilières réalisées par les personnes âgées ou handicapées à l'occasion de la cession de leur ancienne résidence principale avant leur entrée dans un établissement médicalisé	Art. L.150 U II-1 ^{er} du CGI	N.R.	N.R.	N.R.
Déduction des avantages en nature consentis en l'absence d'obligation alimentaire à des personnes âgées de plus de 75 ans, de condition modeste, qui vivent sous le toit du contribuable	Art. L.156-II-2 ^o ter du CGI	6 500.	3 M€	N.R.
Abattement de 10 % d'IR sur le montant des pensions et retraites	N.R.	14 960 000	4 956 M€	N.R.

⁷ Estimation 2024 voies et moyens.

Annexe VII

Dispositif	Vecteur	Nombre de bénéficiaires	Coût État (chiffage 2025)	Redondance avec un dispositif social ou fiscal
Abattement d'IR forfaitaire en faveur des personnes âgées ou invalides de condition modestes	Art. L.157 bis du CGI	7 024 000	418 M€	Abattement de 20 % en faveurs des personnes modestes
Exonération d'IR de l'ASPA	Art. L.81-9 du CGI	N.R.	N.R.	ASPA
Crédit d'impôt sur les dépenses en faveur de l'aide aux personnes (en voie d'extinction)	N.R.	60 000	24 M€	PCH, aide sociale départementale, Maprimeadapt
Réduction d'impôt sur les primes des contrats de rente survie	N.R.	34 000	565 M€	N.R.
Réduction d'impôt sur les dépenses d'accueil des personnes dépendantes	Art. L.199 quindecies du CGI.	431 000	288 M€	APA, APL, ASH
Crédit d'impôt sur l'emploi d'un salarié à domicile	N.R.	N.R.	Environ 400 M€ pour les CI portant sur les heures rentrant dans les plans APA.	APA, PCH, aide sociale départementale
Exonération de taxe foncière sur les propriétés bâties pour les titulaires de l'ASPA et de l'ASI,	Art. L.1390 du CGI	1 700 000	31 M€	AAH
Abattement effectué sur l'actif taxable aux droits de mutation revenant à tout héritier, légataire ou donataire handicapé physique ou mental	Art. L.779-II du CGI	N.R.	100 M€	N.R.

Source : *Projet annuel de performances – annexe au projet de loi de finances pour 2025, programme 157, handicap et dépendance ; note de la DLF en pièce jointe.*

2.1. Si la modulation de l'impôt en raison des facultés contributives revêt un caractère constitutionnel, les demi-parts fiscales additionnelles attribuées au titre de la perte d'autonomie peuvent être questionnées

Le quotient familial avait, lors de son institution, à la Libération, un but nataliste explicite en remplacement de l'ancien système qui tenait compte des charges de famille par un jeu de déductions et d'abattements⁸. Progressivement, l'objectif de compenser des charges spécifiques est venu s'ajouter à la visée nataliste initiale, selon l'interprétation par le Conseil constitutionnel de l'article 13⁹ de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Au regard de cet article, le Conseil juge indispensable d'intégrer à l'impôt sur le revenu « *un dispositif substantiel permettant de tenir compte des facultés contributives* », indépendamment des transferts extra-fiscaux assurés par les aides sociales¹⁰. Dans ce cadre, le périmètre du quotient familial s'est étendu à d'autres raisons que la seule prise en compte de la présence d'un couple et d'enfants, et notamment de charges liées à la prise en charge de la dépendance :

- ◆ **demi part pour les personnes invalides¹¹ au sein du foyer** : la présence au sein du foyer (un des deux conjoints) d'une personne titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion, portant la mention « invalidité » (CMI-invalidité), d'un titulaire d'une pension d'invalidité pour accident du travail de 40 % ou plus ou d'un titulaire d'une pension militaire, pour une invalidité de 40 % ou plus ouvre droit à une demi-part fiscale supplémentaire. Les veufs de plus de 75 ans dont le conjoint décédé remplissait ces conditions conservent *ad vitam* le bénéfice cette demi-part supplémentaire ;
- ◆ **demi-part pour les enfants en situation de handicap** : la présence au sein du foyer d'un enfant en situation de handicap (quel que soit son âge) titulaire de la carte d'invalidité pour une incapacité d'au moins 80 % ou titulaire de la carte mobilité inclusion, mention invalidité ouvre le droit à une demi-part fiscale supplémentaire ;
- ◆ **personnes invalides hébergées** : toute personne hébergée, autre que le conjoint ou les enfants à charge, titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion, donne droit à une part supplémentaire¹². Le bénéfice de la réduction d'impôt en résultant est limité à 1 759 € par demi-part ;

Le lien causal et inconditionnel entre perte d'autonomie et absence de facultés contributives sur lequel repose le corpus législatif et justifiant une modulation du quotient familial paraît toutefois pouvoir être au moins questionné et objectivé, notamment pour les personnes âgées dépendantes qui touchent une retraite, et plus encore pour les veufs de plus de 75 ans qui conservent le bénéfice de la demi-part au titre de leur conjoint décédé.

Le quotient familial constitue par ailleurs un outil au potentiel caractère anti-redistributif : les gains liés à la demi-part supplémentaire sont d'autant plus importants que le niveau de revenu du foyer est élevé. Ainsi, parmi les bénéficiaires de l'APA, plus de la moitié ne retirent aucun bénéfice de la demi-part fiscale.

⁸ « La suppression d'une demi-part au titre du QC au détriment des couples n'ayant pas eu d'enfant au bout de trois ans en était le signe le plus clair. Cette préoccupation nataliste peut également être identifiée dans l'institution d'une demi-part supplémentaire pour le cinquième enfant en 1980, très rapidement attribuée, au cours de la même année, au troisième enfant. Cet avantage a été étendu à tous les enfants à compter du troisième en 1986. » (Mazeau, Suard, 2024, « Les dépenses fiscales et autres avantages fiscaux », *op. cit.*)

⁹ [Article 13 DDHC](#) : « Pour l'entretien de la force publique, et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable : elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés ».

¹⁰ Mazeau, Suard, CPO, 2024, « Les dépenses fiscales et autres avantages fiscaux ».

¹¹ Au sens de : titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'[article L241-3](#) du code de l'action sociale et des familles.

¹² [Article 196 A bis](#) du Code général des impôts : « Tout contribuable peut considérer comme étant à sa charge, au sens de l'article 196, à la condition qu'elles vivent sous son toit, les personnes titulaires de la carte " mobilité inclusion " portant la mention " invalidité " prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ».

2.2. L'effet des aides sociales est majoré pour les populations les plus aisées par leur exonération dans la base ressource prise en considération pour le calcul de l'impôt sur le revenu

À l'exception de l'ASH¹³, la totalité des prestations et allocations rentrant dans le champ de la mission font l'objet d'une exonération au titre de l'impôt sur le revenu¹⁴ :

- ♦ exonération des prestations familiales et de l'allocation aux adultes handicapés (Code général des impôts : art. L.81-2, 81-14° et 81-14° bis) ;
- ♦ exonération de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Code général des impôts : art. L.81-2)
- ♦ exonération de la prestation de compensation du handicap (Code général des impôts : art. L.81-9 ter-a, Code de l'action sociale et des familles, art. L. 245-1)
- ♦ exonération des sommes perçues à titre de dédommagement par les aidants familiaux dans le cadre de la prestation de compensation handicap (Code général des impôts : art. L.81-9°ter-b) ;
- ♦ exonération de l'allocation personnalisée d'autonomie (Code général des impôts : art. L.81-2).

Le coût de l'ensemble des exonérations à l'impôt sur le revenu des prestations sociales destinées aux personnes en situation de handicap et à leur famille serait ainsi compris entre 500 et 600 M€¹⁵. Concernant l'APA, le coût de l'exonération est estimé à 125 M€.

L'exonération de l'AAH n'est pas précisément chiffrée en tant que telle, étant comptabilisée budgétairement avec d'autres exonérations, notamment de prestations familiales. Son coût est estimé par la direction de la législation fiscale à environ 400 M€ (cf. pièce jointe). Pour les personnes en incapacité aux âges actifs touchant l'AAH, **la question se pose de considérer cette allocation comme une ressource vitale (logique de minimum social) ou comme une compensation du handicap** (cf. déconjugalisation de l'AAH en 2023). Dans le premier cas, la collectivité subvient aux besoins du foyer, la ressource que constitue l'AAH peut être considérée comme un revenu même si en pratique le bénéficiaire ne contribuera pas à l'impôt car ses revenus sont insuffisants pour le rendre imposable ; dans le second cas, s'agissant d'une compensation des charges supplémentaires causées par le handicap, il apparaît logique de ne pas considérer l'AAH comme un revenu imposable mais comme une prestation de compensation. Finalement, le débat portant sur la vocation et les objectifs d'une allocation telle que l'AAH (selon qu'elle constitue un minimum vital ou une compensation pour remettre « en parité » les personnes bénéficiaires avec le reste de la population) influe très directement sur la nature, la portée et les fondements des mesures fiscales correspondantes.

La nature des autres prestations considérées, qu'il s'agisse de l'APA, de la PCH et de l'AAEH, est différente : il s'agit de prestations venant compenser la perte d'autonomie et les coûts supplémentaires qu'elle induit, qu'elle soit liée à un handicap ou à l'âge. Il apparaît donc logique de les exonérer d'impôts sur le revenu, même si le cumul de cette exonération et de la demi-part fiscale (personnes invalides ou en situation de handicap) peut poser la question d'une double compensation.

¹³ Qui est néanmoins particulière car récupérable sur succession.

¹⁴ Pour ces prestations, l'exonération fiscale s'accompagne le plus souvent d'une exonération sociale (CSG et CRDS).

¹⁵ 400M€ pour l'AAH (estimation DLF, soit 3% des versements) ; 85 M€ pour la PCH (3%) et 55 M€ pour la PCH aidants (voies et moyens, 2%) ; 50 M€ pour l'AAEH (5 % de la prestation totale). Sur le périmètre des aides sociales légales du champ de la mission pour les personnes en situation de handicap, ces exonérations représentent de manière directe de l'ordre de 600 M€, soit 4% des montants versés.

Annexe VII

À ce premier bloc de dispositifs fiscaux s'ajoutent d'autres exonérations qui concernent des dispositifs non ciblés par la mission mais qui sont également destinés aux personnes en perte d'autonomie, soit du fait de l'âge soit du fait du handicap :

- ◆ exonération de la majoration pour assistance à tierce personne (Code général des impôts : art. L.81-9) ;
- ◆ exonération des plus-values de cession réalisées par des titulaires de pensions de vieillesse ou de la carte « mobilité inclusion » (Code général des impôts : art. L.150 U-III) ;
- ◆ exonération des plus-values immobilières réalisées par les personnes âgées ou handicapées à l'occasion de la cession de leur ancienne résidence principale avant leur entrée dans un établissement médicalisé (Code général des impôts : art. L.150 U II-1^{er}) ;

Par ailleurs, une partie des publics en perte d'autonomie fait l'objet d'autres dispositifs d'exonération ou d'abattement, par effet de bord. Outre l'abattement de 10 % sur l'ensemble des montants des pensions et des retraites prévu à l'article L.158-5-a du Code général des impôts (pour un coût estimé à 5 Mds € en 2025), sont concernés les dispositifs suivants :

- ◆ exonération de l'allocation de solidarité des personnes âgées (Code général des impôts : art. L.81-9) ;
- ◆ abattement forfaitaire en faveur des personnes âgées (plus de 65 ans) ou invalides (pension militaire d'invalidité pour une incapacité d'au moins 40 % ; pension d'invalidité pour accident du travail d'au moins 40 % ; carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » pour une incapacité d'au moins 80 %) de condition modeste (revenu net inférieur à 28 170 €) (Code général des impôts : art. L.157 bis).
- ◆ exonération des aides personnalisées au logement (Code général des impôts : art. L.81-2-bis)

Enfin, il faut noter que des dispositifs similaires existent pour les personnes en situation d'invalidité¹⁶.

¹⁶ Exonération de l'allocation supplémentaire d'invalidité (Code général des impôts : art.81-9) ; exonération des pensions servies en vertu des dispositions du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, de la retraite du combattant, des retraites mutuelles servies aux anciens combattants et aux victimes de guerre, de certaines allocations servies aux anciens harkis et assimilés ou leurs ayants droits et de certaines prestations versées aux orphelins de guerre (Code général des impôts : art 81-4 a, b, c, d et e) ; exonération des prestations et rentes servies pour accident du travail ou maladies professionnelles (Code général des impôts : art 81-8) et à hauteur de 50% pour les indemnités temporaires.

2.3. Les objectifs portés par les crédits et réduction d'impôts ne sont pas explicites et des effets anti-redistributifs sont constatés

Quatre crédits ou réduction d'impôts destinés aux personnes dépendantes ont été identifiés par la mission, dont un en voie d'extinction :

- ♦ **crédit d'impôt sur l'emploi d'un salarié à domicile (emploi direct ou prestataire) :** les dépenses engagées au titre des services à la personne ouvrent droit à un crédit d'impôt quelle que soit la situation professionnelle de l'employeur (en activité, sans activité, retraité). Il a été créé pour lutter contre le travail non déclaré. Le montant du **crédit d'impôt est égal à 50 % des dépenses engagées dans l'année**, dans la limite d'un plafond de 12 000 euros par an¹⁷. Plusieurs activités sont éligibles, notamment l'assistance aux personnes âgées ou aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile (hors soins) ; l'assistance aux personnes handicapées, y compris les activités d'interprète en langue des signes ; l'accompagnement des enfants et des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur domicile. La base de calcul déduit les allocations attribuées en vue d'aider les personnes à financer une aide à domicile, notamment l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH)¹⁸.
- ♦ **crédit d'impôt sur les dépenses en faveur de l'aide aux personnes (extinction au 31 décembre 2025) :** les dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements spécialement conçus pour l'accessibilité des logements aux personnes âgées ou handicapées et les dépenses permettant l'adaptation des logements à la perte d'autonomie ou au handicap ouvrent droit au crédit d'impôt au taux de 25 %. Ce crédit est soumis à un plafond pluriannuel (sur une base de 5 ans), qui s'établit à 5 000 € pour une personne seule et 10 000 € pour un couple. **Les travaux doivent être réalisés dans l'habitation principale de personne âgée ou handicapée.** Les équipements éligibles font l'objet d'une énumération dans la brochure éditée par l'administration fiscale : éviers et lavabos à hauteur réglable, sièges de douche muraux, mains courantes, barres de maintien, mobiliers à hauteur réglable etc. Ces dépenses sont retenues dans la limite d'un plafond pluriannuel qui s'apprécie sur une période de cinq années consécutives ;
- ♦ **réduction d'impôt sur les primes des contrats de rente survie¹⁹ et d'épargne handicap²⁰ :** les primes versées au titre des contrats de rente-survie et d'épargne-handicap ouvrent droit à une réduction d'impôt égale à 25 % de leur montant, dans la limite de 1 525 € et majorée de 300 € par personne à charge ;

¹⁷ Le plafond du crédit d'impôt peut atteindre 20 000 euros par an selon l'âge et le degré d'invalidité.

¹⁸ En droit, seules les dépenses exposées réellement à la charge du bénéficiaire (ou de son représentant) ouvrent droit à ce crédit d'impôt pour emploi d'un salarié à domicile. En d'autres termes, la PCH ou l'APA reçue au titre de l'aide humaine doit être déduite des dépenses totales exposées, le crédit d'impôt ne suffisant que les dépenses liées au reste à charge « réel » des bénéficiaires. En pratique toutefois, notamment parce que le contrôle d'effectivité des dépenses d'aide humaine à domicile repose sur des factures (prestataires, mandataires) ou des déclarations sur l'honneur (aidants familiaux) et surtout parce que l'administration fiscale ne dispose pas toujours des éléments de dépenses réelle ni d'ailleurs des montants versés au titre des aides légales (lesquelles ne sont pas imposables, cf. supra, et ne doivent à ce titre pas être déclarées, rien ne s'oppose à ce que le crédit d'impôt soit calculé sur les éléments déclarés (y compris de bonne foi sur la base des factures à conserver au titre du droit de - et à - l'aide sociale) non pas sur le seul montant du reste à charge différentiel comme le droit le prévoit, mais sur l'ensemble des dépenses, ouvrant droit à une forme de « double-compensation » de la même dépense d'aide humaine à domicile : d'une part l'aide sociale (APA ou PCH) qui la compense dans le cadre des plans personnalisés (soit à 100%, soit à taux réduit PCH à 80% ou taux de prise en charge en fonction du GIR et des revenus pour l'APA), d'autre part 50% de ladite (hors reste à charge) au titre du crédit d'impôt, cf. également *infra*, page 10 de la présente annexe.

¹⁹ Contrat souscrit pour garantir le versement de revenus à un proche ou à une personne à charge souffrant de handicap.

²⁰ Contrat souscrit pour garantir le versement de futurs revenus, pour une personne atteinte d'infirmité l'empêchant de gagner sa vie dans des conditions normales.

- ♦ **réduction d'impôt sur les dépenses d'accueil des personnes dépendantes** : la réduction d'impôt est égale à 25 % des dépenses retenues dans la limite annuelle de 10 000 € par personne hébergée, membre du foyer fiscal. Les dépenses qui ouvrent droit à la réduction d'impôt sont les dépenses liées à l'hébergement en EHPAD ou en USLD effectivement supportées, c'est-à-dire après déduction du montant des allocations ou des aides versées²¹ au titre des dépenses de dépendance ou d'hébergement (en particulier l'APA, l'ASH et les APL).

Encadré 1 : Réductions et crédits d'impôts, définitions

La réduction d'impôt vient en déduction de l'impôt calculé (selon le barème progressif), avant imputation d'éventuels crédits d'impôt et des prélèvements ou retenues non libératoires. Dans le cas où le montant de la réduction d'impôt est supérieur au montant de l'impôt, il ne peut pas y avoir de remboursement. En revanche, si le crédit d'impôt est supérieur au montant de l'impôt, le surplus (ou la totalité si le bénéficiaire n'est pas imposable) donne lieu à remboursement par la Direction Générale des Finances Publiques.

Source : Mission

La réduction d'impôt pour frais d'hébergement est un dispositif ancien dont l'objectif initial a été altéré. À l'origine, cette réduction d'impôt avait été créée par la loi de finances pour 1989 afin de permettre aux couples mariés dont l'un des membres vivait en établissement (EHPAD, USLD) de conserver leur logement. Considérant que la personne demeurant au domicile faisait face à des charges financières particulièrement importantes liées à l'hébergement en établissement de son conjoint d'une part et à ses charges propres d'autre part, le législateur a souhaité compenser cette situation par une réduction d'impôt ²². Dès 1993, l'assiette de cette réduction d'impôt a néanmoins été élargie à l'ensemble de la population résidant en établissement, célibataires compris. De ce fait, cette réduction d'impôt a perdu sa vocation originelle et son objectif n'est plus aussi lisible, surtout si on la met en regard de l'aide sociale à l'hébergement qui a précisément cette vocation que d'accompagner celles et ceux qui sont hébergés en établissement au titre de leur perte d'autonomie.

²¹ En tiers payant à l'établissement ou directement à la personne bénéficiaire.

²² Il est ici à nouveau souligné que la réduction d'impôt ne vaut qu'à concurrence de l'imposition réellement due et n'ouvre pas droit à remboursement à la différence d'un crédit d'impôt. En bénéficient donc d'abord les personnes qui déclarent leurs revenus, celles qui sont imposables, et elles en bénéficient d'autant plus que le montant de leur imposition sur les revenus est élevé. Ce triple-biais de « sélection » des bénéficiaires réels de cette réduction d'impôt complète l'interrogation sur les objectifs et la finalité de sa mise en œuvre, notamment en termes d'éligibilité de ses bénéficiaires, et des montants auxquels celle-ci donne droit en fonction des revenus et des situations familiales. Enfin, la combinatoire de cette réduction d'impôt avec l'ASH doit également faire l'objet d'une étude approfondie pour s'assurer de l'efficacité non pas de chacun de ces deux dispositifs, qui poursuivent des objectifs similaires, mais de leur dynamique conjointe, des publics réellement bénéficiaires et de l'efficacité du cumul de ces deux outils des politiques publiques.

Graphique 1 : Aides publiques aux frais d'établissements en € (2019)



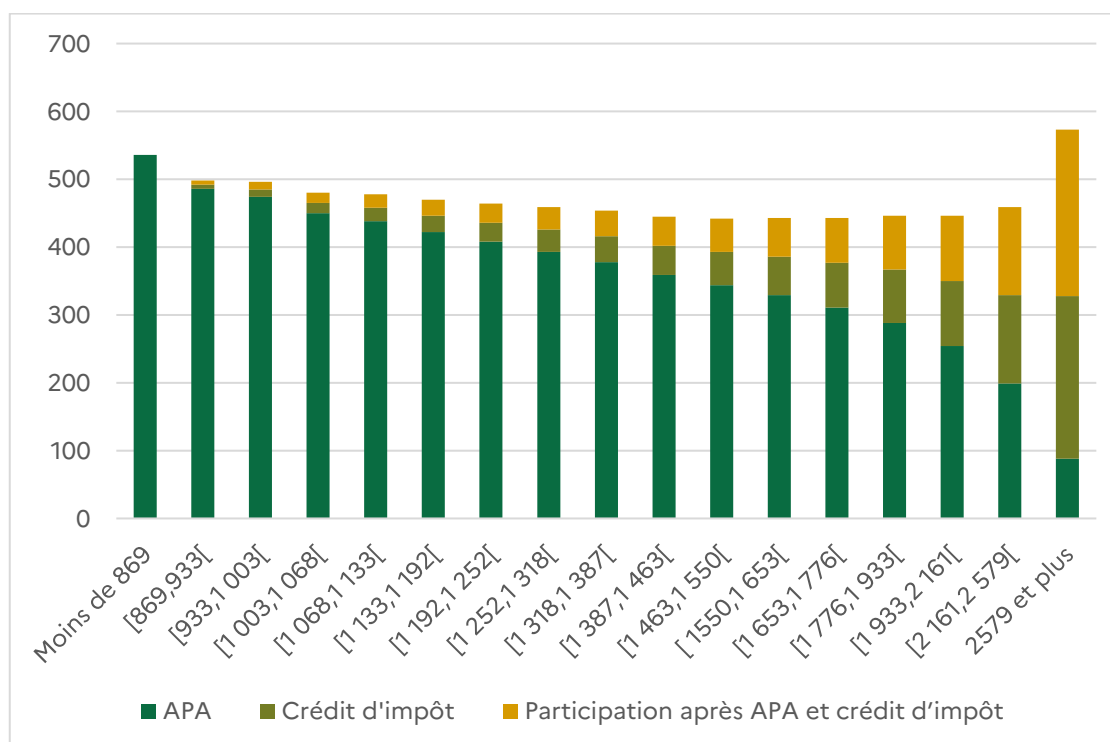
Source : 2019 mis à jour en 2022, Stéphanie Boneschi, Albane Miron de L'Espinay (DREES), « Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? », tableau 7 et graphe 11.

Cette aide est par ailleurs anti-redistributive en « haut » de l'échelle des revenus : s'agissant d'une réduction d'impôt, elle ne s'adresse par définition qu'aux personnes qui payent l'impôt sur le revenu et qu'à concurrence du montant de celui-ci. Or, du fait de la composition sociale des personnes accueillies en établissement (prépondérance de personnes seules aux revenus modestes), seules 40 % des personnes ont des impôts à déduire au titre de cette réduction, faute d'être imposées. Elle représente 208 € par mois pour les 10 % de personnes les plus riches accueillies en EHPAD, soit un douzième du plafond de 2 500 € annuel. Ce montant est comparable et même supérieur aux APL touchées par les deux premiers déciles. Finalement, les populations les moins aidées (APA, APL, ASH et réduction d'impôt) sont celles des déciles six à huit de la distribution des personnes présentes en EHPAD. Si l'on considère que l'ASH constitue non pas une prestation sociale mais une avance remboursable (du fait du recours sur succession), les populations aux revenus intermédiaires sont les moins soutenues vu du cumul des dispositifs.

Pour l'APA, le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile est un dispositif fiscal aux objectifs pluriels qui dépasse le cadre de la perte d'autonomie. Le rapport particulier du CPO indique ainsi que « le crédit d'impôt sur l'emploi à domicile constitue **une parfaite illustration des dérives d'un avantage fiscal mal suivi et aux objectifs multiples**. En effet, le soutien de l'État aux services à la personne ne constitue pas, à ce jour, une véritable politique publique. Cela tient au caractère hétéroclite des activités auxquelles il bénéficie et à la non hiérarchisation des objectifs, explicites ou implicites, qu'il poursuit ». Conçu pour développer les emplois de service à la personne et favoriser le travail déclaré dans un domaine où le travail au noir était important, il participe également au financement de l'aide aux personnes âgées dépendantes couverte par ailleurs dans le cadre de l'APA à domicile. De fait, le niveau de prise en charge par l'APA des services d'aide étant dégressif en fonction du niveau de revenu (le reste à charge ou ticket modérateur pouvant atteindre 90 % pour les revenus les plus élevés), et les plafonds étant élevés par rapport au niveau moyen de dépenses, **ce crédit revient en pratique à réduire de 50 % le reste à charge** : ce crédit d'impôt a donc pour effet de lisser la dégressivité introduite dans l'APA. Par ailleurs, il revient à limiter les restes à charge à 45 % (et non pas 90 %), et ce quel que soit le niveau de revenu.

Il faut noter que le caractère anti-redistributif de ce dispositif fiscal a été atténué par la réforme de 2017, qui a étendu le bénéfice de ce crédit d'impôt aux inactifs qui ne bénéficiaient jusque-là que d'une réduction d'impôt. Pour autant, les principaux bénéficiaires du crédit d'impôt demeurent les foyers les plus aisés, dans la mesure où leur reste à charge est plus significatif (cf. graphique 2). Sur le champ des bénéficiaires de l'APA à domicile, **la DREES évalue à 176 M€ le surcoût engendré par le passage d'une réduction à un crédit d'impôt**²³.

Graphique 2 : Répartition de la dépense réelle dans le plan d'aide notifié de l'APA-D par source de financement en €/mois, selon les ressources de la personne bénéficiaire, en 2019



Source : Boneschi, Miron de L'Espinay (DREES), 2022, « Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? », graphe B.

²³ La transformation en crédit d'impôt a été actée dans la loi de finances pour 2017. La DREES estime l'impact financier en 2019 ainsi : « l'avantage fiscal lié au crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile représente un surcoût de 176 millions d'euros par rapport à la situation avec réduction d'impôt » (Boneschi, Miron de L'Espinay, DREES, 2022, « Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? »).

Le CPO²⁴ est critique quant à l'efficacité de ce crédit d'impôt : qu'il s'agisse du développement de la filière des services à domicile (baisse du nombre d'heure d'intervention depuis 2011) ou de lutte contre le travail au noir (absence d'étude d'impact), les résultats sont jugés limités²⁵. Estimant que « *la difficulté majeure de cet avantage fiscal est bien de mêler des objectifs incitatifs sur une dépense non contrainte (la lutte contre le travail dissimulé et l'emploi) et une contribution à la couverture de besoins sociaux, ce qui rend illisible les résultats de la dépense fiscale affectée* », **les rapporteurs proposent de recentrer le crédit d'impôt afférent à l'emploi d'un salarié à domicile sur la lutte contre le travail dissimulé**, en réduisant le taux et le plafond, et de **faire basculer la partie relative à la couverture des besoins sociaux contraints sur les dépenses budgétaires** correspondantes, à savoir les plans d'aide APA et PCH. Dans un récent rapport (2023) consacré aux services à la personne, la Cour des comptes a appelé également à une réforme de ce crédit d'impôt en ce sens²⁶.

Sans le remettre en cause de manière générale, tant ses finalités dépassent le champ du soutien à la perte d'autonomie, ce crédit d'impôt paraît devoir être questionné dans ses modalités dans le cas des personnes bénéficiaires d'aide à domicile au titre des aides sociales légales à la dépendance et au handicap. Peu mobilisé pour les personnes aux plus faibles ressources qui bénéficient de l'APA à taux plein, il permet *de facto* de diminuer le ticket modérateur principalement pour les bénéficiaires les plus aisés, réduisant de moitié l'effet redistributif introduit par le barème dégressif de l'APA tant que les dépenses exposées sont inférieures au plafond des dépenses éligibles audit crédit d'impôt. **Un repyramidage des financements des plans d'aide APA en fonction des revenus mais aussi des crédits d'impôts permettrait de gagner en lisibilité pour le bénéficiaire** (*cf. infra*, fiche APA), mais ne serait pas sans effet en termes de budget d'imputation (conseil départemental ou État) des financements ni sans impact sur la hausse des taux effectifs de prélèvements obligatoires.

3. Deux recommandations pour favoriser une meilleure articulation entre aides sociales et dispositifs fiscaux

3.1. S'agissant du calcul de l'AAH, la prise en compte des abattements et exonérations dans le calcul des bases ressources doit être clarifiée et surtout sécurisée juridiquement et dans les pratiques des administrations fiscales et sociales

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une prestation différentielle, ce qui signifie que le montant versé à l'allocataire dépend de ses autres revenus et est liquidée à concurrence du différentiel. L'article L.821-1 du Code de la sécurité sociale prévoit ainsi que lorsque le revenu du bénéficiaire est d'un montant inférieur à celui de l'allocation aux adultes handicapés, celle-ci s'ajoute à la prestation sans que le total des deux avantages puisse excéder le montant de l'allocation aux adultes handicapés. La définition de la base ressource constitue donc une notion clef pour établir ce la montant de l'allocation.

²⁴ Mazeau, Suard, Conseil des prélèvements obligatoires, 2024 « Les dépenses fiscales et autres avantages fiscaux ».

²⁵ « *il est en tous cas tout à fait clair que la dépense, souffre désormais d'une réelle inefficience* ».

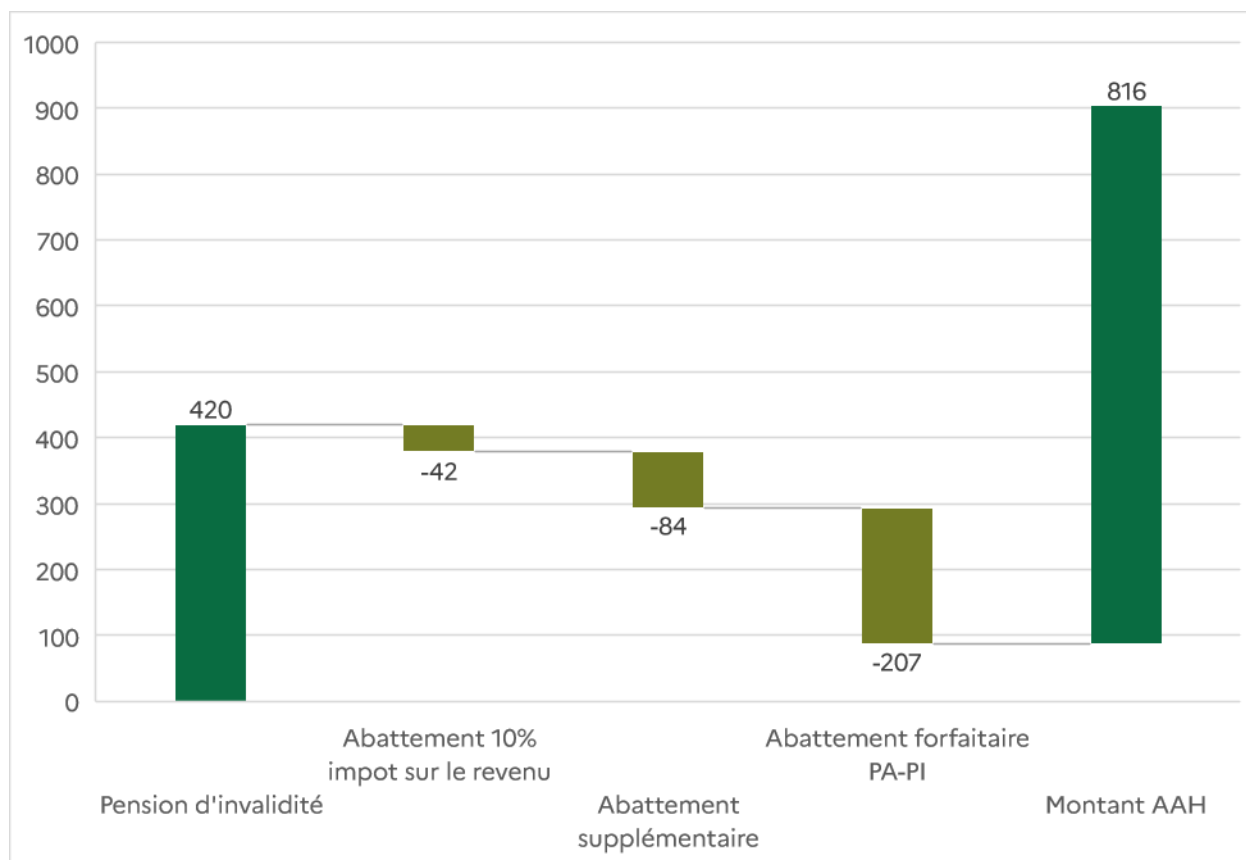
²⁶ Un second scénario développé par la Cour, à défaut, consisterait à moduler les paramètres du crédit d'impôt, selon les activités concernées ou selon les caractéristiques des contribuables.

Annexe VII

Dans ce contexte, un contentieux jugé par la cour d'appel d'Aix en Provence le 7 février 2023 a opposé Madame Martine Deniau et la caisse d'allocations familiales (CAF) du Var. Madame Deniau touchant une pension d'invalidité s'élevant à 5 043 € en 2021 et 5 208 € en 2022, la CAF avait calculé le montant de l'allocation adulte handicapé de façon différentielle sur la base de ce revenu. Madame Deniau conteste ce mode de calcul, considérant que le montant de l'allocation devait être calculé sur la base de sa pension d'invalidité, après abattement de 10 % le revenu brut global imposable sur les pensions et retraites, abattement supplémentaire de 20 % pour les personnes modestes et l'abattement forfaitaire personnes âgées ou invalides de (2 484 € en 2021 et 2 620 € en 2022).

De droit, ces abattements sont bien prévus par la partie réglementaire du Code de la sécurité sociale. L'article R. 821-3 indique que « la condition de ressources s'apprécie au regard des revenus perçus par le demandeur ou le bénéficiaire au cours de l'année civile de référence mentionnée à l'article R. 532-3. Les revenus pris en compte sont ceux définis aux articles R. 532-3 à R. 532-7 ». Or, l'article R. 532-3 prévoit bien et expressément que « les ressources prises en considération s'entendent du total des revenus nets catégoriels [...] à l'exclusion des revenus des enfants ayant fait l'objet d'une imposition commune et après : [...] b) l'abattement mentionné à l'article L. 157 bis du code général des impôts en faveur des personnes âgées ou invalides. ».

Graphique 3 : Effet de la prise en compte des abattements dans le calcul du montant de l'AAH, jurisprudence de la Cour d'appel d'Aix en Provence



Source : Mission, sur la base des éléments du jugement.

Sur cette base, la Cour d'appel a infirmé le jugement initial du tribunal administratif et a donné raison à Madame Deniau, estimant que la CAF aurait dû lui verser 330€ par mois supplémentaire au titre de l'AAH différentielle.

Cet arrêt pose question quant à l'articulation de l'allocation adulte handicapée et des dispositifs fiscaux. La philosophie de l'allocation, minima social permettant d'assurer un reste à vivre décent et par ailleurs exonéré d'impôt, plaide pour un calcul sur la base des ressources réelles du bénéficiaire. Dans un second temps, viendraient s'ajouter les mécanismes d'abattement qui en tout état de cause ne devraient avoir que peu d'effet sur une population par définition modeste et donc peu sujette à l'impôt.

L'interprétation de la Cour d'appel, si elle devait faire jurisprudence, reviendrait à relever de fait le niveau de l'AAH de plus de 200 € par mois et par bénéficiaire, au titre de la seule prise en compte de l'abattement forfaitaire (sans même tenir compte des abattements de 10 % et 20 % qui dépendent par définition du niveau de revenu) sur les autres revenus. En généralisant cette décision à l'ensemble des dossiers similaires et potentiellement concernés, les conséquences budgétaires seraient particulièrement significatives. Le seul cas des personnes cumulant pension d'invalidité et allocation adulte handicapé (environ 12 % des pensionnés selon la cour des comptes²⁷, soit de l'ordre de 100 000 personnes) représenterait de l'ordre de 260 M€ supplémentaires pour les finances publiques à droits constants.

L'AAH étant un minima social intervenant de façon différentielle par rapport aux revenus de la personne, la notion de base ressource à prendre en compte doit être précisée. En suivant la logique de subsidiarité qui a prévalu à la création de l'AAH, et dans la logique des autres aides sociales (en particulier l'exonération des prestations reçues de l'impôt sur le revenu) et par symétrie, la mission recommande de considérer les ressources avant abattement, exonération, réduction et crédit d'impôt. Une évolution réglementaire est nécessaire pour préciser ce point sécuriser les pratiques telles que la Cour d'appel d'Aix en Provence les a remis en cause dans sa décision du 7 février 2025.

Proposition n° 1 : Clarifier dans la réglementation sur l'intégration des abattements fiscaux dans la base ressource de l'AAH pour éviter le risque juridique induit par l'arrêt M^{me} Deniau de la Cour d'appel d'Aix en Provence du 7 février 2025.

3.2. L'effet cumulé de l'APA et du crédit d'impôt sur les aides à la personne introduit un aléa moral pour les départements

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les deux principales aides au paiement des services d'aide à domicile sont l'APA d'une part (prestation sociale versée par le département) et le crédit d'impôt service à la personne d'autre part (qui pèse sur le budget de l'État). **Sur un plan budgétaire, il est donc intéressant pour les départements de baisser leur participation, et d'augmenter ainsi le reste à charge qui sera amorti pour moitié par le crédit d'impôt** (l'autre moitié l'étant par le bénéficiaire, sous réserve que celui ne déclare bien au titre du crédit d'impôt que les dépenses réellement exposées, *i.e.* réduites du montant de l'APA reçue). L'APA étant une aide légale aux barèmes encadrés selon les niveaux de revenu, les deux méthodes permettant d'aboutir à ce résultat sont les suivantes :

- ◆ déshabiller les SAAD, ce qui permet aux SAAD de facturer au-delà des tarifs de référence fixés par les départements pour le calcul des plans d'aide. La moitié du surcout au-delà du tarif de référence est absorbé par le bénéficiaire, l'autre moitié par le crédit d'impôt ;
- ◆ tarifier des SAAD habilités à l'aide sociale en-deçà des prix de revient en permettant aux SAAD de pratiquer des tarifs supérieurs avec reste à charge pour le bénéficiaire (pratique *a priori* illégale).

²⁷ Chapitre IV, Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés.

Annexe VII

De ces pratiques, dont la mission n'a pu mesurer l'ampleur, résulte une forme de transfert des dépenses départementales au titre de l'APA vers une dépense fiscale à la charge de l'État et vers le bénéficiaire dont le reste à charge augmente. La mission formule ainsi des recommandations (*cf.* Fiche APA) pour réviser l'articulation entre crédit d'impôt et APA ; elle appelle également à relancer l'expérimentation Home +, qui vise notamment à sécuriser le versement du juste montant de crédit d'impôt à travers sa contemporanéisation

La mission souligne que la prestation de compensation du handicap dans ses volets aide humaine (92 % des versements des départements dans le cadre de la PCH) fait également l'objet du crédit d'impôt. Dans ce cadre, **il apparaît souhaitable de fluidifier et d'intensifier les échanges d'information entre organismes payeurs des aides sociales (départements) et l'administration fiscale (notamment pour intégrer automatiquement ces aides dans la déclaration préremplie).**

La pièce jointe *infra* présente les éléments que la Direction de la législation fiscale (DLF) a bien voulu partager avec la mission.



**MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES
ET DE LA SOUVERAINETÉ
INDUSTRIELLE ET NUMÉRIQUE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale des finances publiques
Direction de la législation fiscale
Bureau de la synthèse et de la coordination
139 rue de Bercy - Télédéc 574
75572 Paris Cedex 12

Affaire suivie par : Jules BECQ et Antoine
EVEILLARD

jules.becq@dgfip.finances.gouv.fr
antoine.eveillard@dgfip.finances.gouv.fr
Tél. : 01 53 18 90 31 / 01 53 18 90 19
Réf. : AD/2025/1367

Paris, le 10/03/2025

NOTE

**Pour Monsieur Pierre CUNEO
Inspecteur général des Finances**

Objet : Réponse de la direction de la législation fiscale aux sollicitations de l'Inspection générale des Finances sur les aides personnalisées pour le handicap et la dépendance

Référence : votre courrier électronique en date du 24 janvier 2025

Dans le cadre de sa revue des dépenses sur les aides sociales départementales, l'inspection générale des finances (IGF) demande à la direction de la législation fiscale (DLF) de recenser les mesures fiscales relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées (PA/PH).

La DLF formule les éléments de réponse suivants.

1. Concernant l'abattement en faveur des personnes âgées ou invalides (article 157 bis CGI)

En application de l'article 157 bis du code général des impôts (CGI), les contribuables âgés de plus de 65 ans au 31 décembre de l'année d'imposition ou les contribuables remplissant l'une des conditions d'invalidité mentionnées à l'article 195 du CGI peuvent déduire de leur revenu global net une somme égale, au titre de l'imposition des revenus de l'année 2024, à 2 796 € si le revenu net global du foyer fiscal n'excède pas 17 510 € ou à 1 398 € si ce même revenu est compris entre 17 510 € et 28 170 €.

Les abattements et plafonds de revenus mentionnés sont relevés chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu.

Enfin, dans le cas de personnes mariées soumises à une imposition commune, l'abattement prévu est doublé si chacun des époux remplit les conditions d'âge ou d'invalidité.

Selon une jurisprudence constante, le Conseil constitutionnel juge que le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit.

Appréciée à l'aune du niveau de vie actuel des personnes âgées, qui a enregistré une amélioration depuis 1972, la conformité au principe d'égalité devant la loi de la différence de traitement qui résulte de l'abattement prévu par l'article 157 bis du CGI, fondée sur l'âge du contribuable, paraît fragile.

La différence de situation, en termes de niveau de vie, entre les personnes âgées de plus de 65 ans et le reste de la population ne semble pas pouvoir fonder la différence de traitement.

L'objectif d'une amélioration du niveau de vie des personnes âgées de plus de 65 ans ne semble pas constituer un motif d'intérêt général suffisant pour justifier cette différence de traitement, car cet objectif semble aujourd'hui atteint.

À titre subsidiaire, et toujours selon une jurisprudence constante, pour assurer le respect du principe d'égalité, le législateur doit aussi fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction des buts qu'il se propose. Au cas présent, le seul critère de l'âge, qui n'a pas de lien direct avec le niveau de vie des contribuables, ne paraît pas objectif et rationnel.

État des discussions sur cet abattement à la DLF : néant.

Le dispositif, introduit en 1972, n'a pas fait l'objet d'évolutions notables depuis sa création mais n'apparaît plus en phase avec les objectifs qui lui étaient initialement assignés, sous le double effet :

- **de l'amélioration notable du niveau de vie des personnes âgées et de l'allongement de l'espérance de vie, qui aboutissent à ce que l'abattement ne soit plus correctement ciblé et puisse sembler inéquitable.** Le taux de pauvreté des personnes âgées est aujourd'hui inférieur à celui des actifs : en 2021, le taux de pauvreté des personnes âgées de plus de 65 ans était de 10,6 %, contre 14,5 % pour l'ensemble de la population française (source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2021) ;
- **des réformes fiscales intervenues depuis**, en particulier différentes mesures d'allègement de la fiscalité en bas de barème qui ont eu pour effet de retarder l'entrée dans l'imposition de nombreux contribuables, de sorte que peu de contribuables bénéficient aujourd'hui de l'abattement « maximal » de 2 796 €.

Aucune évaluation récente du dispositif n'a été conduite.

Les dernières évaluations, qui datent de 2011 (*Comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales*) et 2014 (*Cour des comptes, « La fiscalité liée au handicap : un empilement de mesures sans cohérence »*) étaient particulièrement critiques.

Peuvent être mentionnés, en complément des éléments ci-dessus :

- la non-prise en compte de la composition du foyer fiscal dans l'appréciation des plafonds de ressources (alors que le montant de l'abattement est doublé dans les cas où les deux membres du foyer fiscal remplissent les conditions posées à l'article 157 bis du CGI) ;
- le fait que l'avantage soit notamment accordé à des contribuables ne remplissant que la condition d'âge et non exposés, de ce seul fait, à des dépenses supplémentaires ;
- les effets de seuils associés au dispositif ;
- le dynamisme de la dépense fiscale, notamment entretenu par une condition d'âge qui n'a jamais été mise à jour malgré le vieillissement de la population ;
- en se superposant à d'autres dispositifs spécifiques aux personnes âgées et/ou handicapées (exonérations de prestations sociales, abattement de 10 % sur les pensions, demi-part invalidité, réduction d'impôt au titre de la dépendance, crédit d'impôt en faveur de l'aide aux personnes, etc.), l'abattement dénature la progressivité de l'impôt sur le revenu et nuit à sa lisibilité.

Pistes d'évolutions identifiables :

- relèvement de la condition d'âge pour qu'elle soit davantage cohérente avec l'espérance de vie aujourd'hui constatée ;
- ajustements à la baisse des montants et/ou des plafonds de ressources (le cas échéant, assortis d'une conjugalisation des plafonds de ressources) ;
- restriction du champ de l'abattement pour limiter son bénéfice aux personnes remplissant des conditions d'invalidité (à articuler avec une éventuelle réforme des aides en faveur de la dépendance) ;
- suppression de l'abattement (considérant que les autres dispositifs existants au bénéfice des personnes âgées et des personnes invalides sont plus efficaces et mieux ciblés).

2. Concernant l'identification des mesures bénéficiant seulement aux personnes âgées ou handicapées bien informées

2.1. Dispositifs en matière d'impôt sur le revenu

Exonérations d'impôt sur le revenu

- **Exonération de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**

Coût (y compris exonération des prestations familiales) : 1,6 Mds€ en 2023 ; évaluée à 1,75 Mds€ pour 2025, dont environ un quart correspondant à l'exonération d'AAH et de MVA.

- **Exonération de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**

Nombre de bénéficiaires : 1,3 million de foyers fiscaux.

Coût : 125 M€ en 2023 (évaluation identique pour l'année 2025).

- **Exonération de la prestation de compensation servie aux personnes handicapées (PCH)**

Coût : 75 M€ en 2023 (évaluation à 85 M€ pour l'année 2025).

- **Exonération d'allocations non contributives servies par le régime général de sécurité sociale (ASPA et ASI)**
- **Exonération des pensions servies en vertu des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre**

Nombre de bénéficiaires : 1,18 million de foyers fiscaux.

Coût (y compris autres dispositifs d'aide aux anciens combattants) : 93 M€ en 2023 (évaluation à 90 M€ pour l'année 2025).

- **Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses"**

Nombre de bénéficiaires : inconnu.

Coût : 545 M€ en 2023 (évaluation à 565 M€ pour l'année 2025).

NB : Un dispositif d'exonération similaire existe pour les indépendants (art. 154 bis A du CGI). Le coût de ce dispositif, dont le nombre de bénéficiaires n'est pas déterminé, s'est élevé à 39 M € en 2023 (évaluation identique pour l'année 2025).

Annexe VII, pièce jointe : note de la DLF

- **Exonération totale pour les prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à hauteur de 50 % pour les indemnités temporaires**

Nombre de bénéficiaires : inconnu.

Coût : 494 M€ en 2023 (évaluation à 515 M€ pour l'année 2025).

NB : Un dispositif d'exonération similaire existe pour les exploitants agricoles (art. 72 A bis du CGI). Le coût de ce dispositif récent, créé par l'article 5 de la loi de finances pour 2024, est évalué à 3 M€ pour l'année 2025.

- **Exonération des allocations, indemnités et prestations d'assistance et d'assurance**

Nombre de bénéficiaires : inconnu.

Coût : 144 M€ en 2023 (évaluation identique pour l'année 2025).

- **Exonération des pensions d'invalidité servies au titre de l'assurance invalidité lorsque le montant de la pension et les ressources du bénéficiaire ne dépassent pas un certain montant**
- **Exonération de la prise en charge directe à titre de pensions alimentaires des dépenses d'hospitalisation ou d'hébergement en établissement des ascendants privés de ressources suffisantes par leurs enfants ou petits-enfants, et des enfants majeurs infirmes dénués de ressources par leurs parents**

Nombre de bénéficiaires : inconnu.

Coût : 16 M€ en 2023 (évaluation identique pour l'année 2025)

- **Majoration de pensions d'invalidité pour assistance d'une tierce personne**
- **Prestations perçues en exécution d'un contrat d'assurance souscrit au titre d'un régime complémentaire de prévoyance facultatif (maladie, maternité, invalidité, décès)**

Abattements et majorations du quotient familial

- **Abattement de 10 % sur le montant des pensions (alimentaires et invalidité) et des retraites**

Nombre de bénéficiaires : 15 millions de foyers fiscaux.

Coût (tous types de pensions confondues) : 4,5 Mds€ en 2023 (évaluation à 5 Mds€ pour l'année 2025).

- **Abattement (aussi dite « déduction spéciale ») pour les personnes âgées ou invalides**

Nombre de bénéficiaires : 7 millions de foyers fiscaux.

Coût : 362 M€ en 2023 (évaluation à 418 M€ pour l'année 2025).

- **Majorations de quotient familial en faveur des personnes invalides**

Nombre de bénéficiaires : 1,46 million de foyers fiscaux.

Coût : 495 M€ en 2023 (évaluation à 520 M€ pour l'année 2025).

Par ailleurs, en application du 2 de l'article 195 du CGI, les enfants à charge titulaires de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » ouvrent également droit à une demi-part supplémentaire.

Nombre de bénéficiaires : 327 000 foyers fiscaux.

Coût : 159 M€ en 2023 (évaluation à 165 M€ pour l'année 2025).

Ces majorations de quotient familial ne se cumulent pas avec la demi-part prévue en faveur des anciens combattants, ni avec celle prévue en faveur des contribuables vivant seuls et ayant supporté la charge d'un enfant pendant au moins cinq années au cours desquelles ils vivaient seuls (demi-part dite « vieux parent »).

Réductions et crédits d'impôt

- **Réduction d'impôt accordée au titre de certaines dépenses liées à la dépendance**

Nombre de bénéficiaires : 431 000 foyers fiscaux.

Coût : 261 M€ en 2023 (évaluation à 288 M€ pour l'année 2025).

- **Réduction d'impôt relative au versement des primes afférentes aux contrats de « rentes survie » aux contrats « d'épargne handicap »**

Nombre de bénéficiaires : 34 000 foyers fiscaux.

Coût : 545 M€ en 2023 (évaluation à 565 M€ pour l'année 2025).

2.2. Dispositifs en fiscalité du patrimoine

Mesures d'exonération d'imposition des plus-values immobilières des particuliers

L'article 150 U du CGI prévoit deux exonérations d'imposition des plus-values réalisées lors de la cession d'immeuble par les personnes âgées ou handicapées :

- la première (DF 15 01 21), mentionnée au 1^o ter du II de cet article, est une exonération en faveur des personnes qui résident dans un établissement social, médico-social d'accueil de personnes âgées ou d'adultes handicapés. Elle s'applique à la cession du bien qui a constitué la résidence principale du cédant et n'a fait l'objet depuis lors d'aucune occupation, lorsque ce dernier est désormais résident d'un établissement mentionné aux 6^o ou 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- la seconde (DF 15 01 17), mentionnée au III du même article, est une exonération liée à la seule qualité du cédant. Celle-ci exonère d'imposition les cessions d'immeubles par les titulaires de pensions de vieillesse ou de la carte " mobilité inclusion " portant la mention " invalidité " mentionnée à l'article [L. 241-3](#) du code de l'action sociale et des familles.

Ces deux exonérations sont soumises à des conditions de revenus. Ainsi, le contribuable ne doit pas avoir, au titre de l'avant-dernière année précédant celle de la cession, été passible de l'impôt sur la fortune immobilière (IFI), ni eu un revenu fiscal de référence (RFR) excédant la limite prévue au II, pour la première, ou au I, pour la seconde, de l'article 1417 du CGI.

Crédit d'impôt à l'impôt sur le revenu

L'article 200 *quater* A du code général des impôts (CGI) prévoit un crédit d'impôt sur le revenu en faveur de l'aide aux personnes (DF 11 02 36). Il est accordé aux propriétaires, locataires ou occupants à titre gratuit de leur habitation principale, pour les dépenses supportées depuis le 1er janvier 2005 d'installation ou de remplacement d'équipements limitativement énumérés (cf. article 18 *ter* de l'annexe IV au CGI) et spécialement conçus

Annexe VII, pièce jointe : note de la DLF

pour les personnes âgées ou handicapées. Le taux du crédit d'impôt est de 25 % du montant des dépenses plafonnées, sur une période glissante de cinq ans, à 5 000 € pour une personne seule, 10 000 € pour un couple, auxquels s'ajoute 400 € par personne à charge.

Le bénéfice de la prime est réservé depuis le 1er janvier 2024 aux dépenses réalisées dans un foyer fiscal comportant des personnes :

- âgées de 60 à 69 ans sous condition de GIR (groupe iso-ressources), ainsi qu'aux personnes âgées de 70 ans ou plus sans condition de GIR ;
- ou présentant un taux d'incapacité supérieur à 50 % ou bénéficiant de la prestation de compensation du handicap (PCH).

En effet, afin de mieux le faire correspondre aux critères retenus pour l'aide unique "MaPrimeAdapt" déployée à compter du 1er janvier 2024, l'article 71 de la loi de finances pour 2024 a prorogé ce crédit d'impôt jusqu'au 31 décembre 2025 et l'a réservé aux seuls contribuables justifiant d'une perte effective d'autonomie ou de handicap. Il l'a également conditionné, pour les dépenses payées à compter de cette même date, à des seuils et plafonds de revenus. Par suite, les ménages disposant des revenus les plus aisés (appartenant aux déciles de revenus 9 et 10) ne bénéficient plus du crédit d'impôt.

Ce crédit d'impôt et sa réforme font enfin l'objet d'une présentation plus approfondie dans les documents suivants :

- Le [BOI-IR-RICI-290](#) ;
- [L'évaluation préalable des articles du projet de loi de finances pour 2024 p.122, 124, 126 et 128.](#)

ANNEXE VIII

**Application du cadre de méthode et
d'analyse des revues d'amélioration
de la qualité des dépenses publiques**

SOMMAIRE

1. LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA DÉPENSES PUBLIQUE S'APPUIE SUR UN RÉFÉRENTIEL MÉTHODOLOGIQUE ANALYTIQUE, NORMÉ ET PARTAGÉ, COMMUN À L'ENSEMBLE DES REVUES DE DÉPENSES CONDUITES DEPUIS 2023	1
1.1. Un canevas générique permet aujourd'hui de décomposer les enjeux à explorer dans une revue de dépenses.....	1
1.2. Plusieurs difficultés se sont posées de manière spécifique pour appliquer la grille d'analyse générique à l'évaluation des dépenses d'aides sociales en soutien à l'autonomie	6
2. LES DÉPENSES D'AIDES EN SOUTIEN À L'AUTONOMIE SONT L'EXPRESSION D'UN CHOIX SOCIAL UNANIME ET RENOUVELÉ EN FAVEUR DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE À L'ÉGARD DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	8
3. SI LES DÉPENSES D'AIDES EN SOUTIEN À L'AUTONOMIE SONT EXPLIQUÉES POUR PARTIE PAR DES FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES, LEUR GESTION PEUT ÊTRE AMÉLIORÉE PAR L'AUTOMATISATION D'ÉCHANGES DE DONNÉES	10
3.1. Tandis que les aides à destination des personnes en situation de handicap progressent de manière soutenue, la stabilité du nombre de bénéficiaires de l'APA et de l'ASH ne doit pas occulter le pic démographique à venir dès 2030.....	10
3.2. La gestion des différentes aides présente des gains potentiels significatifs de simplification et d'automatisation d'échanges de données	14
3.3. La France se situe dans la moyenne européenne et des pays de l'OCDE en matière de soutien à la perte d'autonomie <i>via</i> les prestations individuelles.....	24
4. LES AIDES LÉGALES EN SOUTIEN À LA PERTE D'AUTONOMIE NE PEUVENT FAIRE L'OBJET D'ANALYSES COÛTS/BÉNÉFICES HOLISTIQUES	24
4.1. Les dépenses examinées font l'objet de nombreuses évaluations mais ne peuvent par essence être réduites sous la notion de « rendement »	24
4.2. Le contrôle interne ainsi que la lutte contre la fraude apparaissent très en-deçà des enjeux, comparativement à d'autres prestations individuelles ou aux autres caisses de sécurité sociale	26
4.3. Un faisceau d'indices établit que les dépenses d'aides légales en soutien à la perte d'autonomie évitent de nombreuses externalités négatives	27

1. La démarche d'amélioration de la qualité de la dépenses publique s'appuie sur un référentiel méthodologique analytique, normé et partagé, commun à l'ensemble des revues de dépenses conduites depuis 2023

Les « *spending reviews* »¹ sont une pratique de longue date (1981 aux Pays-Bas, 1994 au Canada) et partagée de manière croissante parmi les pays de l'OCDE. En France, les exercices récents (notamment la révision générale des politiques publiques (RGPP), la modernisation de l'action publique (MAP) et Action publique 2022), ont, sur des périmètres et selon des modalités différentes, permis de structurer ce type de démarche d'amélioration de la qualité de la dépense publique.

Parmi les facteurs-clés de succès identifiés par la littérature abondante² sur les revues de dépenses, la définition *ex ante* d'une méthodologie claire et de principes de fonctionnement partagés figure au premier rang, en vue notamment de fournir un cadre d'analyse structuré et commun à l'ensemble des missions de ce type. L'objet de la présente annexe est d'appliquer cette grille d'analyse à la présente mission sur les aides sociales légales de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie et en situation de handicap.

1.1. Un canevas générique permet aujourd'hui de décomposer les enjeux à explorer dans une revue de dépenses

Lors de sa mission de 2023³ relative à l'analyse et à la méthode des revues de dépenses (RDD), l'IGF a fixé une grille d'analyse transversale et commune à l'ensemble des revues d'amélioration de la qualité de la dépense publique, à travers laquelle les aides sociales en soutien à l'autonomie peuvent également être décomposé :

- ◆ pertinence de la dépense : priorité gouvernementale, doublon avec un dispositif existant etc. ;
- ◆ efficacité de la dépense : l'objectif est-il atteint ? ;
- ◆ efficience de la dépense : l'objectif est-il atteint au moindre coût ? ;
- ◆ impact redistributif : impact sur la réduction des inégalités ;
- ◆ lisibilité et responsabilité : évaluation des dispositifs, organisation du contrôle interne, indicateurs et gouvernance.

Un cadre spécifique d'analyse est ainsi mis en place pour l'ensemble des revues de dépenses, dont les principaux items figurent dans le tableau *infra*, correspondant à l'annexe III du rapport de l'IGF de 2023 précité :

¹ Cf. article 167 de la loi de finances initiale pour 2023 et article 21 du projet de loi de programmation pour les finances publiques pour la période 2023-2027 : « En vue d'éclairer la préparation du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juin de chaque année, un rapport présentant le bilan des évaluations de la qualité de l'action publique menées et les propositions de réformes et d'économies associées. Le rapport relève notamment les dépenses fiscales inefficaces ou redondantes avec d'autres sources de financement et susceptibles d'être supprimées. Il identifie également les mesures d'amélioration de l'efficacité, de l'efficience et des coûts des politiques et des structures évaluées ».

² Notamment l'OCDE qui identifie et relaye de manière régulière les « bonnes pratiques » repérées parmi les membres de l'Organisation, le FMI avec un « mode d'emploi » (« *How to* ») publié en 2022, ou encore la Banque mondiale au titre de l'évaluation de la dépense publique (1996 en particulier).

³ Inspection générale des finances, 2023, [Mission transversale de méthode sur les domaines d'intervention de l'État et les outils d'intervention publique](#), 2023-M-034-4.

Annexe VIII

Canevas de questionnement pour la réalisation des revues de dépenses

Axe d'analyse	Questions à (se) poser	Outils, concepts et approches mobilisables
Description de la dépense publique : action, dispositif ou processus publics.		
Analyse du périmètre et des objectifs de l'action publique	• Quel est l'objectif du programme ? • Quelle est la justification de politique publique pour l'activité de dépense • Quels sont les objectifs et les résultats de l'action / de dépense publique concernée ?	Description du programme/activité et objectifs stratégiques : • Liste des activités conduites • Identification des bénéficiaires visés • Détails de la justification du programme/de l'activité au moment de sa mise en œuvre initiale, et justification des réformes ultérieures • En quoi une intervention publique est-elle nécessaire (ex : défaillance du marché). • Le programme/l'activité est-il/elle identifié(e) comme stratégique et/ou prioritaire dans les documents stratégiques et de planification (par exemple dans les politiques dites prioritaires ou visé par le programme national de réforme)
Analyse de la dépense		
Analyse des intrants / et des extrants	• Quels sont les principaux produits livrables de l'activité/du programme ? • Quelles sont les composantes des dépenses ? • Quels domaines absorbent une grande partie du budget ? • Comment les dépenses sont-elles réparties entre les différentes activités ? • Quelle quantité est produite ? • Quel est le coût unitaire de production ?	Principaux « produits » : • Description des extrants • Volumes et valeurs par activité, objectif, centre de coûts et unité de production Principaux « intrants » : • Nombre d'employés (directs et indirects) concernés par la mise en œuvre du dispositif • Types de compétences mobilisées • Entités en charge de la production publique Décomposition des dépenses budgétaires : • Par catégorie économique (par exemple, rémunération des employés, achats de biens et services, investissement, interventions) • Par activité • Par objectifs • Par actions • Par centre de coûts • Par unités de production • Coûts par unité de production, coûts par employé, coûts par bénéficiaire Impact redistributif des dépenses publiques : • Analyse de l'incidence des dépenses (bénéficiaires/bénéficiaires par groupe de revenu, part des ressources captées par groupe de revenu, valeur moyenne des prestations par groupe de revenu)

Annexe VIII

Axe d'analyse	Questions à (se) poser	Outils, concepts et approches mobilisables
Évolutions des dépenses	• Les dépenses ont-elles augmenté ou diminué ? Y a-t-il des discontinuités marquées ou des évolutions plus tendanciennes ? • Toutes les composantes des dépenses ont-elles augmenté au même rythme ? • Existe-t-il des domaines de dépenses où les dépenses sont régulièrement sous-consommées / régulièrement dépassées ? • Existe-t-il des circonstances spécifiques qui peuvent expliquer tout écart significatif entre les dépenses budgétisées et les dépenses réelles (par exemple, catastrophes naturelles ou décisions juridictionnelles) ?	Analyse des dépenses : • Taux de croissance des dépenses et composantes des dépenses • Comparaison du budget aux dépenses réelles pour toutes les composantes • Différences systématiques entre les projections et les résultats (à la fois pour les entrées et les sorties) • Changements dans les facteurs contextuels (développement technologique, prix des intrants, par exemple, produits échangés sur les marchés internationaux, décisions juridiques, engagements internationaux) • Indicateur de la dépense par habitant en comparaison de la dépense sur PIB, pertinent pour les dépenses des collectivités territoriales, pour lesquelles le revenu brut du territoire est un dénominateur moins parlant en termes de comparaisons
Examen des déterminants (« <i>drivers</i> ») de court terme et de moyen terme des dépenses	• Quels domaines ont affiché une forte croissance des dépenses au fil du temps ? • La dynamique agrégée reflète-t-elle l'évolution d'une composante particulière ? • Quelles sont les raisons des augmentations ? • Quelles sont les projections pour l'avenir ? • Comment la demande / le recours au service / à la prestation publics devrait-elle évoluer ?	Du côté de l'« offre » : • Calcul de la contribution à la croissance globale des différents postes de dépenses • Élaboration d'indicateurs quantitatifs de volume de services fournis (nombre de demandeurs, nombre de bénéficiaires, nombre d'unités fournies / prestations rendues, etc.) • Décomposition des coûts d'exécution entre les quantités et les prix (masse salariale, achats, investissements, etc.) pour la dépense concernée. Du côté de la « demande » : • Projections de dépenses à long terme • Impact des changements démographiques, technologiques ou autres • Évolution de la dépense au fil du temps (ex. activité ou revenu pour les dépenses fiscales) • Émergence de nouveaux besoins, qu'ils soient couverts ou non encore couverts par le dispositif sous revue

Annexe VIII

Axe d'analyse	Questions à (se) poser	Outils, concepts et approches mobilisables
Analyse comparative « <i>benchmarking</i> »	• Comment les dépenses se comparent-elles aux pays étrangers ? • Comment les dépenses se comparent-elles à d'autres dépenses similaires en France (à d'autres niveaux d'administration, pour d'autres processus de production similaires, pour d'autres dispositifs comparables) ?	• Analyse comparative internationale pour identifier les écarts significatifs. Un soin particulier doit être apporté au choix de l'échantillon des comparables (tenir compte d'un niveau de revenu similaire, d'une proximité territoriale, d'un contexte institutionnel et social similaire, notamment en termes de socialisation des dépenses) • Identification des écarts par rapport aux pays les plus performants (pays affichant les coûts les plus faibles, les meilleurs résultats, les meilleurs ratios coûts/résultats), en distinguant éléments de contexte et éléments de pratique/s publique/s • Analyse comparative avec ODAC / APUL / ASSO (coûts en niveau et en structure en essayant de « normaliser » les « outputs » et en les rapportant aux « intrants » (ex : nombre de dossiers traités par agent).
Évaluation		
Pertinence de la dépense	• L'activité est-elle une priorité gouvernementale ? • Le besoin pour lequel le dispositif a été initialement conçu existe-t-il toujours ? • Des alternatives existent-elles par ailleurs ?	• Lien avec les objectifs formalisés de politiques publiques (PAP, annonces gouvernementales) • Évolution dans le temps, le cas échéant selon les territoires, ou les publics du besoin / du recours au dispositif concerné. • Facteurs environnementaux susceptibles d'influer sur la pertinence du programme (par exemple, nouvelles technologies ou processus, nouveaux besoins, etc.)
Efficiences de la dépense	• Les activités sont-elles réalisées de manière efficiente ? • Des mesures peuvent-elles être prises pour fournir la même activité à moindre coût ? (en distinguant scénarios d'ajustement paramétrique ou périmétrique et scénarios de rupture). • Existe-t-il des opportunités pour solvabiliser la production du service public et la rémunérer différemment ? • Y a-t-il chevauchement ou redondance avec d'autres programmes publics ?	• Comparaison du coût moyen par unité de production entre les unités de production (ministères, collectivités territoriales) qui assurent des prestations similaires • Comparaison du coût moyen avec d'autres prestataires lorsque ceux-ci fournissent un produit ou un service similaire • Envisager des manières alternatives pour assurer les mêmes productions (quantité / qualité / sélectivité) • Le cas échéant, examiner le niveau et la dynamique des redevances ou frais perçus auprès des bénéficiaires et l'impact d'éventuelles modifications sur le taux de recours • Identifier les activités et les résultats des programmes visant des objectifs similaires (y compris d'autres ministères ou niveaux de gouvernement), ou à l'inverse non congruents

Annexe VIII

Axe d'analyse	Questions à (se) poser	Outils, concepts et approches mobilisables
Efficacité de la dépense	• Quel est le ciblage du dispositif ? • Les cibles sont-elles atteintes ?	• Évaluer la part des dépenses qui atteint les bénéficiaires visés (coût et « valeur » pour les bénéficiaires visés par rapport aux dépenses totales) • Évaluer la réalisation des indicateurs de performance-clés et conclusions sur les moyens
Si possible : MVPF (sous réserve de données suffisantes, selon cadre méthodologique à établir et à valider, revue par revue).	• Quel est le coût budgétaire total de la mesure, net de ses effets positifs pour les finances publiques ? • Quelle est la propension marginale individuelle et collective / la valeur accordée à ce dispositif ?	• Évaluer le coût budgétaire de la mesure, et ses effets globaux sur les finances publiques, y compris les recettes additionnelles éventuellement induites • Évaluer la valeur sociale accordée à ce dispositif, notamment par la reconstitution d'une propension à payer par ses différents bénéficiaires (comparée aux alternatives disponibles ou assimilables).
Livrables : les scénarios	• Quels sont les trois scénarios « typiques » d'évolution de la dépense concernée ? • Quelles sont les principales différences avec la situation de référence ? • Quelles interdépendances des scénarios avec d'autres politiques ?	• Étude de faisabilité pour les trois scénarios ; • Chroniques de chiffrages à la fois des économies réalisées, mais également des mesures d'accompagnement à prévoir. • Dans le cadre des scénarios, disruptifs ou non : interroger les modèles de financement des politiques publiques en analysant la contribution des entreprises et ménages • Mesures transitoires d'accompagnement éventuellement nécessaires • Feuilles de route de mise en œuvre (et chiffrages éventuels des coûts de transition).

Source : IGF, 2023, Mission d'analyse et de méthode sur les revues de dépenses, d'après Doherty et Sayegh, [How to Design and Institutionalize Spending Reviews](#), FMI, 2022, Volume 2022/004. Annexe II. MVPF correspond à la « marginal value of public finance » (valeur économique et sociale des dépenses publiques), concept proposé par Hendred et al. (2018, 2020).

1.2. Plusieurs difficultés se sont posées de manière spécifique pour appliquer la grille d'analyse générique à l'évaluation des dépenses d'aides sociales en soutien à l'autonomie

Plusieurs éléments éclairent l'analyse de la dépense publique en matière d'aides individuelles en soutien à l'autonomie.

Sur un plan juridique, l'article 11 du préambule de la Constitution de 1946 prévoit ainsi que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ». Les propositions législatives d'élargissements de droits ou de revalorisations entourant ces prestations bénéficient d'un large soutien sociétal, lequel se reflète dans les débats parlementaires comme dans les votes de la Représentation Nationale sur les lois et ordonnances régissant ces aides sociales légales.

L'analyse de l'attribution de ces aides sociales légales appelle, comme l'évaluation multidimensionnelle qui caractérise la plupart de ces prestations, une approche pluridisciplinaire, y compris médicale, et **une analyse à plusieurs niveaux, qui combine données agrégées et situations individuelles**.

Dans ce cadre, et en l'absence de compétence médicale en son sein, la mission s'est concentrée, conformément à sa lettre de saisine⁴, sur l'analyse des disparités territoriales dans la gestion de ces aides, en vue de renforcer l'efficacité des dépenses publiques que la solidarité nationale y mobilise et l'équité entre territoires et entre bénéficiaires.

Par ailleurs, les aides sous revue présentent chacune plusieurs possibilités de compléments, de même que de multiples interactions avec d'autres dispositifs publics, qu'ils soient fiscaux (dépense fiscale évaluée à 2,5 Md€, *cf. supra*, annexe VII) ou extra-légaux (*cf. supra*, annexe VI). Sur ce dernier point, **le recensement des aides extra-légales⁵ des collectivités territoriales est malaisé** compte tenu de la diversité des collectivités qui interviennent en soutien des aides sociales légales, de leur nombre pour les communes et EPCI, même si des travaux en cours⁶ à la date de la mission devraient permettre d'actualiser l'information disponible à leur sujet. Par ailleurs, outre leur diversité de forme, d'objet ou de vocation, ces aides extralégales ne font pas systématiquement l'objet d'une identification budgétaire en propre, la plupart des versements correspondants étant intégrés, dans la comptabilité départementale, avec les débours relatifs aux aides sociales légales.

À l'échelle individuelle, les parcours de droits peuvent être, comme les parcours de vie, discontinus. En l'état des systèmes d'information disponibles pour le soutien à l'autonomie, il est difficile de reconstituer des trajectoires individuelles de prise en charge dans la durée d'une part, et dans le détail des besoins couverts, ou non, par les prestations d'aide sociale analysées.

⁴ *cf. supra*, annexe I.

⁵ À la connaissance de la mission, les seuls travaux académiques visant à évaluer ces aides sociales extralégales dans leur ensemble et non pas à titre individuel sont ceux de Yannick L'Horty et de Denis Anne sur une vingtaine de villes.

⁶ Enquête « ASCO », action sociale des communes, coordonnée par la DREES, qui devrait faire l'objet d'une collecte au cours du 2^e semestre 2025 sur un échantillon représentatif de communes et d'EPCI (échantillon au tiers) et actualiser les deux premières éditions de 2002 (sur données 2000) et 2015, qui s'articule avec les travaux de l'UNCCAS et de l'AMF (association des maires de France), ainsi que les monographies évoquée en note précédente.

Une autre caractéristique propre au champ de la mission réside dans la multiplicité d'acteurs qui interviennent dans la décision publique relative à ces aides (cf. tableau 1).

La fixation du régime de ces prestations relève du législateur, précisé par le pouvoir réglementaire, comme la fixation des montants de certains plafonds, tarifs-socles et barèmes auxquels elles sont soumises. L'attribution et le versement de ces aides légales s'inscrit dans un paysage institutionnel et juridique défini lui aussi par le législateur.

La loi a confié et conforté le rôle de chef de file au département⁷ pour conduire l'action publique sociale. L'État et les caisses de sécurité sociale conservent un rôle de régulateur, et parfois de financeur ou de payeur des prestations. Outre la dépense fiscale, l'État et la sécurité sociale contribuent au financement (AAH via le programme 157, AEEH par la CNSA, concours financiers pour la PCH et l'APA) de dépenses qui restent prises en charge principalement par les départements. Le financement ne présume par ailleurs pas le paiement : les aides sociales légales de soutien à l'autonomie sont versées par les départements (PCH, APA, ASH) ou par les Caf et la MSA (AAH, AEEH).

Tableau 1 : Gouvernance des aides légales en soutien à l'autonomie

Fonction	AAH	AEEH	PCH	APA	ASH
Cadre juridique	Législatif et réglementaire	Législatif et réglementaire	Législatif et réglementaire	Législatif et réglementaire	Législatif et réglementaire
Financier	État (Programme 157)	CNSA	Départements et CNSA	Départements et CNSA	Départements
Instructeur	MDPH	MDPH	MDPH	Conseil départemental	Service social départemental
Évaluateur	MDPH (équipe pluridisciplinaire)	MDPH (équipe pluridisciplinaire)	MDPH (équipe pluridisciplinaire)	Équipe médico-sociale départementale	N.A.
Décideur	CDAPH	CDAPH	CDAPH	Conseil départemental	Conseil départemental
Payeur	CAF / MSA	CAF / MSA	Départements	Départements	Départements
Pilote national	DGCS, appui CNAF & CNSA	DGCS, CNAF, CNSA	CNSA, DGCS	CNSA	N.A.

Source : Code de la sécurité sociale, Code de l'action sociale et des familles.

Une difficulté supplémentaire a trait à l'évaluation de l'efficacité et de l'impact des aides à l'autonomie. Certaines aides du champ de la mission, par leur philosophie de minimum social, diffèrent sensiblement des autres aides sociales légales visant à une compensation universelle, inconditionnelle et personnalisée de la perte d'autonomie ou du handicap et de son retentissement et des charges qu'elle induit. Ayant des vocations et des objectifs différents, leur efficacité ne peut s'apprécier que de manière spécifique.

À cet égard, au-delà des solidarités familiales, la solidarité de la nation constitue un principe à valeur constitutionnelle qui a vocation à s'imposer *erga omnes*. L'évaluation de son impact économique et sociale ne peut que combiner approches individuelle et collective. Elle est de ce fait malaisée car nécessitant une approche globale, territoriale et intertemporelle, mais également largement contingente. En effet, les principes d'universalité et d'individualisation des prestations s'appliquent à des personnes vulnérables, parfois très éloignées des prestations dont elles sont pourtant les publics destinataires (non-recours), qui ont leur libre-choix, mais aussi des appréhensions ou des contraintes plus ou moins fortes pour accéder aux aides et services qui ont vocation à couvrir leurs besoins, en fonction notamment de l'offre notamment.

⁷ Article L121-1 du CASF : « Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent ».

Enfin, une autre difficulté réside dans la modélisation des projections de ces aides, à moyen-terme, tant d'un point de vue épidémiologique que socio-économique. Les dynamiques de densité (nombre de bénéficiaires rapporté à la population générale) et d'intensité (montant moyen par bénéficiaire) sont à la fois propres aux prestations (non-recours, éligibilité, évaluation, durée d'ouverture des droits, modalités d'actualisation de la situation du bénéficiaire) mais également à des tendances socio-démographiques : vieillissement de la population, définition et repérage des handicaps, décohabitation qui modifie les solidarités familiales, développement de l'offre de services en établissement comme à domicile.

Dans le champ du handicap, les déterminants des dynamiques de dépenses sont moins identifiables, la prévalence du handicap (qui ne fait pas ailleurs pas l'objet de projections dans le temps comme le vieillissement démographique) n'expliquant qu'une part des dynamiques de dépense et n'étant en tout état de cause que partiellement pris en compte par les dispositifs étudiés (14% de la population âgée de plus de 15 ans se déclarant, en France comme d'ailleurs dans les autres pays comparables, atteints par une limitation pour la réalisation de leurs activités).

2. Les dépenses d'aides en soutien à l'autonomie sont l'expression d'un choix social unanime et renouvelé en faveur de la solidarité nationale à l'égard des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Les développements qui suivent constituent l'application du cadre transversal d'analyse et de méthode commun à l'ensemble des revues de dépense aux travaux de la mission.

♦ quelle est la justification de politique publique pour l'activité de dépense ? Le besoin pour lequel le dispositif a été initialement conçu existe-t-il toujours ?

Les aides sociales légales caractérisent la volonté de la Nation d'accompagner et soutenir les vulnérabilités liées à la perte d'autonomie avec l'âge ou aux situations de handicap et à leur retentissement. L'autonomie est une condition de liberté individuelle et de dignité : la société a choisi de garantir un socle minimal de droits.

La politique de l'autonomie trouve également sa légitimité dans la réponse à une défaillance du marché assurantiel à l'égard de ces populations recoupant plusieurs risques (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Justifications de l'intervention publique *via* les aides en soutien à la perte d'autonomie

Défaillance de marché	Conséquence	Réponse publique
Asymétrie d'information	Mauvais choix, exclusion, non-recours	Régulation des services à domicile et établissements médico-sociaux, information par les MDPH et départements
Défaillance d'assurance	Sous-couverture du risque	Dispositifs publics universels (AAH), compensation (AEEH, PCH, APA, ASH)
Externalités positives	Sous-consommation de services utiles	Solvabilisation de l'offre et de la demande (AEEH, PCH, APA, ASH)
Inégalités spatiales	Accès à l'offre locale de services d'aides	Régulation de l'offre (ESMS et assimilés, SAAD et assimilés) et solvabilisation de la demande (AEEH, PCH, APA, ASH)
Injustice sociale	Inefficacité, exclusion	Redistribution via un revenu minimal (AAH) Inclusion (AEEH, AAH) et compensation des charges induites par la perte d'autonomie (APA, ASH, PCH)

Source : Mission.

◆ **quels sont les différents programmes qui portent la dépense et quel est leur objectif ?**

Dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie des personnes âgées, les aides légales étudiées par la mission représentent 30 milliards d'euros en 2023, soit 1 % du PIB. Elles sont principalement financées par les départements⁸ (42 %) et par l'État (38 % au seul titre de l'AAH, hors dotations aux départements), et enfin par la CNSA (20% au titre du financement de l'AEEH et des concours aux départements).

L'AAH est portée par le programme budgétaire 157, l'AEEH, par le budget de la CNSA, la PCH et l'APA, par le budget de la CNSA pour les concours et surtout par celui des départements, tandis que l'ASH est financée exclusivement par les départements.

L'objectif commun de ces aides sociales légales est de soutenir l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, soit dans une logique de minimum social (AAH)⁹, soit de compensation (AEEH, PCH, APA), soit de soutien financier (ASH). Les aides en soutien à l'autonomie constituent également un investissement sur plusieurs dimensions : outre un principe à valeur constitutionnelle de justice sociale et de solidarité nationale, elles s'inscrivent dans l'activation du potentiel de croissance économique et sociale du pays via l'insertion scolaire et professionnelle des personnes en situation de handicap, ou encore via l'éviction des dépenses de soins liées à l'accompagnement du grand-âge. **Ainsi, outre qu'il constitue un droit pour celles et ceux qui y sont éligibles, le recours effectif constitue un élément essentiel pour que chacune de ces prestations remplisse son objectif.**

◆ **quel est le public de cette politique ?**

En France :

- ◆ une personne sur sept âgée de 15 ans et plus se déclare en situation de handicap, dont une personne sur quatre âgée de 60 ans ou plus ;
- ◆ 501 700 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en France à la rentrée 2022, dont 87 % en milieu ordinaire ;
- ◆ une personne sur quatorze de plus de 60 ans (7,2 %) bénéficie de l'APA.

Les prestations sous revue peuvent être considérées comme matures (la plus ancienne, l'AAH, ayant été créée en 1975, et les plus récentes, l'AEEH¹⁰ et la PCH¹¹, est entrée en vigueur en 2006). Elles ont connu des évolutions successives permettant d'accompagner d'abord leur montée en charge, puis l'accompagnement des bénéficiaires et de leurs besoins (cf. tableau 3).

⁸ La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales consacre le département comme chef de file de l'action sociale. L'article L. 121-1 du CASF dispose ainsi que « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent ».

⁹ Projet annuel de performance du programme 157 pour 2024 : « L'objectif global du programme « Handicap et dépendance », piloté par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), est de permettre aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées en perte d'autonomie de participer pleinement à la société et de pouvoir choisir librement leur mode de vie. Cet objectif commande tout d'abord d'assurer un minimum de ressources aux personnes totalement ou partiellement empêchées du fait de leur handicap d'exercer une activité professionnelle, notamment en milieu ordinaire. Il s'agit également de leur faciliter l'accès aux espaces de vie de droit commun, avec l'appui d'un accompagnement gradué et adapté à leurs besoins ».

¹⁰ Succédant à l'AES (allocation d'éducation spéciale).

¹¹ Succédant à l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne), qui n'accueille pas de nouvelle entrée dans le dispositif depuis 2006 et fait l'objet d'un droit d'option exclusif avec la PCH (cf. fiche monographique sur la PCH).

- ♦ **quels sont les objectifs de l'évaluation de la qualité de la dépense publique pour la politique concernée ?**

La mission vise à répondre à trois objectifs principaux :

- ♦ l'équité entre territoires et la justice sociale pour les bénéficiaires, passant notamment par l'identification des disparités départementales d'intensité et de densité d'attribution des cinq aides légales, et en expliquer les facteurs (cf. Annexes III et IV) ;
- ♦ l'efficacité, l'équité et l'efficience de l'articulation des aides légales avec les autres dispositifs connexes (aides extra-légales, dépense fiscale) (cf. Annexes VI et VII) ;
- ♦ la justice sociale et la régularité de l'attribution des aides, via notamment les actions de contrôle et de lutte contre la fraude aux prestations sous revue (cf. Annexe V).

3. Si les dépenses d'aides en soutien à l'autonomie sont expliquées pour partie par des facteurs socio-démographiques, leur gestion peut être améliorée par l'automatisation d'échanges de données

3.1. Tandis que les aides à destination des personnes en situation de handicap progressent de manière soutenue, la stabilité du nombre de bénéficiaires de l'APA et de l'ASH ne doit pas occulter le pic démographique à venir dès 2030

- ♦ **les dépenses ont-elles augmenté ou diminué ? Quels domaines ont affiché une forte croissance des dépenses au fil du temps ? Quels sont les principaux postes ?**

Les cinq aides du champ de la mission sont en croissance entre 2017 et 2023, à des rythmes différenciés (+9 % pour l'ASH, +57 % pour l'AEEH, cf. tableau 3).

Les aides du champ du handicap qui augmentent de la manière la plus dynamique sur la période récente sont celles qui représentent les pondérations les moindres dans l'assiette des montants versés au titre des prestations sous revue (PCH +55 % en six ans, AEEH +57 % sur la même période). Ces augmentations sont alimentées par un effet-volume davantage que par un effet-prix (sauf pour l'APA et l'ASH), par le vieillissement de la population ainsi que par les élargissements successifs des périmètres de besoins couverts et de meilleur repérage pour les situations de handicap (cf. Annexe III). Un effet de structure s'observe également : les élargissements de la PCH (PCH parentalité, PCH « psy », forfait surdicécité) et la tendance à l'individualisation des droits (déconjugalisation de l'AAH) contribuent également à la dynamique des dépenses. A vocation de minimum social, l'AAH (38 % de l'assiette sous revue), croît principalement par l'extension du nombre de bénéficiaires de la seule AAH-2.

Tableau 3 : Dépenses et bénéficiaires des aides légales en soutien à la perte d'autonomie

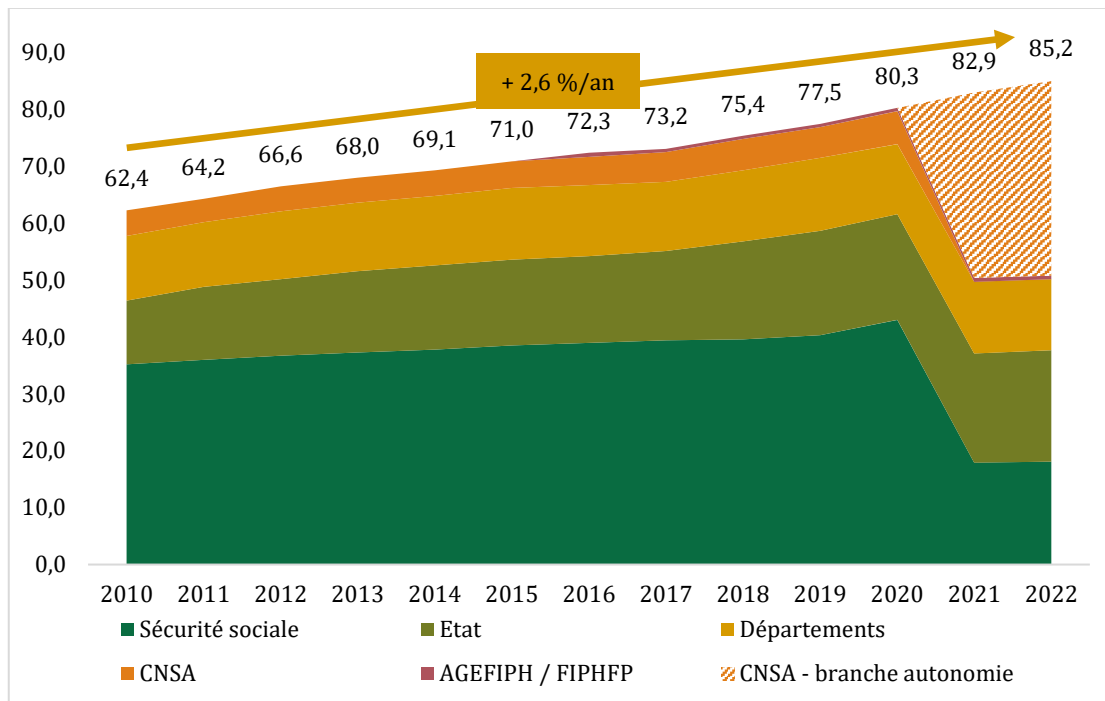
Aide	AAH	AEEH	PCH	APA	ASH
Dépenses 2023, en Md€ (poids parmi l'assiette)	11,8 (39 %)	1,4 (5 %)	3,0 (10 %)	7,1 (23 %)	7,0 (23 %)
Dynamique (2017 - 2023)	+38 %	+57 %	+55 %	+19 %	+9 %
... dont effet volume	+17 %	+56 %	+36 %	+4 %	+2 %
... dont effet prix	+18 %	+1 %	+14 %	+14 %	+7 %
Nombre de bénéficiaires (en million)	1,31	0,46	0,42	1,36	0,25
Montant moyen par bénéficiaire (en €/an)	9 027	2 977 €	7 629 €	5 140 €	10 712 € (ASH PA) 37 410 € (ASH PH)

Source : Mission, d'après données DREES et CNSA.

Annexe VIII

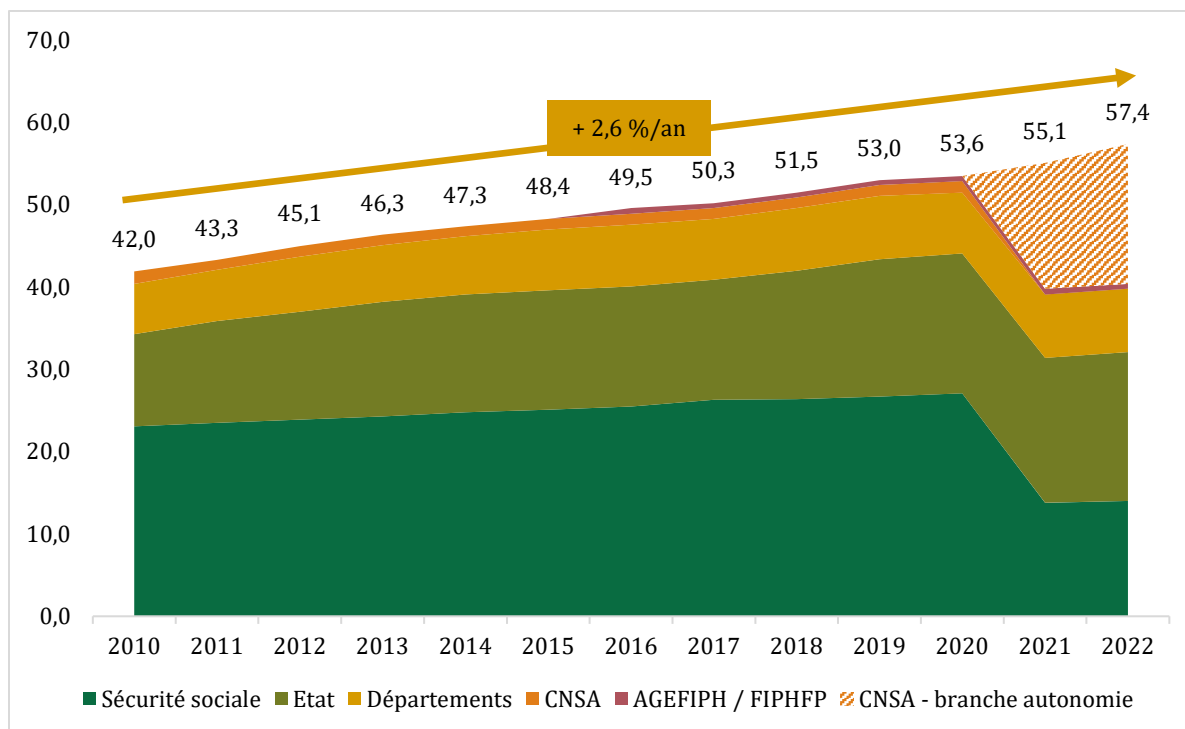
Toutes prestations confondues dans le champ de l'autonomie, la dynamique et la décomposition des dépenses incluant, au-delà des aides sociales légales (pour un tiers) les dépenses notamment de soins, sont les suivantes (cf. Graphique 1, Graphique 2 et Graphique 3)

Graphique 1 : Évolution des dépenses publiques liées au handicap et à la perte d'autonomie (en Mds € constants)



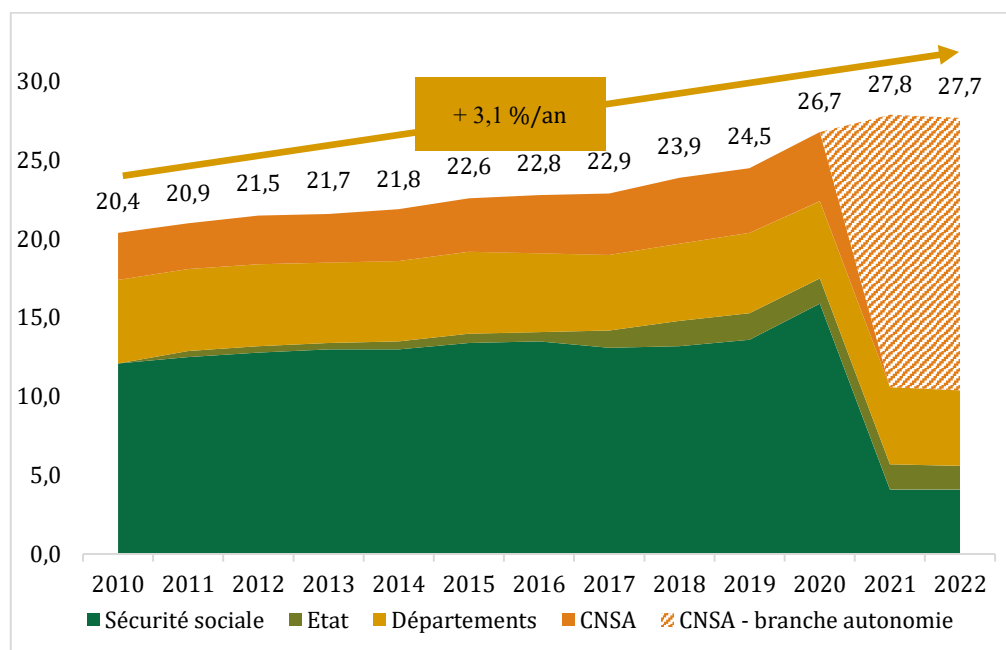
Source : CNSA, 2023, PLACSS.

Graphique 2 : Évolution des dépenses publiques liées au handicap (en Mds € constants)



Source : CNSA, 2023, PLACSS.

Graphique 3 : Évolution des dépenses publiques liées aux personnes âgées en perte d'autonomie (en Mds € constants)

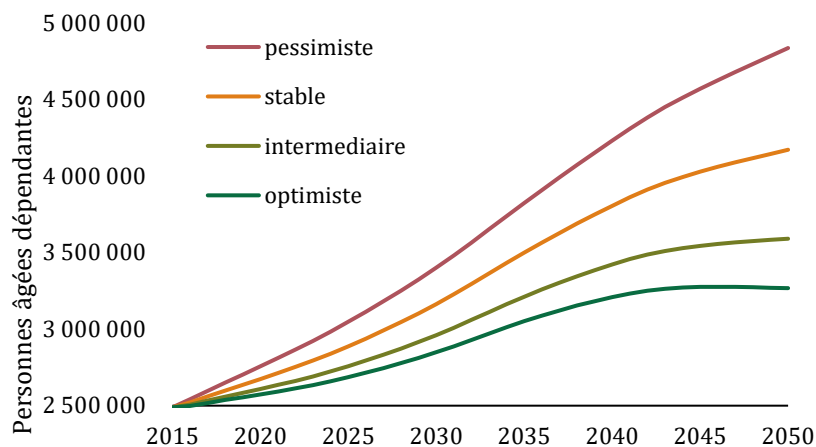


Source : CNSA, 2023, PLACSS.

◆ quelles sont les projections pour l'avenir ?

En 2030, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait atteindre, d'après les prévisions de la DREES¹², plus de 3 millions dans un scénario dit « stable », plus de 3,8 millions en 2040, et près de 4,2 millions en 2050. **Le nombre de seniors en perte d'autonomie augmenterait ainsi de 9,9 % entre 2023 et 2030**, puis augmenterait plus fortement à partir de 2030 du fait du renforcement des effectifs du grand-âge par les premiers *baby-boomers*. Le montant d'APA versé (à domicile et en établissement) augmenterait de 17,2 %, soit une augmentation de 1,2 Md€ (cf. fiche APA). À ce jour et comme indiqué *supra*, **il n'existe pas de projections épidémiologiques détaillées pour l'ensemble des situations de handicap en France**. Les modélisations disponibles se concentrent principalement sur la perte d'autonomie liée au vieillissement (cf. graphique 4).

Graphique 4 : Scénarios de la perte d'autonomie à horizon 20250



Source : DREES-INSEE, 2024, Nombre de seniors dépendants de 2015 à 2050 - modèle EP24.

¹² DREES-INSEE (2024), Nombre de seniors dépendants de 2015 à 2050 - modèle EP24.

En effet, comme l'indique la CNSA elle-même, les modélisations projectives dans le champ de la perte d'autonomie liée aux handicaps et à leur retentissement sont aussi rares que complexes¹³. À droit constant, l'évolution de moyen terme devrait toutes choses égales par ailleurs se stabiliser¹⁴ sur les deux prochaines décennies. **Toutefois, cette prolongation des tendances ne prend pas en compte l'allongement de l'espérance de vie, l'amélioration du repérage des handicaps, et l'intensification de l'effort public de solidarité nationale pour prendre en charge la compensation de leurs retentissements, qui sont pourtant trois des principaux déterminants des évolutions (et de la dynamique) des aides sociales légales dans le champ du handicap.**

♦ **cette dépense présente-t-elle un risque de devenir budgétairement non-soutenable ?**

Le risque de perte de soutenabilité liée aux dépenses d'aides légales s'évalue différemment selon les acteurs qui concourent à son financement.

Les départements, financeurs à 42% des aides sous revue, sont confrontés à un effet « ciseau » : d'une part, leurs recettes sont assises sur de la fiscalité affectée, des transferts de la part de l'État et des concours de la CNSA. Les recettes issues de la fiscalité suivent pour certaines les cycles économiques (fraction de TVA), pour d'autre des cycles propres (DMTO, avec un niveau de volatilité élevé), non corrélés des cycles de leurs dépenses au titre des aides sociales (les aides du champ de la mission, auxquelles sur ce point il convient d'ajouter notamment l'aide sociale à l'enfance, ASE, et le revenu de solidarité active, RSA/RSO).

En tout état de cause, les départements ne disposant pas de levier fiscal propre (à l'exception du demi-point supplémentaire de DMTO, cf. annexe VII) pour ajuster continûment leur niveau de recettes à celui de leurs dépenses ; d'autre part, dans le temps, les charges du département liées aux dépenses de solidarités connaissent une croissance continue, supérieure sur longue période à la croissance des recettes, sous contrainte d'équilibre de la section de fonctionnement.

S'agissant en majorité (69% en moyenne) de dépenses liées à l'attribution d'aides légales, qui peuvent pour certaines être contracycliques (notamment pour les minima sociaux), les départements disposent de peu de marge pour les contraindre ou les réduire, la faculté leur demeurant ouverte *a contrario* de les majorer sur leur budget. Ces éléments ne sont naturellement pas d'intensité équivalente dans tous les territoires.

La perte d'autonomie (handicap et grand âge) peut être surreprésentée dans certains départements parmi les plus ruraux, avec un potentiel fiscal plus faible que la moyenne nationale, tandis que la prestation des aides nécessaires y est moins accessible et/ou plus onéreuse (temps de trajet vers le domicile de l'aidé par exemple)

Enfin, un effet « ciseau » est également susceptible de jouer s'agissant de l'offre, qui est relativement contrainte par l'attractivité des métiers et la faible diversité de celles et ceux qui l'exercent, tandis que la demande augmentera durablement, combinatoire susceptible de participer à terme à un renchérissement des prix des services à domicile (PCH, APA).

L'État et la CNSA sont également concernés par ce risque de perte de soutenabilité du fait des départements d'abord, par les transferts éventuellement rendus nécessaires pour stabiliser leurs trajectoires budgétaires, des dynamiques propres de l'AAH et de l'AEEH (voir Annexe III) qu'elles financent ensuite.

¹³ CNSA, 2025, [Rapport de Branche](#), notamment p. 18 : « Concernant la population en situation de handicap, en l'absence de modélisation, aucune projection n'est à ce stade disponible. Ceci s'explique en partie par la diversité des limitations et des situations que recouvre la notion de handicap. Demeure néanmoins un manque qu'il conviendrait de pouvoir corriger ».

¹⁴ CNSA, 2025 : « la population en situation de handicap de 5 à 59 ans (au sens du GALI) passerait de 3,1 millions de personnes en 2021 à 3,0 millions en 2030 puis 2,9 millions en 2040 », *op. cit.*

3.2. La gestion des différentes aides présente des gains potentiels significatifs de simplification et d'automatisation d'échanges de données

◆ **quelles sont les composantes des dépenses ?**

Les dépenses d'aides légales peuvent se décomposer de la manière suivante :

- ◆ dépenses d'intervention liées aux aides (dites *dépenses de transfert* : montants versés aux bénéficiaires par les CAF, MSA et départements) ;
- ◆ dépenses d'intervention indirectes (financement des services à domicile intervenant dans le cadre de l'aide humaine accordée aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH ; financement des établissements pour l'APA et l'ASH) ;
- ◆ dépenses de fonctionnement des services sociaux départementaux et des MDPH (ou *coûts de gestion* : infrastructures, personnel, systèmes d'information, contrôle et recouvrement, etc.) ;
- ◆ coûts indirects groupés (budget de fonctionnement de la CNSA, des CAF, des MSA, SI partagés) ;
- ◆ les coûts indirects (SI, pilotage, évaluation...) ;
- ◆ les droits connexes (cf. par exemple crédit d'impôt pour les bénéficiaires d'APA ou de PCH pour les aides humaines à domicile comme pour une partie des aides techniques).

◆ **Quel est le coût unitaire de production ?**

En l'absence d'études réalisées sur cette dimension de la gestion des aides, la mission a reconstitué le coût unitaire de production selon les différentes étapes du traitement des demandes : accueil, instruction, évaluation, décision, liquidation, contrôle et recouvrement.

Sur la base des entretiens réalisés auprès des équipes responsables de chacune de ces activités, la mission a évalué, par ordre de grandeur, (cf. tableau 5), la monétisation théorique des temps-agents. Les marges d'erreurs entourant cet exercice sont importantes, puisque celui-ci repose sur des données déclaratives et conduit à des estimations qui doivent être regardées avec prudence. Par exemple, faute de données sur le nombre d'ETP de médecins employés par les MDPH, il n'a pas été possible d'estimer le coût réel de gestion de l'évaluation, qui est majoré par la mobilisation d'ETP de catégorie A. C'est enfin un coût « standard » et moyen qui ne prend pas en compte les spécificités des organisations territoriales, ni la réalité de la situation des demandeurs, certains dossiers présentant des enjeux particuliers (notamment en cas de bilans complémentaires et spécifiques) dans leur gestion par les services instructeurs et/ou évaluateurs.

Malgré les imprécisions de l'exercice, certaines tendances significatives se dégagent des évaluations réalisées. Ce sont les suivantes :

- ♦ **l'AAH et l'AAEH sont les prestations pour lesquelles le coût de gestion est le plus faible, du fait d'une évaluation moins complexe que pour les autres prestations**, et d'une liquidation standardisée à l'échelle des CAF et du réseau de la MSA. Pour l'AAH, la possibilité d'attribuer des droits sans limitation de durée permet également de limiter la fréquence de retour d'un dossier auprès des MDPH. D'après le baromètre des MDPH édité par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), au quatrième trimestre 2022, 64 % des droits d'AAH-1 ont été attribués sans limitation de durée ;
- ♦ **à l'inverse, la PCH et l'APA sont les aides dont le coût de gestion unitaire est le plus élevé, avoisinant les 200 € par demande**, en raison des visites à réaliser au domicile du demandeur ou du bénéficiaire, d'une appréciation globale et personnalisée de l'adaptation du cadre de vie et des contrôles d'effectivité auxquelles la plupart des éléments de ces prestations sont soumis. La mission a retenu l'hypothèse où, s'agissant de la PCH, cette visite à domicile est effectivement réalisée, bien qu'en pratique, elle intervienne dans moins d'un dossier sur deux en cas de première demande, et pour un dossier sur cinq s'agissant d'un renouvellement¹⁵¹⁶ (cf. Annexe IV) ;
- ♦ l'ASH se caractérise quant à elle par des coûts d'instruction faibles sur le périmètre des services départementaux de gestion (notamment car les bénéficiaires sont assistés des CCAS ainsi que par leur établissement d'accueil dans la complétion de leur dossier, quote-part qui n'a pas été reconstituée par la mission), mais par des coûts de liquidation et de récupération très élevés, liés à l'évaluation des ressources du bénéficiaires, à la recherche des obligés alimentaires et des documents financiers (avis d'impôts, extraits bancaires) qui les accompagnent, et aux coûts afférant à la mise en œuvre des recours sur succession.

Les estimations réalisées par la mission apparaissent au demeurant cohérentes avec les données transmises par la CNSA. À titre d'exemple, les remontées issues des départements à l'occasion d'un diagnostic relatif à l'APA faisaient état des données d'activité suivantes (cf. tableau 4), mesurées en type de dossiers traités par agent et par année. En prenant pour hypothèse le coût annuel d'un agent évaluateur de 50 000€, le coût unitaire d'une primo-demande ou d'un renouvellement (instruction + évaluation) s'élève à environ 200 €.

Tableau 4 : Activité induite par le traitement des demandes d'APA par les départements

Nouvelle demande par an par évaluateur	Demande de révision par an par évaluateur	Nouvelle demande par an par instructeur	Demande de révision par an par instructeur	Nouvelle demande et révision par an par évaluateur	Nouvelle demande et révision par an par instructeur
133	124	288	270	254	552

Source : CNSA, 2022, Diagnostic APA.

¹⁵ CNSA & EY (2016), *Étude sur les conditions d'attribution de l'APA et de la PCH*. 41 % des MDPH interrogées déclarent effectuer une VAD de manière systématique en cas de primo-demande, 21 % en cas de renouvellement.

¹⁶ Le coût unitaire évalué par la mission est donc un minorant du coût réel moyen, et ne peut être, ni toujours, ni partout, identifié au coût réellement supporté, celui-ci dépendant également de l'environnement du bénéficiaire (présence continue au domicile, nécessité d'un représentant légal) ou des ressources disponibles pour l'évaluation (présence d'un médecin, composition de l'équipe pluridisciplinaire, etc.)

Ces coûts unitaires ne valent toutefois que pour l'examen d'une demande, et doivent théoriquement être factorisés proportionnellement à la fréquence de retour du dossier au cours de la période de droits totale du bénéficiaire. Au global, rapportés au montant unitaire moyen d'une prestation, ces prestations présentent des **taux de frais de gestion compris entre 0,5 % pour l'ASH-PH** (tiré à la baisse par un dénominateur élevé) **et 3,6 % pour l'AEEH** (tiré à la hausse par un faible dénominateur). À titre de comparaison, la Cour des Comptes a évalué le taux de frais de gestion du RSA à 1,8 % pour 2019¹⁷.

Au demeurant, comme détaillé dans la monographie relative à la PCH, ainsi qu'aux annexes IV et V, **ces coûts de gestion pourraient être significativement réduits par deux actions globales :**

- ◆ l'introduction d'un pré-tri automatique (IA par exemple) des demandes, afin d'en exclure celles manifestement inéligibles à partir des pièces justificatives du dossier ;
- ◆ l'automatisation d'échanges de données entre administrations, afin de disposer directement des informations portées par les pièces justificatives des demandeurs (avis fiscaux, d'identité), et d'en avoir une vision sécurisée (non-compromission, pas d'erreurs de saisie) et surtout actualisée.

S'agissant plus spécifiquement du recouvrement sur successions de l'ASH, les moyens humains mobilisés sont justifiés par les volumes récupérés, outre la symbolique sociale de la mobilisation effective des facultés contributives de chacun. Dans un département urbain visité par la mission, 5 ETP étaient pleinement dédiés au recouvrement des prestations d'ASH PH et PA ; celles-ci totalisaient 25,9 M€ s'agissant des personnes en situation de handicap, et 27,7 M€ s'agissant des personnes âgées en établissement, soit un montant total de 53,6 M€ recouvrés sur un an en 2024.

¹⁷ Cour des Comptes (2022), *Le revenu de solidarité active*

Annexe VIII

Tableau 5 : Décomposition des intrants moyens estimés d'une demande unitaire (données déclaratives)

Fourchette d'estimation		AAH		AEEH		PCH		APA		ASH	
		Basse	Haute	Basse	Haute	Basse	Haute	Basse	Haute	Basse	Haute
Numérisation	Temps agent (en h)	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4
	Coût unitaire (en €)	4,6	9,2	4,6	9,2	4,6	9,2	4,6	9,2	4,6	9,2
Instruction	Temps agent (en h)	0,3	0,6	0,4	0,6	0,8	1,5	0,5	0,7	0,5	0,75
	Coût unitaire (en €)	6,9	13,8	9,2	13,8	18,4	34,5	11,5	16,1	11,5	17,25
Évaluation	Temps agent (en h)	0,8	1	1	1,3	3	4	2,5	3,5	N.A.	N.A.
	Coût unitaire (en €)	23,2	29	29	37,7	87	116	72,5	101,5	N.A.	N.A.
Liquidation	Temps agent (en h)	0,5	0,75	0,75	1	0,75	1,2	0,75	1	0,75	3,75
	Coût unitaire (en €)	14,5	21,75	21,75	29	21,75	34,8	21,75	29	21,75	108,75
Recouvrement	Temps agent (en h)	0,5	0,8	1	1	1	1,5	1	1,5	2	5
	Coût unitaire (en €)	14,5	23,2	29	29	29	43,5	29	43,5	58	145
Total	Temps agent (en h)	2,3	3,55	3,35	4,3	5,75	8,6	4,95	7,1	3,45	9,9
	Coût unitaire (en €)	63,7	96,95	93,55	118,7	160,75	238	139,35	199,3	95,85	280,2
Coût moyen (en €/dossier)		80		106		199		169		188	

Source : Mission. Note méthodologique : Soit 29€ le coût horaire moyen brut pour l'Etat pour un agent de catégorie B et 23 € le coût horaire moyen brut pour un agent de catégorie C en 2024 (Chiffres clés de la fonction publique, édition 2024). Les ETP de catégorie A mobilisés par l'évaluation (médecins en MDPH notamment) n'ont pas pu être pris en compte. Les temps agents ont été estimés d'après les entretiens avec les différentes équipes menés lors des déplacements et un échantillonnage de dossiers. Le coût total ne prend pas en compte le coût des SI.

Tableau 6 : Taux de frais de gestion moyen estimé pour chaque aide

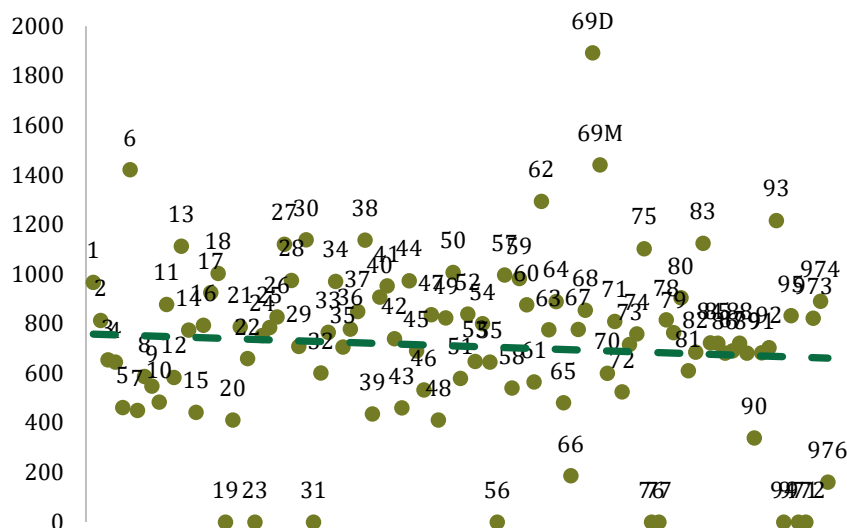
	AAH	AEEH	PCH	APA	ASH PA	ASH PH
Coût moyen de gestion (en €/dossier)	80	106	199	169	188	188
Coût moyen par bénéficiaire (en €/an)	9 027	2 977	7 629	5 140	1 0712	37 410
Taux de frais de gestion	0,9%	3,6%	2,6%	3,3%	1,8%	0,5%

Source : Mission

Annexe VIII

La mission a par ailleurs relevé des écarts de productivité – par construction, variables d’une MDPH ou d’un département à l’autre - entre entités gestionnaires des aides sous revue. Les seules données disponibles en la matière concernent les MDPH, consolidées dans le rapport d’activité 2022 des MDPH publié par la CNSA¹⁸. Il en ressort que le nombre d’avis et de décisions par ETP travaillé oscille majoritairement entre 610 et 899, avec une moyenne de 730 par ETP travaillé en 2022

Graphique 5 : Décisions et avis rendus par ETPT (2022)



Source : CNSA, 2024, Rapport d’activité 2022 des MDPH.

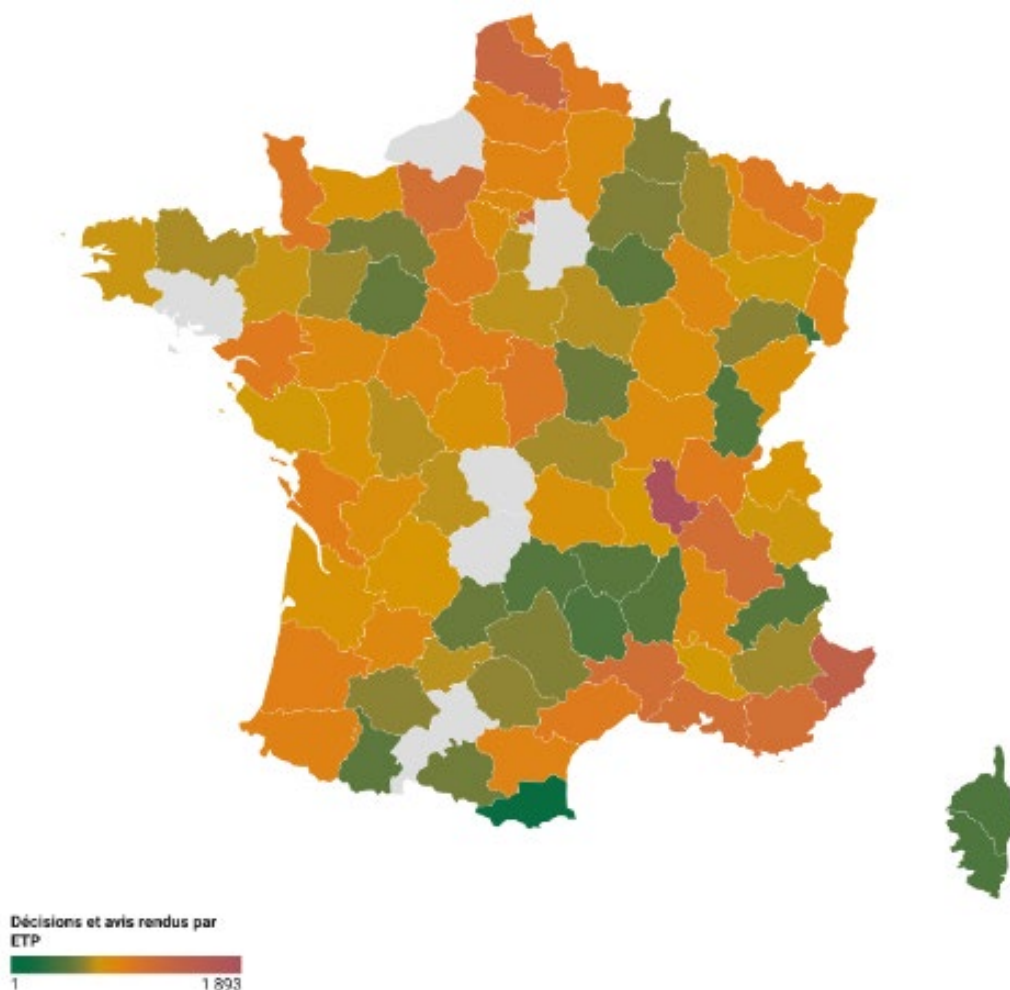
Tableau 7 : Nombre de décisions et avis rendus par ETPT des MDPH (2022)

	Décisions et avis rendus par ETPT
Min	161
Max	1 893
Q1	648
Q3	971
Moyenne	788
Médiane	778
Ratio interquartile	1,5

Source : CNSA, 2024, Rapport d’activité 2022 des MDPH.

¹⁸ Synthèse des rapports d’activité 2022 des MDPH. CNSA. Rapport d’activité thématique. Juin 2024.

Graphique 6 : Nombre de décisions et avis rendus par ETPT des MDPH (2022)



Source : CNSA, 2024, Rapport d'activité 2022 des MDPH.

S'agissant enfin des moyens humains totaux alloués aux aides du champ de l'autonomie et du handicap, la mission a procédé à une estimation par type de population concernée et donc acteur gestionnaire, à défaut de sources alternatives fiables (cf. tableau 8).

Il en ressort que **la mobilisation des ressources pour la délivrance des différentes prestations est relativement convergente pour toutes les aides sociales légales sous revue, à l'exception de la PCH**. En agrégeant les ETP liés à l'instruction et à l'évaluation des demandes relatives au handicap, avec ceux liés à leur liquidation dans les CAF et MSA, le traitement intégral d'une demande d'AAH ou d'AEEH impliquerait 0,0033 ETP/bénéficiaire, contre 0,0040 s'agissant d'une demande d'APA par exemple. La PCH, qui sollicite des ETP théoriques MDPH ainsi que départementaux, pourrait mobiliser, selon cette estimation, 0,0066 ETP/bénéficiaire. La fragilité principale de cette grille d'estimation réside dans l'absence de pondération des ETP et des bénéficiaires en fonction de chaque aide.

Tableau 8 : Estimation des ETP moyens mobilisés pour l'accompagnement des bénéficiaires des différentes prestations du champ de l'autonomie

	MDPH	Départements	CAF/MSA
Effectifs ETP (2022)	5 700	10 000	1 000
Nombre de bénéficiaires	AAH + AEEH + PCH = 1 900 000	PCH + APA + ASH = 2 000 000	AAH + AEEH = 1 560 000
Bénéficiaires / ETP	~333 bénéficiaires / ETP	~200 bénéficiaires / ETP	~1 560 bénéficiaires / ETP
ETP / bénéficiaire	0,0026	0,0040	0,00074

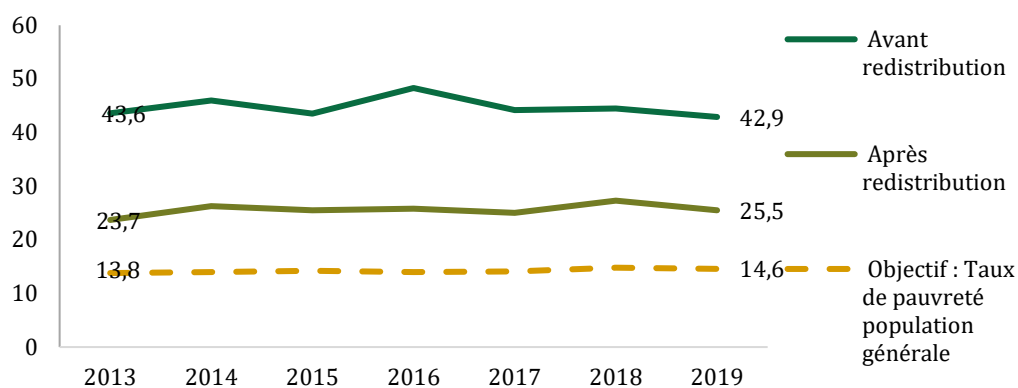
Source : Mission. Hypothèses : Effectifs MDPH : IGAS, 2024, Les 20 ans des MDPH, 5 700 ETP. Effectifs départements : DREES, 2024, Enquête Aide sociale : soit 82 000 ETP départementaux dédiés à l'action sociale, en retranchant les autres postes d'activité (RSA, ASE, aide-ménagère, action sociale), on pose l'hypothèse basse de 10 000 ETP dédiés à la liquidation de la PCH, au traitement intégral des demandes d'APA ainsi que celui de l'ASH, soit 10 000 ETP et au contrôle et recouvrement de chacune. Effectifs CAF/MSA : une CAF d'un département urbain comptant 42 000 bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH cumulés a indiqué mobiliser 20 ETP annuels sur ces deux prestations. On retient une hypothèse basse de 10 ETP moyens/département afin de corriger l'effet urbain et polarisant du département de référence. Bénéficiaires : DREES, 2024, Enquête Aide sociale.

◆ **quelle est l'incidence des dépenses pour les bénéficiaires ? Existe-t-il un effet redistributif ?**

La mission a comparé entre départements les montants versés au titre des différentes prestations en les décomposant en densité des aides (nombre de bénéficiaires rapportés à la population générale) et intensité des mêmes aides (montant moyen versé par bénéficiaire), cf. Annexe III. S'agissant de l'existence d'un effet redistributif, il est lié à la structure des différentes aides, à leur nature (compensation, minimum social) et à l'existence d'une condition de ressources voire d'un barème. En l'espèce, l'AAH est une prestation monétaire différentielle visant à garantir un revenu minimum aux personnes en situation de handicap, l'ASH un soutien financier dépendant des charges et des ressources du bénéficiaires accueilli ou hébergé en établissement, et l'APA est liquidée selon un barème qui prend en compte le degré de perte d'autonomie et les revenus.

La réduction du taux de pauvreté grâce aux effets redistributifs des prestations du champ du handicap a été mesurée, chez les adultes, par la DREES. Il en ressort que toutes redistributions comprises (c'est-à-dire pas seulement AAH), le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap situation de handicap de moins de 60 ans tend, en 2019, à diminuer de 17 points de pourcentage, soit 70% de l'écart moyen des taux de pauvreté entre personnes en situation de handicap et population générale.

Graphique 7 : Taux de pauvreté à 60 % du niveau de vie médian avant et après redistribution, des personnes en situation de handicap de moins de 60 ans

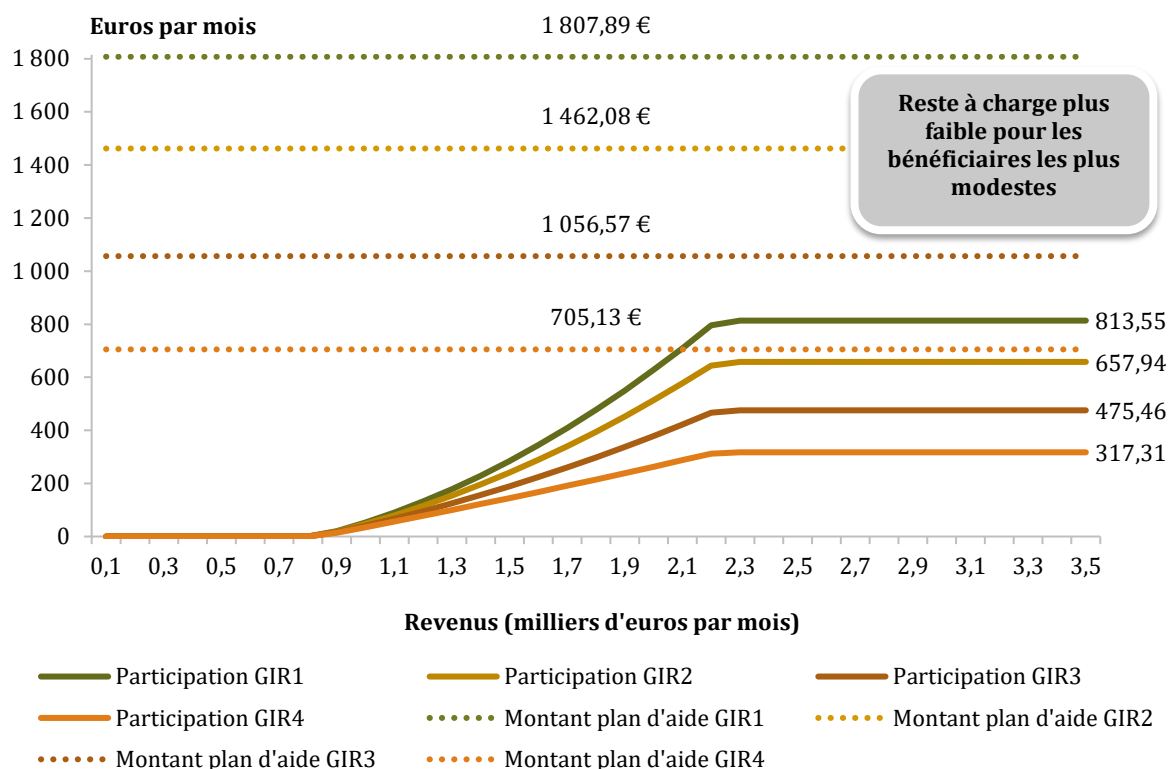


Source : DREES, 2022, tiré de PLACSS 202), à partir de données Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2012-2017), Insee.

Annexe VIII

Les critères de ressources de l'ASH font quant à eux de cette prestation une prestation redistributive par essence, vers les plus modestes. Le barème de l'APA est par sa conception également progressif en fonction des revenus (*cf.* graphique 8). Ainsi, un bénéficiaire en GIR 2 au revenu mensuel de 1 700 € devra déboursier environ 340 € par mois, pour un plan d'aide maximum plafonné à 1 462,08 € (en 2023), soit un taux de participation de 23 %.

Graphique 8 : Montant du plan d'aide laissé à la charge du bénéficiaire, en fonction de son niveau de revenu, par GIR, pour un plan d'aide au plafond (hors crédit d'impôt)

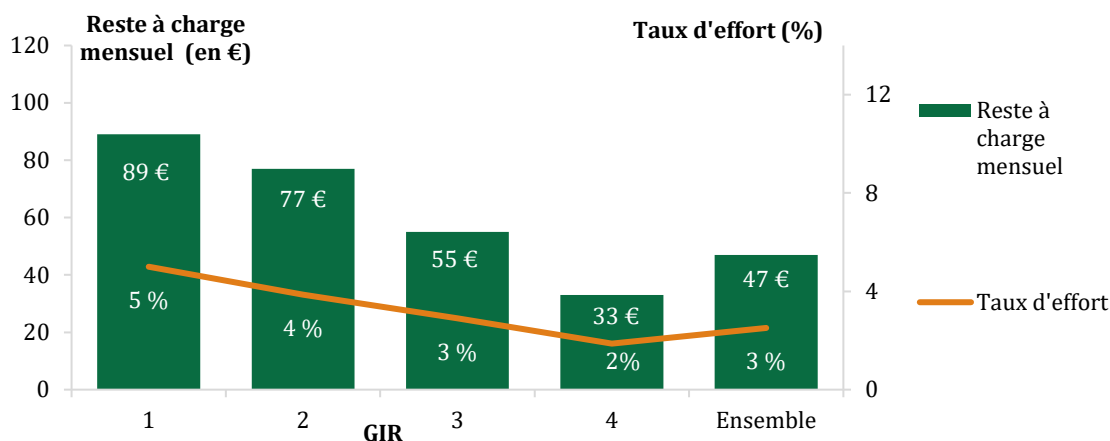


Source : CNSA, 2023, PLACSS.

Par ailleurs, le taux d'effort, qui correspond au reste à charge rapporté aux ressources de l'individu, est simulé par la DREES d'après son modèle Autonomix en incluant les crédits d'impôts. Ce taux d'effort est compris entre 2 % (pour les pertes d'autonomie les moins sévères) et 5 % (pour les pertes d'autonomie les plus avancées) (*cf.* graphique 9). Il s'élève en moyenne à 2,5 %, soit 47 €/mois et par bénéficiaire.

Annexe VIII

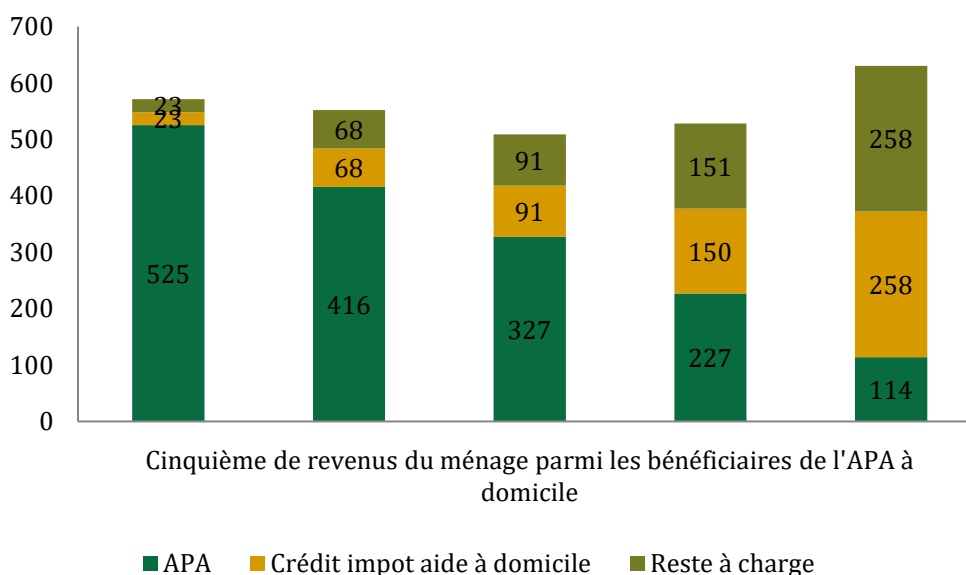
Graphique 9 : Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance selon le GIR du bénéficiaire



Source : Remontées individuelles sur l'APA et l'ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix, DREES.

En effet, à la progressivité de l'APA liée à son barème en fonction des revenus, se combine l'effet du crédit d'impôt, qui tend à réduire d'autant plus le reste à charge que les dépenses du bénéficiaire sont élevées. Plus précisément, le niveau des plans d'aides varie peu selon les quintiles de revenus : il diminue légèrement avec la croissance des revenus, avant de réaugmenter pour les revenus les plus élevés. L'APA diminue avec les revenus, tandis que le crédit d'impôt (qui s'applique en droit aux dépenses réellement effectuées diminuée des prestations reçues) compense la moitié de la baisse de l'APA reçue (à dépenses d'aides à domicile identiques, ce qui n'est pas le cas en pratique). La décomposition suivante illustre ainsi que pour le quintile de bénéficiaires de l'APA ayant les plus hauts revenus, le crédit d'impôt représente 41 % de la prise en charge du plan d'aide (cf. graphique 10), compensant la réduction de l'APA versée du fait de l'application du barème prenant en compte les revenus.

Graphique 10 : Décomposition du financement du plan d'aide APA à domicile, par cinquième de revenus (montants mensuels moyens en euros)



Source : DREES, 2020, Modèle Autonomix (DREES-IPP), basé sur les données des enquêtes Care (DREES) et Aide Sociale 2017 (DREES). Lecture : Chaque barre verticale représente 20 % de la population des bénéficiaires de l'APA à domicile. Un bénéficiaire de l'APA vivant dans un ménage dont les revenus sont inférieurs à 1081 € par mois a un plan d'aide de 571 € par mois en moyenne. Sur ces 571 €, 525 € sont payés par l'APA, 23 € par le crédit d'impôt et 23 € restent à sa charge. Champ : Bénéficiaires de l'APA à domicile vivant en France métropolitaine au 31 décembre 2019

Annexe VIII

◆ Existe-t-il des domaines de dépenses où les dépenses sont régulièrement sous-consommées / régulièrement dépassées ?

Les dépenses sont parfois sous-consommées s'agissant de la PCH et de l'APA. Les facteurs principaux de sous-consommation identifiés par la mission sont les suivants :

- ◆ reste à charge pour le bénéficiaire ;
- ◆ difficulté à accéder à l'offre de services, en particulier d'aide humaine dans certaines territoires ;
- ◆ modèle de prestation des services d'aides à domicile (emploi direct, prestataire, mandataire) et tarification des services (en incluant autorisation et habilitation) ;
- ◆ inadéquation du plan d'aide avec les besoins ;
- ◆ choix du mode d'aide humaine ;
- ◆ complémentation par des soins de ville ;
- ◆ erreurs ou dissimulation des déclarations d'heures d'aide humaine.

D'après la DREES, le taux moyen de consommation du plan d'aide croît à mesure que la dépendance s'intensifie, s'agissant de l'APA.

Tableau 9 : Montant moyen du plan d'aide consommé selon le GIR et taux d'utilisation en 2017

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Montant moyen	1 050 €	785 €	536 €	294 €	450 €
Taux d'utilisation	61%	57%	54%	44%	49%

Source : DREES, 2017, Remontées individuelles.

Les départements qui ont déployé totalement ou partiellement la télégestion pour fiabiliser le versement de l'aide humaine des plans de PCH et d'APA ont indiqué à la mission avoir constaté des taux de consommation inférieurs suite à ce nouveau mode de gestion. Un écart moyen de 11,2 points de pourcentage de taux de consommation s'observe entre le mode prestataire et l'emploi direct.

Tableau 10 : Taux moyens de consommation des plans d'aide en fonction du mode de prestataire

	CESU Paris (Domiserve)	CESU (Domiserve) Moyenne France
APA Emploi direct	91,6%	90,0%
APA Mandataire	80,3%	85,8%
APA Prestataire	75,7%	78,8%

Source : Ville de Paris, 2024, Direction de l'autonomie.

À l'inverse, d'un point de vue macroéconomique, les départements sont fréquemment et de manière croissante mis en difficulté par la dynamique des dépenses des aides légales du champ de l'autonomie dont ils ont la charge, malgré la compensation apportée par les concours de la CNSA. En 2024, pour répondre aux tensions budgétaires rencontrées par les départements dans le financement de l'APA, la CNSA a accordé un soutien financier exceptionnel de 150 millions d'euros. Cette mesure vise à rehausser le taux de couverture des dépenses liées à l'APA, dans un contexte de revalorisations liées à l'extension du Ségur et de hausse du tarif plancher des services à domicile. Cette dotation exceptionnelle s'inscrit également dans la perspective de la réforme des concours de la CNSA aux départements, prévue pour 2025, qui a pour objectif de renforcer l'équité et la soutenabilité du financement de l'autonomie sur l'ensemble du territoire.

3.3. La France se situe dans la moyenne européenne et des pays de l'OCDE en matière de soutien à la perte d'autonomie *via* les prestations individuelles

♦ comment les dépenses se comparent-elles aux pays étrangers ?

Si la France a la plus grande part européenne de richesse nationale allouée à la protection sociale (31,5 % contre 26,7 % en moyenne en 2023), les dépenses publiques pour la prise en charge ou la compensation de la perte d'autonomie sont dans la moyenne des États membres de l'Union européenne comme des pays de l'OCDE, même si les comparaisons internationales en la matière doivent être considérées avec précaution.

Pour les seules personnes âgées en perte d'autonomie, l'aide informelle était par ailleurs évaluée entre 7 et 11 milliards d'euros par le Conseil d'analyse économique¹⁹ en 2016, estimation comparable aux dépenses de soins (12 Md€). Ce taux s'inscrit dans une moyenne des pays de l'OCDE²⁰ (*cf. infra*, annexe IX).

4. Les aides légales en soutien à la perte d'autonomie ne peuvent faire l'objet d'analyses coûts/bénéfices holistiques

4.1. Les dépenses examinées font l'objet de nombreuses évaluations mais ne peuvent par essence être réduites sous la notion de « rendement »

Les cinq aides légales du champ de la mission sont, depuis leur création au début des années 2000 (et 1975 pour l'AAH), assorties de dispositifs de suivi statistique, d'enquêtes, et de rapports évaluatifs qui permettent d'en retracer finement les incidences et l'atteinte des objectifs qui leur ont été alloués. On peut citer, entre autres :

- ♦ les enquêtes de la DREES : Aide sociale, Care, Vie quotidienne et santé (VQS). Elles alimentent les modèles Autonomix et Livia, qui permettent de simuler les évolutions de bénéficiaires et de dépenses, s'agissant de l'APA. Les remontées individuelles APA et ASH (RI) fournissent quant à elle des données fines sur le nombre, l'évolution dans le temps, l'âge, le sexe, les ressources et les montants perçus par les bénéficiaires ;
- ♦ les travaux de l'Institut des Politiques publiques (IPP), se déclinant en notes, rapports, mais également modèles de micro-simulation (TaxIPP). Le rapport « Vieillir à domicile » de mars 2023²¹ apporte notamment des contributions remarquables à la politique d'autonomie et aux perspectives de l'APA ;
- ♦ les rapports récents de la Cour des Comptes, par exemple s'agissant de l'AAH (2021), ou de l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes (2023), ainsi que les rapports du HCFEA (par exemple sur le rapport 2020 sur l'ASH ou sur le bien vieillir à domicile (rapport 2024) ;

¹⁹ Cité pour les personnes âgées en perte d'autonomie par Bozio, Gramain et Martin, Conseil d'analyse économique, 2016, [Quelles politiques publiques pour la dépendance ?](#) (2014) : « Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 ».

Dossiers Solidarité et Santé, n° 50, février.

²⁰ Fels et Cullen, OCDE, 2024, [Competition in the Care Economy](#).

²¹ IPP (2023), [Vieillir à domicile](#)

Annexe VIII

- ◆ les rapports annuels²² de la branche Autonomie, de la CNSA ou des ministères sociaux, qui présentent des données nationales et territoriales sur les publics concernés et les grands agrégats de la politique de l'autonomie, et les travaux de recherche qu'il lui appartient de financer et d'orienter (*via* notamment les projets de recherche de l'IRDES ou études spécifiques sur la PCH parentalité en 2024, *cf.* pour des exemples de ces études et travaux, fiche monographique sur la PCH) ;
- ◆ le baromètre des MDPH, établi par la CNSA, qui propose un suivi de certains indicateurs de fonctionnement de ce réseau, notamment les délais moyens de traitement des demandes (il est regrettable qu'un tel dispositif ne soit pas également et identiquement mis en œuvre sur les équipes autonomie des départements, ainsi qu'en dispose pourtant la loi).

Du reste, plusieurs indicateurs peuvent permettre d'évaluer la pertinence globale des aides sociales en faveur de l'autonomie :

- ◆ des indicateurs de recours :
 - le nombre de bénéficiaires de chaque aide pour 1 000 habitants, rapporté à la prévalence estimée du handicap ou du vieillissement ;
 - taux de consommation du plan d'aide (PCH et APA) ;
- ◆ des indicateurs de niveau de vie et d'activité :
 - la part des bénéficiaires de l'AAH qui occupent un emploi ;
 - la part des personnes handicapées et dépendantes sous le seuil de pauvreté ;
- ◆ des indicateurs de qualité du service public de l'autonomie :
 - le délai moyen de traitement d'une demande ;
 - le taux de recours contentieux des demandes d'aide ;
- ◆ de l'existence éventuelle de doublons et cofinancements.

En revanche, de par leur objet, aucun rapport ou étude académique n'est parvenu à établir à ce jour d'analyse globale coût/bénéfices de ces aides. La notion de « rendement » apparaît elle-même inappropriée pour rendre compte des marges de progression effectives parmi le design ou la gestion de ces politiques publiques.

Au terme de ses investigations, la mission peut dégager les éléments suivants :

Tableau 11 : Analyse atouts/faiblesses des aides légales du champ de la mission

Points forts d'efficience	Faiblesses d'efficience
Ciblage des publics vulnérables sur la base de critères médicaux, du retentissement de la perte d'autonomie dans la vie quotidienne, et de critères de ressources.	Doublons avec les aides extra-légales (communes), qui ne font par ailleurs pas l'objet de requêtes de contrôle ou de questionnement lors de l'instruction/évaluation
Taux de recours satisfaisants pour certaines aides (notamment AAH)	Forte disparité géographique d'accès aux droits : qualité de traitement des dossiers variable selon les MDPH ou les départements
Individualisation des aides (plans personnalisés, barèmes proportionnels aux ressources)	Inégalités d'accès aux services d'accompagnement, surtout en milieu rural ou zones sous-dotées

²² Si le premier rapport annuel de la 5^e branche a été publié en 2025, les documents budgétaires présentés dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale présentent des éléments détaillés, parfois au niveau départemental, des principaux dispositifs mis en œuvre par les politiques publiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Toutefois, les données individuelles restent peu accessibles, datées (2012-2016 pour la PCH par exemple) et parfois sujettes à caution.

Annexe VIII

Points forts d'efficience	Faiblesses d'efficience
Développement d'outils de pilotage et d'évaluation (rapports DREES, CNSA, IPP)	Caractère subsidiaire de l'aide légale relativement aux autres solidarités, notamment familiales, peu questionné
Encouragement au maintien à domicile (APA, PCH), généralement plus efficient économiquement que l'institutionnalisation, en deçà d'un certain niveau de dépendance	Complexité administrative des démarches, entraînant des délais, des découragements ou des non-recours, surtout chez les publics les plus fragiles
Solvabilisation de l'offre qui encourage le recours à des biens et services d'externalités positives, et créatrice d'emplois	Reste à charge parfois élevé malgré les aides, nécessitant des compléments locaux ou familiaux
	Faible coordination entre acteurs (État, départements, MDPH, services sociaux), entraînant des ruptures dans les parcours d'accompagnement
	Contrôle interne, externe et lutte contre la fraude embryonnaires, dépriorisés relativement au traitement des demandes, et sous-dimensionnés relativement au volume de l'assiette (30 Mds€)

Source : Mission.

4.2. Le contrôle interne ainsi que la lutte contre la fraude apparaissent très en-deçà des enjeux, comparativement à d'autres prestations individuelles ou aux autres caisses de sécurité sociale

Tout en considérant que les dispositifs « handicap » et « autonomie » sont plus récents et moins structurés que les autres branches de la sécurité sociale, **la mission a pu observer que la culture du contrôle interne, comme celle de la gestion des risques²³, reste encore à construire, tant en MDPH que dans les services autonomie.** La mission souligne que beaucoup des ouvertures de droits et attributions de prestations se font de manière seulement documentaire, fondée essentiellement sur le certificat médical, qui n'est pas – dans sa forme et des modalités de service – exempt de risques ; selon les aides, pas ou peu de contrôle d'effectivité sont réalisés. Par ailleurs, la fraude interne n'est pas identifiée comme risque potentiel.

²³ Cf. *supra*, annexe V, 3.1.1.

4.3. Un faisceau d'indices établit que les dépenses d'aides légales en soutien à la perte d'autonomie évitent de nombreuses externalités négatives

♦ quels sont les coûts évités et les externalités positives induites par la politique publique ?

L'évaluation du coût évité par la prise en charge du handicap ou de la perte d'autonomie - c'est-à-dire les dépenses publiques qui permettent d'éviter des coûts plus élevés à long terme (hospitalisations, épuisement des aidants, perte de revenus, etc.) - est un des angles morts de la production académique et administrative en la matière. Cependant, quelques études apportent des éléments utiles pour appréhender cette question :

- ♦ INSEE (2024) – Économie du handicap²⁴ : ce rapport distingue les coûts directs (médicaux et non médicaux) et les coûts indirects (pertes de revenus, de production) liés au handicap. Il met en lumière l'impact économique du handicap sur les individus et la société, justifiant des aides ciblées pour en atténuer les surcoûts ;
- ♦ Institut des Politiques Publiques (2023) – Perte d'autonomie des personnes âgées²⁵ : cette note explore différents scénarios d'évolution des dépenses publiques liées à la perte d'autonomie et estime les besoins en personnel pour accompagner le "virage domiciliaire". Elle souligne que des investissements dans l'aide à domicile peuvent prévenir des coûts plus élevés liés à l'hébergement en établissement.

Outre les coûts actualisés susceptibles d'être évités par cette prise en charge par la solidarité nationale, la politique de l'autonomie participe également à solvabiliser une offre de biens et services territorialisée. Ces aides s'appuient sur une offre de soins, d'accueil et d'hébergement en établissement, et d'aide à domicile qui constitue un secteur économique important et en croissance : 1,4 million de professionnels salariés travaillent dans le secteur, essentiellement des femmes (87 %).

Cette politique s'appuie enfin sur des ressources non-monétarisées : les solidarités familiales constituent également une réalité sociale majeure : 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, au risque parfois de s'y épuiser et/ou de porter atteinte à leur insertion professionnelle et sociale.

²⁴ Blavet, 2024, [Comment prendre en compte le coût supplémentaire lié au handicap dans la mesure du niveau de vie des ménages en France](#) in Économie et Statistique : « Le coût supplémentaire lié au handicap est estimé à plus de 30 % du revenu disponible quel que soit l'indicateur de niveau de vie ».

²⁵ Mendras, 2023, [Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ?](#)

ANNEXE IX

Étude de comparaison internationale

**Allemagne, Canada, Danemark, Espagne,
Etats-Unis, Japon, Pays-Bas, Royaume-Uni**

**Éléments recueillis via
le réseau international de la DG Trésor**

SOMMAIRE

CAHIER DES CHARGES DE L'ÉTUDE DE COMPARAISON INTERNATIONALE	5
Questionnaire de l'étude	11
ALLEMAGNE.....	25
Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?	25
Q2/- Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?	33
Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?	35
Q4/- Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ?	39
Q5/- Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?	39
CANADA.....	41
Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?	41
Q2/ Quels sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?	42
Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?	43
Q4/ Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ?	46
Q5/ Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?	49
DANEMARK.....	53
Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?	53
Q2/- Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?	53

ESPAGNE 57

- Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ? 57
- Q2/- Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ? 62
- Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ? 75
- Q4/- Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ? 83
- Q5/- Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ? 85

ÉTATS-UNIS 89

- Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ? 89
- Q2/- Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ? 91
- Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ? 92
- Q4/- Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ? 94
- Q5/- Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ? 94
- Note d'appui : 97

JAPON 107

- Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ? 107
- Q2/- Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ? 119
- Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ? 130
- Q4/- Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ? 132
- Q5/- Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ? 132

PAYS-BAS..... 135

- Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ? 135
- Q2/- Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ? 144
- Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ? 150
- Q4/- Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ? 164
- Q5/- Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ? 175

ROYAUME-UNI 183

- Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ? 183
- Q2/- Quels sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, ...) ? 187
- Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ? 192
- Q4/- Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ? 195
- Q5/- Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ? 195

La mission a saisi la Direction générale du Trésor le 21 janvier 2025 via son bureau Pilot aux fins de mobilisation de son réseau international pour bénéficier **d'une analyse portant sur huit pays comparables en structure de population et de niveau de développement économique et humain**, représentant une large part du spectre d'intensité forte (Danemark par exemple) ou faible (États-Unis) de la solidarité nationale publique vers les personnes en situation de vulnérabilité.

Les pays ont été **sélectionnés sur leur taux de dépenses en comparaison internationale** (OMS, OCDE, Eurostat) et également sur la base de la littérature académique ou administrative disponible sur ces sujets. Le cahier des charges de cette étude, qui figure *in fine* de la présente annexe, décrit rapidement les axes caractéristiques de ces pays, ainsi que la structure du questionnaire qui a fait l'objet de la mobilisation des réseaux internationaux des ministères économiques et financiers d'une part, et, pour la plupart des pays, des ministères sociaux.

Si les comparaisons internationales sont naturellement à recontextualiser (modèles historiques de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, taux de socialisation des dépenses sociales, reste à charge individuel et rôle des assurances privées, différences de critères d'éligibilité et définitions administratives, concepts statistiques malgré les efforts d'harmonisation, réalité de la situation individuelle et familiale) et donc être considérées avec prudence, **la France se situe quantitativement dans la moyenne des pays comparables, notamment européens**, en matière de taux d'effort public pour l'accompagnement de la perte d'autonomie et des situations de handicap.

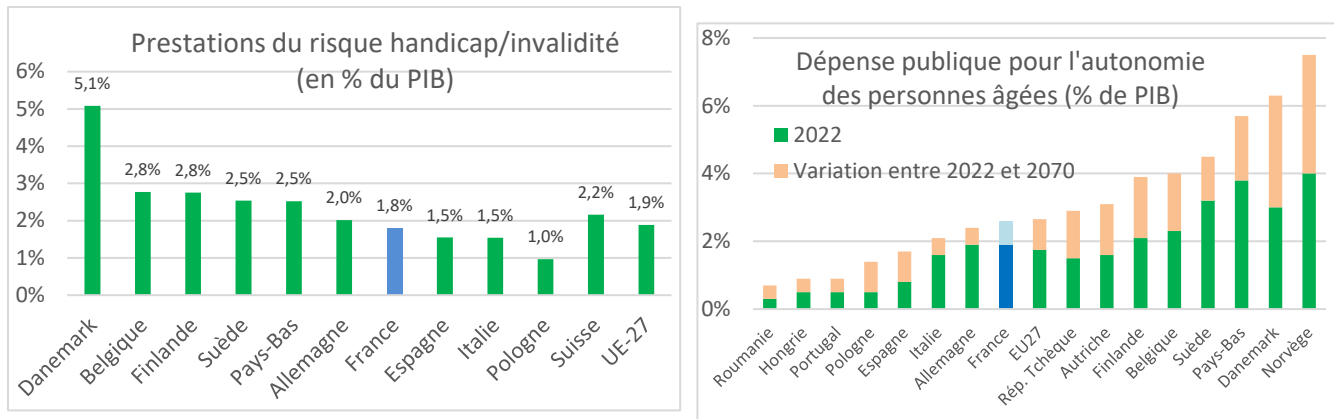
Concernant les politiques à destination des personnes âgées, il est à cet égard notable que les disparités observées entre pays semblent se réduire progressivement (HCFEA 2019¹ puis 2024²), du fait notamment de la convergence des structures familiales et des modes de vie pour l'accompagnement des personnes âgées. De même, dans le champ du handicap, des politiques d'inclusion sont mises en œuvre dans les différents pays, notamment dans le champ de l'emploi, même si spécifiquement en France, la perception par les citoyens du bon dimensionnement de ces politiques est sensiblement plus critique³ que dans les autres pays européens.

¹ Conseil de l'âge, 2019, [Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales](#). En particulier, « Les stratégies développées et les grandes orientations sont similaires : priorité au soutien à domicile, diversification des réponses en termes de lieux de vie et des choix offerts aux familles, tendance à l'extension des prestations en espèces plutôt qu'en nature ».

² « Grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population - Travaux de conseil de l'âge sur les conditions du bien vivre et bien vieillir à domicile », HCFEA, 2024

³ Etude Odoxa pour l'[Ahadi Foundation](#), 2024. « Près des trois quarts pensent que les personnes concernées ne sont pas suffisamment prises en compte par la société, un sentiment que ne partagent « que » la moitié des autres citoyens européens ».

Graphiques 1 et 2 : Prestations sociales publiques du risque handicap / invalidité



Source : [DREES, La protection sociale en Europe en 2023](#), 2024.

Source : [OCDE, Public expenditure projections OECD](#), 2024.

Note : Pour le risque invalidité, le champ de Sespros diffère sensiblement du champ des comptes de la protection sociale (CPS) de la France. Ainsi, au sens du Sespros, le risque invalidité inclut le risque accidents du travail-maladies professionnelles, alors qu'il s'agit de deux risques distincts dans les comptes de la protection sociale en France (Eurostat, 2008). Pour la France, les dépenses d'invalidité prises ici comprennent notamment les pensions d'invalidité, les rentes AT-MP, l'allocation aux adultes handicapés (AAH), la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les personnes de moins de 60 ans et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Outre la qualité et la profondeur des contributions reçues, qui doivent être soulignées, les éléments apportés montrent une **relative convergence des politiques et des dispositifs d'accompagnement ou de compensation de la perte d'autonomie pour les personnes vulnérables** :

- ♦ en termes de dynamique : les évolutions démographiques, quoiqu'à des dynamiques à des rythmes différents, conduisent l'ensemble des pays concernés à accompagner et à anticiper une augmentation des dépenses publiques de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. De la même manière, les politiques d'inclusion (croissante) des personnes en situation de handicap, quoiqu'avec des majeures et des mineures différentes, font toutes intervenir un **élargissement progressif des conditions d'éligibilité et une diversification des leviers d'appui de la solidarité nationale** (santé, complémentarité de dispositifs à caractère de minimum social et de prestations de compensation, logement, transport).
- ♦ la plupart des pays ont pris le parti de **politiques publiques favorisant le maintien au domicile** (Québec, SP, DK), sans méconnaître que le vieillissement appelle également un renforcement des capacités d'accueil en établissement (DE, SE) ou en habitat partagé (DK).
- ♦ en termes de gouvernance, l'ensemble des pays étudiés s'appuie sur une combinatoire des niveaux nationaux et territoriaux pour déployer la solidarité collective vers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, en prenant en compte les besoins et en s'appuyant sur les pouvoirs publics de proximité. Inévitablement, des disparités interterritoriales (DE, Canada, SP) apparaissent en lien avec - et du fait de - ce partage des compétences et des instruments, étudiées de manière plus (NL) ou moins (UK) détaillée, même si dans l'ensemble des pays, leur origine principale réside plus dans les caractéristiques économiques, sanitaires et sociales des populations que dans la variété des décisions des exécutifs régionaux, départementaux ou municipaux.

- ♦ en termes de dispositifs, **les prestations sont le plus souvent individualisées, prenant en compte les ressources personnelles, familiales, y compris le patrimoine dans certains cas.** Elles comprennent de l'aide humaine (versées soit au bénéficiaire, soit aux prestataires) mais aussi des aides techniques, voire des services de type téléalarme (DE, SP). Dans certains pays, des dispositifs de soutien existent à destination des aidants (DE, DK, SP).

Malgré une convergence progressive des modèles dans le temps et entre pays sur les modèles de prise en charge de la perte d'autonomie et des situations de handicap (cf. *supra*), les éléments reçus dans le cadre de l'étude de comparaison internationale réalisée dans par la mission font également apparaître des différences dans la manière d'aborder l'égalité et la « perte de chances » selon les pays, leur culture, leur histoire, et les pratiques de solidarité nationale.

- ♦ en termes de financements, certains de ces pays ont **mis en place une branche dédiée de la sécurité sociale financée par des contributions sociales** (DE, avec un doublement du taux dédié entre 2017 et 2025), ou directement de prestations financées par l'impôt (DK, US mais pour une partie seulement de la population). Il est par ailleurs notable que dans de nombreux pays, **les collectivités publiques assurent également une partie du financement de l'offre** que ce soit pour l'aide à domicile ou pour les établissements d'accueil (avec des degrés différents entre provinces au Canada). En complément, de **nombreux pays ont mis en place des crédits d'impôts ou assimilés (DE, NL) ;**
- ♦ en termes de philosophie des politiques publiques, l'accompagnement de la scolarisation des enfants en situation de handicap privilégie différemment le milieu ordinaire (pays dont la quasi-totalité des élèves sont scolarisés en école ordinaire, comme le Danemark et à un degré moindre l'Espagne) et pays où les écoles ou les classes spéciales sont très développées (Allemagne, Pays-Bas), la France mêlant, comme le Royaume-Uni, les deux approches. De même, si des difficultés demeurent pour la prise en charge des déficiences cognitives dans l'ensemble des pays, l'accessibilité – notamment en cas de limitations de motricité – fait l'objet de politiques sensiblement différenciées dans les différents pays ;
- ♦ toujours dans le champ du handicap, et au-delà des aides sous revue, certains pays (FR, DE) ont **mis en place des quotas et une forme d'obligation d'emploi pour les entreprises, tandis que d'autres pays développent une approche fondée sur les droits et le principe de non-discrimination** (Royaume-Uni, DK, SE). Pour les aides, ceci implique des différences sensibles dans les modèles de soutien (approches dites causalistes et finalistes) : même si l'ensemble des pays ont mis en place des dispositifs s'inscrivant dans ces deux logiques, la pondération de l'effort de solidarité nationale diffère sensiblement entre pays⁴.
- ♦ dans le champ de la perte d'autonomie des personnes âgées, des différences de même ordre caractérisent les systèmes de prise en charge : si l'ensemble des pays examinés privilégie le maintien à domicile et, sur la période récente, la reconnaissance et l'accompagnement des aidants, le caractère spécifique de la prise en charge ou l'adaptation de dispositifs généraux (retraites, soins comme au Danemark), la prééminence du secteur privé (UK), des solidarités familiales (SP, FR), le degré de personnalisation et de multidisciplinarité de l'évaluation des besoins ou dispositifs fondé sur l'objectivation (médicale surtout) de l'incapacité, la répartition entre aides en nature (DK, JP, SE) et aides monétaires (DE) distinguent parfois sensiblement les approches et dispositifs des différents pays.

⁴ DREES, 2006, [La prise en charge des personnes handicapées en Allemagne, Espagne, Pays-Bas et Suède - Une étude de cas types](#) : quoique datée, l'étude montre de manière « incarnée » les différences de droits ouverts pour des même « personae » dans les différents pays étudiés.

Annexe IX, Cahier des charges de l'étude de comparaison internationale

DIRECTION GÉNÉRALE DU TRÉSOR
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
STRATÉGIE, ÉTUDES ET PILOTAGE

DATE : 21 janvier 2025

Cahier des charges de l'étude de comparaison internationale

Prestation d'étude destinée au réseau des services économiques
(Réseau international du ministère de l'économie, des finances et de la
souveraineté industrielle et numérique)

Sujet	Étude comparative internationale sur les aides sociales en faveur du handicap et de l'autonomie (modèle de financement, gouvernance, disparités territoriales)
Entité commanditaire	Inspection générale des finances
Destinataire final (si différent du Prescripteur)	Inspection générale des finances
Nom et coordonnées du responsable	M. / Mme : M. Pierre CUNEO Fonction : Inspecteur général des finances Courriel : pierre.cuneo@igf.finances.gouv.fr
Contact DG Trésor	Mme. Anne Bernard Courriel : anne.bernard@dgtresor.gouv.fr M. : Philippe Saint-Marc Courriel : philippe.saint-marc@dgtresor.gouv.fr
Liste des pays cibles	Dans l'UE : Allemagne, Espagne, Danemark, Pays-Bas Hors UE : Etats-Unis, Japon, Royaume-Uni, Canada
Échéance de remise souhaitée	14/03/2025

Conditions de réalisation et d'exploitation de la prestation :

1°) **Le lancement de la prestation intervient lorsque l'ensemble des éléments du cahier des charges a été transmis, à savoir les renseignements demandés en rubriques I à V ainsi que les annexes devant être impérativement jointes à la demande (rubrique VII).**

2°) La DG Trésor assure le suivi de la réalisation de l'enquête et effectue les relances nécessaires. Elle fait part au commanditaire des difficultés rencontrées par les services économiques pour la réalisation de l'enquête et se réserve le droit de demander au commanditaire tout complément d'information nécessaire.

3°) Il n'est pas possible de garantir la parfaite homogénéité des contributions compte tenu de l'hétérogénéité du réseau (effectifs et compétences) et de la propension variable des administrations étrangères à communiquer sur des sujets souvent techniques ou sensibles.

4°) Les prestations seront réalisées confidentiellement sans mentionner le nom du commanditaire à des tiers, sauf autorisation expresse.

5°) Dans la mesure du possible, une copie du rapport final ou des synthèses réalisés par le demandeur seront transmis pour information à la DG Trésor, afin de pouvoir en informer les différents services économiques ayant participé à l'étude. Sauf motif expressément signifié à la DG Trésor, ces documents devront comporter la mention des sources (DG Trésor et services économiques).

6°) Le commanditaire s'engage à n'utiliser les informations fournies que pour ses besoins personnels et à ne pas les revendre ni les transmettre à des tiers sans l'autorisation expresse de la DG Trésor.

7°) Les services économiques se réservent le droit de réutiliser en tout ou partie l'information qui a permis la réalisation de l'étude, à l'exception de celle apportée par le commanditaire.

8°) **La DG Trésor se réserve la possibilité de diffuser le dossier réalisé par le réseau des services économiques aux autres directions et entités des ministères économiques et financiers. Sauf avis contraire explicite du commanditaire dès la commande dans le cahier des charges, la diffusion du dossier à d'autres ministères ou entités publiques susceptibles d'être concernés par cette problématique sera également assurée par la DG Trésor. Cf. rubrique IV à renseigner.**

9°) Certaines études pourront être diffusées sur le site de la DG Trésor, sauf avis motivé du prescripteur. Cf. rubrique V.

I Contexte de la Demande :

Cette partie doit mettre en perspective les questions posées avec la situation française, et les éléments déjà connus sur la situation dans le/les pays enquêtés, notamment au travers des publications des organisations internationales, des travaux précédents réalisés sur un sujet connexe...

• Éléments de position français

En France, les politiques publiques de prise en charge du handicap et du grand âge sont, depuis 2020⁵, rassemblées au sein de la cinquième branche de la Sécurité Sociale dédiée à l'autonomie. Elles prennent la forme :

- de prestations universelles personnalisées, sur un modèle de solidarité beveridgien assis essentiellement sur la fiscalité (État) et les cotisations sociales ;
- d'une fiscalité volontariste en faveur des seniors ;
- d'un soutien en nature par le financement et la mise en œuvre de services à la personne ;
- d'un appui financier à l'offre d'établissements médicaux sociaux ;
- d'un soutien au tissu associatif ;
- d'une législation en faveur de l'inclusivité, de l'éducation et de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, ainsi que du « *bien vieillir* ».

Une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), composante de la Sécurité Sociale, organise cette politique de l'autonomie à l'échelon national, tandis que les départements sont en charge de l'attribution des aides et du financement de certaines d'entre elles, soit directement auprès de structures départementalisées, soit après instruction des demandes d'aides personnelles par les communes pour certaines d'entre elles. Depuis les lois de décentralisation, et en particulier depuis la loi de 2004, les départements sont dotés d'une compétence générale pour l'aide sociale, passant à la fois par un rôle de chef de file, et par un rôle de coordination des acteurs du soutien à l'autonomie sur un plan territorial. La sécurité sociale et l'État central constituent la clé de voute de cette gouvernance et du financement de l'autonomie dans la mesure où ils assurent près des trois quarts du financement de la dépense totale induite par les différentes aides mises en œuvre. Ils en définissent les principaux critères d'éligibilité, principes de fonctionnement et montants minimums, et flèchent les ressources disponibles.

Cependant, l'attribution des prestations à l'échelon départemental est source de fortes disparités, d'une collectivité à l'autre, pouvant porter atteinte aux principes de solidarité nationale et d'équité territoriale. Si des variables d'ordre socio-démographique expliquent l'essentiel des différences observées, en volume ou en montant par bénéficiaire, **il est important de pouvoir déterminer quels sont les autres facteurs à l'origine de ces pratiques hétérogènes.** Ces disparités soulèvent en effet plusieurs enjeux :

- d'**équité** et d'égal accès des citoyens sur l'ensemble du territoire à leurs droits et aux prestations qui en découlent ;
- d'efficacité et d'**harmonisation** de la dépense publique, ainsi que d'effectivité des transferts verticaux (prestations) et horizontaux (entre départements, notamment via des dispositifs de péréquations gérés par les départements) ;
- de **libre administration** des collectivités territoriales, principe garanti par la Constitution (art 72) mais aussi d'égalité des citoyens et d'équité territoriale devant la solidarité nationale.

La mission confiée à l'IGF et à l'IGAS sur ce sujet a vocation à faire la lumière sur les facteurs à l'origine des disparités territoriales dans l'attribution des aides sociales en faveur de l'autonomie et à proposer des pistes d'harmonisation au regard des enjeux précités en vue de contribuer, notamment, à l'objectif de maîtrise des dépenses publiques (cadre des revues de dépenses / spending reviews).

Éléments de position des pays étrangers

⁵ Loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Selon la DREES⁶, l'effort de la France en matière de protection sociale spécifique au handicap et à l'invalidité s'élève à 2,0 % de son PIB (incluant les accidents du travail et maladie professionnelle), un niveau proche de l'Union européenne dans son ensemble (1,9 %). La France est le troisième pays de l'UE pour la part de sa population recevant une prestation relevant du risque invalidité (5,6 % de la population totale), derrière la Belgique (6,9 %) et l'Estonie (8 %).

En moyenne, dans les pays de l'UE-27, la majorité des prestations invalidité sont versées en espèces. La part de ces dépenses s'élève à 73 %, le reste étant versé en nature. Cette part varie fortement d'un pays à l'autre : les pays d'Europe du Nord fournissent environ 40 % des prestations du risque invalidité en nature. La part des services en nature atteint 69 % du total des dépenses pour ce risque en Suède (principalement via des services d'aide à domicile, sur source documentaire au-delà des postes sollicités dans le cadre de cette étude de comparaison internationale), et 45 % en Finlande. La France (39 %) comme le Danemark (38 %) accordent aussi plus du tiers de leurs prestations en nature.

Entre 2010 et 2019, les prestations du risque invalidité augmentent dans la majorité des pays de l'UE-14 de 2,3 % en moyenne : de 0,6 % par an en moyenne en Finlande à plus de 7 % par an en Estonie. La France, comme l'Allemagne, présente des évolutions plutôt dynamiques sur la décennie (+2,7 % par an en moyenne en France, +4,0 % par an en Allemagne). Cette tendance à la hausse des prestations du risque invalidité est structurellement portée par le rallongement de l'âge moyen de départ à la retraite dans la plupart des pays concernés au cours de la dernière décennie et par les dynamiques démographiques.

Enfin, en 2021 d'après Eurostat, la part moyenne des pensions d'invalidité rapportée aux dépenses totales de protection sociale s'élevait à 6,9 % au sein de l'UE. Le Danemark enregistre la part la plus élevée, avec 16,8 %. En valeur nominale, la pension moyenne pour invalidité au sein de l'UE s'élevait à 644 € par bénéficiaire.

À noter que les données d'Eurostat ne distinguent pas, à ce stade de nos travaux, le grand âge ou la dépendance parmi l'agrégat « vieillesse-survie », ni le handicap spécifiquement parmi l'agrégat « invalidité » qui englobe également les accidents du travail et les arrêts-maladie, contrairement aux données de la DREES pour la France.

L'ensemble des pays de l'échantillon ont été sélectionnés pour leur structure socio-démographique relativement similaire à la France (ou en « avance » dans le cas du Japon), permettant des comparaisons à prévalence du handicap et du vieillissement équivalentes. Ils présentent également des modes de gouvernance davantage décentralisés voire fédéraux, qui sont pertinents afin d'éclairer l'axe central de la mission ayant trait **aux disparités territoriales des aides en faveur du handicap et de l'autonomie, et à l'autonomie dont les échelons territoriaux/locaux disposent pour attribuer/compléter ces aides.**

Allemagne : L'Allemagne se distingue par un système d'inspiration assuranciel : L'assurance « *soins à long terme* » (Pflegeversicherung) est un système obligatoire pour toutes les personnes résidant en Allemagne, et elle constitue l'une des principales aides pour les personnes dépendantes, qu'elles soient âgées ou handicapées. Ce système est financé par les cotisations sociales, en complément des soins médicaux classiques (assurance maladie). S'agissant du handicap, on retrouve comme en France l'existence d'un minima social (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung), ainsi que d'une prestation de compensation (Erwerbsminderungsrente).

Espagne : L'Espagne se situe dans la moyenne européenne des dépenses publiques en faveur du handicap et de l'autonomie rapportées à son PIB (2,8 % du PIB pour la maladie et le handicap, 10,2 % pour le vieillissement, bien que ces agrégats ne permettent pas d'isoler le handicap ni l'autonomie). En matière de handicap, il s'agit d'un des pays de l'UE pour lequel l'écart entre le taux d'emploi général et celui des personnes en situation de handicap est le plus faible (14,6 p.p. d'écart, contre 21,4 p.p. en moyenne en Europe en 2022, d'après Eurostat).

⁶ DREES (2023), [La protection sociale en France et en Europe en 2022](#).

L'architecture des aides en faveur du handicap et de l'autonomie entre la France et l'Espagne présente de fortes similitudes, de même que la date de montée en puissance de ces politiques, respectivement en 2005 et en 2006 (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia). Ces similitudes fondent la pertinence d'une comparaison des montants, dynamiques tendanciellles de bénéficiaires, et de modèles de financement.

Pays-Bas : Les Pays-Bas présentent un modèle de prestations similaires à celui de l'Allemagne, fondé sur une assurance de long-terme (Wlz - Wet Langdurige Zorg), et complétée par des prestations de compensation du handicap ou d'aides fiscales. Depuis 2006, un des objectifs de la politique du handicap a par ailleurs été de restreindre le nombre de bénéficiaires de son allocation principale, conçue de manière très peu restrictive (Cohu et al., (2005)), afin d'en maîtriser l'envolée de la dépense.

Les Pays-Bas se distinguent en outre par une **démarche pionnière dans la lutte contre le non-recours** aux droits, en s'appuyant notamment sur une évaluation décentralisée du non-recours à l'échelle locale. La construction locale de données, appuyée sur des registres de population exhaustifs et adossée à des pouvoirs accrus des municipalités, a permis d'apporter des éléments de diagnostic sur l'ampleur du phénomène mais aussi de ses déterminants. Partant de là, les municipalités ont pu mener des réflexions sur les modalités d'amélioration concrètes de l'accès aux droits, dans une représentation du non-recours comme l'effet d'un manque d'information et d'une complexité des démarches pour certaines populations. Divers leviers ont été activés en ce sens comme « l'aller vers » ou l'envoi ciblé d'informations ou de formulaires⁷.

Danemark : Le Danemark présente lui aussi une architecture d'aides similaire à celle de l'Allemagne ou des Pays-Bas. Une de ses spécificités réside dans la gestion et le financement décentralisés des aides, principalement basculés au niveau des **communes**. Cette compétence a trait tant aux aides financières que sous forme de services, ou d'aides techniques.

USA : Les Etats-Unis se distinguent par la valorisation du rôle assuré par les aidants dans la prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie, comme en témoigne par exemple le « mois des aidants » qui s'étend durant novembre chaque année, ainsi que la puissance des associations et relais politiques ou culturels qui les représentent. S'agissant de la gouvernance fédérale, les États jouent un rôle clé pour toutes les personnes handicapées ou dépendantes dont les revenus sont en-dessous du seuil de pauvreté et qui n'ont aucun patrimoine. Dans ce cas, ils prennent en charge les services d'aides à domicile nécessaires ou l'établissement d'accueil.

Japon : le Japon se démarque par une prise en charge du vieillissement, avec une structure de la population par âge sensiblement « en avance » sur les autres pays développés, et du handicap majoritairement au domicile, selon un modèle hérité des décennies suivant la seconde guerre mondiale. Il met en œuvre une assurance de soins longue durée pour accompagner la dépendance et implique en première intention les échelons locaux de même que les solidarités familiales.

Royaume-Uni : Le soutien financier des personnes handicapées au Royaume-Uni repose sur des allocations qui peuvent être mixtes (contributives ou non contributives). La part non contributive est versée sous condition de ressources, celles-ci étant calculées au niveau du foyer et non du seul demandeur, ce qui renvoie en France aux décisions récentes sur la déconjugalisation des aides, en particulier des aides au handicap. Ces allocations sont financées par l'impôt et par les cotisations sociales, et couvrent aussi la notion d'« *universal credit* ».

Canada : Le modèle canadien du handicap et de l'autonomie est fondé sur la compétence et la primauté des provinces, vis-à-vis du gouvernement fédéral⁸. Le niveau fédéral a essentiellement un rôle de partenariat avec les Provinces et d'impulsion des politiques. Depuis février 1999, l'*ententecadre* sur l'Union sociale définit les rôles respectifs de la Fédération et des Provinces et leurs relations dans le domaine social. Les Provinces sont tenues de rendre compte à la Fédération et à l'Union sociale des programmes financés dans ce cadre. Le niveau fédéral finance différents programmes pour les personnes handicapées, mais la mise en œuvre de ces programmes dépend des Provinces.

⁷ DREES (2022), [Quantifier le non-recours aux minima sociaux en Europe](#)

⁸ Cohu (2008), [Les politiques en faveur des personnes handicapées aux Etats-Unis et au Canada](#)

II Objectif de la Demande

Il convient de préciser **la finalité opérationnelle de l'exercice** : projet de loi, réformes envisagées, et de préciser les attentes du demandeur.

Cette étude de parangonnage international a pour objectif de décomposer l'architecture des aides sociales en faveur du handicap et de l'autonomie mises en œuvre dans les autres pays, en Europe et dans le monde. Elle cherche à mettre en comparaison le modèle français, caractérisé par un financement majoritairement centralisé (État, CNSA) mais une mise en œuvre décentralisée (départements), quoique largement cadrée par des règles d'attribution nationales.

En particulier, dans le prolongement de la saisine du Premier ministre, la mission cherche à éclaircir plusieurs axes :

- ◆ La **gouvernance institutionnelle** et le « *design* » de la ou des politiques publiques en charge du handicap et de l'autonomie, et plus spécifiquement, l'articulation des compétences et des dispositifs entre les différents échelons géographiques (nationaux, régionaux, départementaux et communaux le cas échéant) ;
- ◆ Un panorama le plus exhaustif possible de ces aides (personnalisées ou pas, cumulatives ou pas, sous conditions de ressources ou pas, en espèce ou en nature, modèle beveridgien ou bismarckien, privilégiant le maintien à domicile ou la prise en charge en établissement spécialisé, etc.) et leur **modèle de financement** (cotisations, impôts, répartition public/privé, rôle des assurances, prise en compte des ressources individuelles ou de la famille, prise en compte du patrimoine individuel ou du ménage, etc.) ;
- ◆ L'existence le cas échéant **d'une interaction de ces aides avec d'autres aides extra-légales**, en espèces ou en services, décidées et mises en œuvre de manière propre par les échelons territoriaux, ou encore les recoupements socio-fiscaux (bénéfices de réductions ou de crédits d'impôts pour certaines populations concernées) ;
- ◆ Les modalités de soutien aux solidarités associatives ou familiales (les « aidants ») ;
- ◆ Les méthodes ou dispositifs de détection de la **fraude**, mais aussi de lutte contre le **non-recours aux droits**, estimé à 30 % en France pour l'ensemble des aides sociales (sujet désormais porté par la Commission sur la base notamment des travaux NL, UK et SE/FI sur cette problématique du non recours).

Les contributions reçues ont vocation à nourrir une annexe dédiée au parangonnage international, lequel fait partie des éléments structurants de la méthodologie de la revue de dépense pour apprécier l'intensité et la qualité de la dépense associée aux différentes politiques publiques. L'objectif de ce parangonnage est d'identifier les pratiques les plus efficaces en termes de dépense publique, mais aussi d'équité territoriale envers les bénéficiaires des aides sociales concernées. Il veillera notamment à fonder ses chiffrages sur la littérature existante ou auprès des administrations, et à souligner si nécessaire les risques et les angles morts des politiques publiques ou aides étudiées. Le cas échéant, il pourra être pertinent de les éclairer par les débats politiques récents ou en cours sur certains éléments de la prise en charge des handicaps et des personnes âgées (degrés, voies et moyens de sa socialisation en particulier).

Champ géographique et argumentaire (Il est recommandé de procéder à un échantillonnage de pays représentatifs, dans la limite de 8 pays au total) :

Dans l'UE :

Allemagne, Espagne, Danemark, Pays-Bas

Hors UE :

Canada, États-Unis, Japon, Royaume-Uni.

Mentionner si une mission sur place sera effectuée (dates, pays cibles) par des représentants du commanditaire.
Si vous disposez déjà d'éléments ou de contacts sur cette thématique dans les différents pays faisant l'objet de cette enquête, prière de nous les communiquer afin que les services économiques puissent se concentrer sur la réponse à votre questionnaire.

III Calendrier de réalisation des travaux

1. Date de livraison souhaitée : 14/03/2025
2. Modalités de réalisation (le cas échéant)
3. Échéancier final retenu (réservé à la DG Trésor) : remise des contributions par les services économiques le 2025, transmission au prescripteur le 2025.

IV Diffusion de l'étude

Sauf avis motivé de la part du prescripteur, la DG Trésor se réserve le droit de mentionner l'existence de cette étude à ses contacts et d'en diffuser le contenu à ses correspondants

Diffusion prévue à la condition 8° : OUI ☒ NON ☐

Avis éventuel :

.....
.....
.....

V Retour d'informations

Le prescripteur s'engage à transmettre à la DG Trésor tout document (synthèse, rapport etc.) qui pourrait être réalisé par ses services à partir de cette analyse comparative internationale.

VI Annexes devant être jointes impérativement à la demande :

1/	Questionnaire à renseigner (français/anglais). Mentionner éventuellement un ordre de priorité (ex. : Les x premières questions sont prioritaires) NB : Des questions peuvent rester sans réponse si difficulté.
2/	Questionnaire renseigné pour la France et/ou éléments sur la position française (français/anglais⁹) : mention expresse de sa transmissibilité aux Autorités locales, au titre de la réciprocité
3/	Documents, références et sites internet utiles

⁹ Les traductions en anglais peuvent être réalisées sur les crédits du commanditaire par le service de traduction du SG des ministères économiques et financiers. A cet effet le **commanditaire doit se mettre directement en rapport avec le centre de traduction** (tel : 01 57 23 02 02, secretariat.traduction@finances.gouv.fr).

ANNEXE 1

Questionnaire de l'étude

Les aides sociales en faveur du handicap et de l'autonomie et leurs disparités territoriales

PAYS

Éléments locaux de contexte du pays questionné :

Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?

- Description du fonctionnement et de l'architecture de la politique publique en faveur du handicap et de l'autonomie : acteurs, compétences, subsidiarité, base juridique, objectifs, grandes dates et évolutions récentes.
- De quelle/s marge/s de manœuvre les échelons territoriaux disposent-ils dans les modalités d'attribution des aides (montant, critères d'attribution plus ou moins élargis, etc.) ?
- De fortes disparités territoriales dans les modalités d'attribution des aides (critères, montant, volume) sont-elles observées entre les différentes localités ?
- Si oui, ces disparités sont-elles poussées par des facteurs d'ordre sociodémographique ou « *discrétionnaires* » ? Quels sont ces cinq principaux facteurs, classés par ordre d'importance ? Existe-t-il des documents juridiques, des instructions ou des circulaires à l'égard des exécutifs ou des administrations locales précisant les modalités d'attribution des aides (actes des conseils locaux, instructions nationales) ?
- Existe-t-il des représentations cartographiques de ces divergences et/ou des études académiques sur le sujet ?
- Quels sont les débats publics contemporains autour de la prise en charge du handicap et de la dépendance ? Des risques ont-ils été identifiés à court/moyen/long terme ? Des pistes sont-elles proposées voire mises en œuvre pour y répondre ?

Q2/- Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?

- Dresser une liste la plus exhaustive possible des dispositifs existants en faveur de l'autonomie et du handicap, en particulier s'agissant des aides personnalisées et de la fiscalité. Typologie par nature, objet, échelon administratif, organisme attributeur, population de bénéficiaires, date de création, volumes financiers, nombre de bénéficiaires, montant annuel moyen par bénéficiaire, conditions d'éligibilité, critères d'attribution, etc.
- Offre en service disponible : données relatives à l'accès aux soins en domiciliaire et établissements (places en établissements spécialisés pour 1 000 habitants). Quelle est la part et le montant des aides vers les établissements ? Et vers l'aide à domicile ?
- Existe-il un organisme, notamment localement, chargé de l'orientation des bénéficiaires vers une aide plutôt qu'une autre ? Ces aides sont-elles cumulables ou non, différentielles ou non, et sous conditions de ressources ou non (si oui, à quel niveau est prise en compte la situation de l'utilisateur) ?
- Les administrations compétentes disposent-elles d'outil(s) d'aide à la décision pour attribuer les aides ? de grilles de critères ou de référentiels harmonisés ?

Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?

- Les aides relèvent-elles davantage d'un modèle universel ou individuel (assurance, solidarité familiale) ? Ce modèle est-il centralisé ou décentralisé (en termes de perception de la ressource, de fixation des règles d'attribution, de décision d'attribution et de versement de l'aide) ?
- Comment le patrimoine des personnes âgées ou handicapées est-il pris en compte dans l'attribution des aides (obligation alimentaire pour les descendants, remboursement, intervention lors des successions) ?
- Quelles sont les sources de financement des différentes aides (fiscalité locale, fiscalité affectée, prélèvements sociaux, capitalisation, etc.) ?
- Comment sont pris en compte les ressources issues de la capitalisation dans le calcul des aides participant de la solidarité nationale ?
- Qui assure le financement de ces dispositifs ? Comment ce dernier se décompose-t-il ? Quel acteur/échelon assure l'affectation des ressources ? Quel acteur est chargé de suivre/piloter la dépense ?
- Le principal financeur dispose-t-il d'outils de suivi, de simulation et d'évaluation de la dépense ?
- Le principal financeur dispose-t-il d'outils de modélisation et de scénario de la dépense future, notamment dans un contexte de vieillissement démographique ?
- De quelles données disposent les administrations concernées pour suivre l'efficacité et l'efficacé de cette politique publique ?

Q4/- Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ?

- Quelle est la nature de ces aides (financières, relatives à l'offre de soins, en services) ? Leur montant ? Leur volume ? Le nombre de leurs bénéficiaires ?
- Comment interagissent-elles avec le socle de référence ?
- Existe-t-il des dispositifs locaux de soutien aux solidarités associatives ou familiales, notamment aux aidants (aides « *in-kind* ») ? Quelle place occupent ces solidarités dans le paysage général de cette politique publique ?
- Des interactions et/ou rétroactions entre la politique locale d'aides sociales et les comportements des bénéficiaires (mobilité résidentielle, demande d'ouverture de droits) ont-elles été observées et documentées ?

Q5/- Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?

- Existe-t-il un processus, un acteur ou un outil permettant suivre le versement de ces aides sociales et de détecter les fraudes à ces types d'aides (contre-expertise médicale lors de l'attribution, croisement des bases de données, etc.) ?
- Quel est le pourcentage ou les volumes de fraude estimés ?
- Qu'est-il mis en œuvre pour lutter contre le non-recours (croisement des données, mission des travailleurs sociaux locaux, etc.) ? Quels sont les retours sur ces initiatives ?
- Quel sont les volumes de non-recours estimés à date ?

Commentaires éventuels du pays questionné :

ANNEXE 2

Questionnaire of the study (in English)

Social assistance for the disabled and the elderly, and their territorial disparities

COUNTRY

General context

Q1/- Who defines and implements the public policy on autonomy (disability and dependency) ? How is it distributed across the various political and administrative levels (national, regional, departmental, or municipal) ? How is the governance of this policy structured between the different levels ?

- Description of the functioning and structure of public policy in favor of disability and autonomy : actors, competencies, subsidiarity, legal basis, objectives, major dates, and recent developments.
- What degree of flexibility do territorial levels have in the modalities of aid allocation (amount, more or less expanded eligibility criteria, etc.) ?
- Are there significant territorial disparities in the modalities of aid allocation (criteria, amounts, volumes) observed between different localities ?
- If so, are these disparities driven by socio-demographic or "discretionary" factors ? What are these five main factors, ranked by importance ? Are there legal documents, instructions, or circulars for local executives or administrations specifying the modalities of aid allocation (local council acts, national instructions) ?
- Are there any cartographic representations of these divergences and/or academic studies on the subject ?
- What are the contemporary public debates surrounding the care of disability and dependency ? Have risks been identified in the short/medium/long term ? Are proposals or measures being implemented to address these risks ?

Q2/- What public policy measures are implemented to support autonomy (personalized aids, social minima, services, etc.) ?

- Provide a list as exhaustive as possible of existing mechanisms in favor of autonomy and disability, particularly regarding personalized aids and taxation. Typology by nature, purpose, administrative level, implementing body, beneficiary population, creation dates, financial volumes, number of beneficiaries, average annual amount per beneficiary, eligibility conditions, allocation criteria, etc.
- Available service offerings : data on access to home care and institutional care (places in specialized institutions per 1,000 inhabitants). What is the share and amount of aid allocated to institutions ? And to home care ?
- Is there an organization, especially at the local level, responsible for directing beneficiaries toward one aid over another ? Are these aids cumulative or not, differential or not, and conditional on resources or not (if yes, at what level is the beneficiary's situation taken into account) ?
- Do competent administrations have decision-support tools for allocating aids ? Grids of criteria or harmonized benchmarks ?

Q3/- What is the financing model for the various autonomy-related mechanisms ?

- Do the aids belong more to a universal or individual model (insurance, family solidarity) ? Is this model centralized or decentralized (in terms of resource collection, setting the rules for allocation, decision-making on allocation, and aid disbursement) ?
- How is the wealth of elderly or disabled people taken into account when allocating aids (obligation for descendants to provide support, reimbursement, intervention in case of inheritance) ?
- What are the sources of financing for the various aids (local taxation, earmarked taxation, social contributions, capitalization, etc.) ?
- How are capitalized resources taken into account in calculating aids that contribute to national solidarity ?
- Who ensures the financing of these mechanisms ? How is it broken down ? Which actor/level ensures the allocation of resources ? Which actor is responsible for monitoring/piloting the expenditure ?
- Does the main financier have monitoring, simulation, and evaluation tools for expenditure ?
- Does the main financier have tools for modeling and forecasting future expenditure, particularly in the context of demographic aging ?
- What data do the concerned administrations have to monitor the efficiency and effectiveness of this public policy ?

Q4/- Can territorial administrations supplement the reference aid package with other extra-legal aids or mechanisms ?

- What is the nature of these aids (financial, related to care provision, services) ? What is their amount ? Their volume ? The number of beneficiaries ?
- How do they interact with the reference package ?
- Are there local mechanisms for supporting associative or family solidarities, particularly for caregivers ("in-kind" aids) ? What role do these solidarities play in the overall landscape of this public policy ?
- Have interactions and/or feedback between the local social aid policy and beneficiary behaviors (residential mobility, requests for opening rights) been observed and documented ?

Q5/- What mechanisms are in place to combat fraud in social aids for autonomy ?

And what actions are being taken to combat non-take-up ?

- Is there a process, an actor, or a tool that tracks the disbursement of these social aids and detects fraud in these aids (medical counter-expertise when allocating, database cross-checking, etc.) ?
- What percentage or volumes of fraud are estimated ?
- What is being done to combat non-take-up (data cross-checking, missions of local social workers, etc.) ? What feedback has been received on these initiatives ?
- What are the estimated volumes of non-take-up to date ?

Possible comments from the country being surveyed :

ANNEXE 3

Situation française – Réponse pour la France au questionnaire – (en français)

Les aides sociales en faveur du handicap et de l'autonomie en France et leurs disparités territoriales

Q1/- Qui met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et vieillissement) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule sa gouvernance ?

Les politiques publiques de prise en charge du handicap et du grand âge sont, depuis 2020¹⁰, rassemblées au sein de la 5^e branche de la Sécurité sociale dédiée au soutien à l'autonomie.

Les aides sociales constituent un des volets de l'intervention publique en la matière, sur un modèle beveridgien. Elles peuvent répondre distinctement à une logique de **minima social** (allocation aux adultes handicapés (AAH), aide sociale à l'hébergement (ASH)), soit de **compensation** (allocation personnalisée à l'autonomie (APA), allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), prestation de compensation du handicap (PCH)).

Au total, ces aides relatives à la 5^e branche sont portées par trois principaux acteurs, qui s'en répartissent le financement de la manière suivante :

- ◆ L'État assure un rôle de financeur via le fléchage des cotisations ou le versement des aides. Il supporte 50,5 % du financement de ces cinq aides, notamment en finançant l'AAH ;
- ◆ La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée en 2005, est la gestionnaire depuis 2021 de la branche Autonomie de la Sécurité sociale. Elle dispose pour cela d'un budget de plus de 38 Md€, abondé par une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) à hauteur de 0,15 points. Elle supporte 21,2 % du financement de ces cinq aides (concours APA, PCH et AEEH) ;
- ◆ Les départements interviennent au travers des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des maisons départementales de l'autonomie (MDA) ; ils supportent 28,3 % du financement de ces cinq aides (APA, PCH, ASH)¹¹. En 2022, ils ont attribué 18,1 Md€ d'aides personnalisées en faveur du handicap et de l'autonomie. Ces dépenses sont en hausse de 5,8 % par rapport à l'année 2021 en euros courants.

¹⁰ Loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

¹¹ Prévisions CNAF – octobre 2024

Une des particularités du modèle français tient donc dans le fait que l'acteur financeur n'est pas nécessairement celui qui attribue l'aide, et inversement.

L'attribution de ces prestations au niveau départemental conduit à une hétérogénéité des pratiques. La Cour des comptes avait par exemple mis en évidence dans son rapport de 2019¹² d'importantes hétérogénéités territoriales dans les décisions d'octroi de l'AAH, entre des départements présentant des caractéristiques socio-démographiques différentes. Pour l'AAH, 27 % à 69 % des disparités départementales seraient liées à des pratiques locales divergentes et non pas à des facteurs socio-démographiques.

Par ailleurs, il n'existe pas de cadre national de contrôle interne permettant de retracer et d'attester du traitement fiable des dossiers par les MDPH, comme le souligne la Cour des Comptes dans son rapport de certification des comptes 2022 de la sécurité sociale¹³.

Enfin, les débats publics, parlementaires et inter-administrations relatifs à la politique de l'autonomie ont aujourd'hui principalement trait à la **soutenabilité économique des différents dispositifs**, face à l'augmentation prévue du nombre de bénéficiaires, qu'il s'agisse de personnes en situation de handicap ou du grand âge. Les principaux enjeux sont :

- ◆ l'insuffisance du montant nominal des aides, leur iniquité territoriale, leurs critères d'attribution ;
- ◆ la disponibilité et la répartition de l'offre de soins à domicile, la qualification et les conditions de travail du personnel ; le soutien aux aidants (conгés, retraite, formation, etc.) ;
- ◆ la qualité de la prise en charge en EHPAD (cf scandale Orpea), le reste à charge pour les familles mais aussi pour les départements ;
- ◆ le degré souhaité et efficient de décentralisation de la compétence ; le besoin spécifique d'offre et de couverture des départements ruraux (isolement géographique et accès aux services sociaux numériques et physiques) ;
- ◆ l'appréhension de la fin de vie dans son ensemble, la dignité des aînés et des handicapés.

Q2/-Quelles sont les dispositifs de politique publique mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?

Les cinq principales aides en faveur de l'autonomie représentent 25 Md€ en 2023 et connaissent une dynamique importante (+20 % entre 2019 et 2023), laquelle devrait se poursuivre dans les prochaines années du fait des évolutions démographiques.

Ces aides se décomposent comme suit :

Tableau 1 : Principales aides sociales versées en faveur de l'autonomie en France

Aide	Montant (en milliards d'€)	Nombre de bénéficiaires (en milliers)	Origine du financement
AAH	12,7	1 300	National (CAF)
PCH	3	400	Nat, départements
AAEH	1,5	435	National (CAF)
APA	6,8	1 400	Nat, départements
ASH	6,7	116	Départements

Source : PLFSS 2025 et DREES, 2024, Minima sociaux et prestations sociales.

¹² Cour des comptes (2019), [L'allocation aux adultes handicapés](#)

¹³ Cour des comptes (2023), [La certification des comptes de la sécurité sociale. Exercice 2022](#)

1. Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

- **Modalités d'attribution :**
 - **Conditions :**
 - Âge : Avoir au moins 20 ans (ou 16 ans sous certaines conditions).
 - Résidence : Résider de façon permanente en France.
 - Handicap : Avoir un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % ou compris entre 50 % et 79 % avec une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.
 - Ressources : Ne pas dépasser un certain plafond de ressources, variable selon la situation familiale.
- **Montant :** le montant minimal à taux plein pour un adulte est fixé en 2024 à 1 016,05 €.
- **Base juridique :** L'AAH est régie par les articles L821-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

2. Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)

- **Modalités d'attribution :**
 - **Conditions :**
 - Âge de l'enfant : Moins de 20 ans.
 - Handicap : Taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % ou entre 50 % et 79 % si l'enfant nécessite des soins ou un accompagnement particulier.
 - Résidence : L'enfant doit résider en France.
- **Montant :** Le montant de base de l'AEEH est de 149,26 € par mois. Des compléments peuvent être accordés en fonction de la gravité du handicap et des dépenses supplémentaires engagées.
- **Base juridique :** Articles L541-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

3. Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

- **Modalités d'attribution :**
 - **Conditions :**
 - Âge : Entre 0 et 60 ans (des dérogations sont possibles au-delà de 60 ans).
 - Résidence : Résider de façon stable et régulière en France.
 - Handicap : Rencontrer une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité essentielle ou une difficulté grave pour au moins deux activités.
- **Base juridique :** Articles L245-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.

4. Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

- **Modalités d'attribution :**
 - **Conditions :**
 - Âge : Avoir 60 ans ou plus.
 - Résidence : Résider de façon stable et régulière en France.
 - Perte d'autonomie : Être classé dans les GIR 1 à 4 (Groupe Iso-Ressources).
- **Base juridique :** Articles L232-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.

5. Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)

- **Modalités d'attribution :**
 - **Conditions :**
 - Âge : Principalement destinée aux personnes âgées de plus de 65 ans ou aux personnes handicapées de plus de 60 ans.
 - Ressources : Insuffisantes pour couvrir les frais d'hébergement en établissement.
 - Résidence : Résider en France et être hébergé dans un établissement agréé.
- **Base juridique :** Articles L231-4 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.

Outre ces aides individualisées, une dizaine de dispositifs fiscaux peuvent être identifiés en soutien aux personnes âgées, pour un coût au moins égal à 14,4 Md€.

Du côté de l'offre de soins, la CNSA alloue par ailleurs aux agences régionales de santé (ARS) les crédits nécessaires au financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux. Avec plus de 30 milliards d'euros en 2024, cela représente environ 80 % de son budget¹⁴. Depuis 2022, elle compense également les dépenses des départements au titre de certaines revalorisations salariales pour les structures pour personnes âgées et pour personnes handicapées relevant de la compétence des départements. D'après l'INSEE, 613 937 places en EHPAD étaient disponibles en 2021, soit un taux d'équipement de 136 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus.

À l'échelle départementale, un réseau de Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), présidées dans chaque département par l'exécutif, assure l'instruction des dossiers sur le plan médical, et l'orientation des bénéficiaires. Cet acteur est en mesure de conseiller les bénéficiaires sur le recours à une aide plutôt qu'à une autre. Les MDPH ne disposent cependant pas à ce jour d'outil d'aide à la décision formalisé pour l'attribution des aides en dehors des grilles de minima nationaux, des simulations de prestations et des barèmes d'évaluation médicale. Les équipes médico-sociales des départements (parfois au sein des MDPH) interviennent également pour évaluer la situation des personnes et déterminer les aides nécessaires, comme l'assistance à domicile ou la fourniture d'aides techniques.

Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?

Le financement du modèle français de protection sociale pour l'autonomie, de type beveridgien, se caractérise par :

- ◆ Des aides universelles, sous conditions de ressources et de résidence ;
- ◆ L'affectation de cotisations sociales pour le financement direct d'aides (AAH) ou le concours aux départements (PCH, AEEH, APA), notamment de fractions de CSG, décidée par l'État ;
- ◆ La prépondérance de l'État dans l'architecture globale de ce financement, relativement aux départements qui détiennent pourtant la compétence ;
- ◆ Le reste à charge des départements ;
- ◆ Une marge congrue liée à une fiscalité locale essentiellement assise sur des assiettes cycliques (DMTO notamment), et dont la part dans les budgets départementaux est fortement réduite depuis la réforme de 2021.

Q4/- Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux¹⁵ ?

Pour l'ensemble de ces aides, les modalités légales d'attribution, notamment les critères de ressources et le montant minimum, sont fixées à l'échelle nationale. Les Conseils départementaux sont cependant au cœur du système décentralisé. Ils sont responsables de la gestion des services sociaux et d'aide à l'autonomie, ainsi que de l'organisation des prestations de compensation du handicap. Ils peuvent prendre des règlements pour compléter ce référentiel d'attribution.

De manière résiduelle, les communes peuvent intervenir au travers de leurs centres communaux d'action sociale (CCAS), pour la réorientation des bénéficiaires ou la mise en œuvre d'aides extra-légales (c'est-à-dire qui s'ajoutent à ce socle national). Il n'existe cependant aucun inventaire consolidé de ces aides et de leurs modalités.

¹⁴ CNSA, [Site web](#)

¹⁵ On entend par « aide extralégale » toute aide non assise sur une base juridique de niveau législatif, à la main de collectivités locales et qui viennent s'ajouter au dispositif socle de façon non maîtrisée par l'État.

Q5/-Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? A l'inverse, quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?

La fraude aux aides en faveur du handicap et de l'autonomie apparaît résiduelle à ce jour, même si sa détection pâtit de difficultés méthodologiques. La fraude à l'AAH par exemple a représenté en 2020, d'après la CAF, 1070 cas dans l'année, pour un total de 5,9 M€. Par ailleurs, sur 36,6 millions de contrôles réalisés par les Caf en 2020, 36 917 de fraudes ont été détectées, dont 1,2 % qui concernent l'Allocation adulte handicapé. Les fraudes identifiées sur les aides en faveur du handicap sont principalement dues à une dissimulation ou une fausse déclaration des ressources.

La lutte contre la fraude passe avant tout par une architecture moins complexe des aides disponibles, rendant plus apparents les schémas frauduleux. Comme le rappelle le Haut Conseil au financement de la protection sociale dans son rapport de 2018, *« Prévenir la fraude suppose aussi d'agir sur le cadre juridique : une norme illisible, mal construite, trop permissive, peut être génératrice de fraudes ; une norme mal explicitée peut conduire à mal positionner les enjeux ; une norme mal pensée peut poser des difficultés de gestion. Or, la norme est très souvent pensée sans vision globale ni prise en compte du point de vue de l'utilisateur final ce qui conduit à une multiplication des notions mobilisées, y compris sur des sujets très proches. Elle est loin d'être toujours explicitée. »*¹⁶

Au demeurant, l'ensemble des caisses de la sécurité sociale ont été chargées par une feuille de route adressée le 9 décembre 2020 par les ministres de la Santé au directeur de la sécurité sociale de produire une estimation chiffrée régulière de la fraude, afin de permettre un suivi longitudinal aujourd'hui largement impossible.

La lutte contre le non-recours passe quant à elle pour l'heure par le déploiement du réseau territorial de maisons France services et par une politique d'accueil inconditionnel des publics, conventionnée avec les départements, afin de lutter contre l'exclusion géographique et numérique. **L'action pour limiter le non-recours fait également partie des objectifs de la convention 2022-2026 qui lie la CNSA à l'État, et qu'elle décline auprès des MDPH.** Dans un discours de 2022, le ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées Jean-Christophe Combe, estimait le non-recours en matière d'aides en faveur de l'autonomie à hauteur de 30 %¹⁷.

¹⁶ HCFiPS (2024). [Rapport lutte contre la fraude sociale état des lieux et enjeux](#), p. 18.

¹⁷ Colloque de la [DREES](#) (2022)

ANNEXE 4

French situation (in English)

Social assistance for disability and independent living in France and regional disparities

Q1/- Who defines and implements the public policy on autonomy (disability and dependency) ? How is it distributed across the various political and administrative levels (national, regional, departmental, or municipal) ? How is the governance of this policy structured between the different levels ?

Public policies regarding the care of disability and aging have been consolidated since 2020¹⁸, under the 5th branch of Social Security dedicated to autonomy. Social assistance is one of the aspects of public intervention in this area, following a Beveridge model. These aids can serve distinct purposes : social minimums (e.g., the Disabled Adults Allowance (AAH), Social Assistance for Housing (ASH)), or compensation (e.g., Personalized Autonomy Allowance (APA), Disabled Child Education Allowance (AEEH), Disability Compensation Benefit (PCH)).

In total, these aids from the 5th branch are managed by three main actors, who share the financing as follows :

- **The State** plays a financing role through the allocation of contributions or direct aid payments. It covers 50.5 % of the financing of these five aids, notably funding the AAH.
- **The National Solidarity Fund for Autonomy (CNSA)**, created in 2005, has managed the Autonomy branch of Social Security since 2021. It has a budget of over €38 billion, funded by a portion of the General Social Contribution (CSG) amounting to 0.15 percentage points. It covers 21.2 % of the financing of these five aids (including APA, PCH, and AEEH).
- **Departments** intervene through the departmental disability houses (MDPH) and regional autonomy houses (MDA). They cover 28.3 % of the financing of these five aids (APA, PCH, ASH)¹⁹. In 2022, they allocated €18.1 billion in personalized aid for disability and autonomy. These expenses increased by 5.8 % compared to 2021 in nominal terms.

A distinctive feature of the French system is that the financing actor is not necessarily the one that allocates the aid, and vice versa.

The allocation of these benefits at the departmental level leads to heterogeneity in practices. The Court of Auditors, for example, highlighted in its 2019²⁰ report significant territorial disparities in decisions regarding the granting of the AAH, with differences between departments with varying socio-demographic characteristics. For the AAH, 27 % to 69 % of departmental disparities would be due to local practices rather than socio-demographic factors.

Furthermore, there is no national internal control framework to ensure the reliable processing of files by the MDPH, as noted by the Court of Auditors in its 2022²¹ Social Security certification report.

Finally, current public, parliamentary, and inter-administrative debates on autonomy policy mainly focus on the **economic sustainability of the various systems**, considering the expected increase in the number of beneficiaries, both for people with disabilities and the elderly. The main issues are :

- The insufficiency of the nominal amount of aid, territorial inequity, and allocation criteria.
- The availability and distribution of home care services, the qualifications and working conditions of personnel, and support for caregivers (leave, retirement, training, etc.).

¹⁸ Law of August 7, 2020, Relating to Social Debt and Autonomy

¹⁹ CNAF Forecast – october 2024

²⁰ Cour des comptes (2019), [Disability allowance](#)

²¹ Cour des comptes (2023), [Social security certification report for 2022](#)

- The quality of care in EHPADs (e.g., the Orpea scandal), the financial burden for families and departments.
- The desired and efficient degree of decentralization of the competency ; the specific need for services and coverage in rural departments (geographical isolation and access to digital and physical social services).
- Approaching end-of-life care as a whole, ensuring the dignity of the elderly and disabled.

Q2/- What public policy measures are implemented to support autonomy (personalized aids, social minima, services, etc.) ?

The five main forms of assistance for independent living will account for €25 billion in 2023 and are experiencing significant growth (+20 % between 2019 and 2023), which should continue in the coming years due to demographic changes.

This aid breaks down as follows :

Table 1 : Main Social Assistance for Autonomy in France

Assistance	Amount (in billions of €)	Number of Beneficiaries (in thousands)	Source of Funding
AAH (Disability Allowance)	12.7	1,300	State
PCH (Compensation for Disability)	3	400	State, Department
AEEH (Allowance for Disabled Children)	1.5	435	State
APA (Personalized Autonomy Allowance)	6.8	1,400	State, Department
ASH (Social Assistance for Housing)	6.7	116	Department

Source : PLFSS 2025, DREES (2024) Minimum Social Benefits and Social Assistance.

1. Disabled Adults Allowance (AAH)

○ Eligibility Conditions :

- Age : At least 20 years old (or 16 years old under certain conditions).
- Residency : Must reside permanently in France.
- Disability : Must have a permanent disability of at least 80 % or between 50 % and 79 % with substantial and lasting restrictions to employment access.
- Resources : Must not exceed a certain income threshold, which varies according to the family situation.

- **Amount** : The full base amount for an adult is €1,016.05 in 2024.

- **Legal basis** : Governed by Articles L821-1 and following of the Social Security Code.

2. Disabled Child Education Allowance (AEEH)

○ Eligibility Conditions :

- Age : Under 20 years old.
- Disability : Must have a permanent disability of at least 80 %, or between 50 % and 79 % if the child requires special care or assistance.
- Residency : The child must reside in France.

- **Amount** : The base amount is €149.26 per month. Additional supplements may be provided depending on the severity of the disability and extra expenses.

- **Legal basis** : Articles L541-1 and following of the Social Security Code.

3. Disability Compensation Benefit (PCH)

○ Eligibility Conditions :

- Age : Between 0 and 60 years old (exceptions can be made beyond 60 years).
- Residency : Must reside in France on a stable and regular basis.
- Disability : Must face significant difficulties in performing essential daily activities or serious difficulty in at least two activities.

- **Legal basis** : Articles L245-1 and following of the Social Action and Families Code.

4. **Personalized Autonomy Allowance (APA)**

○ **Eligibility Conditions :**

- Age : Must be 60 years old or older.
- Residency : Must reside regularly and permanently in France.
- Loss of autonomy : Must be classified in GIR 1 to 4 (Iso-Resources Group).

○ **Legal basis :** Articles L232-1 and following of the Social Action and Families Code.

5. **Social Assistance for Housing (ASH)**

○ **Eligibility Conditions :**

- Age : Primarily for people over 65 years old or those over 60 with disabilities.
- Resources : Insufficient to cover the costs of housing in institutions.
- Residency : Must reside in France and be housed in a certified institution.

○ **Legal basis :** Articles L231-4 and following of the Social Action and Families Code.

In addition to these individualized aids, about ten fiscal measures support the elderly, with a cost of at least €14.4 billion.

On the healthcare side, the CNSA also allocates the necessary funds to regional health agencies (ARS) for the **operation of medical-social institutions and services**. With over €30 billion in 2024, this represents about 80 % of its budget²². Since 2022, it has also reimbursed departments for certain salary increases for structures caring for elderly and disabled individuals under departmental responsibility. According to INSEE, 613,937 places in EHPADs were available in 2021, with a rate of 136 places per 1,000 people aged 75 or older.

At the departmental level, a network of departmental disability houses (MDPH), attached to each department, ensures the processing of medical files and the direction of beneficiaries. This actor can advise beneficiaries on which aid to pursue. However, MDPHs currently lack formal decision-making tools for aid allocation outside of national minimum grids, benefit simulations, and medical evaluation scales. The medical-social teams of the departments (sometimes within the MDPH) also assess individuals' situations and determine the necessary aids, such as home assistance or technical aids.

Q3/- What is the financing model for the various autonomy support measures ?

The financing of the French social protection model for autonomy, following a Beveridge model, is characterized by :

- Universal aids, subject to resource and residency conditions.
- The allocation of social contributions for the direct financing of aid (AAH) or for contributions to departments (PCH, AEEH, APA), especially from portions of CSG, decided by the State.
- The predominance of the State in the overall architecture of this financing, compared to the departments which hold the competency.
- The remaining charge for departments.
- A modest margin linked to local taxation, primarily based on cyclical tax bases (e.g., DMT0), whose share in departmental budgets has been significantly reduced since the 2021 reform.

Q4/- Can territorial administrations supplement the core aid package with other extra-legal aids or measures²³ ?

For all these aids, the legal attribution modalities, particularly the income criteria and the minimum amount, are set at the national level. However, the Departmental Councils (local government bodies) are at the heart of the decentralized system. They are responsible for managing social services and autonomy support, as well as organizing compensation benefits for disabilities. They can issue regulations to complement this reference framework for aid allocation.

To a lesser extent, municipalities can intervene through their communal social action centers (CCAS) to reorient beneficiaries or implement extra-legal aids (that is, aids that are added to this national framework). However, no consolidated inventory of these aids and their modalities exists.

²² CNSA, [Website](#)

²³ By 'extralegal aid,' we mean any assistance not based on a legal framework at the legislative level, which is under the control of local authorities and adds to the core system in a manner not managed by the State.

Q5/- What measures have been implemented to combat fraud in social aid for autonomy ? Conversely, what actions have been taken to fight against non-claiming ?

Fraud in aids for disability and autonomy is currently marginal, although its detection suffers from methodological difficulties. For example, fraud in the Disabled Adult Allowance (AAH) accounted for 1,070 cases in 2020, according to the Family Allowance Fund (CAF), with a total of €5.9 million. Furthermore, out of 36.6 million checks conducted by the CAF in 2020, 36,917 frauds were detected, 1.2 % of which concerned the Disabled Adult Allowance. The frauds identified in aid for disabilities are primarily due to concealment or false declaration of income.

The fight against fraud primarily involves simplifying the aid structures available, making fraudulent schemes more apparent. As the High Council on the Financing of Social Protection stated in its 2018 report, "Preventing fraud also requires action on the legal framework : an illegible, poorly constructed, or overly permissive rule can generate frauds ; a poorly explained rule can lead to misalignment of priorities ; a poorly designed rule can cause management difficulties. However, rules are often designed without a global vision or consideration for the final user, leading to the multiplication of concepts, even on very similar subjects. It is far from always being made explicit." ²⁴

Furthermore, all social security funds have been tasked with producing regular estimates of fraud as outlined in a roadmap sent on December 9, 2020, by the ministers of health to the director of social security, in order to enable longitudinal monitoring, which is currently largely impossible.

The fight against non-claiming, for its part, currently relies on the deployment of the territorial network of France Services houses and an unconditional public reception policy, agreed upon with the departments, in order to combat geographic and digital exclusion. Non-claiming is also part of the objectives in the 2022-2026 agreement between the National Solidarity Fund for Autonomy (CNSA) and the state, which it implements with the MDPH (Disability Rights and Assistance Funds). In a 2022 speech, the Minister for Solidarity, Autonomy, and Disabled People, Jean-Christophe Combe, estimated that non-claiming of autonomy aids was around 30 % ²⁵.

²⁴ [HCFiPS \(2024\). Overview and stakes in the fight against social fraud](#), p. 18.

²⁵ [DREES](#) Conférence (2022)

Allemagne

Contribution reçue le 20 février 2025.

Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?

Description du fonctionnement et de l'architecture de la politique publique en faveur du handicap et de l'autonomie : acteurs, compétences, subsidiarité, base juridique, objectifs, grandes dates et évolutions récentes.

La politique en faveur du handicap et de l'autonomie est mise en œuvre en Allemagne dans le cadre de la **5^e branche de la Sécurité sociale**. Créée en 1996, la branche entend inscrire la dépendance dans une logique de **risque, financé par le versement de cotisations sociales**, et assurant la **garantie d'une prise en charge**. Le choix opéré après d'intenses débats en 1996 entendait extraire les personnes dépendantes de la logique d'« aumône » et aléatoire de l'aide sociale.

Le **11^e livre du code des lois sociales** (*Sozialgesetzbuch – SGB XI*) définit les règles applicables à l'assurance dépendance. Aux termes de ce livre, **sont dépendantes « les personnes dont l'autonomie ou les capacités sont entravées pour des raisons de santé et qui ont de ce fait besoin de l'aide d'autrui. Il doit s'agir de personnes qui ne peuvent maîtriser ou compenser de manière autonome des limites de nature physique, cognitive ou psychique ou des contraintes ou exigences liées à leur état de santé. La dépendance doit être durable, de manière prévisible au moins pour 6 mois, et d'une importance au moins égale à celle définie à l'article 15 »**. La branche dépendance couvre tant les personnes âgées en situation de dépendance que les personnes en situation de handicap.

Le SGB XI structure une **branche dépendance** :

- **universelle** ; en Allemagne, les inactifs doivent également cotiser à l'assurance maladie et à l'assurance dépendance ; la nature et le droit aux prestations monétaires et en nature, ambulatoires ou en établissement sont identiques pour tous, dans une situation donnée ;
- **publique** pour la plupart des assurés ;
- le cas échéant privée, pour les fonctionnaires et les indépendants ainsi que, avec un droit d'option, pour les personnes dont le revenu dépasse un seuil de revenu défini ;
- **partielle** : les coûts d'hébergement et de restauration comme les investissements des structures étant exclus de la prise en charge ;
- **proportionnelle** au degré de dépendance.

Concrètement, **l'affiliation s'opère généralement auprès de la même caisse pour le risque maladie et le risque dépendance** mais une séparation comptable stricte est bien opérée entre les deux risques. Les assurés « publics » ont donc le choix actuellement entre **96 caisses** d'assurance maladie/dépendance. Elles sont **fédérées au sein de la Confédération des caisses de l'assurance dépendance** (*Spitzenverband Bund der Pflegekassen*).

Le **taux de cotisation est fixé par le ministère fédéral de la santé** (*Bundesministerium für Gesundheit, BMG*). Le salaire brut de l'assuré constitue l'assiette de la cotisation, dont le taux décroît selon le nombre d'enfants dans le ménage. Après une augmentation en juillet 2023, il a été de nouveau réévalué par ordonnance de 0,2 point à compter du 1^{er} janvier 2025 pour s'établir à **3,6 %** pour une famille avec un enfant.

De quelle/s marge/s de manœuvre les échelons territoriaux disposent-ils dans les modalités d'attribution des aides (montant, critères d'attribution plus ou moins élargis, etc.) ?

En matière d'attribution des aides, le **rôle des collectivités territoriales est subsidiaire, au titre de l'aide sociale**. Elles interviennent ainsi, sur demande, au titre de l'« aide aux soins » (*Hilfe zur Pflege*) **lorsque la personne dépendante ne peut assumer le reste à charge. Depuis la création de la branche, la part des personnes recourant à l'aide aux soins a diminué de deux tiers à un tiers.**

Le rôle des collectivités territoriales est plus déterminant en matière de structuration et d'animation du secteur. Le SGB XI prévoit que les fédérations régionales des caisses d'assurance dépendance concluent avec les services compétents des Länder des contrats-cadres régionaux sur la coopération en matière de conseil.

Les listes comparatives des prestations et des prix des établissements de soins ambulatoires et hospitaliers agréés contiennent les offres d'accompagnement au quotidien reconnues par les Länder.

Les communes participent aux centres d'aide aux personnes dépendantes (*Pflegestützpunkte*), qui peuvent encaisser des bons de conseil et fournir les renseignements obligatoires lors de la perception de l'allocation de soins. Les communes peuvent exiger des caisses d'assurance dépendance la conclusion d'accords de coopération en matière de conseil sur place.

Enfin, le SGB XI encourage également la coopération régionale entre caisses d'assurance dépendance pour la mise en place de réseaux régionaux de soins. Elles peuvent participer individuellement ou collectivement aux coûts de la mise en réseau à hauteur de 25.000 euros par an et par arrondissement.

De fortes disparités territoriales dans les modalités d'attribution des aides (critères, montant, volume) sont-elles observées entre les différentes localités ? Si oui, ces disparités sont-elles poussées par des facteurs d'ordre sociodémographique ou « discrétionnaires » ? Quels sont ces cinq principaux facteurs, classés par ordre d'importance ? Existe-t-il des documents juridiques, des instructions ou des circulaires à l'égard des exécutifs ou des administrations locales précisant les modalités d'attribution des aides (actes des conseils locaux, instructions nationales) ?

Le montant des aides versées répond à des barèmes (plafonds) nationaux.

Leur montant dépend du degré de dépendance de la personne (*Pflegegrad*). Le SGB fixe à cinq le nombre de degrés de dépendance. L'évaluation du degré de dépendance ouvre droit à des prestations de nature et de montants différents :

- le *Pflegegeld*, prestation en espèces versée directement à la personne dépendante et reversée pour la prise en charge de la dépendance à domicile par une personne privée, notamment par des proches-aidants ou un voisin ;
- la *Pflegesachleistung*, directement versée au prestataire d'accompagnement à domicile ;
- ces deux prestations sont combinables : si le droit à *Pflegesachleistung* n'est pas épuisé, le *Pflegegeld* proratisé peut être utilisé ; à titre d'exemple, si seuls 60 % du premier est utilisé, 40 % du second peuvent être mobilisés ; en principe, ce partage est défini pour six mois ;
- l'*Entlastungsbetrag* a pour objet de financer un répit pour les proches-aidants, par exemple pour le recours à une aide supplémentaire à titre exceptionnel ;
- une dotation (*Pflegehilfsmittel zum Verbrauch*) pour la prise en charge de matériels médicaux (gants, masques, gel désinfectant...) ;
- un service d'appel à la demande en cas d'urgence (*Hausnotruf*) ;

Annexe IX, Pièce jointe ECI Allemagne

- le recours à un remplaçant en cas d'indisponibilité du proche-aidant (*Verhinderungspflege*), par exemple pour visite médicale, démarche administrative, paiement des heures supplémentaires, loisirs – le montant indiqué dans le tableau est annuel ;
- un forfait annuel maximal (*Kurzzeitpflege*), limité à 8 semaines, pour compenser les congés du soignant, le remplacer en cas d'arrêt maladie, des tâches ne pouvant être prises en charge à domicile ; le montant indiqué est annuel ;
- une prestation destinée à financer l'accueil de jour ou de nuit en structure ambulatoire (*Tages- und Nachtpflege*) ;
- des aides à l'adaptation du logement (*Anpassung am Wohnraum*) ;
- le financement d'applications digitales de soin (DiPA) ;
- le supplément pour les logements partagés (*Wohngruppenzuschuss*) ;
- l'aide à la prise en charge intégrale en établissement (*Vollstationäre Pflege*).

Tableau 1 : Montant des plafonds (2025)

Leistungen	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegegeld (monatlich)	–	347 €	599 €	800 €	990 €
Pflegesachleistungen (monatlich)	–	796 €	1.497 €	1.859 €	2.299 €
Entlastungsbetrag (monatlich)	131 €	131 €	131 €	131 €	131 €
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (monatlich)	bis zu 42 €	bis zu 42 €	bis zu 42 €	bis zu 42 €	bis zu 42 €
Hausnotruf (monatlich)	25,50 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €
Verhinderungspflege (jährlich)	–	1.685 €	1.685 €	1.685 €	1.685 €

Annexe IX, Pièce jointe ECI Allemagne

Kurzzeitpflege (jährlich)	–	1.854 €	1.854 €	1.854 €	1.854 €
Tages- und Nacht- pflege (monatlich)	–	721 €	1.357 €	1.685 €	2.085 €
Anpassung am Wohnraum (je Maß- nahme)	4.180 €	4.180 €	4.180 €	4.180 €	4.180 €
DiPA (monatlich)	53 €	53 €	53 €	53 €	53 €
Wohngruppenzu- schuss (monatlich)	224 €	224 €	224 €	224 €	224 €
Vollstationäre Pfl- ege (monatlich)	–	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €

L'évaluation du degré de dépendance est opérée, à la demande de la caisse d'assurance dépendance, par le service médical régional des caisses d'assurance maladie et dépendance, qui est un établissement public.

Des disparités régionales dans l'appréciation du degré de dépendance ne sont pas recensées. Cette appréciation s'opère conformément à une directive nationale définissant un système précis d'attribution de points (cf .pp 95 et ss du document [suivant](#)), dont le tableau suivant opère la synthèse générale autour de 6 critères : mobilité, capacités cognitives et communicationnelles, troubles psychiques ou du comportement, autonomie dans les actes de la vie quotidienne, autonomie dans l'accomplissement de soins ou le suivi de thérapies, autonomie dans la vie de tous les jours et les contacts sociaux.

Tableau 2 : Grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie

Module und Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					
	keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste	
1 Mobilität (10 Prozent)	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Punkte im Modul 1
	0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Punkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Punkte im Modul 3
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3 (15 Prozent)	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für das Modul 2 oder 3
4 Selbstversorgung (40 Prozent)	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Punkte im Modul 4
	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 Prozent)	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Punkte im Modul 5
	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 Prozent)	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Punkte im Modul 6
	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6

Cette évaluation aboutit à l'affectation d'un degré de dépendance. Ceux-ci sont depuis 2017 au nombre de 5 :

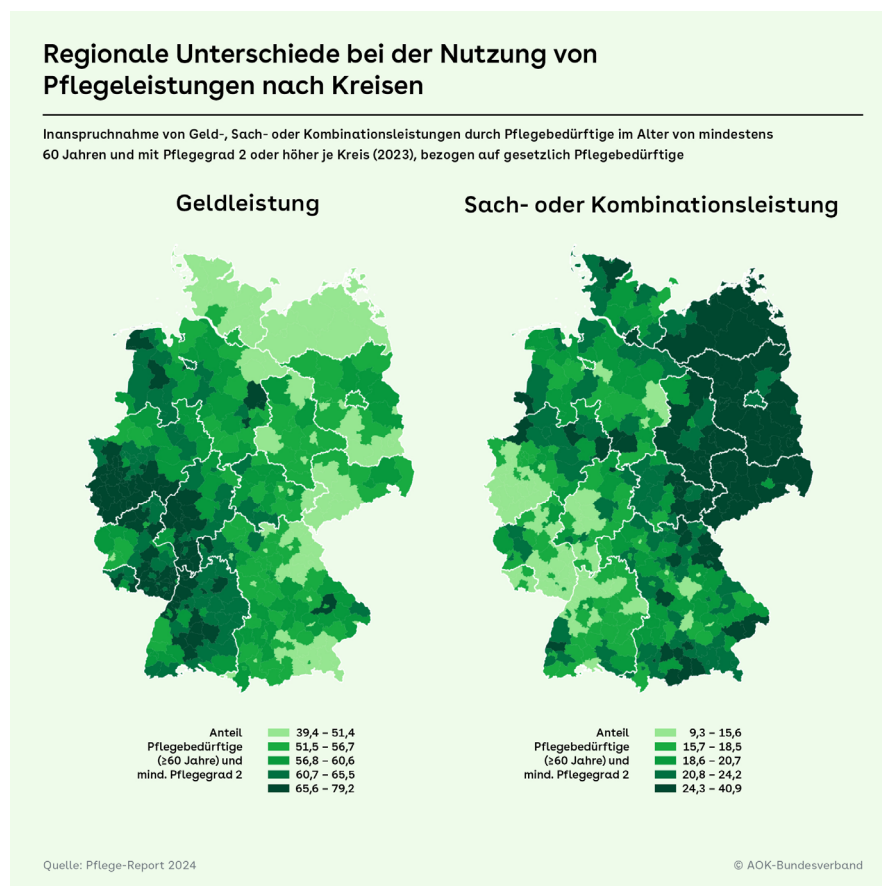
- Catégorie 1 : faible perte d'autonomie (*geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit* ») de 12,5 à 27 points.
- Catégorie 2 : perte d'autonomie importante (*Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit*) de 27 à 47,5 points
- Catégorie 3 : perte d'autonomie grave (*schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit*) de 47,5 à 70 points
- Catégorie 4 : perte d'autonomie très grave (*Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit*) de 70 à 90 points
- Catégorie 5 : perte d'autonomie très grave nécessitant des soins particuliers (*Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung*) de 90 à 100 points.

En revanche, des disparités dans le recours aux aides et l'arbitrage des bénéficiaires entre les différentes formes possibles de ces aides sont documentées.

Selon la caisse d'assurance maladie publique AOK, la **forte croissance du nombre de ressortissants de la branche depuis 2017 varie fortement selon les régions**, allant de 37 % à 144 % selon les localités. Les Länder comptant la plus grande part de bénéficiaires de l'assurance dépendance avec plus de 9,1 % de la population totale sont ceux de l'Allemagne de l'Est, la Rhénanie du Nord-Westphalie, la Hesse et la Sarre. Avec près d'un habitant sur 6 percevant les allocations de l'assurance dépendance dans certaines de ses arrondissements, le Brandebourg, Land rural de l'Est aux marges de Berlin, est en tête de classement. A l'inverse, avec moins de 5,7 % de bénéficiaires, les Länder prospères du Sud (Bavière et Bade-Wurtemberg) sont les moins concernés.

Concernant le choix du type de prestation, **58,6 % des ressortissants de la branche optent exclusivement pour les prestations monétaires, 20 % recourent à des prestations en nature et 20 % vivent en hébergement collectif**. Le recours aux prestations en nature est plus important à l'Est. Les écarts régionaux sont attribués aux structures démographiques régionales et à la présence de réseaux d'entraide informels. Les auteurs de l'étude plaident pour une plus grande transparence des données à l'échelle des bassins de vie afin d'adapter la planification de la réponse aux besoins. La carte suivante matérialise les différences régionales en matière de taux de recours aux prestations monétaires (à gauche) et en nature (à droite).

Graphique 1 : Différences régionales en matière de taux de recours aux prestations monétaires (à gauche) et en nature (à droite)

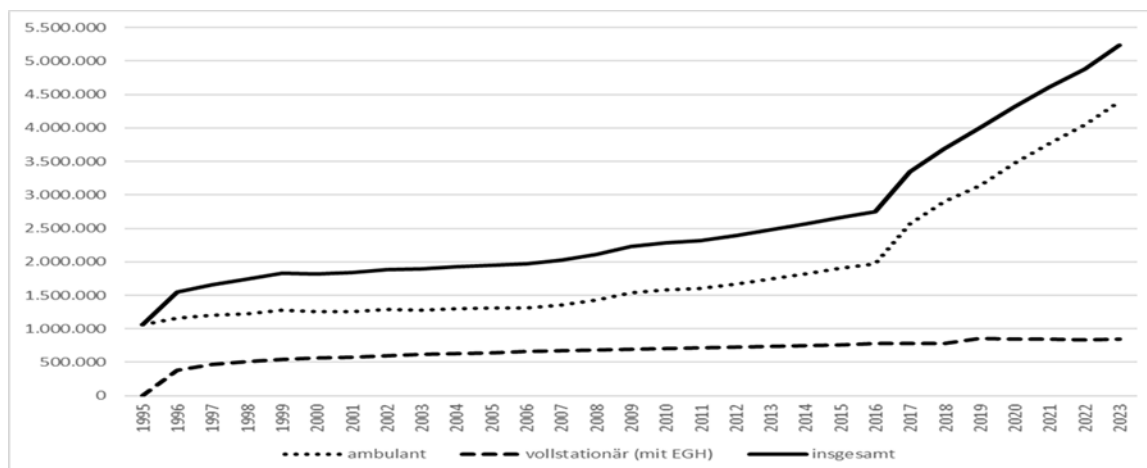


Quels sont les débats publics contemporains autour de la prise en charge du handicap et de la dépendance ? Des risques ont-ils été identifiés à court/moyen/long terme ? Des pistes sont-elles proposées voire mises en œuvre pour y répondre ?

1. Le financement de la branche constitue le défi majeur, à court comme à long terme.

Le nombre de ressortissants a fortement augmenté depuis la création de la branche :

Annexe IX, Pièce jointe ECI Allemagne



Légende : courbe linéaire = total ; petits pointillés = en établissement ; pointillés longs : en ambulatoire).

De 2017 à 2023, le nombre d'assurés bénéficiant de l'assurance dépendance a augmenté de 57 % pour atteindre 5,2 millions de personnes, soit 7 % de l'ensemble des assurés allemands (données du groupe de caisses d'assurance maladie publique AOK). Selon l'office fédéral de la statistique, l'augmentation du nombre de personnes prises en charge par la branche entre décembre 2021 (5 millions de personnes) et décembre 2023 (5,7 millions de personnes) atteint encore 15 %.

Cette croissance est en partie l'effet différé de la révision de la norme d'évaluation de la dépendance, effective depuis le 1^{er} janvier 2017, la croissance du nombre de personnes dépendantes étant sur-proportionnelle au vieillissement général de la population, qui contribue, selon les projections de l'office, à cette augmentation à hauteur de 100 000 personnes.

Les dépenses de la branche sont passées de près de 23 M€ en 2012 à 60 M€ en 2022. Au-delà de l'effet de la hausse du nombre de ressortissants et de l'évolution de l'appréciation de la dépendance, plusieurs mesures de revalorisation sont encore intervenues récemment. Depuis le 1^{er} janvier 2024, les montants de l'allocation de soins (*Pflegegeld*) et des prestations en nature pour les services ambulatoires ont été augmentés de 5 %. Les subventions pour les frais généraux dans les établissements entièrement résidentiels ont également été augmentées de 5 à 10 %. Pendant l'année 2024, toutes les prestations de l'assurance dépendance seront augmentées de 4,5 %. D'ici au 1^{er} juillet 2025, un "montant annuel commun" doit être introduit pour les soins de remplacement et les soins de courte durée en résidence complète pour une utilisation flexible en fonction des besoins individuels. D'ici au 1^{er} juillet 2028, une nouvelle augmentation des montants de toutes les prestations est prévue conformément au taux d'inflation de base.

Pour compenser l'augmentation des dépenses, le taux de cotisation dépendance a été relevé d'1,7 % de 1996 à 2007, à 1,95 % jusqu'en 2012 puis progressivement à 3,05 % à compter de 2019 (date à laquelle il croise la courbe du taux pour l'assurance chômage) jusqu'en 2022 avant d'augmenter de nouveau à 3,40 % puis 3,60 % à compter du 1^{er} janvier 2025 pour des foyers avec un enfant (le taux est dégressif en fonction du nombre d'enfants dans le foyer). Cette dernière augmentation devrait rapporter 3,7 Mds€ de ressources supplémentaires à la branche.

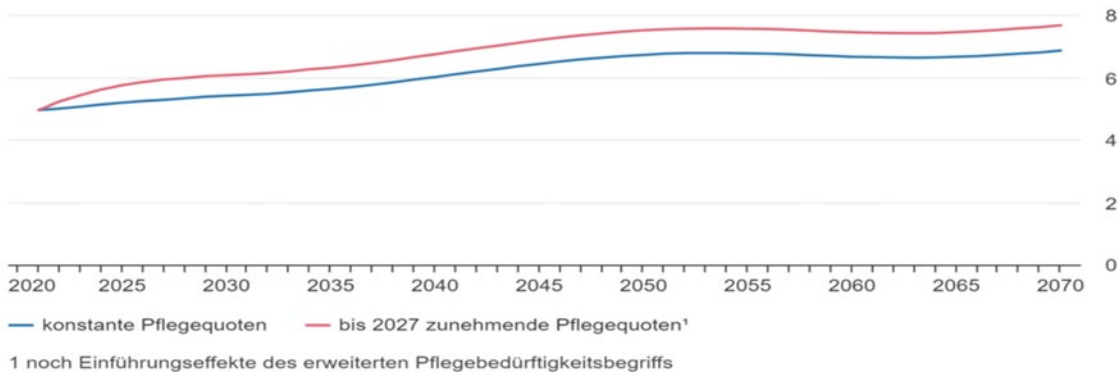
À plusieurs reprises déficitaires depuis sa création, la branche affichait un déficit d'1,35Mds€ en 2021, accru à 2,3Mds€ en 2022 avant de renouer avec un excédent d'1,8 Mds€ en 2023 puis un nouveau déficit d'1,55Mds€ en 2024.

Les prévisions de long terme placent le débat en cœur de la campagne électorale fédérale actuelle.

Le nombre de personnes relevant de la branche est estimé à 7,6 millions en 2055 contre 5,2 millions aujourd'hui.

Pflegebedürftige 2021 bis 2070

Ab 2022 Varianten der Pflegevorausberechnung mit moderater demografischer Entwicklung, in Millionen



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

Selon la fédération des caisses d'assurance dépendance, le déficit pourrait être contenu à 300 M€ en 2025 grâce à l'augmentation des taux effective depuis le 1^{er} janvier 2025 mais celle-ci n'empêchera pas le creusement des déficits à compter de 2026. Le Chancelier fédéral avait de ce fait demandé au ministre fédéral de la Santé de travailler à une réforme structurelle de la branche, que la convocation d'élections anticipées n'a pas permise.

Dans le cadre de la campagne électorale, le parti social-démocrate du Chancelier propose de limiter à 1 000 € le reste-à-charge sur les coûts de prise en charge de la dépendance (hors logement et restauration), soit environ 400 € de moins que la moyenne actuelle. Comme les Verts, ils plaident pour une plus grande solidarité des assurances privées²⁶ face au risque.

La CDU-CSU plaide davantage pour un élargissement de ses sources de financement (cotisations, budget fédéral, contributions des entreprises, assurances complémentaires volontaires, « payables » et en partie déductibles fiscalement), son candidat, Friedrich Merz, ayant insisté lors du duel télévisé du 9 février sur la nécessité de complémentaires « payables ».

2. Les pénuries de main-d'œuvre constituent le second défi le plus débattu : selon l'Institut fédéral pour la formation professionnelle, le besoin de main-d'œuvre supplémentaire s'élèverait à 150 000 personnes en 2040.

Le ministère fédéral de la Santé s'était engagé à travailler, dans le secteur de la santé et de la dépendance, à une déclinaison de la stratégie fédérale sur les pénuries de main-d'œuvre.

Pour faciliter l'immigration de travail dans les professions réglementées, telles celles du soin aux personnes dépendantes, la loi de décembre 2023 sur le renforcement des études dans le domaine du soin à la personne a unifié et simplifié les procédures de reconnaissance des diplômes et la possibilité de renoncer à la recherche d'une équivalence au profit d'un contrôle des connaissances ou d'une formation d'adaptation au poste.

²⁶ Comme pour l'assurance maladie, l'assurance dépendance est obligatoire mais, au-delà du régime légal de base, un droit d'option en faveur d'un régime dit « privé » est ouvert aux salariés dont le revenu d'activité dépasse un montant donné et aux fonctionnaires.

En matière d'attractivité, tous les employeurs doivent respecter depuis le 1^{er} septembre 2022 les minima conventionnels, fortement revalorisés. Une norme fédérale d'encadrement a été définie pour la prise en charge en établissement. Le financement de pools de remplaçants pour décharger les soignants est également assuré. Enfin, les programmes de soutien à la digitalisation et à une meilleure conciliation aide au proche dépendant / famille / travail sont prolongés jusqu'en 2030.

Par ailleurs, l'extension des compétences des personnels de soin était prévue dans le cadre du projet de loi sur les compétences dans le secteur des soins, adopté par le gouvernement fédéral en décembre 2024. Les élections anticipées contraindront toutefois à reprendre, le cas échéant, la procédure législative à son début.

Q2/-Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?

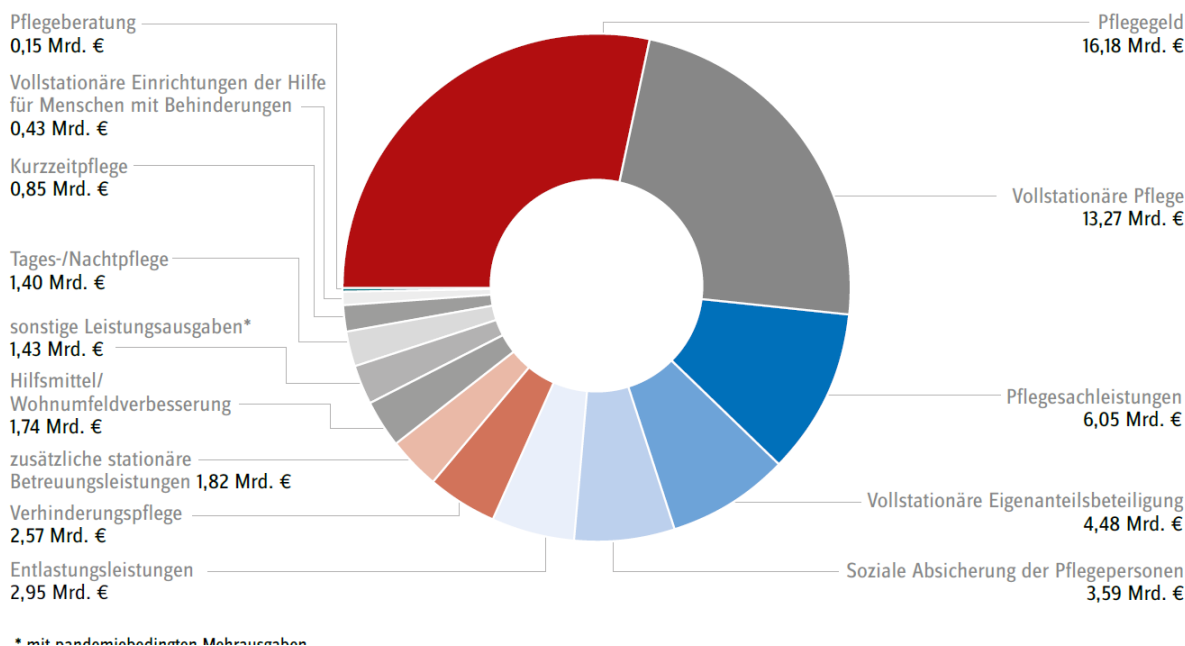
Dresser une liste la plus exhaustive possible des dispositifs existants en faveur de l'autonomie et du handicap, en particulier s'agissant des aides personnalisées et de la fiscalité. Typologie par nature, objet, échelon administratif, organisme attributeur, population de bénéficiaires, date de création, volumes financiers, nombre de bénéficiaires, montant annuel moyen par bénéficiaire, conditions d'éligibilité, critères d'attribution, etc.

La création de la plupart des prestations est concomitante de la création de la branche. Elles sont toutes versées par les caisses d'assurance dépendance et aucun échelon administratif public n'est impliqué dans la chaîne de paiement.

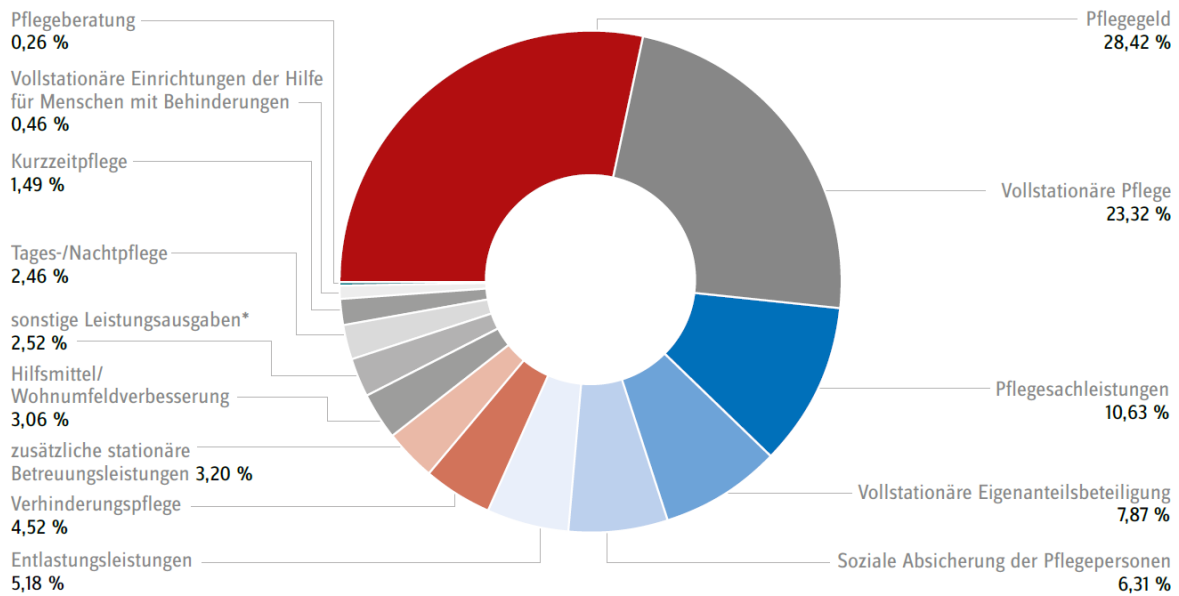
En complément des éléments décrits ci-dessus, vous trouverez ci-après des éléments sur le volume financier global des prestations.

Sur le **volume global (56,91 M€) de prestations versées en 2023**, le **montant par prestation et leur ventilation** s'établissaient comme suit :

Ausgaben nach Leistungsbereichen 2023 in Mrd. Euro



Ausgaben nach Leistungsbereichen 2023 in Prozent



Le montant moyen par bénéficiaire dépend du degré de dépendance. Les bénéficiaires peuvent solliciter chaque aide à laquelle ils sont éligibles dans la limite des plafonds indiqués plus haut.

En termes de fiscalité

Tout contribuable qui supporte des frais exceptionnels et qui ne bénéficie pas d'une déduction fiscale au titre des dépenses spéciales peut déduire comme « charges extraordinaires » les dépenses qui excèdent les charges habituelles supportées par les contribuables qui se trouvent dans une situation identique, dans la mesure où elles présentent un caractère obligatoire et où elles ne dépassent pas un montant raisonnable.

Les personnes en situation de dépendance peuvent bénéficier de cette disposition. Ils peuvent **déduire les frais réels ou opter pour la déduction forfaitaire** qui leur est spécifique. Il y a toutefois un **taux minimal d'incapacité de 20 %**.

La déduction fiscale forfaitaire dépend du taux d'incapacité :

Taux d'incapacité	Déduction fiscale forfaitaire
20 %	384 €
30 %	620 €
40 %	860 €
50 %	1 140 €
60 %	1 440 €
70 %	1 780 €
80 %	2 120 €
90 %	2 460 €
100 %	2 840 €

Cependant, la déduction peut atteindre 7 400 € pour les personnes en situation de dépendance présentant les incapacités les plus conséquentes, qui ont besoin d'une aide pour accomplir certains actes habituels et répétitifs de la vie quotidienne.

Offre en service disponible : données relatives à l'accès aux soins en domiciliaire et établissements (places en établissements spécialisés pour 1 000 habitants). Quelle est la part et le montant des aides vers les établissements ? Et vers l'aide à domicile ?

910 000 places **en établissement** sont disponibles, soit, pour une population de 83,9 millions d'habitants, un **taux de couverture de 10,9 places pour 1000 habitants**.

Fin 2021, les établissements d'accueil permanents (qui exercent les fonctions des EHPAD et des FAM en France) employaient 814 000 personnes, soit 71 % de plus qu'en 2001, les services de prise en charge ambulatoires 442 900 personnes, soit 134 % de plus qu'en 2001. **Le nombre de structures d'accompagnement ambulatoire en passé de 10 600 à 15 400 en 20 ans (+45 %)**, la part des opérateurs privés lucratifs atteignant désormais 68 %.

Les établissements bénéficient du montant de la *Vollstationäre Pflege* (cf *supra*, p. 3), les services ambulatoires principalement de la *Pflegesachleistung*.

Existe-il un organisme, notamment localement, chargé de l'orientation des bénéficiaires vers une aide plutôt qu'une autre ? Ces aides sont-elles cumulables ou non, différentielles ou non, et sous conditions de ressources ou non (si oui, à quel niveau est prise en compte la situation de l'usager).

Les personnes concernées peuvent s'adresser gratuitement à des **guichets conseils en matière de soins** (Pflegestützpunkte), cofinancés par l'assurance dépendance et les communes, pour être orientées. Les caisses d'assurance maladie sont également tenues légalement de conseiller les assurés.

Chaque personne concernée choisit sa caisse dépendance, généralement la même que celle qui couvre le risque maladie.

L'évaluation du degré de dépendance est conduite par le service médical régional des caisses d'assurance maladie et dépendance (cf plus haut).

L'instruction des aides est opérée avec la caisse d'assurance du bénéficiaire.

Les prestations sont cumulables. Pour ce qui concerne le *Pflegegeld* et la *Pflegesachleistung*, elles sont « combinables » dans les conditions indiquées plus haut.

Les administrations compétentes disposent-elles d'outil(s) d'aide à la décision pour attribuer les aides ? de grilles de critères ou de référentiels harmonisés ?

Oui, cf plus haut

Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?

Les aides relèvent-elles davantage d'un modèle universel ou individuel (assurance, solidarité familiale) ? Ce modèle est-il centralisé ou décentralisé (en termes de perception de la ressource, de fixation des règles d'attribution, de décision d'attribution et de versement de l'aide) ?

Le modèle allemand est mixte : universel pour les personnes relevant de l'assurance publique (90 %), individuel pour les autres. Le système public est harmonisé au niveau fédéral, tant en ce qui concerne le taux de cotisation que pour la définition des prestations mobilisables.

Comment le patrimoine des personnes âgées ou handicapées est-il pris en compte dans l'attribution des aides (obligation alimentaire pour les descendants, remboursement, intervention lors des successions) ?

Pour **le calcul du montant d'aide sociale**, l'ensemble des revenus (sauf ceux relevant de l'aide sociale) est pris en compte.

Pour des travaux supplémentaires à domicile que les revenus du bénéficiaire ne permettraient pas de couvrir, le patrimoine et les liquidités sont pris en compte moyennant un abattement, qualifié de « patrimoine de précaution », de 10000 € pour les personnes seules et 20000 € pour les couples. Certains éléments de patrimoine ne sont pas pris en compte (notamment liquidités en vue d'un achat immobilier prochain, capital d'une assurance vieillesse complémentaire, logement dont le bénéficiaire est propriétaire ou co-propriétaire tant qu'il y habite ou que des membres de la famille nucléaire y habitent).

La **récupération sur succession est possible sur les aides accordées dans le cadre de l'aide sociale, pas sur les versements opérés dans le cadre de l'assurance dépendance.**

Le **seuil de l'obligation alimentaire a été relevé en 2020**. Auparavant, cette obligation s'imposait à compter de 1800 € de revenu mensuel net pour une personne seule, 3240 € pour un couple. Depuis le 1^{er} janvier 2020, seul l'enfant (sans prise en compte des revenus du partenaire) dont les revenus dépassent **100 000 € bruts par an** est solidaire. **Le montant du patrimoine n'est pas pris en compte.**

Quelles sont les sources de financement des différentes aides (fiscalité locale, fiscalité affectée, prélèvements sociaux, capitalisation, etc.) ? Qui assure le financement de ces dispositifs ? Comment ce dernier se décompose-t-il ?

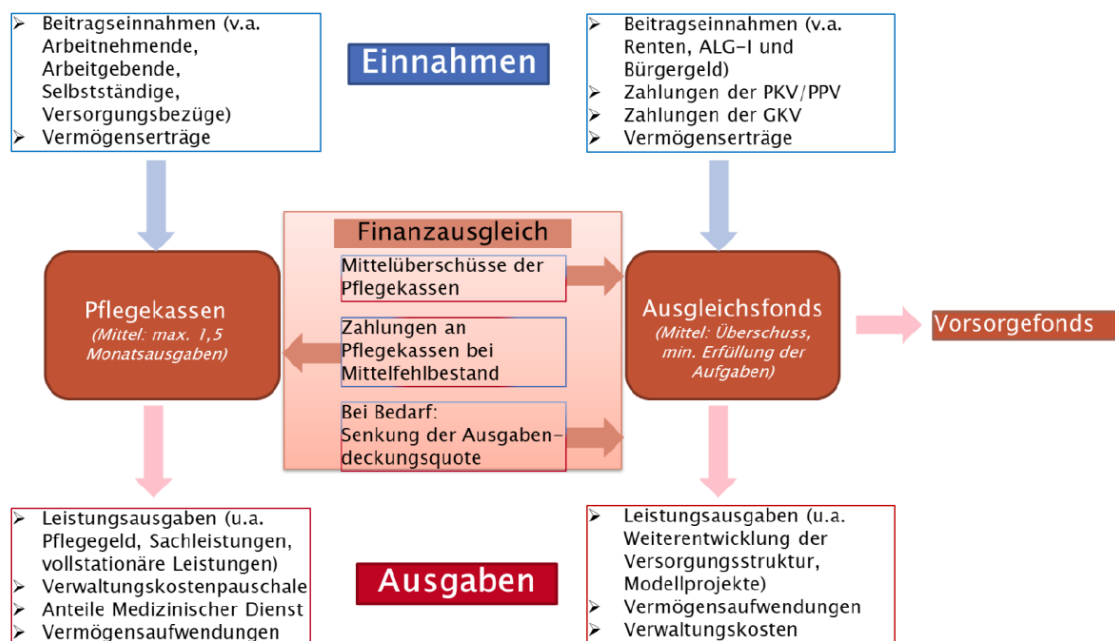
Les aides sont financées par des cotisations sociales assises sur le salaire. Un débat est actuellement ouvert sur la création d'une assurance volontaire. L'aide sociale subsidiaire est financée par les budgets locaux et répondent donc au droit commun des finances locales.

Quel acteur/échelon assure l'affectation des ressources ? Quel acteur est chargé de suivre/piloter la dépense ? Le principal financeur dispose-t-il d'outils de suivi, de simulation et d'évaluation de la dépense ? Le principal financeur dispose-t-il d'outils de modélisation et de scénario de la dépense future, notamment dans un contexte de vieillissement démographique ?

Contrairement aux cotisations maladie, qui sont versées au Gesundheitsfonds (Fonds santé), **les cotisations dépendance sont versées directement et mensuellement à la caisse de rattachement.**

Elles communiquent mensuellement leur flux de cotisations et de dépenses au fonds de péréquation de l'assurance dépendance (Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung), qui opère les péréquations entre les caisses. Contrairement à l'assurance maladie, pour laquelle les caisses sont en concurrence, la gestion du risque est totalement intégrée pour l'assurance dépendance publique.

Annexe IX, Pièce jointe ECI Allemagne



Selon la fédération des caisses d'assurance maladie et dépendance, les marges de pilotage de la dépense comme des recettes sont inexistantes. Le pilotage de la dépense s'opère, le cas échéant, au niveau de chacune des 96 caisses d'assurance dépendance. La fédération des caisses d'assurance dépendance collecte les données des caisses, les fiabilise et les transmet au ministère fédéral de la Santé (source : [bundesgesundheitsministerium.de/](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/)).

Cette synthèse prend la forme suivante :

- en recettes : les cotisations des salariés, des assurés volontaires, des retraités, des bénéficiaires d'allocations chômage, des bénéficiaire du minimum universelles et les recettes exceptionnelles
- en dépenses, les différentes prestations citées plus haut ainsi que les suppléments pour l'embauche de personnels supplémentaires, le coût du conseil sur la prise en charge, la moitié des coûts de fonctionnement du service médical, les dépenses de fonctionnement des caisses (1,68Mds€ en 2023)
- le résultat (déficit en 2022, excédent en 2023), trésorerie en fin d'année (6,89Mds€), en mois de dépenses, trésorerie du fonds prudentiel (créé en 2015 pour 20 ans pour atténuer la progression des cotisations liée au vieillissement démographique).

Bezeichnung	2022	2023
	in Mrd. €	in Mrd. €
Einnahmen		
Beitragseinnahmen	52,45	58,53
davon		
Beiträge für abhängig Beschäftigte	31,25	34,86
Beiträge für freiwillig in der KV Versicherte	8,06	9,01
Beiträge aus Renten	9,02	10,05
Beiträge für versicherte ALG I-Empfänger	0,59	0,70
Beiträge für versicherte ALG II-Empfänger	1,03	1,19
sonstige Beiträge	2,49	2,72

Annexe IX, Pièce jointe ECI Allemagne

Sonstige Einnahmen	5,33	2,48
Einnahmen insgesamt	57,78	61,01
Ausgaben		
Leistungsausgaben	56,23	56,91
davon		
Geldleistung	14,92	16,18
Pflegesachleistung	5,68	6,05
Verhinderungspflege	2,12	2,57
Tages-/Nachtpflege	1,12	1,40
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	2,66	2,95
Kurzzeitpflege	0,74	0,85
Soziale Sicherung der Pflegepersonen	3,24	3,60
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung	1,65	1,74
Vollstationäre Pflege	16,04	17,09
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,44	0,43
Stationäre Vergütungszuschläge	1,59	1,82
Vergütungszuschläge für zusätzl. Personal in vollst. Einrichtungen	0,34	0,41
Pflegeberatung	0,14	0,15
Sonstige Leistungsausgaben	5,55	1,68
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,53	0,59
Verwaltungsausgaben	1,62	1,68
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	1,63	0,00
Sonstige Ausgaben	0,03	0,06
Ausgaben insgesamt	60,03	59,23
Liquidität		
Überschuss der Einnahmen	---	1,78
Überschuss der Ausgaben	2,25	---
Investitionsdarlehen an den Bund	---	---
Mittelbestand am Jahresende	5,60	6,89
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplänen der Kassen	1,21	1,41
Nachrichtlich : Mittelbestand Pflegevorsorgefonds	10,45	11,64

La fédération des caisses d'assurance dépendance a également développé un outil de prévision de la dépense, croisant les données administratives évoquées ci-dessus, des données de prévision démographiques et les prévisions de recettes établies par le conseil des sages de l'assurance maladie. **Ce poste n'a pas eu accès à cet outil.**

De quelles données disposent les administrations concernées pour suivre l'efficience et l'efficacité de cette politique publique ?

L'évaluation des politiques publiques est assez peu développée en Allemagne. Le système est pensé comme la mise à disposition de financements, directement au bénéficiaire ou à la structure, ayant pour objet la prise en charge d'une partie des frais d'accompagnement de la personne dépendante. Du point de vue allemand, la mise à disposition de ces financements autoréalise l'objectif de la branche.

En ce qui concerne le *controlling* financier, **la fédération nationale des caisses n'a pas de missions en ce sens**. Au niveau des caisses, cette fonction est partagée avec la section dédiée à l'assurance maladie.

Q4/-Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ?

Quelle est la nature de ces aides (financières, relatives à l'offre de soins, en services) ? Leur montant ? Leur volume ? Le nombre de leurs bénéficiaires ? Comment interagissent-elles avec le socle de référence ?

Cf plus haut.

Existe-t-il des dispositifs locaux de soutien aux solidarités associatives ou familiales, notamment aux aidants (aides « in-kind ») ? Quelle place occupent ces solidarités dans le paysage général de cette politique publique ?

La solidarité familiale est un principe central de l'assurance dépendance allemande.

Il existe **deux principales associations fédérales de proches-aidants**, soutenues sur projet par différents partenaires, dont le ministère fédéral de la Santé et la fédération des caisses d'assurance maladie :

- *Wir pflegen* e.V, qui dispose de 7 représentations régionales
- *Pflegende Angehörige* e.V.

Ce ne sont **pas à proprement parler des têtes de réseau**.

De nombreuses initiatives et projets sont vraisemblablement soutenus par certains Länder et certaines communes mais ce poste ne dispose pas de la visibilité nécessaire sur ce point.

Des interactions et/ou rétroactions entre la politique locale d'aides sociales et les comportements des bénéficiaires (mobilité résidentielle, demande d'ouverture de droits) ont-elles été observées et documentées ?

Comme indiqué plus haut, la création de la branche a fortement réduit la part des personnes en situation de dépendance dépendant de l'aide sociale.

Ce poste n'a pas identifié d'étude sur d'éventuels comportements d'optimisation des personnes en situation de dépendance en termes de choix de résidence. Ceux-ci sont cependant peu probables, du fait même des difficultés de mobilité des personnes en situation de dépendance, de l'absence de transparence sur les politiques d'aide sociale des communes et des coûts d'une telle mobilité (la hausse accélérée des loyers, après une relative stabilité pendant plusieurs décennies, rend la conclusion d'un nouveau contrat de location coûteuse ; par ailleurs, pour les bénéficiaires du *Bürgergeld* (équivalent du RSA), la prise en charge du loyer s'ajoute au montant de l'allocation).

Q5/-Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?

Existe-t-il un processus, un acteur ou un outil permettant suivre le versement de ces aides sociales et de détecter les fraudes à ces types d'aides (contre-expertise médicale lors de l'attribution, croisement des bases de données, etc.) ? Quel est le pourcentage ou les volumes de fraude estimés ?

Pour combattre la **corruption et les fraudes à la déclaration** (*Abrechnungsbetrug*), les caisses, leurs fédérations régionales et la fédération nationale ont mis en place des **services pour la lutte contre les comportements frauduleux dans le système de santé** (*Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen* - § 47a du 11^e livre du code des lois sociales - SGB). Aux termes du SGB, elles peuvent **recueillir et échanger des données personnelles dès lors que celles-ci sont nécessaires à l'instruction des faits**. La transmission aux services locaux d'action sociale est également possible à la même condition et sous réserve que des indices existent. Ces données peuvent également être transmises aux services gestionnaires des caisses, aux services médicaux des caisses et aux chambres professionnelles.

La politique d'identification des fraudes des caisses repose en grande partie sur **l'appel aux signalements par des tiers**. Sur son site, la fédération nationale des caisses d'assurance maladie et dépendance liste à cette fin les indices les plus fréquents de fraude à prendre en compte :

- facturation de prestations non réalisées,
- facturation de prestations réalisées sans les qualifications requises,
- l'orientation contre rémunération de patients vers des prestataires (qui semble très répandue et à laquelle la fédération nationale a dédié une étude : <https://www.gkv-spitzenverband.de/>),
- la falsification de documents (certificat, ordonnance ...) et la perception de prestations non dues (par exemple en utilisant la carte d'assurance maladie d'une autre personne).

La fédération nationale des caisses indique animer un **réseau fédéral de partage d'expériences contre la fraude, auquel sont notamment associées les caisses, les administrations chargées de la poursuite et les chambres de métiers concernées**.

La fédération rend **tous les deux ans un rapport sur l'activité et les résultats des services pour la lutte contre les comportements frauduleux dans le système de santé** mentionnés plus haut et le transmet au ministère fédéral de la Santé.

Aux termes du dernier rapport public disponible, pour la période 2020 – 2021, 6 241 signalements concernant la branche dépendance ont été reçus, auxquels s'ajoutaient 726 instructions initiées par les caisses elles-mêmes. Le stock de dossiers en instruction s'élevait à 2 349, 3 390 instructions nouvelles ont été ouvertes, 3 292 clos. 1 115 faits ont été avérés pour un **préjudice de 9,36 M€**. 362 dossiers ont été transmis au parquet.

Le rapport est également l'occasion de formuler des **propositions**. Le dernier rapport mettait notamment l'accent sur la protection des lanceurs d'alerte et sur la nécessité de **développer une banque de données sur la prévention de la fraude**, appelant le gouvernement fédéral à clarifier que l'échange de données personnelles à des fins de prévention de la fraude inclut également le recours à des banques de données administrées par des tiers.

Qu'est-il mis en œuvre pour lutter contre le non-recours (croisement des données, mission des travailleurs sociaux locaux, etc.) ? Quels sont les retours sur ces initiatives ? Quel sont les volumes de non-recours estimés à date ?

La branche ne conduit pas d'études sur le non-recours.

Canada

Contribution reçue le 12 février 2025.

Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?

Au Canada, la politique en matière d'autonomie (handicap et dépendance) est partagée entre le gouvernement fédéral, les provinces et territoires, ainsi que les municipalités. Cette gouvernance repose sur un système de compétences décentralisées et un financement mixte.

1. Rôle du gouvernement fédéral

Le gouvernement du Canada joue un rôle stratégique et de soutien en matière de handicap et de dépendance, notamment en :

- Édifiant des lois-cadres comme la Loi canadienne sur l'accessibilité (2019), qui vise à rendre le pays exempt d'obstacles pour les personnes en situation de handicap.
- fournissant des transferts financiers aux provinces et territoires via le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), qui finance partiellement les services sociaux et de santé.
- administrant des prestations fédérales telles que :
 - Le **Crédit d'impôt pour personnes handicapées** (CIPH).
 - La **Prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada** (RPC).
 - La **Prestation pour enfants handicapés** (PEH).

2. Rôle des provinces et territoires

Les provinces et territoires sont les principaux **responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre** des politiques en matière de handicap et de dépendance. Ils financent et gèrent :

Les **services de soutien à domicile et en établissement** pour les aînés et les personnes en situation de handicap.

Les **programmes d'allocations et d'aide sociale** pour les personnes ayant des besoins particuliers.

Les **politiques en matière d'accessibilité et d'aménagement urbain**, adaptées aux réalités locales.

Chaque province et territoire possède son propre cadre législatif et réglementaire. Par exemple :

- **Ontario** : Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO).
- **Québec** : Politique de soutien à domicile et Allocation pour l'intégration en emploi.
- **Colombie-Britannique** : Services pour les personnes handicapées et soutien communautaire.

Les provinces financent également les **établissements de soins de longue durée** et les **services à domicile**, souvent en partenariat avec des organismes privés et communautaires.

3. Rôle des municipalités

Les municipalités ont un rôle d'application et d'adaptation des politiques provinciales et fédérales, notamment en :

- offrant des **services locaux** adaptés (logement social accessible, transport adapté, aide à domicile).
- facilitant l'**accessibilité des infrastructures et des espaces publics**.
- collaborant avec des **organismes communautaires** pour répondre aux besoins spécifiques des citoyens.

4. Articulation de la gouvernance

La gouvernance de la politique d'autonomie au Canada repose sur une collaboration entre les différents niveaux de gouvernement :

- le gouvernement fédéral établit les grandes lignes et **finance partiellement les programmes**.
- les provinces et territoires **définissent et gèrent** les services.
- les municipalités mettent en œuvre les mesures au niveau local.
- les organismes communautaires et le secteur privé complètent l'offre de services.

Des mécanismes de concertation existent entre ces acteurs, mais la variabilité des services entre provinces peut poser des défis en matière d'uniformité et d'égalité d'accès.

Q2/ Quels sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?

Nom de l'aide	Description	Montant	Conditions d'accès
Crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH)	Réduction d'impôt pour les personnes ayant une incapacité grave et prolongée.	Jusqu'à 8 576 \$ en 2024, montant augmenté si des soins ou aides spécifiques sont nécessaires.	Incapacité grave et prolongée (6 mois ou plus) confirmée par un professionnel de la santé.
Prestation canadienne pour les personnes handicapées (PCPH)	Aide mensuelle pour les personnes handicapées ayant une incapacité grave et prolongée.	Jusqu'à 1 200 \$/mois selon les revenus et la situation familiale.	Incapacité grave et prolongée (au moins 1 an), 18 ans ou plus, revenus inférieurs à 25 000 \$ pour une personne seule.
Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)	Programme d'épargne pour personnes handicapées avec contributions gouvernementales.	Jusqu'à 3 500 \$/an selon les revenus, avec un maximum total de 200 000 \$.	Incapacité grave et prolongée, citoyenneté canadienne ou résidence permanente.
Prestation pour enfants handicapés	Aide financière pour les familles ayant un enfant handicapé.	Jusqu'à 1 800 \$/mois selon les revenus familiaux.	Enfant de moins de 18 ans avec un handicap grave et prolongé.
Remboursement de la taxe d'accise sur l'essence	Remboursement partiel de la taxe sur l'essence pour les personnes ayant une mobilité réduite.	Jusqu'à 100 \$/an selon les dépenses en essence.	Mobilité réduite confirmée médicalement, incapacité à utiliser les transports en commun.
Prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC)	Revenu mensuel pour les personnes ne pouvant plus travailler à cause d'une invalidité.	Entre 900 \$ et 1 500 \$/mois selon les cotisations passées.	Avoir cotisé au RPC pendant au moins 4 des 6 dernières années, incapacité grave et prolongée empêchant de travailler.

Annexe IX, Pièce jointe ECI Canada

Nom de l'aide	Description	Montant	Conditions d'accès
Prestations d'invalidité pour vétérans	Compensation financière pour les vétérans ayant une invalidité liée au service militaire.	Jusqu'à 2 500 \$/mois, plus des compensations pour soins médicaux.	Être un vétéran canadien avec une invalidité liée au service.
Déductions et crédits d'impôt pour les personnes handicapées	Réductions fiscales pour les personnes handicapées et leurs aidants.	Variables selon la situation, réduisant le montant des impôts dus.	Respecter les critères de handicap définis pour les crédits d'impôt.
Sécurité de la vieillesse (SV)	Prestation de base pour tous les Canadiens de 65 ans et plus.	Environ 1 000 \$/mois en 2024.	65 ans ou plus, citoyenneté ou résidence permanente, avoir vécu au Canada au moins 10 ans après 18 ans.
Supplément de revenu garanti (SRG)	Aide supplémentaire pour les aînés à faible revenu.	Jusqu'à 900 \$/mois pour une personne seule.	65 ans ou plus, recevoir la SV, revenu annuel inférieur à environ 20 000 \$.
Crédit d'impôt pour personnes âgées	Réduction d'impôt pour les aînés à faible ou moyen revenu.	Jusqu'à 7 353 \$/an en 2024.	65 ans ou plus, montant ajusté selon le revenu.
Crédit d'impôt pour aidant naturel	Aide fiscale pour ceux qui s'occupent d'un proche âgé ou handicapé.	Jusqu'à 1 200 \$/an selon les dépenses liées aux soins.	Fournir des soins réguliers à un proche ayant une déficience.
Allocation canadienne pour les travailleurs (ACT) pour les aînés	Aide aux aînés qui travaillent encore avec un faible revenu.	Jusqu'à 1 500 \$/an selon les revenus de travail.	65 ans ou plus, revenu total inférieur à 24 000 \$.
Aide au logement pour aînés	Aides financières pour le logement ou l'accessibilité des domiciles.	Subventions entre 5 000 \$ et 10 000 \$/an.	65 ans ou plus, faibles revenus ou besoin d'aménagements spécifiques.
Soins de longue durée et services à domicile	Financement pour soins à domicile ou établissements de soins de longue durée.	Variables selon la province, financements pour réduire le coût des soins.	65 ans ou plus, perte d'autonomie physique ou mentale.
Subventions pour organismes de soutien aux aînés	Aide financière aux organismes soutenant les aînés.	Jusqu'à 200 000 \$ pour des projets communautaires.	Organisme à but non lucratif répondant aux critères fédéraux.

Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?

1. Financement par le gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral ne fournit pas directement de services, mais il finance en grande partie les provinces et territoires pour qu'ils assurent les prestations et services.

Sources de financement fédéral :

- Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) :
 - Financement aux provinces pour la santé, l'éducation postsecondaire et les services sociaux, incluant le soutien aux personnes handicapées et aux aînés.
 - Réparti selon la population des provinces et territoires.
- Transfert canadien en matière de santé (TCS) :
 - Financement partiel des soins de santé, y compris les soins de longue durée et les soins à domicile pour les aînés et les personnes en situation de handicap.
- Prestations fédérales individuelles :

Annexe IX, Pièce jointe ECI Canada

- Crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) : Réduction fiscale pour les personnes admissibles.
- Prestation pour enfants handicapés (PEH) : Supplément pour les familles ayant un enfant en situation de handicap.
- Prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC-D) : Pour les personnes en situation de handicap ayant cotisé au RPC.
- Programme de prestations pour proches aidants : Aide financière aux aidants qui prennent soin de proches malades ou en situation de handicap.

2. Financement provincial et territorial

Les provinces et territoires sont les principaux financeurs des services de soutien à l'autonomie, via :

- Leur budget général, alimenté par l'impôt sur le revenu et la TVQ/TVP (taxe de vente provinciale).
- Les fonds fédéraux reçus via les transferts.
- Des taxes et contributions spécifiques (dans certains cas).

Types de services financés par les provinces :

- Soins à domicile et en établissement :
 - Financement public partiel ou total pour les soins à domicile et en établissements de soins de longue durée.
 - Participation financière des usagers selon leurs revenus (ex. : Québec impose un tarif en CHSLD basé sur la capacité de payer).
- Aides financières directes :
 - Programmes provinciaux d'allocation aux personnes handicapées (ex. : *Assured Income for the Severely Handicapped (AISH)* en Alberta).
 - Allocations pour les personnes en perte d'autonomie (ex. : Allocation pour l'intégration en emploi au Québec).
- Aide aux aidants naturels :
 - Subventions et crédits d'impôt provinciaux pour ceux qui soutiennent un proche en situation de dépendance.
- Services d'accessibilité et d'intégration :
 - Subventions pour l'adaptation des logements.
 - Financement des programmes d'employabilité des personnes handicapées.

Chaque province définit ses propres niveaux de financement et conditions d'accès, ce qui entraîne des disparités régionales.

3. Financement municipal

Les municipalités jouent un rôle complémentaire en finançant certains services locaux, via :

- Leur budget municipal (taxes foncières et subventions provinciales).
- Les programmes provinciaux décentralisés.

Exemples de financements municipaux :

- Transport adapté pour les personnes handicapées.
- Subventions pour l'adaptation des logements et bâtiments publics.
- Centres de services communautaires pour les aînés et les personnes handicapées.

4. Contribution des usagers et du secteur privé

Certains services ne sont pas totalement couverts par les fonds publics, et les usagers doivent payer une partie des coûts ou souscrire à des assurances privées.

Contributions possibles :

- Paiements directs des usagers :
 - Contribution aux frais d'hébergement en soins de longue durée (ex. : frais mensuels en CHSLD).
 - Coût partiel pour les services d'aide à domicile selon les revenus.
- Assurances privées :
 - Certaines assurances privées couvrent les soins à domicile et les frais de soins prolongés.
- Dons et financements communautaires :
 - Organismes de bienfaisance (ex. : Centraide, Fondation canadienne pour la santé) qui soutiennent des initiatives locales.
 - Subventions ponctuelles pour financer des projets spécifiques.

Q4/ Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ?

Province/ Territoire	Allocation pour adultes handicapés	Conditions de revenus et d'épargne	Aide à domicile	Aides spécifiques	Nombre d'établisse- ments	Répartition	Financeme- nt
Québec	Programme de solidarité sociale (1 029 \$/mois)	Plafonds stricts	SAPA (allocation directe pour soins personnels)	Crédit d'impôt, transport adapté, équipemen- ts médicaux et visuels	440	88 % publics, 12 % privés	Établisse- ments publics financés par la province, privés partielleme- nt subvention- nés
Ontario	ODSP (1 308 \$/mois)	Plafonds stricts	Services financés par l'ODSP	Prime à l'emploi, aides pour l'accessibilit- é des logements et véhicules	627	16 % publics, 57 % privés à but lucratif, 27 % privés sans but lucratif	Fonds provinciaux et contributio- ns des résidents
Colombie- Britannique	BC Disability Assistance (1 483 \$/mois)	Épargne jusqu'à 100 000 \$	Financeme- nt modulable selon la dépendanc- e	Supplémen- ts pour transport et logement, aides pour accessibilité	308	35 % publics, 37 % privés à but lucratif, 28 % privés	Fonds publics et contributio- ns des résidents

Annexe IX, Pièce jointe ECI Canada

Province/ Territoire	Allocation pour adultes handicapés	Conditions de revenus et d'épargne	Aide à domicile	Aides spécifiques	Nombre d'établisse- ments	Répartition	Financeme- nt
				et rénovation		sans but lucratif	
Alberta	AISH (1 787 \$/mois)	Revenu limité, épargne jusqu'à 100 000 \$	Financeme- nt pour soins à domicile	Supplément pour frais de santé, aides à l'accessibilit é et équipemen t médical	186	46 % publics, 27 % privés à but lucratif, 27 % privés sans but lucratif	Subvention s provinciales et paiements des résidents
Manitoba	EIA-PD (1 193 \$/mois)	Critères stricts	Soins financés par l'assurance maladie provinciale	Transport subvention né, formation, aides résidentiell es et intégration communau taire	125	57 % publics, 14 % privés à but lucratif, 29 % privés sans but lucratif	Fonds provinciaux et paiements des résidents
Saskatchewan	SAID (1 500 \$/mois)	Peu de restrictions	Allocation pour soins personnels et auxiliaires	Subvention s pour accessibilité et réparation des logements	161	74 % publics, 5 % privés à but lucratif, 21 % privés sans but lucratif	Fonds provinciaux et paiements des résidents
Nouvelle- Écosse	DSP (950-1 200 \$/mois)	Plafond de revenus bas, épargne limitée	Services partielleme nt financés	Équipemen t médical, aides résidentiell es pour autonomie	84	14 % publics, 44 % privés à but lucratif, 42 % privés sans but lucratif	Fonds provinciaux et paiements des résidents
Nouveau- Brunswick	Extended Benefits Program (618 \$/mois)	Critères stricts	Peu de financemen t direct	Subvention s pour logement et amélioration n de l'habitat	70	14 % privés à but lucratif, 86 % privés sans but lucratif	Subvention s provinciales et paiements des résidents
Île-du- Prince- Édouard	DSP (jusqu'à 1 000 \$/mois)	Plafonds limités, ressources évaluées	Subvention pour soins personnels	Accessibilit é au logement, aides à la mobilité et véhicules adaptés	18	33 % publics, 67 % privés	Subvention s provinciales et participatio n des résidents

Province/ Territoire	Allocation pour adultes handicapés	Conditions de revenus et d'épargne	Aide à domicile	Aides spécifiques	Nombre d'établisse- ments	Répartition	Financeme- nt
Terre- Neuve-et- Labrador	ISP (jusqu'à 1 160 \$/mois)	Critères stricts	Services financés partielleme- nt	Transport subvention- né, aides auditives et visuelles, formation et intégration professionn- elle	45	55 % publics, 45 % privés	Fonds provinciaux et paiements des résidents
Yukon	Social Assistance for Persons with Disabilities (jusqu'à 1 511 \$/mois)	Épargne jusqu'à 100 000 \$	Subvention s pour soins à domicile et aidants	Équipemen- ts spécialisés, adaptation des logements, emploi adapté	8	62 % publics, 38 % privés	Fonds territoriaux et fédéraux
Territoires du Nord- Ouest	Income Assistance Program (jusqu'à 1 432 \$/mois)	Plafonds stricts, épargne limitée	Assistance limitée par les services sociaux	Aides aux logements et soins médicaux spécialisés	5	80 % publics, 20 % privés	Fonds territoriaux et fédéraux
Nunavut	Income Assistance Program (jusqu'à 1 400 \$/mois)	Évaluation au cas par cas	Services limités, financés par le gouvernem- ent territorial	Aides au logement, financemen- t des soins médicaux et soutien aux communau- tés isolées	3	100 % publics	Fonds territoriaux et fédéraux

Disparités dans les allocations financières

Les montants des allocations destinées aux personnes handicapées diffèrent significativement d'une province à l'autre. Par exemple, l'Alberta propose une allocation mensuelle de 1 787 \$ par le biais du programme Assured Income for the Severely Handicapped (AISH), tandis que le Nouveau-Brunswick offre une prestation de 618 \$ par mois dans le cadre de l'Extended Benefits Program. Ces écarts reflètent les priorités budgétaires et les ressources économiques propres à chaque province.

Conditions d'éligibilité et de ressources

Les critères d'admissibilité aux programmes varient également. Certaines provinces imposent des plafonds stricts sur les revenus et l'épargne des bénéficiaires, limitant ainsi l'accès aux prestations pour ceux qui dépassent ces seuils. D'autres adoptent une approche plus flexible, permettant une épargne plus substantielle sans compromettre l'éligibilité aux programmes d'aide.

Soutien à domicile et services communautaires

Le niveau de soutien à domicile offert aux personnes âgées et handicapées varie. Certaines provinces, comme le Québec avec son programme de soutien à domicile SAPA, fournissent des allocations directes pour les soins personnels, favorisant ainsi le maintien à domicile. D'autres provinces offrent un soutien limité, obligeant les individus à se tourner vers des services privés ou communautaires pour combler leurs besoins.

Aides spécifiques et programmes complémentaires

Les programmes d'aide spécifiques, tels que les crédits d'impôt pour les rénovations domiciliaires ou les subventions pour l'adaptation des véhicules, ne sont pas uniformément disponibles à travers le pays. Par exemple, la Colombie-Britannique propose un crédit d'impôt pour la rénovation des logements destiné aux personnes âgées et handicapées, tandis que d'autres provinces ne disposent pas de programmes équivalents.

Infrastructure des établissements de soins de longue durée

Le nombre et la répartition des établissements pour personnes dépendantes varient également. L'Ontario compte 627 foyers de soins de longue durée, répartis entre établissements publics et privés, alors que des provinces moins peuplées disposent de moins d'établissements, ce qui peut limiter l'accès aux soins pour certaines populations.

Facteurs influençant les disparités

- Ressources économiques : Les provinces avec une économie plus robuste peuvent allouer davantage de fonds aux programmes sociaux, offrant ainsi des prestations plus généreuses.
- Démographie : Les provinces avec une population vieillissante ou une proportion plus élevée de personnes handicapées peuvent prioriser le financement de services adaptés à ces groupes.
- Politiques provinciales : Les priorités politiques et les philosophies des gouvernements provinciaux influencent la conception et le financement des programmes sociaux.

Q5/ Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?

Mesures de prévention et de détection de la fraude

Suspension des versements en cas de doute : Le projet de règlement sur la Prestation canadienne pour les personnes handicapées prévoit la suspension des paiements lorsqu'il existe des motifs raisonnables de croire qu'une personne n'est pas admissible. Une évaluation est alors effectuée pour déterminer l'éligibilité du bénéficiaire.

Sanctions administratives pécuniaires : Des pénalités financières sont prévues pour les infractions liées à la fraude aux prestations. Par exemple, une première infraction peut entraîner une amende équivalente à 15 % du montant annuel maximal de la prestation, tandis que les infractions subséquentes peuvent entraîner des amendes allant jusqu'à 50 %.

Collaboration inter organismes : Des ententes, telles que l'Entente-cadre nationale pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées, ont été établies pour assurer une meilleure protection des aînés. Ces partenariats impliquent plusieurs organismes gouvernementaux et visent à coordonner les efforts pour prévenir la fraude et la maltraitance.

Lutte contre le non-recours aux aides sociales

Pour améliorer l'accès aux aides sociales, le Canada a mis en place des mesures de simplification des démarches administratives. Par exemple, des plateformes en ligne telles que "Mon dossier Service Canada" permettent aux citoyens de s'inscrire plus facilement aux programmes d'aide. De plus, certaines prestations, comme la Prestation pour enfants handicapés, sont automatiquement attribuées en fonction des déclarations de revenus fournies à l'Agence du revenu du Canada.

Le gouvernement mène également des campagnes d'information et de sensibilisation pour informer les populations vulnérables des aides disponibles. Des sites web officiels, tels que Canada.ca et les portails provinciaux, offrent des guides détaillés sur les prestations accessibles. Des campagnes ciblées, incluant des brochures et des annonces dans les centres de santé, visent spécifiquement les aînés et les personnes handicapées. En outre, le gouvernement collabore avec des organismes communautaires pour soutenir les associations locales qui assistent les bénéficiaires potentiels dans la compréhension et la soumission de leurs demandes.

Un accompagnement personnalisé est également proposé pour aider les individus à naviguer dans le système des aides sociales. Des services de médiation sociale, fournis par des travailleurs sociaux municipaux ou des organisations comme Centraide, offrent un soutien direct aux personnes dans le besoin. Par ailleurs, certains gouvernements ont mis en place des programmes d'aide aux aidants naturels, fournissant des ressources et un soutien aux proches aidants pour les assister dans les démarches administratives liées aux prestations.

Sources :

- <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/particuliers/segments/deductions-credits-impot-personnes-handicapees/credit-impot-personnes-handicapees/reclamer-ciph.html>
- <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/prestation-situation-handicap/renseignements-supplementaires.html>
- <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/formulaires-publications/publications/rc4064/renseignements-relatifs-personnes-handicapees.html>
- <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/plan-action-inclusion-personnes-situation-handicap/plan-action-2022.html>
- <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2021/06/document-dinformation-soutenir-les-canadiennes-et-les-canadiens-en-situation-de-handicap-la-prestation-canadienne-pour-les-personnes-handicapees.html>
- <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/rapports/documents-information-edsc/inclusion-2021-infographie.html>
- <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/directives-reglements-canadien-accessibilite/consultation/concepts-cles.html>
- <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2022/06/le-gouvernement-du-canada-reintroduit-une-loi-visant-a-creer-une-nouvelle-prestation-canadienne-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap.html>
- <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2024/07/le-gouvernement-du-canada-lance-la-strategie-demploi-pour-les-canadiens-en-situation-de-handicap0.html>
- <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/invalidite/cra/mots-images.html>



L'inclusion des personnes en situation de handicap et l'accessibilité

Qui?

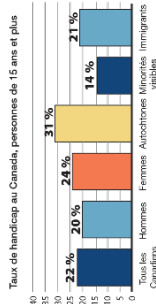
En 2017, **6,2 millions** de Canadiens âgés de plus de 15 ans vivaient avec un handicap; soit environ **22% de la population**. Ce nombre devrait augmenter en raison de la population vieillissante, des problèmes de santé chroniques et de l'évolution des attitudes face à l'auto-identification. Les types de handicaps les plus fréquents sont liés à la douleur, à la flexibilité, à la mobilité et à la santé mentale. Les expériences des individus en matière de handicaps peuvent également être récurrentes (23%), fluctuantes (25%) ou progressives (13%) en termes de sévérité et d'impact.

Le handicap varie en type et en sévérité

3,6 millions de personnes présentent de légers handicaps
2,7 millions de personnes présentent des handicaps plus sévères

66 % des personnes en situation de handicap verront leur handicap changer au fil du temps

La population de personnes en situation de handicap est diversifiée



Source : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2017 et Enquête auprès des peuples autochtones de 2017.

Programmes gouvernementaux

Le gouvernement du Canada, les provinces et les territoires jouent un rôle de premier plan en offrant des mesures de soutien directes aux personnes en situation de handicap. Les provinces et territoires offrent la majorité des services destinés aux personnes en situation de handicap au Canada.

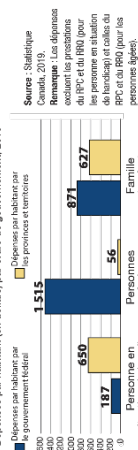
Les provinces et les territoires offrent ce qui suit :

- Soutien du revenu (aide sociale)
- Produits et services de soutien aux personnes en situation de handicap (aides d'appareils)
- Formation
- Logement
- Soins de santé
- Lois relatives à l'accessibilité et à l'emploi
- Soutien à la formation et à l'emploi, touchant le plus grand nombre de canadiens possible

Le gouvernement du Canada offre ce qui suit :

- Joue un rôle déterminant dans des domaines tels que l'établissement de normes d'accessibilité
- Finance les programmes du marché du travail et les études postsecondaires
- Fournit un soutien financier au moyen de prestations d'invalidité aux personnes qui travaillent
- Ip. ex. prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, prestations de maladie de l'assurance-emploi
- Investit dans les collectivités et les organisations (p. ex. Fonds d'accessibilité et composante personne en situation de handicap du Programme de partenariats pour le développement social)

Dépenses par habitant (en dollars) par ordre de gouvernement, 2019



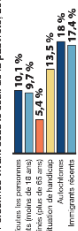
Source : Statistique Canada, 2019.

Expériences sur le plan de l'exclusion et de l'inégalité

Inégalités de revenus

Les personnes en situation de handicap sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, surtout celles qui sont en âge de travailler (**de 16 à 64 ans**).

Personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, 2019



Source : Enquête canadienne sur le revenu, 2015.

Taux de pauvreté, personnes en situation de handicap en âge de travailler (16-64 ans), 2017

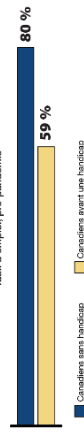


Source : The Diversity and Inclusion Revolution, dernière révision, novembre 2018 (en anglais seulement).

Source : Enquête canadienne sur le handicap, 2017.

Emploi

Taux d'emploi, pré-pandémie



- Les entreprises ayant des cultures inclusives sont plus susceptibles d'atteindre leurs objectifs financiers ou de les dépasser, d'avoir un rendement élevé, d'être innovantes et agiles, et d'obtenir de meilleurs résultats opérationnels

Source : The Diversity and Inclusion Revolution, dernière révision, novembre 2018 (en anglais seulement).

- Les personnes en situation de handicap sont dépendantes plus susceptibles d'être sans emploi ou sous-employées et elles sont confrontées à d'importants obstacles à l'emploi. Elles ont le taux d'emploi le plus faible parmi les groupes sous-représentés.
- Les écarts en matière d'emploi ne sont pas attribuables aux différents niveaux de scolarité
- Au Canada, quelques 645 000 personnes en situation de handicap sans emploi âgées de 25 à 64 ans étaient aptes à travailler. Les estimations suggèrent que les coûts économiques de ce potentiel perdu représentent jusqu'à 4 % du PIB

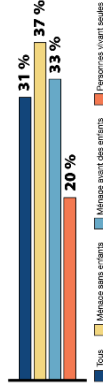
Source : Modélisation d'EIS2; produite à l'Insmc.

Complément :

COVID-19

Les personnes en situation de handicap ont subi les effets négatifs de la pandémie (données non disponibles pour une comparaison avec les autres Canadiens).

Revenus
Proportion de répondants ayant des problèmes de santé et des handicaps de longue durée qui ont déclaré une baisse de leur revenu mensuel en raison de la pandémie, par type de ménage



Source : Statistique Canada. Enquête par approche participative.
Remarque : Les données recueillies dans le cadre de la section sur la COVID-19 de l'Enquête canadienne sur le handicap ont été comparées aux statistiques tirées de l'Enquête canadienne sur le handicap.

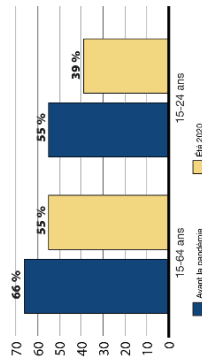
Possibilités d'emploi

Les personnes en situation de handicap sont particulièrement vulnérables aux perturbations du marché du travail causées par la COVID-19

36 % ont subi une perte d'emploi temporaire ou permanente attribuable à la pandémie

- Historiquement, les premières à être licenciées et les dernières à être réembauchées après des ralentissements économiques ont été les personnes en situation de handicap
- Un peu plus susceptibles de travailler dans les professions et les industries les plus touchées
- Plus susceptibles d'occuper un emploi atypique et non permanent

Pourcentage de répondants ayant des problèmes de santé et des handicaps de longue durée qui ont déclaré avoir un emploi, selon l'âge



Résultats en matière de santé

La pandémie a également affecté la santé des personnes en situation de handicap

- 48 % ont déclaré que leur état de santé global s'était détérioré
- 57 % ont déclaré que leur état de santé mentale s'était détérioré
- 77 % avaient besoin d'un service de santé pour leur problème médical, mais n'ont pas pu le recevoir



Danemark

Contribution reçue le 14 mars 2025.

Rédacteur : Pierre Pérard

Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?

Ce sont **les 98 communes du Danemark** qui sont compétentes en matière de prise en charge de la perte d'autonomie, et notamment des personnes âgées et handicapées. Les citoyens avec une « déficience physique ou fonctionnelle » bénéficient en effet d'une **politique de compensation** à l'échelle de leur commune, qui a la charge, à vie, de fournir aux résidents les compensations nécessaires à leur handicap. Celles-ci sont basées sur **l'évaluation des besoins dans tous les domaines** (y compris culturels), et cette politique est la même, que la personne **vive chez elle ou en institution**. La grande majorité des communes ont ainsi élaboré leur **propre stratégie pour les personnes handicapées** et ce sont **elles qui gèrent et financent les prestations** octroyées à ce public. Les **fonds proviennent de l'État – via des négociations qui ont lieu chaque année avec KL, l'association danoise des communes – et des impôts municipaux qu'elles prélèvent**. Ce sont aussi les communes qui décident, après une évaluation spécifique et individuelle, **si une personne est éligible à une aide**.

Chaque commune doit disposer **d'un Conseil des personnes handicapées (Handicapråd)** dont le rôle est de garantir des conditions égales pour les habitants handicapés de la municipalité. Celui-ci fait globalement des recommandations au conseil municipal sur toutes les questions liées au handicap. Les communes sont par ailleurs obligées par la loi de fournir **des conseils gratuits aux enfants, aux jeunes et aux adultes ayant des troubles physiques ou mentaux**.

Au niveau central, l'État – via principalement le ministère des Affaires Sociales et du Logement – joue un rôle relativement mineur sur ce sujet, comme sur le reste des questions relevant de la protection sociale. Il existe quand même un **Conseil central des personnes handicapées**, dont le rôle est de conseiller le gouvernement et le *Folketing* sur les questions relatives à ce sujet. Il est composé d'un président et de seize membres nommés par la ministre des Affaires sociales et du Logement. A noter aussi que les communes qui ont besoin de conseils (juridiques notamment) sur le handicap et les prestations associées peuvent faire appel à des **consultants de l'Etat et à des organisations spécialisées** comme l'Organisation nationale des connaissances et des conseils spécialisés, VISO (*Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation*), ou la Commission nationale de recours en matière de services sociaux (*Ankestyrelsen*).

Q2/-Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?

Il existe une **régulation nationale, la loi sur les Services (*Servicebogen*)** contenant un certain nombre de dispositions sur le soutien à accorder aux personnes handicapées sur tout le territoire danois. Il est important de préciser que **ce soutien prend très souvent la forme de services et de prestations en nature** – par exemple un appareil d'assistance, un aménagement du domicile ou encore la participation à un programme d'activités. Ces **prestations de handicap (*handicaprydelser*)** peuvent être accordées aux personnes souffrant d'un handicap visuel, auditif, moteur ou mental, mais aussi plus généralement aux personnes vulnérables/ayant des difficultés sociales (*udsatte voksne*). Dans tous les cas, elles sont destinées aux citoyens **ne pouvant pas effectuer eux-mêmes un certain nombre de tâches**. D'après *Danmark Statistik*, au cours du quatrième trimestre de 2023 (dernière donnée disponible), **84 900 personnes au Danemark ont bénéficié d'un ou de plusieurs de ces services (+13 % par rapport au T4 2018)**, en sachant que la moitié d'entre elles ont bénéficié du service « **accompagnement socio-éducatif à domicile** » (*socialpædagogisk støtte i eget hjem*), qui est de loin le plus utilisé. Il s'agit d'un soutien octroyé par la commune pour aider un résident par exemple pour les courses et la cuisine, l'hygiène personnelle, ou encore la gestion de ses finances.

Les personnes handicapées et leurs proches ont aussi la possibilité de bénéficier d'une **aide financière (*Økonomisk støtte ou tilskud*)**, lorsque certaines conditions sont remplies. De fait, l'aide financière est généralement accordée pour couvrir les dépenses de la personne ou la famille en raison du handicap, ou pour compenser la perte de revenus liée notamment à la prise en charge d'un enfant ou d'un parent handicapé. Ces aides sont également prévues par la **loi sur les Services**. A notre connaissance, **il n'existe pas d'aide financière spécifique pour compenser la perte d'autonomie des personnes âgées**. Les prestations sont offertes gratuitement par la commune de résidence en nature ou sous forme de services (aides techniques, aménagement du logement, visites de prévention à domicile, réhabilitation, etc.)

Pour résumer, l'ensemble des prestations suivantes sont prévues par la **loi sur les Services**, et sont **gérées et octroyées par les communes** :

1) Les services et prestations en nature (*handicaprydelser*)

- Services d'activités et de socialisation (*Aktivitets- og samværstilbud*) ;
- Traitement (*Behandling*) ;
- Emploi protégé (*Beskyttet beskæftigelse*) ;
- Hébergement de longue durée, y compris les prestations associées (*Længerevarende botilbud inkl. tilknyttede ydelser*) ;
- Hébergement temporaire, y compris les prestations associées (*Midlertidige botilbud inkl. tilknyttede ydelser*) ;
- Assistance personnelle contrôlée par les citoyens (*Borgerstyret personlig assistance – BPA*) ;
- Personne de contact pour les sourds-aveugles (*Kontaktperson for døvblinde*) ;
- Programme de compagnonnage/accompagnement (*Ledsageordning*) ;
- Soutien socio-éducatif dans les établissements résidentiels (*Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud*) ;
- Autre soutien socio-éducatif, par exemple au domicile des citoyens (*Øvrig socialpædagogisk støtte, fx borgernes private hjem*)

2) Les aides financières (*Økonomisk støtte*)

- **Soutien à la prise en charge d'un proche atteint d'un handicap ou d'une maladie grave** (*Støtte til pasning af nærtstående med handicap eller alvorlig sygdom*)

Une personne ayant un proche (enfant, adulte, personne âgée) souffrant d'un handicap ou d'une maladie grave peut prendre un **congé à son travail et être employée par la municipalité** pour prendre soin de son proche à domicile, pendant **6 mois au maximum (prolongeables 3 mois sous certaines conditions)**. Un contrat de travail est conclu avec la commune de résidence du proche. Le salaire, ajusté annuellement, était en 2023 de **25 138 DKK par mois (environ 3 370 €/mois)**.

- **Coûts supplémentaires pour les adultes handicapés** (*Merudgifter til voksne med nedsat funktionsevne*)

Une aide peut être accordée pour couvrir **les dépenses des citoyens âgés de 18 ans à l'âge de la retraite (67 ans actuellement)** qui souffrent d'un **handicap physique ou mental permanent**. L'allocation est calculée sur la base des **dépenses supplémentaires probables et nécessaires** du citoyen en raison de son handicap. Pour être éligible au régime, les dépenses supplémentaires probables doivent s'élever à **au moins 7 068 DKK par an (soit environ 950 €/an ou 80 €/mois pour l'année 2023)**. Il n'est pas possible de dresser une liste exhaustive des dépenses supplémentaires pouvant être prises en compte, mais celles-ci peuvent inclure par exemple les médicaments, le transport, etc.

- **Coûts supplémentaires pour les enfants et les jeunes** (*Merudgifter til børn og unge*)

Une famille dont un **enfant de moins de 18 ans** souffre d'un **handicap ou d'une maladie de longue durée** peut obtenir le remboursement des frais supplémentaires résultant de ce handicap ou de cette maladie. Les dépenses supplémentaires de la famille doivent **dépasser un certain seuil minimum** au cours d'une année pour que la famille puisse bénéficier de l'allocation : **5 348 DKK/an en 2023, soit 717 €/an ou 60 €/mois**. La famille peut, par exemple, avoir des dépenses supplémentaires pour un régime alimentaire spécial, les médicaments, les vêtements et les chaussures, les activités de loisirs, le transport, etc.

- **Perte de revenus pour les parents d'enfants handicapés** (*Tabt arbejdsfortjeneste til forældre til børn med handicap*)

Les parents qui s'occupent à domicile d'un enfant handicapé peuvent recevoir une compensation, lorsque le jeune présente un **handicap physique ou mental important et permanent**, ou **une affection grave, chronique ou de longue durée**. Pour pouvoir bénéficier de l'allocation, le parent doit avoir **cessé totalement ou partiellement de travailler** pour s'occuper de l'enfant à la maison. L'aide est déterminée sur la base du **revenu brut antérieur**, avec un **montant maximum en 2023 de 34 055 DKK par mois, soit environ 4 565 €/mois**.

Il est important d'indiquer que de manière générale, l'ambition du Danemark en matière de handicap et de prise en charge des personnes âgées repose fortement sur **la désinstitutionalisation en faveur de l'inclusion et du maintien à domicile le plus possible**. Il existe en effet un véritable droit au maintien à domicile et à la réadaptation à la vie quotidienne, l'objectif étant l'accessibilité pour tout le monde à des conditions de vie les plus ordinaires possibles. Ceci émane directement de la culture danoise, fondée sur **le bien-être et l'égalitarisme**.

D'après notre expérience et nos recherches sur le sujet, les débats publics au Danemark autour de la prise en charge du handicap et de la dépendance portent essentiellement sur **le manque de personnel (en institution et à domicile)**, et non pas spécifiquement sur les aides sociales. Il ne semble d'ailleurs pas exister de grandes disparités territoriales dans les modalités d'attribution de ces aides.

Toutefois, **un comité d'experts** nommé en 2022 par le gouvernement et les municipalités a révélé en 2023 que **les dépenses des communes dans le domaine du handicap « augmentaient considérablement » et qu'elles ne « seront bientôt plus tenables »**. D'après l'association danoise des communes (KL), au cours de la **période 2018-2023**, les dépenses des municipalités ont augmenté de près de **6 milliards de couronnes (environ 800 millions d'€)** pour l'assistance aux citoyens (enfants et adultes) souffrant de handicaps physiques, de troubles mentaux et de difficultés sociales particulières (*specialiserede socialområde* – « services sociaux spécialisés ») – une hausse qui ne peut pas être expliquée par l'évolution démographique d'après les experts. **En 2023**, ces dépenses atteignaient ainsi environ **60 milliards de couronnes (environ 8 milliards d'€)**. D'après les communes, ces hausses exercent **une pression sur le domaine de la protection sociale en général**, tandis que les experts et chercheurs pointent du doigt **le manque d'outils de gestion et de priorisation des dépenses**.

Espagne

Contribution reçue le 17 mars 2025.

Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?

Description du fonctionnement et de l'architecture de la politique publique en faveur du handicap et de l'autonomie : acteurs, compétences, subsidiarité, base juridique, objectifs, grandes dates et évolutions récentes.

Q1.1.1. Pour la dépendance :

La politique de prise en charge de la dépendance relève du ministère des Droits sociaux et de l'Agenda 2030. Ce Ministère s'appuie sur l'Institut des personnes âgées et des services sociaux (IMSERSO), entité rattachée au Ministère au travers du secrétariat d'État aux Droits Sociaux. Un décret du 13 octobre 2005 a défini la structure de l'IMSERSO et lui a attribué les compétences en matière de personnes âgées, qu'il s'agisse de la protection économique (prestations) des personnes en situation de dépendance ou du développement de politiques et de programmes en lien avec le vieillissement de la population. Le ministère assure la coordination du Système pour l'Autonomie et la prise en charge de la Dépendance (SAAD), au travers du « Conseil inter-territorial des Services Sociaux et du SAAD » qui réunit, sous la présidence du ministre, l'État et les « ministres » régionaux chargés des questions sociales. Ses décisions (« accords ») sont prises de manière collégiale. Un Conseil National des Personnes âgées, qui réunit les autorités publiques nationales et régionales et les acteurs associatifs, a un rôle consultatif dans l'élaboration des politiques.

Les régions (communautés autonomes) – leurs gouvernements et services administratifs – jouent un rôle majeur en matière de dépendance, puisque la Constitution et les lois organiques leur ont transféré, en 2003, l'essentiel des compétences en matière sociale. Elles sont chargées de la gestion du SAAD, de son financement, de l'évaluation et de la prise en charge de la situation de dépendance, du versement des prestations économiques associées à la reconnaissance d'un degré de dépendance et de la mise en œuvre des services nécessaires aux personnes dépendantes.

Les politiques de prise en charge de la dépendance s'appuient sur l'article 50 de la Constitution espagnole et la loi 39/2006 du 14 décembre sur la promotion de l'autonomie personnelle et l'assistance aux personnes en situation de dépendance. Cette loi définit la dépendance comme un besoin d'assistance résultant de la vieillesse, d'une maladie ou d'un handicap, et établit trois niveaux de dépendance (modérée, sévère et grande dépendance), qui déterminent l'accès aux prestations financières et aux services d'accompagnement correspondants. L'application de cette politique repose sur le Système d'Autonomie et d'Assistance à la Dépendance (SAAD), encadré par l'article 6.1 de la loi, qui assure l'évaluation des bénéficiaires, ainsi que l'attribution et la gestion des aides et services adaptés.

La loi fait l'objet de critiques dans un contexte de vieillissement de la population en Espagne et de hausse de la demande, ainsi qu'en raison des disparités territoriales. D'après les données de l'Observatoire de la dépendance publiées en décembre 2024, 296 431 personnes attendent toujours une forme ou autre de prise en charge. Dans ce contexte, le gouvernement espagnol s'est investi d'abord avec l'adoption d'un « Plan de Choc » mis en œuvre entre 2021 et 2023 injectant environ 600 millions d'euros supplémentaires par an dans le SAAD puis avec l'augmentation du budget dédié à la dépendance de 15 % en 2023 (+ 783 millions d'euros), reconduite en 2024.

Par ailleurs, une réforme de la loi de dépendance est en préparation par le ministère des Droits sociaux et devrait être présentée dans les prochaines semaines par le gouvernement. Son principal objectif est de permettre un financement accru de la dépendance en revenant sur deux mesures prises par le précédent gouvernement (Parti populaire) : le système d'incompatibilité entre prestations liées à la perte d'autonomie et à la prise en charge de la dépendance –interdisant, par exemple, le cumul entre l'accès à un centre de jour et une aide à domicile – et le délai maximal de deux ans pour l'attribution des aides financières destinées à la prise en charge par les proches. La réforme vise également à étendre les droits des personnes en situation de dépendance pour pousser les Communautés Autonomes à les garantir de manière effective.

Q1.1.1. Pour le handicap :

Le secteur du handicap relève du ministère des Droits sociaux et de l'Agenda 2030. Il s'appuie sur la Direction générale des droits des personnes handicapées, entité rattachée au secrétaire d'État aux Droits sociaux et créée par un décret du 19 avril 2004. Elle est responsable de l'élaboration des politiques gouvernementales relatives au handicap ainsi que de la coordination avec les communautés autonomes. La direction est appuyée dans son action par le Conseil royal du handicap (organisme autonome rattaché au ministère). Il influence les décisions publiques par des études et des initiatives pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap ainsi que leur place dans la société. Dans une logique de concertation, les personnes handicapées et leurs familles sont par ailleurs associées à l'élaboration des politiques publiques qui les concernent à travers le Conseil national des personnes handicapées, organe interministériel et consultatif composé d'organisations représentatives des personnes handicapées et créé en 2004.

Les compétences en matière de handicap sont partagées entre l'État et les Communautés autonomes. L'État est en principe responsable des prestations relevant de la Sécurité sociale (art. 149.1.17), tandis que les Communautés autonomes assurent les fonctions d'assistance sociale reconnues dans leurs statuts respectifs, conformément à l'article 148.1.20. de la Constitution. A titre d'organisation, de gestion ou d'exécution, ces compétences peuvent aussi être endossés par les échelons inférieurs (municipalités...).

Les politiques publiques espagnoles en matière de handicap s'appuient sur l'article 49 de la Constitution, qui impose aux pouvoirs publics de garantir la protection et l'inclusion sociale des personnes handicapées afin qu'elles bénéficient des mêmes droits que l'ensemble des citoyens. La loi du 7 avril 1982 a d'abord adopté une approche protectrice en instaurant un système spécial de prestations sociales et économiques pour les personnes handicapées et la création d'une pension non contributive. Elle a aussi favorisé leur insertion professionnelle avec la création de centres spéciaux pour l'emploi et l'obligation aux entreprises de 50 salariés ou plus de réserver 2 % des postes aux personnes en situation de handicap. Un tournant vers une approche plus proactive s'est opéré avec la loi 51/2003 du 2 décembre 2003 et ses prolongements (loi 27/2007, loi 49/2007), intégrés et refondus dans la loi générale des droits des personnes en situation de handicap et de leur inclusion sociale du 29 novembre 2013 (appliquée par le décret 1/2013). Ces textes ont permis de lever les obstacles à la participation active des personnes handicapées à la société en mettant en place le principe d'« accessibilité universelle » : accessibilité dans le bâti (loi 51/2003), pour les personnes sourdes, malentendantes et aveugles (loi 27/2007), accessibilité cognitive (loi du 16 mars 2022). Le gouvernement a aussi pris des mesures de non-discrimination et de promotion de l'égalité des chances avec la 51/2003.

De quelle/s marge/s de manœuvre les échelons territoriaux disposent-ils dans les modalités d'attribution des aides (montant, critères d'attribution plus ou moins élargis, etc.) ?

Q1.2.1. Pour la dépendance :

La loi 39/2006 sur la promotion de l'autonomie personnelle et l'assistance aux personnes en situation de dépendance établit la répartition des compétences entre l'État et les communautés autonomes (CCAA) selon trois niveaux d'intervention :

Un niveau minimum de protection, correspondant aux aides définies et garanties financièrement par l'administration générale de l'État ;

Un niveau convenu, reposant sur un système de coopération et de cofinancement entre l'État et les CCAA, via des conventions fixant les services et prestations accordés ;

Un niveau de protection additionnelle, laissé à la discrétion des CCAA, qui peuvent renforcer les aides et services selon leurs priorités régionales.

Les provinces et communes peuvent gérer des services délégués par la CA.

Cette organisation décentralisée confère *in fine* aux Communautés autonomes une compétence quasi-exclusive en matière de dépendance.

Q1.2.2. Pour le handicap :

En vertu de l'article 49 de la Constitution, qui garantit aux personnes en situation de handicap un droit à l'égalité de traitement, l'État fixe un cadre commun assurant une cohérence nationale dans les aides dédiées aux personnes en situation de handicap. Cela implique la mise en place d'aides « universelles » (financées par la Sécurité sociale) qui reposent sur des critères nationaux tels qu'un seuil de 33 % d'invalidité pour obtenir le statut de personne en situation de handicap ou un taux supérieur à 65 % pour bénéficier de la pension non contributive d'invalidité.

Les modalités d'attribution des aides présentent des divergences selon les CCAA qui disposent de leurs propres normes d'application (Communauté valencienne décret régional 54/2024 ; Andalousie, arrêté du 7 février 2017...) et d'une relative marge de manœuvre (ex : fixation des délais de dépôt des demandes).

Parallèlement chaque communauté autonome dispose de ses propres programmes (subventions pour l'adaptabilité du bâti et des moyens de transports, pour les centres dédiés à l'insertion professionnelle...).

De fortes disparités territoriales dans les modalités d'attribution des aides (critères, montant, volume) sont-elles observées entre les différentes localités ?

Q1.3.1. Pour la dépendance :

Oui, l'organisation décentralisée établie par la loi de dépendance est une source majeure d'inégalité territoriale entre les différentes CCAA :

Au niveau des montants des aides : d'après le dernier rapport de l'Association nationale des directeurs et gestionnaires des services sociaux, l'investissement régional dans la dépendance par personne potentiellement dépendante par an est très disparate. Alors que le Pays Basque (2 848 €), l'Estrémadure (2 599 €) et la Navarre (2 413 €) consacrent plus de 2000 € / personne, Murcie (1 504 €), les îles Canaries (1 248 €) et la Galice (1 073 €) sont celles qui investissent le moins au niveau national.

Dans l'évaluation et l'interprétation des critères d'attribution des aides : les CCAA disposent d'une marge de manœuvre qui peuvent les conduire à une gestion plus ou moins stricte et rapide de la reconnaissance et de l'octroi des prestations. Cela peut entraîner une lourdeur administrative qui se répercute sur la qualité des services (longs délais d'attente dans l'évaluation de la situation individuelle d'une personne âgée, conduisant à une part élevée de décès avant le traitement du dossier par l'administration compétente, cf. infra...). Cette situation est plus ou moins marquée selon les régions. A titre d'exemple, le gouvernement d'Andalousie est actuellement décrié pour sa gestion par les acteurs locaux (Fédération des Organisations de Personnes Âgées d'Andalousie...) dans un contexte « d'effondrement » de la prise en charge selon le quotidien national *El País*¹ : en décembre 2024, le temps d'attente moyen entre la demande initiale et le bénéfice effectif des services en Andalousie était de 602 jours.

Q1.3.2. Pour le handicap :

Des disparités territoriales existent également dans l'attribution des aides, car la gestion et la reconnaissance du droit aux prestations sociales relèvent des CCAA elles-mêmes. Les inégalités territoriales sont principalement dues à l'investissement variable des CCAA dans leurs programmes d'assistance sociale.

Si oui, ces disparités sont-elles poussées par des facteurs d'ordre sociodémographique ou « discrétionnaires » ? Quels sont ces cinq principaux facteurs, classés par ordre d'importance ? Existe-t-il des documents juridiques, des instructions ou des circulaires à l'égard des exécutifs ou des administrations locales précisant les modalités d'attribution des aides (actes des conseils locaux, instructions nationales) ?

Pour la dépendance :

L'Indice DEC 2023 de l'Association Nationale des Directeurs et Gérants de Services Sociaux met en évidence que les disparités territoriales en matière de prise en charge de la dépendance en Espagne résultent largement des décisions politiques et budgétaires des CCAA. Par exemple, la Galice représente la CCAA avec le plus faible pourcentage de personnes prises en charge parmi la population potentiellement dépendante (16 %) par rapport à la moyenne nationale de 23 %.

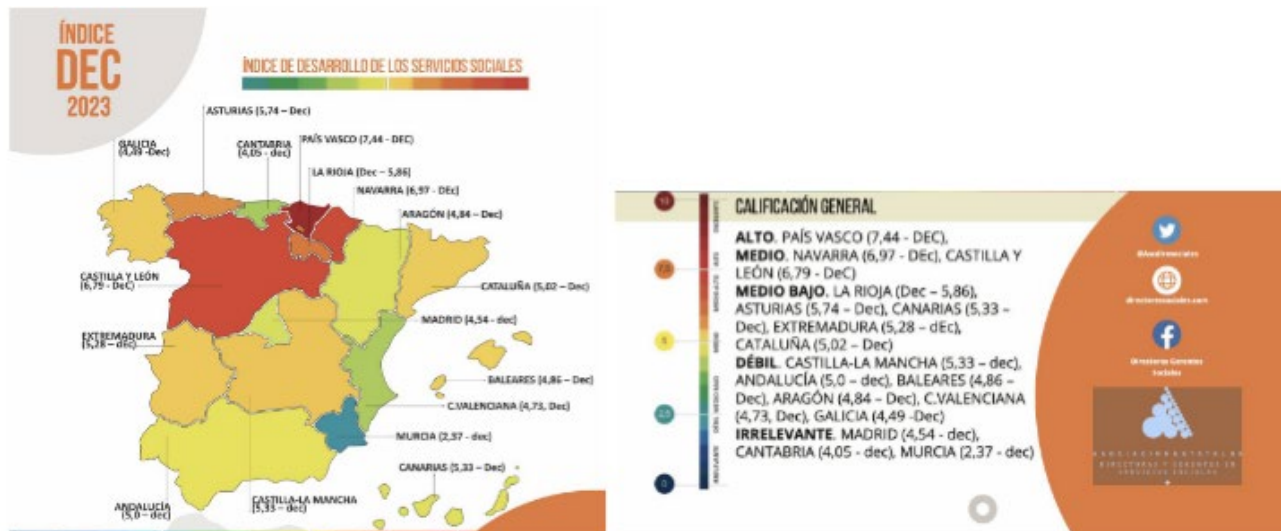
Existe-t-il des représentations cartographiques de ces divergences et/ou des études académiques sur le sujet ?

Pour la dépendance :

L'Association nationale des directeurs et gestionnaires des services sociaux établit chaque année un indice de développement des services sociaux pour chaque région, accompagné d'un classement.

Concrètement, cet indice prend en compte les avancées en matière de reconnaissance juridique (loi de reconnaissance des droits subjectifs) et d'organisation du système (catalogue de services détaillé) ; les données économiques globales (dépenses en services sociaux par hab. et par an, part des dépenses en services sociaux dans le PIB régional, répartition du financement des services sociaux entre la région et les entités locales) ; et la couverture effective des prestations et services (aide à domicile, service de téléassistance, place de maison de retraite financées par l'État etc.).

¹ Sources : « *La dependencia colapsa en Andalucía* » (10 octobre 2024 : « La dépendance s'effondre en Andalousie ») ; « *La justicia abre la puerta a que la Junta de Andalucía pague los retrasos en conceder la dependencia* » (26 novembre 2024 : « La justice ouvre la porte au paiement par le gouvernement régional andalou des retards dans l'octroi des prestations de dépendance »)



Indice de développement des services sociaux (2023)

Quels sont les débats publics contemporains autour de la prise en charge du handicap et de la dépendance ? Des risques ont-ils été identifiés à court/moyen/long terme ? Des pistes sont-elles proposées voire mises en œuvre pour y répondre ?

Q1.6.1. Pour la dépendance :

Le premier défi est la nécessité de renforcer le système pour assurer sa soutenabilité à long terme, alors que l'Espagne fait face à un vieillissement marqué de sa population.

D'après l'INE, la population de personnes âgées de 65 ans et plus était de 20,4 % en 2024, et ce pourcentage continuerait d'augmenter jusqu'à un maximum de 30,5 % vers 2055, soit un tiers de la population. Cette hausse significative du nombre de seniors pèse financièrement sur le système actuel qui peine à faire face à la demande croissante d'utilisateurs pouvant prétendre aux prestations et services définis par la loi de dépendance. De manière plus générale, le vieillissement de la population devrait mettre une pression importante sur les finances publiques ces prochaines décennies. En mars 2023, l'AIReF avait émis un [avis sur l'impact du vieillissement sur les administrations à long terme](#) qui soulignait la forte pression de celui-ci sur les dépenses en retraites, santé ou soins de longue durée. Dans son scénario central, la dette atteindrait 186 % du PIB et le déficit 7 % du PIB à l'horizon 2070 sans mesures correctrices. L'institut Bruegel a présenté un [rapport](#) sur le même sujet à l'automne 2024 : l'Espagne serait le 3^{ème} pays de l'UE devant faire l'effort budgétaire le plus important, à hauteur de 6,3 % du PIB à horizon 2045, pour faire face à la croissance des dépenses associées au vieillissement.

D'après une étude réalisée en octobre dernier par l'Association catalane des ressources en soin (ACRA) et l'Union des entités, d'ici 2034, 100 000 nouveaux travailleurs seront nécessaires pour s'occuper des adultes dépendants.

Les milieux associatifs, les professionnels du secteur et l'opinion publique critiquent régulièrement les lacunes en matière de délais de traitement de demande et couverture équitable sur le territoire.

La réponse des pouvoirs publics (cf. supra « Plan de Choc » et augmentation des dépenses en 2023 qui n'atteignent cependant pas le seuil d'un financement 50-50 entre les CCAA et l'État) est jugée insuffisante. L'Observatoire étatique de la dépense, dans son examen du « Plan de Choc », déclare ainsi qu'il n'a pas permis une « amélioration substantielle » de l'attention à la dépendance, bien qu'il ait eu des effets positifs (ex : réduction des listes d'attente de 11 % depuis 2019). En effet, si l'on se situe dans une perspective de long terme, les dépenses par personne prise en charge ont été réduites entre 2010 et 2024 (passant de 8 145 € à 5 982 €) et la couverture de l'aide à domicile (service de prise en charge le plus important) a stagné entre 2010 et 2022 (passant de 4,7 % à 5,5 %).

Le second défi est la mise en place d'un nouveau modèle de soin fondé sur la « désinstitutionnalisation » – une stratégie étatique adoptée en juin 2024 et prévue jusqu'en 2030 – visant à remplacer un mode de prise en charge caractérisé par la prise en charge dans de grands foyers résidentiels, aujourd'hui jugé obsolète.

Le modèle de la désinstitutionnalisation, qui se développe déjà dans certaines CCAA, privilégie un accompagnement de proximité et un maintien à domicile autant que possible, afin de garantir les droits et la dignité des personnes concernées. Il fait partie des objectifs de la prochaine réforme de la loi de dépendance.

Q1.6.2. Pour le handicap :

En matière de handicap, il existe un consensus politique sur la nécessité de mettre en place des politiques publiques favorisant l'autonomie personnelle et l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap, dans des environnements accessibles à tous. Ce paradigme, qui s'est progressivement imposé après la mise en place de la loi 51/2003, a récemment été consacré constitutionnellement avec la réforme de l'article 49 de la Constitution en janvier 2024 (approuvé par tous les partis à l'exception de l'extrême droite). Dans cette approche les pouvoirs publics ne se limitent plus à une approche protectrice dite de réadaptation, comme le prévoyait l'article 49 originel (cf. article 49 original : « *Les pouvoirs publics mèneront une politique de prévention, de traitement, de réadaptation et d'intégration des personnes handicapées physiques, sensorielles et mentales* »), mais adoptent désormais une perspective d'inclusion, qui respecte les droits et la dignité des personnes en situation de handicap.

La stratégie espagnole 2022-2030 sur le handicap fixe ainsi comme priorités l'élimination des barrières sociales, professionnelles et réglementaires pour les personnes en situation de handicap, en intégrant une approche tenant compte du genre et de l'origine géographique. Un projet de texte prévu pour adapter le décret-loi 1/2013 à la réforme de l'article 49 est actuellement en préparation, et devrait être prochainement présenté par le Ministère des Droits sociaux.

Q2/-Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?

Dresser une liste la plus exhaustive possible des dispositifs existants en faveur de l'autonomie et du handicap, en particulier s'agissant des aides personnalisées et de la fiscalité. Typologie par nature, objet, échelon administratif, organisme attributeur, population de bénéficiaires, date de création, volumes financiers, nombre de bénéficiaires, montant annuel moyen par bénéficiaire, conditions d'éligibilité, critères d'attribution, etc.

Q2.1.1. En matière de dépendance, la loi de 2006 prévoit des prestations économiques

En fonction de leur degré de dépendance et de leurs ressources économiques, plusieurs prestations économiques peuvent être proposées aux personnes âgées. Elles sont décrites par les articles 17 à 20 de la loi de dépendance :

- prestation économique pour le paiement d'un service (que l'on retrouvera généralement sous l'acronyme PVS ou PEVS) : cette prestation est attribuée pour contribuer au coût d'une résidence ou centre de jour privé, uniquement quand l'accès à un service public ou privé sous contrat avec le public de prise en charge et de soins n'est pas possible ; la prestation financière est personnelle, dépend du niveau de dépendance et des ressources du bénéficiaire et correspond aux accords convenus entre l'administration générale de l'État et la Communauté autonome du lieu d'habitation et est liée à l'acquisition d'un service ; son usage peut être contrôlé ;
- prestation économique au titre de la prise en charge par l'entourage familial : cette prestation est versée lorsque le bénéficiaire est pris en charge dans son environnement familial, à condition que soient réunis tous les prérequis pour le faire, permettant ainsi l'établissement d'un programme individuel de prise en charge ; les conditions d'accès à cette prestation sont également liées au niveau de dépendance et de ressources du bénéficiaire ;
- prestation économique d'assistance personnalisée : cette prestation a pour objectif de contribuer au recrutement d'une assistance personnalisée, pendant un nombre d'heures déterminé, afin de faciliter l'accès à l'éducation et au travail du bénéficiaire, ainsi qu'une vie plus autonome.

Le décret 675/2023 du 18 juillet 2023 a augmenté les montants maximum de ces prestations, en fonction du degré de dépendance :

Degré de dépendance	PEVS (en €)	Prestation économique d'assistance personnalisée (en €)	Prestation économique prise en charge entourage familial (en €)
III	747,25	747,25	455,40
II	445,30	747,25	315,90
I	313,50	313,50	180,00

Les communautés autonomes, chargées de la gestion et de l'octroi de ces prestations, appliquent des coefficients réducteurs en fonction des revenus du bénéficiaire. La communauté autonome doit prendre en compte ce que le Conseil Territorial des Services Sociaux et du SAAD aura convenu à ce sujet. Dans tous les cas, les communautés autonomes seront tenues par des montants minimums, instaurés par le décret (et qui n'existaient pas avant) :

Degré de dépendance	PEVS (en €)	Prestation économique d'assistance personnalisée (en €)	Prestation économique prise en charge entourage familial (en €)
III	200	200	200
II	150	150	150
I	100	100	100

Q2.1.2. En matière de handicap, le décret de 2013 prévoit les prestations économiques suivantes :

Q2.1.2.1. Pension non contributive d'invalidité²

² Source : <https://imsero.es/pnc-prestaciones-subsenciones/pnc-invalides/normativa-requisitos>

Les conditions requises pour en bénéficier

- Être âgé de plus de 18 ans et de moins de 65 ans ;
- Justifier d'au moins 5 ans de résidence en Espagne, dont au moins 2 années consécutives et immédiatement antérieures à la demande ;
- Degré d'incapacité de 65 % au moins ;
- Justifier de revenus insuffisants. Le barème pour 2025 est fonction des revenus de la personne bénéficiaire et de ceux de « l'unité économique de cohabitation », c'est dire des personnes qui vivent avec le bénéficiaire, limités au conjoint.e ou aux personnes ayant un lien de consanguinité ou adoption jusqu'au 2^e degré (parents, grands-parents, enfant, petits-enfants, frères et sœurs).

Nombre de personnes	Montant annuel (en €)
1	7 905,80
2	13 439,86
3	18 973,92
4	24 507,98

Si le bénéficiaire démontre la nécessité d'aide d'une tierce personne, les limites de revenus annuels sont les suivantes :

Nombre de personnes	Montant annuel (en €)
2	20 159,79
3	28 460,88
4	36 761,97

Si parmi les personnes avec lesquelles le bénéficiaire cohabite se trouve des parents consanguins de 1^e degré (parents/enfants) :

Nombre de personnes	Montant annuel (en €)
2	33 599,65
3	47 434,80
4	61 269,95

Si le bénéficiaire démontre la nécessité d'aide d'une tierce personne, les limites de revenus annuels sont les suivantes :

Nombre de personnes	Montant annuel (en €)
2	50 399,48
3	71 152,20
4	91 904,93

Le montant individuel de la **pension non contributive d'invalidité** est établi en fonction du nombre de personnes qui constituent l'unité de cohabitation, des revenus personnels du bénéficiaire et de ceux des personnes qui composent l'unité de cohabitation.

Le montant individuel est augmenté par le complément pour aide d'une tierce personne si le degré de handicap est égal ou supérieur à 75 % et qu'est démontré la nécessité de cette aide extérieure pour les actes de la vie courante. Le montant pour 2025 est de 3 952,90 €/an.

Q2.1.2.2. Autres aides en matière de handicap

Prestation pour mineur en situation de handicap à charge

- Moins de 18 ans, avec un handicap supérieur ou égal à 33 % ; montant de la prestation de 1 000 €/an
- Plus de 18 ans, avec un handicap supérieur ou égal à 65 % ; montant de la prestation de 5 647,20 €/an
- Plus de 18 ans, avec un handicap supérieur ou égal à 75 % et besoin de l'aide d'une tierce personne ; montant de la prestation de 8469,60 €/an.

Allocation de naissance ou adoption, réservée aux famille nombreuses, monoparentales et de père ou mère handicapé(s), de 1 000 € (selon les revenus des parents).

Pensions contributives pour incapacité permanente, totale, absolue ou grande invalidité, pour les personnes de 65 ans et plus

L'incapacité permanente est la situation du travailleur qui, après avoir reçu les traitements indiqués, présente des réductions anatomiques ou fonctionnelles graves qui diminuent ou annulent sa capacité de travail, prévisiblement définitives et pouvant donner lieu à différents degrés d'incapacité :

- Incapacité permanente partielle pour la profession habituelle
- Incapacité permanente totale pour la profession habituelle
- L'incapacité permanente absolue pour tout travail
- La grande invalidité

L'indemnisation correspond à 24 mois de l'assiette des cotisations du travailleur, et fait l'objet d'un paiement unique.

Prise en charge sanitaire et prestation pharmaceutique (ASPF)

- Ne pas être inclus dans le champ d'application du système de la sécurité sociale pour ne pas exercer une activité professionnelle.
- Ne pas avoir droit en tant que titulaire ou bénéficiaire à la prestation de soins de santé du système de sécurité sociale.
- Handicap : Degré d'invalidité égal ou supérieur à 33 %.

Q2.1.3. Cas des personnes en état de nécessité : prestation non contributive de retraite³

3 Source : <https://imserso.es/pnc-prestaciones-subvenciones/pnc-jubilacion/normativa-requisitos> ; https://imserso.es/detalle-actualidad/-/asset_publisher/n1oS8lWfrx6m/content/revalorizacion-para-2025-de-las-cuantias-de-las-pnc-y-de-las-prestaciones-sociales-y-economicas-para-personas-con-discapacidad/20123

A partir de 65 ans, la prestation non contributive de retraite (minimum vieillesse), garantit une prestation économique à toutes les personnes en état de nécessité, qui n'ont pas ou pas suffisamment cotisé. Dans le cas des personnes en situation de handicap ou dépendance, elle prend le relai des prestations décrites précédemment. La pension non contributive de retraite est incompatible avec la pension non contributive pour invalidité, avec le revenu minimum vital (RSA)⁴ et avec le complément d'aide par tierce personne décrits ci-dessus.

Conditions requises :

- Être âgé de 65 ans ou plus
- Résider sur le territoire espagnol et avoir résidé en Espagne pendant au moins 10 ans entre les 16 et 65 ans, dont 2 immédiatement antérieurs à la demande.
- Ne pas disposer des revenus suffisants. Pour une personne seule, le seuil est situé à **7 905,80 €** annuels. En cas d'unité économique de cohabitation (voir ci-dessus).

Nombre de personnes	Montant annuel (en €)
2	13 439,86
3	18 973,92
4	24 507,98

Si parmi les personnes avec lesquelles le bénéficiaire cohabite se trouve des parents consanguins de 1^e degré (parents/enfants) :

Nombre de personnes	Revenu max/an (en €)
2	33 599,65
3	47 434,80
4	61 269,95

Le montant individuel de la pension non contributive de retraite est établi en fonction du nombre de personnes qui constituent l'unité économique de cohabitation, des revenus personnels du bénéficiaires et de ceux des personnes qui composent l'unité économique de cohabitation. Il est au minimum de 1 976,45 €/an, ce qui correspond à 25 % du montant total pour l'année 2025.

Q2.1.4. Autres aides disponibles pour les personnes en situation de handicap ou de dépendance

Q2.1.4.1. Aide au logement⁵

Les bénéficiaires d'une pension non contributive d'invalidité ou de retraite, locataires de leur logement, pourront solliciter une aide au logement de 525 € par an (pour 2025).

Q2.1.4.2. Aide au transport (*Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte (SMGT)*)

4 Revenu Minimum Vital (IMV) : il est ouvert à toute personne en situation de vulnérabilité économique, de plus de 23 ans (de 18 ans dans certains cas). Compatible avec les pensions non contributives, il permet de les compléter jusqu'à hauteur du montant maximal de RMV.

5 Source : <https://imsero.es/pnc-prestaciones-subvenciones/solicitud-complemento-titulares-pension-contributiva>

Les bénéficiaires :

- Ne sont pas inscrits à l'un des régime de la sécurité sociale car n'ont pas d'activité professionnelle ;
- Ne sont pas bénéficiaires, ou n'ont pas droit, en raison de leur âge ou autre raison, à une prestation analogue d'un autre organisme public ;
- Ne dépassent pas le niveau de ressources personnelles ou familiales de 70 % de l'IPREM (Indicateur Public de Revenu à Effets Multiples, sert de référence pour le calcul des différentes prestations sociales en Espagne. Fixé par la loi de finances annuelle, il est de 600 € mensuels pour 2025). Si le bénéficiaire a des personnes à charge ou dépend d'une unité familiale ce montant est augmenté de 10 % pour chaque membre de l'unité, sans pouvoir dépasser 100 % de l'IPREM ;

L'aide au transport est compatible avec les pensions non contributives pour incapacité ou retraite ou avec les ressources personnelles du bénéficiaire que ne dépassent pas le montant de ces pensions ;

- A partir de 3 ans ;
- Degré de handicap égal ou supérieur à 33 % ;
- Grave difficulté à utiliser les transports en commun ;
- Ne pas être dans l'impossibilité de se déplacer hors du domicile ;
- En cas de résidence dans un établissement socio-sanitaire, sortir au moins 10 fins de semaines par an.

Son montant est de 1 002,00 € /an.

Q2.1.4.3. Éducation

Aides individuelles, directes, exemption de droits d'inscription dans certaines universités, aides personnelles au soutien scolaires dans certaines universités, aide au transport et à la cantine (selon les communautés autonomes).

Offre en service disponible: données relatives à l'accès aux soins en domiciliaire et établissements (places en établissements spécialisés pour 1 000 habitants). Quelle est la part et le montant des aides vers les établissements ? Et vers l'aide à domicile ?

Q2.2.1. Dépendance

En matière de dépendance, l'objectif prioritaire est le maintien à domicile. La loi de 2006 prévoit essentiellement :

- le service d'aide à domicile (Q2.2.1.1.) ;
- le service de téléassistance (Q2.2.1.2.).

Ces deux premières catégories visent le maintien à domicile des personnes âgées en facilitant et sécurisant leur vie quotidienne.

Ces services de maintien à domicile reposent sur la participation des **Mairies** qui, dans le cadre de la politique de qualité de vie et de la prise en charge sociale des personnes âgées :

- dirigent, gèrent et évaluent les services destinés à celles-ci ;
- mettent à la disposition des personnes âgées les centres municipaux pour personnes âgées et les centres de jour ;
- développent des programmes d'appui destinés aux personnes les plus âgées.

Toutes les informations sont émises par les Communautés autonomes, qui envoient leurs données relatives aux prises en charge à l'Unité d'Information des Personnes âgées et Services sociaux de l'IMSERSO, au travers un système d'information basé sur l'application HADASS. Les informations sont ensuite regroupées au sein de l'Unité de l'IMSERSO, compilées, analysées et permettent d'élaborer une cartographie et un suivi des modalités d'accueil et de services dans les différentes Communautés autonomes du pays.

Q2.2.1.1. Les services d'aide à domicile

SERVICES D'AIDE A DOMICILE (source IMSERSO 31 décembre 2023)		
Taux de couverture	5,7 % des personnes âgées, dont 69,80 % d'utilisateurs âgés de 80 ans et +	
Nombre de personnes	552 603	
Répartition par sexe	Femmes : 73,2 %	Hommes : 26,8 %
Répartition par classe d'âge	65 ans – 79 ans : 30,2 %	80 ans et plus : 69,8 %

Le service d'aide à domicile repose sur un ensemble de prestations visant à répondre aux besoins quotidiens des personnes à domicile qui le nécessitent, délivrées par des entités ou entreprises accréditées. Les services peuvent apporter un soutien en matière de tâches domestiques ou d'aide à la personne dans ses activités quotidiennes. Le service d'aide à domicile présente au niveau national un taux de couverture de près de 6 %. Il a augmenté d'un point entre 2019 et 2023.

Le service à domicile est validé dans plusieurs cas de figure :

- comme prestation basique de la Sécurité sociale,
- comme prestation du SAAD (Système pour l'autonomie et la prise en charge de la dépendance),
- comme mesure urgente face à des situations survenues de perte d'autonomie temporaire ou permanente (cette dernière est celle visée par la loi de 2006).

Le personnel professionnel du service à domicile est généralement composé d'auxiliaires de vie et de professionnels du secteur social en charge de la coordination des services apportés. Peuvent également intervenir des assistants de coordination, du personnel administratif ou tout autre personnel en charge de l'organisation des services.

Q2.2.1.2. Le service de téléassistance

SERVICES DE TELEASSISTANCE (source IMSERSO 31 décembre 2023)		
Taux de couverture	11,13 %	
Nombre de personnes	1 078 338	
Répartition par sexe	Femmes : 74,5 %	Hommes : 25,5 %
Répartition par classe d'âge	65 ans – 79 ans : 31 %	80 ans et plus : 69 %

Le service de téléassistance repose sur l'assistance portée aux bénéficiaires au moyen d'outils de communication et d'information permettant d'assurer une réponse immédiate face aux situations d'urgence. Le service est disponible 365 jours par an, 24 heures sur 24. Il nécessite généralement l'installation d'un petit équipement au domicile de l'utilisateur, connecté par ligne téléphonique à une centrale d'appel avec laquelle l'utilisateur peut communiquer en cas d'urgence simplement en appuyant sur un bouton. Les professionnels du centre d'appel, formé à cet effet, peuvent entrer en contact avec l'utilisateur et activer si besoin les secours les plus appropriés à face à la situation rencontrée : localiser les proches ou personnes de contact, déplacer une unité mobile au domicile de l'utilisateur ou activer d'autres secours d'urgence (061, pompiers...)

Selon l'IMSERSO, au 31 décembre 2023, la téléassistance présente au niveau national un taux de couverture supérieur à 11 % (proportion d'utilisateurs sur la population totale des 65 ans et plus). Il a augmenté d'un point entre 2019 et 2023.

Les communautés autonomes enregistrent un nombre d'utilisateurs des services de téléassistance croissant, dans l'intérêt des personnes elles-mêmes mais aussi dans l'intérêt des dépenses publiques puisque ce service favorise d'abord et avant tout la prévention et l'information. En matière d'indicateurs, il y a davantage d'appels sortants des centres d'appels que d'appels entrants : le service permet aussi la communication d'informations à domicile (campagne de vaccination contre la grippe saisonnière, rappel des gestes utiles pour lutter contre la chaleur...)

Dans de nombreuses municipalités, le service de téléassistance est gratuit, en particulier pour les personnes âgées de 80 ans et plus. Dans d'autres, une tarification existe mais reste relativement modeste. Au Pays Basque, le service est plafonné à 6 €/mois pour les bénéficiaires. A Madrid, selon les revenus de l'utilisateur (*RMPC – Renta Mensual Per Cápita*), le service s'élève selon des tranches prédéfinies, allant de 0 €/mois à 12 €/mois.

Q2.2.1.3. Les centres de jour et de nuit

CENTRES DE JOUR (source IMSERSO 31 décembre 2023)		
Nombre de centres	3.611	
Nombre de places	106 245	
Taux de couverture	1,10 %	
Nombre de personnes	315 964	
Répartition par sexe	Femmes : 68,8 %	Hommes : 31, %
Répartition par classe d'âge	65 ans – 79 ans : 35,2 %	80 ans et plus : 64,80 %

Les services de centre de jour et de centre de nuit reposent sur une prise en charge intégrale, le jour ou la nuit, des personnes en situation de dépendance dans le but d'améliorer ou de maintenir le meilleur niveau d'autonomie personnelle possible et d'apporter un soutien aux familles et aux aidants. Des spécificités dans les centres d'accueil existent au regard de l'âge ou du type de besoins des personnes. Dans les centres de jour sont développés en particulier des programmes de prise en charge psychosociale. Les centres de jour, offrant environ 100 000 places, permettent un taux de couverture dépassant à peine 1 %.

Q2.2.1.4. La prise en charge en institution pour la dépendance

Les différents modes d'accueil en institution

Les personnes âgées peuvent être accueillies dans les « *centros residenciales* ». Ces centres résidentiels sont habilités à recevoir des usagers en situation de dépendance. La prise en charge se fait selon l'état de dépendance, le grade de dépendance et l'importance des soins requis. La prestation peut être temporaire ou permanente selon les besoins de la personne ou des aidants. Ces centres sont comparables aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendants (EHPAD) en France.

CENTRES RESIDENTIELS (source IMSERSO 31 décembre 2023)		
Nombre de centres	5 442	
Nombre de places	398 050	
Taux de couverture	4,11 %	
Nombre de personnes	315 964	
Répartition par sexe	Femmes : 69,3 %	Hommes : 30,7 %
Répartition par classe d'âge	65 ans – 79 ans : 24,2 %	80 ans et plus : 75,8 %

Les personnes âgées peuvent être accueillies dans les « Viviendas para mayores ». Ces logements pour seniors sont davantage destinés à des personnes encore indépendantes, bénéficiant d'une plus large autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Ces logements peuvent être de plusieurs types, certains offrant des espaces beaucoup plus importants, un cadre de vie plus agréable, voire des espaces communautaires... Certains proposent un service de surveillance rassurant et sécurisant avec gardien par exemple. Dans ce dernier cas, les *viviendas* sont comparables aux foyers-logements en France.

VIVIENDAS (source IMSERSO 31 décembre 2023)		
Nombre de centres	554	
Nombre de places	8 898	
Taux de couverture	0,09 %	
Nombre de personnes	4 470	
Répartition par sexe	Femmes : 54,5 %	Hommes : 45,5 %
Répartition par classe d'âge	65 ans – 79 ans : 50,4 %	80 ans et plus : 49,6 %

Pour ces deux modes de prise en charge, centres résidentiels ou foyers-logements, entre 2020 et 2023, on constate une stabilité voire une baisse des places disponibles et des taux de couverture.

Une offre de service et une réalité différentes d'une région à l'autre

Il existe une grande disparité de l'offre entre les Communautés autonomes. En effet, la Catalogne présente sur son territoire le plus grand nombre de maisons de retraite (999 établissements) tandis que La Rioja n'est compte que 32. La superficie géographique du territoire est évidemment un premier paramètre favorisant le nombre de centres, mais de nombreux autres critères interviennent dans la construction (ou l'habilitation) du nombre de centres résidentiels dans une Communauté autonome : présence ou pas de grandes villes, distances entre les communes, indicateurs populationnels...

Un exemple de particularité est donné par la Communauté d'Estrémadure, dans l'Ouest du pays. Le territoire est très vaste et les communes sont généralement très espacées les unes des autres. Cela a favorisé la création de centres résidentiels, la population ne pouvant se déplacer sur de grandes distances pour assurer la prise en charge d'un de leurs proches.

La disparité concerne également le nombre de places offertes dans chaque centre résidentiel. Dans la Communauté de Madrid, parmi les 477 établissements prédominent les centres résidentiels grands ou très grands (plus de 100 places) tandis que les petits centres (de moins de 25 places) sont plus fréquents au Pays Basque, en Estrémadure et à Castilla-La Mancha. Les deux Castilles (Castilla-La Mancha et Castilla y León), l'Estrémadure et Aragón présentent les taux les plus élevés de places pour 100 habitants de 65 ans et plus, c'est-à-dire la plus grande offre.

En termes de capacité, cela représente un volume de 324 251 places en centres résidentiels. Parmi celles-ci, 312 894 sont occupées, soit un taux d'occupation de l'ordre de 96,4 % au plan national.

Résidences en fonction de leur taille et du nombre de places (recensement ministère des droits sociaux 2024, correspondant aux chiffres de 2022)

Le ministère recense 5 188 résidences pour personnes âgées, disposant d'un total de 381 514 places. La répartition des places en fonction de la taille de la résidence est la suivante :

Distribución de plazas y centros dirigidos a personas mayores en función del tamaño del centro			
Tamaño del centro	Plazas	Centros	Media
De 0 a 25 plazas	4,7%	19,4%	18,0
De 26 a 50 plazas	14,0%	26,8%	38,3
De 51 a 75 plazas	14,9%	17,6%	62,1
De 76 a 100 plazas	15,5%	12,9%	87,9
De 101 a 125 plazas	12,5%	8,1%	113,9
De 126 a 150 plazas	11,0%	5,8%	138,6
De 151 a 175 plazas	7,1%	3,2%	162,5
De 176 a 200 plazas	6,8%	2,7%	185,3
Más de 200 plazas	13,4%	3,4%	293,4
TOTAL	100,0%	100,0%	73,5

En mettant en relation la taille des résidences avec le modèle de propriété et gestion (public ou privé), il apparaît que les résidences de propriété publique optent pour des modèles plus petits que les résidences privées. La catégorie des résidences publiques a un plus grand pourcentage de résidences de moins de 50 places (63,6 %) que les résidences privées (43,88 %).

Répartition des places entre le secteur public et le secteur privé. Outre le système totalement public et celui complètement privé, il existe un système de contractualisation (« concerté »), avec des places dans des établissements privés financées par la communauté autonome.

Tipo de gestión de las residencias de personas mayores

Modelo de gestión	Total de centros ▼	% sobre el total
Titularidad y gestión privada con ánimo de lucro	2.134	49%
Titularidad y gestión privada sin ánimo de lucro	1.109	25%
Titularidad y gestión pública	623	14%
Titularidad pública y gestión privada con ánimo de lucro	386	9%
Titularidad pública y gestión privada sin ánimo de lucro	144	3%

Fuente: Imsero. Tabla: EL PAÍS

49 % des résidences sont privées à but lucratif, 25 % sont privées à but non lucratif, 14 % sont publiques, 9 % sont de propriété publique et gestion privée à but lucratif et enfin 3 % de propriété publique et gestion privée à but non lucratif.

Le prix de la place en centre résidentiel est généralement élevé. Le prix national moyen en 2024 est de 2 041,34 €/mois, chiffre à mettre en corrélation avec le montant moyen d'une pension de retraite en Espagne (la pension moyenne en Espagne était de 1 447,30 € euros par mois fin 2024). Ce prix est également très hétérogène d'un établissement à l'autre. Il dépend de nombreux paramètres : la localisation, la concurrence locale en matière d'offre capacitaire, les services proposés, la taille de la structure et le nombre de places⁶...

Face au coût parfois très élevé, les différentes sources de financement de l'utilisateur pour accéder au centre résidentiel sont les suivantes :

⁶ <https://www.inforesidencias.com/contenidos/noticias/nacional/informe-de-precios-del-2024-de-las-residencias-de-mayores-de-espa-a>

- aides économiques de l'administration publique attribuée en fonction de la situation de dépendance (grade reconnu) et de la situation économique personnelle de l'usager : « Prestaciones Económicas Vinculadas al Servicio (PEVS) » ;
- ressources propres (pension de retraite, aide familiale, épargne) ;
- financements spécifiques d'ordre privé (hypothèque des biens privés...)

Q2.2.2. Handicap (établissements)

Selon le recensement du Ministère des droits sociaux et agenda 2030 de 2024 (chiffres 2022), on comptabilisait 1 455 résidences pour personnes en situation de handicap, pour un total de 49 435 places. 188 résidences sont destinées à la fois aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Tipo de gestión de las residencias de personas con **discapacidad**

Modelo de gestión	Total de centros ▼	% sobre el total
Titularidad y gestión privada sin ánimo de lucro	866	73%
Titularidad y gestión pública	163	14%
Titularidad y gestión privada con ánimo de lucro	68	6%
Titularidad pública y gestión privada sin ánimo de lucro	62	5%
Titularidad pública y gestión privada con ánimo de lucro	28	2%

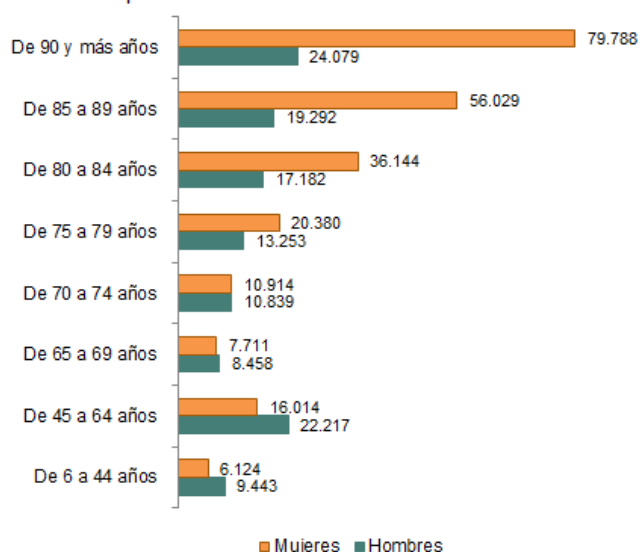
Fuente: Imserso. Tabla: EL PAÍS

73 % des résidences pour personnes en situation de handicap sont de propriété et gestion privée à but non lucratif, 14 % de propriété et gestion publiques, 6 % de propriété et gestion privée à titre lucratif, 5 % de propriété publique et gestion privée à but non lucratif et 2 % de propriété publique avec une gestion privée à but lucratif.

En 2023, des près de 380 000 personnes vivant en résidences, 357 894 déclarent avoir un handicap. La majorité vit dans des résidences pour personnes âgées.

**Personas con discapacidad en centros por sexo y edad.
2023**

Número de personas



Le barème ci-dessus montre la répartition, par sexe (**femmes** et **hommes**) et âge des personnes en situation de handicap vivant en résidence

La moitié des personnes handicapées vivant en résidence ont plus de 85 ans. Parmi les personnes handicapées de moins de 70 ans, les hommes sont majoritaires. Les femmes deviennent majoritaires à partir de 70 ans.

Existe-il un organisme, notamment localement, chargé de l'orientation des bénéficiaires vers une aide plutôt qu'une autre ? Ces aides sont-elles cumulables ou non, différentielles ou non, et sous conditions de ressources ou non (si oui, à quel niveau est prise en compte la situation de l'utilisateur).

Selon le type d'aide, la gestion et octroi sont soit de la compétence de l'Institut national de la Sécurité Sociale, des services sociaux (des communautés autonomes) ou des mairies.

Certaines aides sont cumulables, d'autres non (une pension non contributive pour invalidité n'est pas compatible avec une pension non contributive de retraite, le revenu minimum vital – équivalent du RSA – complète la pension non contributive d'invalidité). Pour le reste des aides aux handicap (transports, allocation pour enfant mineur à charge ou enfant handicapé majeur etc.) elles peuvent se cumuler.

Les administrations compétentes disposent-elles d'outil(s) d'aide à la décision pour attribuer les aides ? de grilles de critères ou de référentiels harmonisés ?

Q2.4.1. Dépendance

La loi de 2006 établit 3 degrés de dépendance du plus léger (I) au plus sévère (III).

Il appartient à l'organisme désigné par chaque communauté autonome de procéder à l'évaluation suite à la demande déposée par l'utilisateur dans le centre des services sociaux de sa commune de résidence.

L'évaluation est effectuée en fonction du barème national (qui prend comme référence la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) élaborée par l'OMS).

Ce barème définit des critères objectifs d'évaluation du degré de dépendance, prenant en compte la capacité de la personne à réaliser les activités basiques de la vie quotidienne et l'aide dont elle a besoin pour les mener à bien. Les activités évaluées sont :

- Manger et boire,
- Régulation de la miction et de la défécation,
- Se laver,
- Autres soins personnels,
- S'habiller,
- Entretien de la santé,
- Déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du domicile,
- Prise de décisions.

L'évaluation est effectuée par un technicien au domicile du patient et prendra en compte la capacité ou les limitations du patient pour effectuer les activités énumérées.

Les degrés de dépendance :

- Degré III. Dépendance grave. Niveau 2 : de 90 à 100 points.
- Degré III. Dépendance grave. Niveau 1 : de 75 à 89 points.
- Degré II. Dépendance sévère. Niveau 2 : de 65 à 74 points.
- Degré II. Dépendance sévère. Niveau 1 : de 50 à 64 points.
- Degré I. Dépendance modérée : de 40 à 49 points.

Q2.4.2. Handicap

Le **décret 888 du 18 octobre 2022** actualise le barème qui était en vigueur depuis 1999. Là encore il est fondé sur les critères de la CIF de l'OMS et définit des critères objectifs pour l'évaluation et la qualification du degré de handicap sur tout le territoire espagnol.

Le texte définit les barèmes d'évaluation suivants :

- Barème d'évaluation des fonctions et structures corporelles/déficiences globales de la personne : mesure les déficiences en matière de fonctions physiologiques et mentales, des organes et parties du corps (vue, audition, langage, systèmes internes – respiratoire, digestif..., les os, les muscles, la peau. Les qualifications vont de 0 à 4 (de « insignifiant » à « total »).
- Barème d'évaluation des capacités/limitations dans l'activité : mesure la capacité à effectuer les activités basiques de la vie quotidienne, évaluant l'effort requis pour les mener à bien et le degré de douleur éventuel. Inclut les soins personnels et la mobilité. Les qualifications vont de 0 à 4 (de « insignifiant » à « total »).
- Barème d'évaluation de l'exécution/ des restrictions dans la participation : étudie les limitations de la personne dans son environnement réel et les possibles difficultés à s'impliquer dans les situations de la vie courante. Les qualifications vont de 0 à 4 (de « insignifiant » à « total »).
- Barème d'évaluation des facteurs contextuels/barrières environnementales : facteurs personnels et externes qui peuvent avoir une influence positive ou négative (obstacle). Les qualifications vont de 0 à 4 (de « insignifiant » à « total »).

L'évaluation du degré de handicap, exprimé en pourcentage, est faite en fonction des critères techniques de ces barèmes. La décision est émise par les équipes pluridisciplinaires de qualification et reconnaissance du degré de handicap compétentes dans chacune des communautés autonomes. L'évaluation doit contenir les points suivants :

- Le degré de handicap concédé
- Les points obtenus pour chaque barème
- Les codes de diagnostic, déficience, limitation, restriction...
- Le besoin ou non du concours d'une autre personne
- L'existence de difficultés de mobilité pour utiliser les transports en commun.

La décision est censée être communiquée dans un délai de 6 mois après la demande. Après l'examen complet l'intéressé aura accès à son degré de handicap final, exprimé en pourcentage (33 % est le pourcentage minimum qui permet d'obtenir aides sociales et avantages fiscaux).

Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?

Les aides relèvent-elles davantage d'un modèle universel ou individuel (assurance, solidarité familiale) ? Ce modèle est-il centralisé ou décentralisé (en termes de perception de la ressource, de fixation des règles d'attribution, de décision d'attribution et de versement de l'aide) ?

Les aides en faveur de l'autonomie en Espagne relèvent principalement d'un modèle universel de protection sociale, dans lequel l'État et les Communautés autonomes assurent la prise en charge des personnes dépendantes ou en situation de handicap à travers des prestations définies par la loi. Contrairement à un modèle d'assurance sociale basé sur des cotisations, les prestations d'aide à la dépendance et au handicap sont en grande partie financées par des ressources publiques, bien que certaines contributions individuelles soient requises (système de copaiement en matière de dépendance).

Le modèle de financement et de gestion des aides liées à la dépendance et au handicap en Espagne repose sur une forte décentralisation, bien que des mécanismes de régulation à l'échelle nationale existent. La distinction entre ces deux champs d'action repose sur des principes juridiques distincts évoqués dans la question 1 : la dépendance relève principalement des compétences des Communautés autonomes, tandis que le handicap est encadré par un cadre national mais avec une mise en œuvre régionale différenciée.

Q.3.1.1. Pour la dépendance

Les aides liées à la dépendance reposent sur un modèle mixte, combinant un cadre national défini principalement par la Loi 39/2006 du 14 décembre (LAPAD) et une gestion fortement décentralisée par les Communautés autonomes. La LAPAD établit un système de protection structuré en trois niveaux :

Un niveau minimum de protection, correspondant à un financement garanti par l'Administration générale de l'État

Un niveau convenu, cofinancé par l'État et les Communautés autonomes, qui a été supprimé en 2012 (sous le gouvernement de Mariano Rajoy)⁷ mais réintroduit en 2021 avec le Plan de Choc pour la dépendance. Il repose sur des conventions entre l'État et chaque région.

Un niveau de protection additionnelle, laissé à la discrétion des Communautés autonomes, qui peuvent décider d'accroître les aides et services selon leurs priorités et capacités budgétaires.

La gestion des aides est quasi exclusivement assurée par les Communautés autonomes, qui ont obtenu en 2003 le transfert des compétences en matière sociale. Elles sont responsables de l'évaluation des situations de dépendance, de la gestion et du financement du Système pour l'Autonomie et l'Attention à la Dépendance (SAAD), ainsi que du versement des prestations économiques et de l'organisation des services aux personnes dépendantes. Dans certains cas, des entités locales interviennent pour la gestion des services à domicile ou dans des centres de jour.

Ce modèle est décentralisé tant en matière de perception des ressources que dans la fixation des règles et l'attribution des aides. L'État assure un financement partiel mais ne contrôle pas directement la mise en œuvre des prestations, ce qui entraîne des disparités régionales dans l'accès et la qualité des aides (voir Q2). De plus, les personnes dépendantes participent au financement par des systèmes de copaiement variant selon les régions, rendant le modèle hybride entre solidarité nationale et contribution individuelle.

Q.3.1.2. Pour le handicap

La gestion des aides aux personnes en situation de handicap repose sur un partage des compétences entre l'État et les Communautés autonomes, conformément aux articles 148.1.20 et 149.1.17 de la Constitution espagnole.

L'État définit un cadre commun garantissant un socle de prestations universelles, financées par la Sécurité sociale et appliquées sur l'ensemble du territoire. Cela inclut des seuils minimaux d'invalidité pour bénéficier d'aides, notamment un taux de 33 % pour obtenir le statut de personne en situation de handicap et un taux supérieur à 65 % pour percevoir une pension d'invalidité non contributive.

Toutefois, la gestion des prestations est décentralisée. Les Communautés autonomes disposent d'une marge de manœuvre importante dans l'attribution des aides et l'organisation des services sociaux destinés aux personnes handicapées. Elles fixent notamment des critères spécifiques pour certaines prestations, comme les aides à l'emploi (Décret royal 290/2004), la prise en charge en centres spécialisés ou les subventions pour l'adaptabilité des logements et des moyens de transport.

Certaines compétences peuvent être déléguées aux municipalités, qui assurent la gestion et l'exécution de certains services sociaux. Une exception notable concerne Ceuta et Melilla, où la gestion est assurée directement par l'IMERSO, l'Institut national des services sociaux.

Ainsi, si l'on distingue bien une volonté de garantir des prestations universelles pour les personnes handicapées, le modèle reste hybride, avec une forte hétérogénéité régionale. La diversité des réglementations autonomiques et des programmes d'assurance sociale régionaux illustre cette autonomie dans la mise en œuvre des dispositifs d'aide.

⁷ [INFO-GLOBAL-XXV-DICTAMEN-2024-v5_compressed.pdf](#). L'Observatoire de la Dépendance estime que les coupes dans le système de prise en charge de la dépendance réalisées suite à l'approbation de la RDL 20/2012 (et ce, jusqu'en 2020 inclus) ont entraîné une perte cumulée de près de 4,07 Mds€ pour les caisses régionales.

- Comment le patrimoine des personnes âgées ou handicapées est-il pris en compte dans l'attribution des aides (obligation alimentaire pour les descendants, remboursement, intervention lors des successions) ? - Quelles sont les sources de financement des différentes aides (fiscalité locale, fiscalité affectée, prélèvements sociaux, capitalisation, etc.) ? - Comment sont pris en compte les ressources issues de la capitalisation dans le calcul des aides participant de la solidarité nationale ?

Q.3.2.1. Pour la dépendance

Le financement du SAAD repose sur un modèle mixte, combinant des financements publics et des apports des bénéficiaires sous forme de copaiement. L'article 33 de la LAPAD prévoit que les bénéficiaires doivent contribuer financièrement en fonction :

- Du type et du coût des prestations reçues.
- De leur capacité économique, basée sur leurs revenus et patrimoine.

Cependant, les modalités de calcul du copaiement varient considérablement d'une Communauté autonome à l'autre.

Par exemple, en Estrémadure⁸, l'architecture juridique encadrant l'évaluation de la capacité économique des bénéficiaires de prestations de dépendance s'écarte sensiblement des principes fondamentaux édictés par la LAPAD, illustrant ainsi les disparités qui caractérisent la mise en œuvre de cette législation au sein des différentes Communautés autonomes. En effet, la prise en compte du patrimoine se limite aux bénéficiaires de prestations économiques et de services résidentiels, alors que la LAPAD en impose l'application à l'ensemble des prestations, générant ainsi une disparité manifeste dans l'évaluation des capacités contributives.

Plus encore, en l'absence d'une révision actualisée du « Catalogue des Prestations », c'est une réglementation antérieure, le Décret 78/1994, qui continue de prévaloir, dont l'approche méthodologique contrevient aux exigences plus récentes de la loi nationale. Cette norme de 1994, en substituant une approche fondée sur les revenus individuels par une évaluation reposant sur les revenus familiaux, instaure une distorsion dans la répartition des contributions, susceptible de pénaliser certains bénéficiaires en les soumettant à une charge financière « disproportionnée ». L'absence d'adéquation entre la réglementation régionale et les principes établis par la LAPAD témoigne ainsi d'un déficit d'harmonisation normative.

Q.3.2.2. Pour le handicap

La prise en compte du patrimoine des bénéficiaires varie selon la nature des aides et les critères d'évaluation appliqués par l'État et les Communautés autonomes. Contrairement aux dispositifs de dépendance, où le patrimoine peut être pris en compte pour le calcul du copaiement des prestations, le système d'aides aux personnes handicapées repose principalement sur l'évaluation des revenus et, dans certains cas, sur ceux de l'unité économique de cohabitation (voir Q2).

Q3.2.2.1. Les prestations non contributives et la prise en compte du patrimoine

Les principales pensions non contributives (PNC), destinées aux personnes en situation de handicap ayant des ressources limitées, sont financées par la Sécurité sociale. Elles sont attribuées sous conditions de ressources, mais ne prennent pas en compte le patrimoine des bénéficiaires comme critère d'éligibilité ou de calcul du montant perçu.

⁸ L'exemple provient du rapport de la Cour des Comptes espagnole publié en mai 2023 : Disposición 15713 del BOE núm. 160 de 2023, pp. 84-85

Toutefois, les revenus de l'unité économique de cohabitation sont pris en compte dans le calcul de ces aides, ce qui peut avoir un effet indirect sur l'accès aux prestations pour certaines personnes vivant avec des proches disposant de ressources plus élevées. Ainsi, le seuil de revenus varie en fonction du nombre de personnes dans le foyer.

Q3.2.2.2. Les pensions contributives pour incapacité permanente et la non prise en compte du patrimoine

Les pensions contributives pour incapacité permanente, qui concernent les travailleurs ayant cotisé au régime de la Sécurité sociale, ne prennent pas en compte le patrimoine personnel du bénéficiaire. Ces pensions sont calculées en fonction des cotisations passées et du degré d'incapacité reconnu.

La principale différence avec les aides non contributives réside dans leur financement, qui repose sur les cotisations sociales des travailleurs et des entreprises, contrairement aux pensions non contributives qui relèvent du financement public via la Sécurité sociale.

Q3.2.2.3. Des disparités entre les Communautés autonomes

Certaines aides spécifiques, notamment celles liées à l'adaptation du logement, aux transports ou à l'emploi des personnes handicapées, peuvent être soumises à des conditions de ressources variables selon les Communautés autonomes.

- Qui assure le financement de ces dispositifs ? Comment ce dernier se décompose-t-il ? Quel acteur/échelon assure l'affectation des ressources ? Quel acteur est chargé de suivre/piloter la dépense ?

Q3.3.1. Pour la dépendance

Le financement des dispositifs d'aide à la dépendance et à l'autonomie en Espagne repose sur trois principaux contributeurs : l'Administration Générale de l'État (AGE), les Communautés autonomes et les bénéficiaires. L'AGE finance un niveau minimum de protection⁹, destiné à garantir une couverture de base pour toutes les personnes reconnues en situation de dépendance. En complément, un niveau convenu, supprimé en 2012 puis réintroduit en 2021 dans le cadre du Plan de Choc pour la dépendance, permet de renforcer le financement dans certaines Communautés autonomes. Celles-ci, en plus d'égaliser la contribution étatique pour le niveau minimum, peuvent financer un niveau additionnel selon leurs priorités régionales. Enfin, les bénéficiaires participent directement au financement via le copaiement, qui représente environ 20 % du coût total du système.

⁹ Voir Q4 pour le détail des montants de ces « niveaux ». Dans le budget 2025 de la sécurité sociale, le niveau minimum de protection était financé à hauteur de 2446 M€, celui pour le niveau « convenu », à hauteur de 783 M€.

Annexe IX, Pièce jointe ECI Espagne

Tableau sur le financement du niveau « convenu » pour chaque communauté autonome :

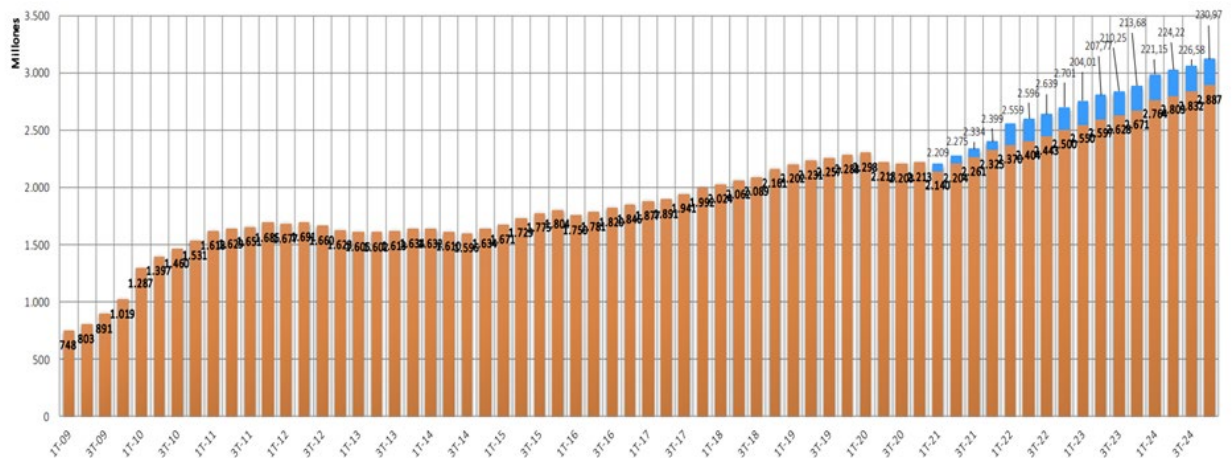
CC.AA	2023	2024	Diferencia 23-24
Andalucía	172.141.539,81 €	142.592.485,66 €	-29.549.054,15 €
Aragón	30.551.925,58 €	39.941.160,63 €	9.389.235,05 €
Asturias	23.719.949,05 €	25.447.363,22 €	1.727.414,17 €
Balears, Illes	19.600.664,55 €	17.181.248,53 €	-2.419.416,02 €
Canarias	29.173.874,21 €	25.312.641,16 €	-3.861.233,05 €
Cantabria	27.332.650,54 €	14.815.257,80 €	-12.517.392,74 €
Castilla y León	72.269.282,65 €	85.563.806,16 €	13.294.523,51 €
Castilla-La Mancha	51.953.616,19 €	41.510.411,58 €	-10.443.204,61 €
Cataluña	76.131.624,84 €	107.726.644,83 €	31.595.019,99 €
Comunitat Valenciana	62.571.202,33 €	68.111.054,04 €	5.539.851,71 €
Extremadura	11.555.610,29 €	24.460.952,44 €	12.905.342,15 €

Galicia	53.867.385,81 €	49.710.207,90 €	-4.157.177,91 €
Madrid	116.412.742,24 €	102.629.444,54 €	-13.783.297,70 €
Murcia	16.386.107,30 €	19.950.162,35 €	3.564.055,05 €
Navarra	13.597.170,79 €	- €	- €
País Vasco*	52.124.060,26 €	- €	- €
La Rioja	19.163.147,90 €	17.839.197,53 €	-1.323.950,37 €
Ceuta y Melilla	366.096,71 €	- €	- €
TOTAL	848.918.651,05 €	783.197.420 €	

*En el caso de la Comunidad Foral de Navarra y País Vasco, no participan en el reparto de los créditos del nivel acordado general, sino que sus cantidades se calculan aplicando la normativa de sus regímenes especiales (los denominados "aportación navarra" y "cupo vasco"). Fuente de datos: Secretaría General de Financiación Autonómica y Local, Ministerio de Hacienda.

Source : rapport de l'Observatoire de la dépendance 2024, p. 61

Graphique : estimation des dépenses totales par trimestre : AGE, CC AA et copaiement :



Source : rapport de l'Observatoire de la dépendance 2024, p. 60

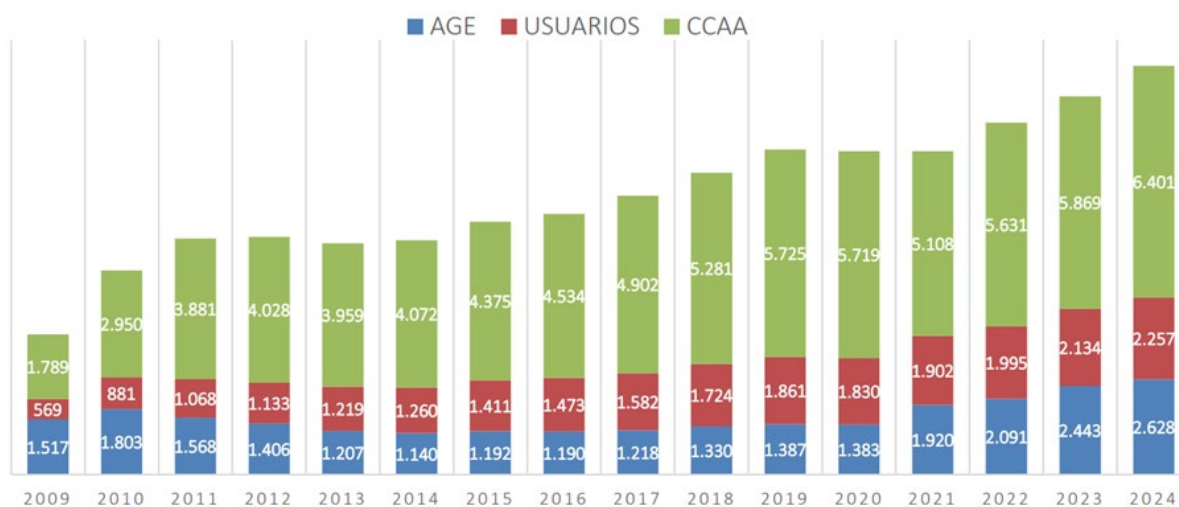
Lecture : En bleu : frais de gestion (à partir de 2021, le rapport a modifié sa méthodologie pour inclure non seulement les coûts directs des prestations, mais aussi les coûts de gestion et les retours fiscaux, ce qui permet une évaluation plus complète du coût total du SAAD)

Comment ce financement se décompose-t-il ?

En 2024, le coût global du SAAD est estimé à 12,19 Mds€, soit 0,8 % du PIB espagnol. Parmi cette somme, 11,28 Mds€ sont consacrés au paiement des prestations et services, tandis que 902,9 M€ sont alloués aux frais de gestion (environ 8 % du coût total).

Concernant la part de chaque contributeur, l'AGE finance environ 30,8 % du total en 2024, soit 3,7 Mds€. Les Communautés autonomes assurent 49,2 % du financement, pour un montant avoisinant 6 M€. Enfin, les bénéficiaires financent 20 % du système à travers le copaiement des services qu'ils reçoivent. Cette répartition a évolué ces dernières années, notamment avec le Plan de Choc pour la dépendance, qui a permis une hausse de la contribution étatique entre 2021 et 2023. Toutefois, la fin de ce programme en 2024 marque une inflexion, avec un retour à une augmentation du poids des Communautés autonomes dans le financement du système.

Graphique : distribution des coûts estimés par financement du SAAD :



Source : rapport de l'Observatoire de la dépendance 2024, p. 61. Elaboration propre à partir des données de la SISAAD.

Unité : M€. Changement du mode de calcul à partir de 2021 (donc non comparable avec les années précédentes).

Quel acteur/échelon assure l'affectation des ressources ?

L'affectation des ressources relève principalement des Communautés autonomes, qui détiennent une compétence quasi-exclusive en matière de gestion des aides à l'autonomie et à la dépendance. Ce sont elles qui déterminent la répartition budgétaire entre les différentes prestations, qu'il s'agisse de services à domicile, d'aides économiques directes ou d'hébergements en centres spécialisés. Elles assurent également la mise en œuvre des prestations et la gestion des infrastructures locales, souvent en partenariat avec les municipalités.

L'Administration Générale de l'État joue un rôle de régulateur et de co-financeur. Elle attribue les dotations du niveau minimum, en fonction du nombre de bénéficiaires et de leur degré de dépendance. Elle négocie également le niveau accordé avec certaines Communautés autonomes, en fonction de leurs engagements financiers. Ce financement est soumis à des critères spécifiques et peut être réduit si la région concernée ne maintient pas un niveau de dépenses constant sur plusieurs années.

Quel acteur est chargé de suivre et piloter la dépense ?

Le suivi des dépenses est assuré à plusieurs niveaux. Les Communautés autonomes, en tant que gestionnaires des prestations, sont responsables de l'exécution budgétaire et doivent fournir des certifications de dépenses pour justifier l'utilisation des fonds publics. Elles sont également chargées de l'évaluation des besoins, de l'octroi des prestations et du contrôle de leur mise en œuvre.

L'État intervient à travers plusieurs mécanismes de contrôle et d'évaluation. L'IMSERSO (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales*) et l'Observatoire de la Dépendance réalisent des analyses statistiques et des rapports d'évaluation pour mesurer l'évolution des dépenses et l'efficacité des aides. Le Tribunal des Comptes (équivalent de la Cour des comptes) joue un rôle clé dans l'audit des finances publiques liées à la dépendance, en s'assurant du respect des obligations budgétaires et de la transparence dans l'allocation des fonds.

Toutefois, malgré ces dispositifs de contrôle, le suivi de la dépense publique reste insuffisant. L'absence d'un système de comptabilité spécifique distinct des budgets sociaux des Communautés autonomes empêche une analyse précise des dépenses et de leur efficacité. L'hétérogénéité des systèmes comptables régionaux complique également la comparaison et l'évaluation globale des politiques publiques liées à la dépendance (voir question suivante).

Q3.3.2. Pour le handicap

Le financement des aides aux personnes en situation de handicap provient principalement de la Sécurité sociale, qui couvre les prestations universelles et certaines aides spécifiques, ainsi que des budgets propres des Communautés autonomes, qui financent des dispositifs complémentaires adaptés aux besoins locaux.

D'après le budget 2025 de la Sécurité sociale espagnole¹⁰ (qui reprend celui de 2023, déjà prorogé en 2024), les principales allocations budgétaires en faveur des personnes en situation de handicap se répartissent comme suit :

- Prestations économiques (transferts directs aux bénéficiaires) :
 - Subventions économiques pour les personnes handicapées : 7 019 M€
 - Allocation pour enfant ou mineur handicapé à charge : 1 080 M€
- Assistance sanitaire et équipements spécialisés :
 - Aides pour l'adaptation des véhicules des personnes handicapées : 2,871 M€ (dont 2,674 M€ proviennent du régime des accidents du travail et maladies professionnelles, et 0,197 M€ du régime non contributif)
- Services sociaux et accompagnement :
 - Aides individuelles à caractère public pour les personnes handicapées : 0,66 M€
 - Subventions pour le tourisme adapté aux personnes en situation de handicap : 3,514 M€

En complément des prestations universelles financées par la Sécurité sociale, les Communautés autonomes disposent de leur propre cadre d'aides sociales, dont la nature et l'ampleur varient considérablement selon les territoires. Certaines régions mettent en place des subventions spécifiques pour l'adaptation des logements, le développement de transports spécialisés ou encore le soutien aux centres d'insertion professionnelle pour les personnes en situation de handicap.

¹⁰ 20254V01SSS.pdf

Le financement de ces dispositifs repose sur un mélange de ressources incluant la fiscalité locale et régionale, des impôts spécifiquement affectés aux services sociaux, ainsi que les budgets généraux des Communautés autonomes, qui arbitrent chaque année leur niveau d'investissement social. Par ailleurs, des fonds européens viennent parfois compléter ces financements, bien que leur mobilisation diffère d'une région à l'autre en fonction des priorités et des stratégies locales.

- Le principal financeur dispose-t-il d'outils de suivi, de simulation et d'évaluation de la dépense ? - Le principal financeur dispose-t-il d'outils de modélisation et de scénario de la dépense future, notamment dans un contexte de vieillissement démographique ? - De quelles données disposent les administrations concernées pour suivre l'efficacité et l'efficacité de cette politique publique ?

Pour la dépendance

Suivi, simulation et évaluation de la dépense

Le *Tribunal de Cuentas* a souligné en 2023 de « graves insuffisances » dans le suivi des dépenses liées à la dépendance en Espagne¹¹. L'absence de dispositifs de contrôle budgétaire et comptable adaptés empêche une vision claire des coûts réels du SAAD et entrave l'efficacité des politiques publiques en la matière.

Selon le rapport du Tribunal, aucune des Communautés autonomes étudiées n'a mis en place de programmes budgétaires spécifiques dédiés exclusivement aux dépenses liées à la dépendance. Ces dépenses sont souvent englobées dans des postes budgétaires plus larges consacrés aux services sociaux, rendant difficile leur identification et leur suivi précis. Cette dilution des crédits dans des budgets globaux compromet la capacité des administrations publiques à évaluer les besoins et à ajuster les financements en conséquence.

Ensuite, le rapport souligne l'absence quasi totale de comptabilité analytique permettant d'identifier le coût réel des prestations et de suivre leur évolution. Seule l'Andalousie dispose d'un système de comptabilité analytique, mais ce dernier est incomplet, car il ne prend pas en compte tous les coûts liés aux services de prise en charge de la dépendance et exclut notamment les dépenses d'investissement.

Le Système d'Information de la Dépendance (SISAAD), qui devrait jouer un rôle central dans le recueil et l'analyse des données sur la gestion des prestations, souffre quant à lui de graves lacunes en matière de fiabilité et d'interopérabilité. Le Tribunal de Cuentas relève des erreurs fréquentes dans la transmission des informations et met en lumière des problèmes d'actualisation des bases de données. De nombreuses Communautés autonomes ne mettent pas à jour en temps réel les informations concernant les bénéficiaires et les prestations octroyées, ce qui fausse les statistiques nationales et complique la planification financière.

Ainsi, aux Baléares, 70 M€ en 2018 n'ont pas été justifiées. L'absence de documentation comptable détaillée et de contrôle rigoureux sur l'utilisation des fonds pose ainsi un problème de transparence budgétaire et soulève la question de possibles irrégularités dans la gestion des aides à la dépendance.

Modélisation et anticipation des dépenses futures

Il semble qu'aucun outil national de modélisation des dépenses futures n'a été mis en place pour anticiper les besoins du SAAD et ajuster les politiques publiques en conséquence.

11 Rapport du Tribunal de Cuentas publié en mai 2023 : Disposición 15713 del BOE núm. 160 de 2023

Le Conseil économique et social espagnol (CES), dans son rapport de 2020¹², souligne l'absence d'un cadre homogène permettant de réaliser des prévisions budgétaires précises sur l'évolution de la dépendance en Espagne. L'évaluation des dépenses repose principalement sur des estimations réalisées par des instituts de recherche et des organismes indépendants, sans coordination entre les différents niveaux administratifs.

Cette fragmentation rend difficile la mise en place de stratégies nationales cohérentes pour faire face à l'augmentation des coûts liés à la dépendance. Le CES recommande donc la création d'un cadre harmonisé de suivi et de projection des dépenses, basé sur une comptabilité unifiée et des outils statistiques adaptés, afin de permettre une anticipation plus fine des besoins futurs.

Données disponibles et suivi de l'efficacité des politiques publiques

Les administrations concernées disposent de données fragmentées et souvent incomplètes, ce qui limite la capacité d'évaluation des politiques publiques en faveur de la dépendance. Le principal problème réside dans le manque d'interopérabilité entre les systèmes régionaux et l'outil national SISAAD, ce qui empêche d'avoir une vision globale et consolidée du SAAD au niveau national.

En outre, aucune des Communautés autonomes étudiées par le Tribunal de Cuentas ne transmet systématiquement les données des bénéficiaires au Registre des Prestations Sociales Publiques, un outil censé centraliser les informations sur les aides sociales en Espagne. Cette absence de mise à jour des données fausse les analyses sur l'impact des politiques publiques et entrave la prise de décision basée sur des données fiables et actualisées.

Le Tribunal de Cuentas recommande donc une modernisation du système d'information et de suivi des prestations, notamment par :

- L'amélioration de l'interopérabilité entre les bases de données régionales et nationales.
- L'instauration d'un reporting régulier et obligatoire des dépenses engagées par les CCAA.
- Le renforcement des contrôles budgétaires et comptables pour éviter les irrégularités et assurer une meilleure transparence.

Q4/-Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ?

Quelle est la nature de ces aides (financières, relatives à l'offre de soins, en services) ? Leur montant ? Leur volume ? Le nombre de leurs bénéficiaires ?

Comment interagissent-elles avec le socle de référence ?

Existe-t-il des dispositifs locaux de soutien aux solidarités associatives ou familiales, notamment aux aidants (aides « *in-kind* ») ? Quelle place occupent ces solidarités dans le paysage général de cette politique publique ?

Des interactions et/ou rétroactions entre la politique locale d'aides sociales et les comportements des bénéficiaires (mobilité résidentielle, demande d'ouverture de droits) ont-elles été observées et documentées ?

Pour la dépendance, le financement du système et des prestations repose sur 3 niveaux.

¹² Rapport du CES "Le système de promotion de l'autonomie personnelle et de la prise en charge des personnes en situation de dépendance", 2020. Inf0320.pdf. Voir notamment le chapitre 5 (pp 165 – 176) sur les coûts et le financement.

1. Le « Niveau minimum de protection ».

Le niveau minimum de protection est financé par l'Administration Générale de l'État (AGE) et déterminé annuellement dans la Loi de finances. Ce niveau minimum s'établit selon le degré de dépendance reconnu et son attribution aux Communautés autonomes s'effectue en tenant compte du nombre de bénéficiaires, leur niveau de dépendance et des prestations qui leur sont attribuées.

Actuellement les montants de ce niveau minimum sont les suivants :

Cuantías de nivel mínimo de financiación (€/mes)

Grado de dependencia	(€/mes)
Grado III Gran Dependencia	290,00
Grado II Dependencia Severa	130,00
Grado I Dependencia Moderada	76,00

2. Le « Niveau arrêté » aussi appelé « niveau convenu ».

Ce deuxième niveau est accordé entre l'AGE et les communautés autonomes, à travers la signature de conventions de coopération dans lesquelles sont établies des objectifs, des ressources et des moyens pour l'application des services et prestations avec un caractère annuel ou pluriannuel.

Le montant global de financement est établi dans le cadre de la loi de finance (en 2024, ce montant était de 783,20 M€), qui est transféré aux communautés autonomes par l'État en fonction de critères de répartition convenus préalablement lors du Conseil Territorial du SAAD.

Le transfert des ressources de ce niveau convenu se produit dans la mesure où les communautés autonomes se conforment aux conditions établies lors du Conseil Territorial et formalisées dans le cadre de la coopération inter-administrative dans des conventions bilatérales souscrites entre le ministère et chacune des communautés autonomes. Ainsi, ce niveau convenu de financement est un outil destiné non seulement à financer le SAAD mais aussi à favoriser un cadre dans lequel l'État central peut intervenir, en accord avec les communautés autonomes, dans l'orientation de la protection offerte par le système. Ainsi, les critères de répartition pour accéder au financement sont souvent orientés notamment sur la base d'objectifs de prise en charge ou qualité considérés stratégiques (réduction des listes d'attente, reconnaissance prioritaire de services professionnels, mis en œuvre de la norme régionale des accords du Conseil Territorial pour garantir la qualité de la prise en charge ou des critères d'autorisation des résidences, des services etc.).

L'augmentation de financement par l'État a été renforcée par une augmentation additionnelle de financement des communautés autonomes. Pour la période 2021-2023, outre les 3,7 Mds€ d'augmentation nationale, les communautés autonomes et les tickets modérateurs des bénéficiaires ont ajouté 964 M€.

3. Le « Niveau de protection additionnelle ».

Ce niveau, à déterminer et à financer par les Communautés autonomes sur leur budget annuel, constitue une possibilité supplémentaire offerte aux Communautés, en complément des autres niveaux qui sont obligatoires.

Il est à noter que l'apport que doit réaliser chaque année une Communauté autonome pour le financement de la dépendance, en application de la Loi 39/2006, devra être au moins égale à l'apport de l'AGE.

La répartition des compétences prévue par la loi dépendance, selon son article 11, donne aux communautés autonomes, entre autres, les compétences de planifier, d'ordonner, de coordonner et de diriger les services de promotion de l'autonomie personnelle et de prise en charge des adultes dépendants ; gérer, sur leur territoire, les services et les ressources nécessaires à l'évaluation et à la prise en charge des adultes dépendants ; établir les procédures de coordination sociale et sanitaire, en créant, le cas échéant, les organes de coordination appropriés pour garantir une prise en charge efficace ; et veiller à l'élaboration des programmes de prise en charge individuels correspondants.

Dans la pratique, ce sont les communautés autonomes qui assument la gestion du système, ce qui implique un investissement important, dérivé des dépenses liées à leurs systèmes d'évaluation ou à la reconnaissance des prestations et des services qui peuvent correspondre aux bénéficiaires sur leur territoire.

Le financement du système est basé sur les contributions du gouvernement national (principalement par le biais du niveau minimum et du niveau convenu) et des communautés autonomes elles-mêmes, sans oublier la participation des bénéficiaires par le biais du ticket-modérateur.

Afin de disposer d'informations adéquates sur ces dépenses, le décret 1050/2013, du 27 décembre 2013, qui régit le niveau minimum de protection établi dans la loi de 2006, établit l'obligation pour les communautés autonomes de présenter un certificat annuel, qui comprend les dépenses totales consacrées à la prise en charge des personnes dépendantes au moyen de services et de prestations avec droit effectif sur chaque territoire. Les informations recueillies dans ces certificats permettent d'avoir une vision concrète des dépenses liées à la gestion du système d'autonomie et de prise en charge de la dépendance dans toutes les communautés autonomes, en comparant les contributions des différentes administrations publiques.

Q5/-Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?

Existe-t-il un processus, un acteur ou un outil permettant suivre le versement de ces aides sociales et de détecter les fraudes à ces types d'aides (contre-expertise médicale lors de l'attribution, croisement des bases de données, etc.) ?

Quel est le pourcentage ou les volumes de fraude estimés ?

Il existe un Registre des Prestations Sociales Publiques (RPSP), tenu par l'Institut National de la Sécurité Sociale. La loi dépendance prévoit qu'il soit rempli et actualisé par les communautés autonomes pour leurs propres administrés. Or, le Tribunal de Cuentas, dans un rapport de 2022¹³, déplore que le RPSP soit en réalité rempli par l'IMSERSO, sans qu'aucun accord formel ne soit intervenu entre cet organisme et les communautés autonomes et qu'il ne serait donc pas mis à jour comme il conviendrait, ce qui rend le suivi des prestations et les éventuelles fraudes compliqué.

D'une manière générale, le sujet de la fraude aux prestations n'apparaît ni dans les rapports des pouvoirs publics, associations ni dans la presse.

13 Source : <https://www.tcu.es/>.

Qu'est-il mis en œuvre pour lutter contre le non-recours (croisement des données, mission des travailleurs sociaux locaux, etc.) ? Quels sont les retours sur ces initiatives ?

Quel sont les volumes de non-recours estimés à date ?

Q.5.4.1. Dépendance

Au 31 mai 2024 (derniers chiffres disponibles IMSERSO), un peu plus de 2 millions de personnes en Espagne avaient demandé des aides à la dépendance, ce qui représente environ seulement 33,14 % de la population potentiellement dépendante. A cela s'ajoute les grandes disparités entre communautés autonomes : alors qu'en Andalousie plus de 40 % de la population dépendante a demandé les aides, en Galice c'est à peine 17,81 %. A Madrid, le pourcentage de personnes dépendantes sollicitant les aides est un peu inférieur à la moyenne nationale, à 31,12 %. Au Pays Basque et en Catalogne, le pourcentage est de 35 %. Les travailleurs des services sociaux l'expliquent essentiellement par le manque d'information disponible.

Le dernier rapport d'évaluation du système de promotion de l'autonomie personnelle et prise en charge des personnes en situation de dépendance (SAAD) de septembre 2022 montre aussi que la lenteur du système est l'un des principaux problèmes pour l'accès aux aides à la dépendance.

- Une fois que l'administration compétente ouvre le dossier, la première phase du processus consiste en l'évaluation du degré de dépendance. Dans la grande majorité des communautés autonomes, les administrations régionales en charge de la dépendance réalisent cette évaluation. Les exceptions sont la Cantabrie (services municipaux) et la région de Valence (services régionaux, mais aussi municipaux et services de santé). Pour le mois de mai 2024, les administrations ont rejeté 3 500 demandes, dans certains cas car le demandeur ne répondait pas aux sollicitations téléphoniques.
- La 2e phase est l'élaboration du PIA (programme Individuel de prise en charge), qui détaille les prestations ou services concédés en fonction du panier de soins prévu par la loi de dépendance.

Selon l'IMSERSO, en mai 2024¹⁴, 131 370 personnes attendaient l'évaluation de leur degré de dépendance, dont la moitié depuis plus de 6 mois (près de la moitié en Andalousie). 137 724 personnes attendaient le PIA, dont 115 000 depuis au moins 6 mois, dont le tiers en Catalogne.

A ces personnes s'ajoutent celles qui connaissent leur degré de dépendance et ont reçu leur PIA mais attendent encore les prestations. Pour la seule communauté de Madrid, 30 500 personnes étaient dans ce cas, dont 9 000 pour un service d'aide à domicile dans la ville de Madrid.

Depuis avril 2024, l'IMSERSO publie des rapports spécifiques sur les décès de personnes dépendantes survenus pendant les phases de reconnaissance de leur situation et d'accès aux prestations. Entre janvier et mai 2024, 7 253 personnes sont décédées dans l'attente de l'évaluation de leur degré de dépendance et 8 555 dans l'attente de recevoir les prestations auxquelles elles avaient droit.

La prise en charge en résidence quant à elle doit forcément faire l'objet d'un ticket modérateur et le rapport du Ministère des droits sociaux et Agenda 2030 de 2022 conclut « qu'une part importante de la population qui sollicite ce service ne dispose pas des ressources suffisantes pour compléter le prix de la place en résidence ».

14 Cité par : <https://civio.es/lo-publico/2024/06/25/falta-de-informacion-complejidad-y-lentitud-los-motivos-por-los-que-solo-uno-de-cada-tres-beneficiarios-potenciales-solicita-las-ayudas-de-dependencia/>

La PEVS pour laquelle la loi fixe des plafonds et planchers en fonction du degré de dépendance, varie aussi en fonction des communautés autonomes, dont certaines sont plus généreuses que d'autres.

Dans certains territoires, essentiellement ruraux, la seule option est souvent de percevoir la prestation économique au titre de la prise en charge par l'entourage familial car il est difficile de trouver un organisme agréé pour fournir une aide à domicile ou une maison de repos : cette prise en charge incombe essentiellement aux femmes et elle est beaucoup plus modeste que la PEVS ou la prestation pour aide à domicile, comprise théoriquement entre 100 et 455,40 €, les dernières données de l'IMSERSO montrent que 41,4 % des bénéficiaires ne touchent qu'entre 100 et 200 € mensuels et que 0,6 % des bénéficiaires perçoit moins de 100 €.

Cette prestation est en outre incompatible avec certaines aides régionales ou locales et la loi de dépendance stipule que, si d'autres aides ayant un but similaire sont reçues, le montant de celles-ci sera déduit de la prestation.

Alors même que cette prestation est considérée comme exceptionnelle par la loi, elle est en réalité la plus commune (582 000 bénéficiaires), suivie de la téléassistance (480 000 bénéficiaires).

L'Observatoire des Directeurs et Gérants de Services Sociaux en 2024 fait un constat similaire¹⁵ sur les prestations et l'aide à la dépendance. Le plan de choc de la dépendance des années 2021 à 2023, qui augmentait les ressources, a été gelé en 2024. Les dépenses ont augmenté de 187 M€ de manière purement mécanique, en raison de l'obligation du Ministère de soutenir le niveau minimum de financement lié à l'augmentation du nombre de personnes prises en charge¹⁶. L'administration a dû ajouter 48 M€ de cotisations sociales pour les aidants non professionnels.

Malgré cette situation, l'année 2024 a été synonyme d'un record d'investissement dans le système de la dépendance, avec 12,1 Mds€, soit 0,8 % du PIB. Avec ce budget, le système maintient la tendance à la croissance de son champ d'application : 106 558 personnes supplémentaires ont été prises en charge ; 69 650 personnes supplémentaires se sont vue reconnaître la situation de dépendance ; 104 276 demandes supplémentaires ; 93 584 décisions supplémentaires sur le degré de dépendance.

Cependant :

- L'impact sur la création d'emplois diminue, passant pour la première fois depuis 2020 sous la barre des 40 emplois par million d'euros d'investissement public dans le Système (39,3).
- Le taux de retour à l'État par le biais de l'impôt sur les sociétés, des cotisations de sécurité sociale, de l'impôt sur le revenu etc. diminue également, s'établissant à 40,1 %, soit le taux le plus bas de ces quatre dernières années.

Dans les deux cas, cette baisse est due à l'augmentation de 14 % des prestations économiques destinées aux aidants familiaux par rapport aux services professionnels.

Les lourdeurs administratives et le faible développement du système dans certaines régions ont empêché d'atteindre l'objectif de réduction des listes d'attente fixé par le plan de choc du ministère : les listes d'attente n'ont diminué que de 26 106 personnes. Le document estime qu'à ce rythme, il faudrait dix ans et demi pour parvenir à une prise en charge complète.

15 Source : <https://directoressociales.com/xxv-dictamen-del-observatorio-estatal-de-la-dependencia-2/>

16 Si le rapport ne le précise pas, il est envisageable de penser que l'absence d'augmentation du budget de l'Etat a probablement été due à l'absence de vote d'un budget 2024 et donc à la prorogation automatique du budget 2023. En effet, si le montant total du budget reconduit ne peut être modifié, il existe quelques flexibilités pour l'exécutif : des crédits extraordinaires et des suppléments de crédits peuvent ainsi être intégrés pour des « obligations incontournables » tandis que le budget de la sécurité sociale est également reconduit concernant les conditions d'éligibilité aux prestations et le calcul de leur montant (côté dépenses) et les règles de cotisations (côté recettes).

Fin 2024, 270 325 personnes sont en attente d'une procédure : 142 466 personnes ayant un droit reconnu sont en attente d'une prise en charge effective, soit 36 778 de moins que l'année précédente. À cela s'ajoutent 127 879 personnes en attente d'une évaluation, soit 10 698 de plus qu'il y a un an.

Le délai moyen constaté entre la demande et le traitement final du dossier est de 334 jours en 2023, soit dix de plus que l'année précédente.

Le rythme des décès sur les listes d'attente se maintient : entre décembre 2023 et novembre 2024, 34 252 personnes sont décédées, 17 158 personnes en attente d'évaluation et 17 094 sans avoir pu faire valoir leurs droits, alors même que leur état de dépendance était reconnu. L'Observatoire considère qu'en Espagne, toutes les 15 minutes, une personne meurt dans l'attente de leur prise en charge. Au cours de ces 18 années, 3 699 078 personnes ont été prises en charge dans le cadre du système de la dépendance, mais 900 000 personnes sont mortes sur les listes d'attente.

Quant aux prestations, le constat est le même : l'augmentation significative de financement du système dans le cadre du plan de choc de 2021 - 2023, n'a pas enrayer le développement d'un modèle de prestations « low cost », avec des prestations et des services de très faible intensité ou montants, qui ne répondent pas aux besoins des personnes dépendantes. Le système repose essentiellement sur deux prestations, la téléassistance et la prise en charge par les aidants familiaux. 65 973 bénéficiaires du système de dépendance reçoivent la téléassistance en tant que prestation unique, soit 4 976 de plus qu'en 2023 : un cas sur trois (33,6 %) se trouve dans la Communauté de Madrid (22 180).

41,9 % des bénéficiaires du système sont pris en charge par la prestation aux aidants familiaux, un pourcentage qui augmentera en 2024, lorsque cette allocation aura un montant mensuel moyen de 264,11 euros (actuellement perçue par 636 030 personnes).

Q.5.4.2. Handicap

Si 22,7 % de la population générale espagnole est à risque d'exclusion et de pauvreté, ce pourcentage s'élève à 30 % chez les personnes souffrant de handicap. Une étude de l'**Observatoire National du Handicap, de Ministère des droits sociaux et agenda 2030 intitulée « Personnes handicapées et revenu minimum vital et autres prestations minimum »** de décembre 2023, fait le point sur le non recours à ce type de prestations par les personnes handicapées.

En juillet 2023, 5 328 prestations de Revenu Minimum Vital (équivalent du RSA) étaient versées à des personnes en situation de handicap (qui perçoivent en droit un RMV majoré), soit 0,81 % des prestations. Pour avoir droit à ce RMV majoré il faut démontrer un degré de handicap d'au moins 65 %. Ce 0,81 % est très inférieur à la moyenne du groupe de personnes en situation de handicap entre 35 et 64 ans.

Cette étude montre que les difficultés d'accès au RMV pour la population générale (procédure complexe, délais d'attente pour un rendez-vous, accessibilité en général) sont encore accentuées pour les personnes en situation de handicap.

États-Unis

Contribution reçue le 14 mars 2025.

Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?

Description du fonctionnement et de l'architecture de la politique publique en faveur du handicap et de l'autonomie : acteurs, compétences, subsidiarité, base juridique, objectifs, grandes dates et évolutions récentes.

Voir note d'appui jointe sur les « *Politiques du handicap aux États-Unis* » (cf. annexe à la présente contribution)

De quelle/s marge/s de manœuvre les échelons territoriaux disposent-ils dans les modalités d'attribution des aides (montant, critères d'attribution plus ou moins élargis, etc.) ?

Les États disposent de marges importantes pour le SSI qu'ils peuvent compléter. En janvier 2023, l'allocation moyenne pour des personnes de 65 ans et plus était de \$207.67 dans les États où le SSA gère directement les "*supplementary payment programs*"¹ (California, Delaware, the District of Columbia, Hawaii, Iowa, Michigan, Montana, Nevada, New Jersey, Pennsylvania, Rhode Island, et Vermont).

Les autres États administrent leurs propres programmes. Quelques États ne donnent pas de complément : Arizona, Arkansas, Mississippi, North Dakota, Tennessee, et West Virginia.

De fortes disparités territoriales dans les modalités d'attribution des aides (critères, montant, volume) sont-elles observées entre les différentes localités ?

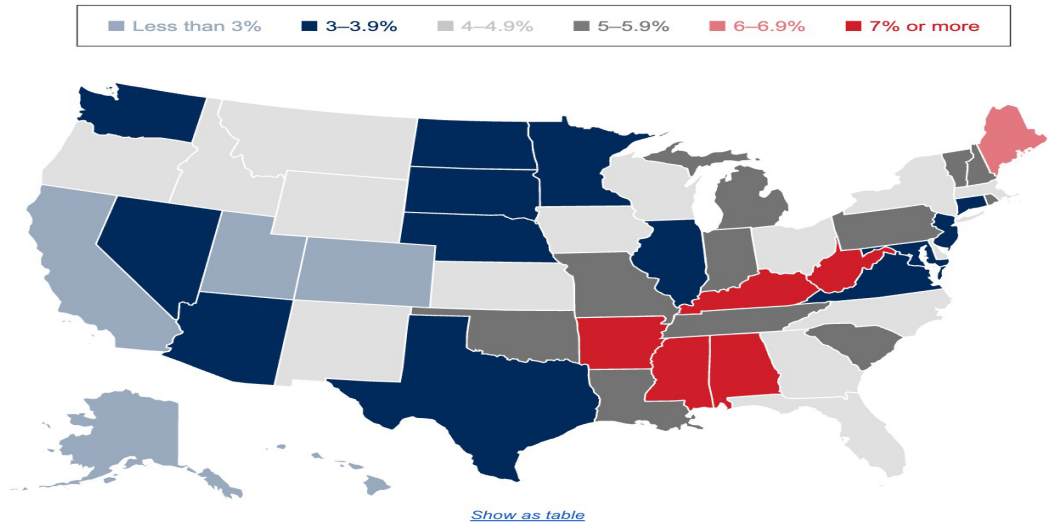
Les disparités territoriales sont importantes. Les compléments versés par les États varient par exemple de quelques dollars à quelques centaines de dollars mensuels.

En ce qui concerne le volume de bénéficiaires, le *Deep South*, et les États appalachiens sont particulièrement touchés (voir ci-dessous).

¹ https://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/ssi_monthly/2023-01/table19.html

Chart 3.
Disabled beneficiaries aged 18–64 in current-payment status as a percentage of state population aged 18–64, December 2021

Disabled beneficiaries aged 18–64 in current-payment status accounted for 4.1 percent of the population aged 18–64 in the United States. In five states and the District of Columbia, they represented less than 3 percent of the state (or district) population. The states with the highest rates of disabled beneficiaries—7 percent or more—were Alabama, Arkansas, Kentucky, Mississippi, and West Virginia.



SOURCE: [Table 8.](#)

Source: SSA.

Tableau 1 : Montant mensuel moyen, par Etat, en fonction des conditions d'éligibilité et de l'âge

Federally Administered State Supplementation Payments

Table 19.
Average monthly payment, by state or other area, eligibility category, and age, January 2023 (in dollars)

State or area	Total	Eligibility category		Age		
		Aged	Blind and disabled	Under 18	18–64	65 or older
All areas	196.46	204.96	192.97	81.93	205.18	207.67
California	222.34	228.92	219.52	95.28	236.53	229.45
Delaware	134.75	141.24	134.53	...	136.01	128.62
District of Columbia	379.76	333.30	383.91	42.04	391.52	385.93
Hawaii	483.14	443.84	499.72	20.00	503.52	471.73
Iowa	262.07	342.84	258.75	312.77	256.92	248.51
Michigan	119.23	73.49	121.10	17.18	130.34	94.23
Montana	84.42	75.80	84.49	65.08	85.69	90.92
Nevada	42.11	39.22	102.71	112.25	108.30	39.68
New Jersey	37.41	37.51	37.38	31.63	39.10	37.23
Pennsylvania	562.18	502.96	570.93	333.75	570.65	553.47
Rhode Island	277.93	240.14	293.37	...	291.52	270.44
Vermont	53.78	50.35	54.00	51.76	54.40	52.43
Other	155.31	147.09	156.92	98.17	192.10	128.11

SOURCE: Social Security Administration, Supplemental Security Record, 100 percent data.

NOTES: Data are shown only for states having federally administered optional state supplementation.

Excludes retroactive payments.

... = not applicable.

CONTACT: statistics@ssa.gov.

Source: SSA.

Si oui, ces disparités sont-elles poussées par des facteurs d'ordre sociodémographique ou « discrétionnaires » ? Quels sont ces cinq principaux facteurs, classés par ordre d'importance ? Existe-t-il des documents juridiques, des instructions ou des circulaires à l'égard des exécutifs ou des administrations locales précisant les modalités d'attribution des aides (actes des conseils locaux, instructions nationales) ?

Dans le cas des 12 États administrant leurs propres programmes, les critères retenus sont définis discrétionnairement par les États. La cartographie rejoint évidemment celle de la pauvreté. Nous n'avons pas identifié d'étude académique permettant de corréler une volonté politique concrétisée par des facteurs discrétionnaires et la reconnaissance du handicap ou de la dépendance. Celle-ci semble reposer sur des critères relativement homogènes garantis par les directives de la SSA. Mais la reconnaissance médicale par les **Disability Determination Services** (DDS) dans chaque État peut fortement différer (de 30 % à DC à 51 % dans le New Hampshire). De même pour les appels administratifs (rejetés à 90 %) et in fine pour les recours judiciaires par les juges spécialisés² Les moyens dévolus à travers les programmes Medicaid à la prise en charge de la dépendance sont hétérogènes mais ne font pas l'objet d'une consolidation nationale et par États.

Existe-t-il des représentations cartographiques de ces divergences et/ou des études académiques sur le sujet ?

Voir plus haut la liste des États qui fournissent ou pas des compléments.

Quels sont les débats publics contemporains autour de la prise en charge du handicap et de la dépendance ? Des risques ont-ils été identifiés à court/moyen/long terme ? Des pistes sont-elles proposées voire mises en œuvre pour y répondre ?

Voir note d'appui jointe sur les « politiques du handicap et de la dépendance aux Etats-Unis ».

Q2/-Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?

Dresser une liste la plus exhaustive possible des dispositifs existants en faveur de l'autonomie et du handicap, en particulier s'agissant des aides personnalisées et de la fiscalité. Typologie par nature, objet, échelon administratif, organisme attributeur, population de bénéficiaires, date de création, volumes financiers, nombre de bénéficiaires, montant annuel moyen par bénéficiaire, conditions d'éligibilité, critères d'attribution, etc.

Il n'existe pas à notre connaissance de documents de synthèse permettant d'établir une telle liste ni de compilation au niveau fédéral des volumes financiers et nombre de bénéficiaires par catégories dans l'ensemble des 50 États, DC et dans les territoires associés. Les discussions autour du devenir de Medicaid et des partages de financements entre le niveau fédéral et les États permettra peut-être une meilleure visibilité dans les prochains mois.

Offre en service disponible : données relatives à l'accès aux soins en domiciliaire et établissements (places en établissements spécialisés pour 1 000 habitants). Quelle est la part et le montant des aides vers les établissements ? Et vers l'aide à domicile ?

Institutions : environ 2 millions d'Américains vivent en *nursing homes* (1,3 million - source CDC nursing homes) ou en *assisted living facilities* (800 000- source : *National Center for Assisted Living*).

Soins domiciliaires : Selon l'AARP et *National Alliance for Caregiving*, 4,5 millions d'adultes de 65 ans et plus bénéficient de home care. Selon la *CDC Health interview survey*, 2,6 millions d'Américains de 18 à 64 ans bénéficient de soins à domicile.

² <https://www.atticus.com/advice/general/social-security-disability-judge-approval-rates>

Enfants : selon le National Center for Health statistics, 50 000 à 60 000 enfants vivent en residential care facilities (group homes, nursing homes, other specialized facilities) du fait de leurs pathologies même si la désinstitutionnalisation est privilégiée chaque fois que possible.

Existe-il un organisme, notamment localement, chargé de l'orientation des bénéficiaires vers une aide plutôt qu'une autre ? Ces aides sont-elles cumulables ou non, différentielles ou non, et sous conditions de ressources ou non (si oui, à quel niveau est prise en compte la situation de l'usager).

Agence fédérale compétente intégrée au HHS, l'Administration for Community Living (ACL) aide à soutenir de nombreux réseaux de proximité et les programmes et services qu'ils fournissent. Parmi ceux-ci, le plus présent semble celui des Centres de Ressources pour le Vieillessement et le Handicap (ADRCs). A travers le pays, notamment en facilitant la coordination entre les **Area Agencies on Ageing** (AAA) et les Independent Living Center (ILC), ils s'efforcent de renseigner sur les services et soutiens à long terme et d'y accéder.

Les ADRCs augmentent la visibilité de toute la gamme d'options disponibles ; fournissent des informations objectives, des conseils, de l'assistance et du soutien ; permettent aux gens de prendre des décisions éclairées concernant leurs services et soutiens à long terme. Ils aident à accéder aux programmes publics et privés. Les ADRCs sont une partie importante du modèle de système "**No Wrong Door**" (NWD). Cette collaboration entre l'ACL, les Centres pour les Services Medicare & Medicaid (CMS) et l'Administration de la Santé des Vétérans, l'initiative NWD soutient les États travaillant à rationaliser l'accès aux services et soutiens à long terme pour les adultes âgés, les personnes handicapées et leurs familles. Les informations de contact pour de nombreux ADRCs peuvent être trouvées via un Localisateur de Soins pour Personnes Âgées.

Les administrations compétentes disposent-elles d'outil(s) d'aide à la décision pour attribuer les aides ? de grilles de critères ou de référentiels harmonisés ?

Oui pour les États qui inscrivent leur action dans le prolongement de l'action fédérale. Pour les autres États, ils définissent leurs propres critères mais des normes sont partagées au niveau national (voie Katie Beckett ou Special Income Rule³ par exemple).

Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?

Les aides relèvent-elles davantage d'un modèle universel ou individuel (assurance, solidarité familiale) ? Ce modèle est-il centralisé ou décentralisé (en termes de perception de la ressource, de fixation des règles d'attribution, de décision d'attribution et de versement de l'aide) ?

Les aides relèvent d'un modèle universel au niveau fédéral décliné le cas échéant par État. Le modèle de financement est centralisé pour la partie SSDI, centralisé ou décentralisé selon les États pour la partie SSI. Mais de multiples programmes d'aides en nature sont également déployés à l'initiative des collectivités locales⁴.

³ Special Income Rule : Les États peuvent choisir la voie de la "règle de revenu spécial" pour couvrir les personnes ayant des revenus allant jusqu'à 300 % du taux de prestation SSI (2 829 \$ en 2024) et des besoins fonctionnels les qualifiant pour un niveau de soins institutionnel. La plupart des États limitent les actifs des inscrits à 2 000 \$ pour un individu ou 3 000 \$ pour un couple et offrent cette voie aux personnes, qu'elles utilisent ou non des services de soutien à long terme (LTSS) dans un cadre institutionnel ou communautaires.

⁴ voir par exemple à New York City : <https://www.nyc.gov/site/dfta/services/in-home-services.page>

Comment le patrimoine des personnes âgées ou handicapées est-il pris en compte dans l'attribution des aides (obligation alimentaire pour les descendants, remboursement, intervention lors des successions) ?

Le patrimoine est partiellement pris en compte à l'exception du logement et du terrain sur lequel il est établi, un véhicule par ménage, les biens d'équipement du ménage. Il n'existe pas d'obligation alimentaire à l'égard des ascendants. Il n'y a pas d'obligation de remboursement des aides sociales lors de la succession, sauf s'il y a eu un paiement indu.

Quelles sont les sources de financement des différentes aides (fiscalité locale, fiscalité affectée, prélèvements sociaux, capitalisation, etc.) ?

Le SSDI repose sur une logique assurantielle financée par les cotisations sociales dans le cadre du *Social security fund*. Pour le SSI, il s'agit d'une ressource fiscale gérée par le Trésor public fédéral et des États.

Comment sont pris en compte les ressources issues de la capitalisation dans le calcul des aides participant de la solidarité nationale ?

Les revenus tirés de la capitalisation (pension plans) sont pris en compte dans le calcul du SSI, mais pas le capital accumulé. En revanche, pour les plans de type 401k et IRA, les actifs sont pris en compte, même si aucun retrait n'est venu augmenter le revenu disponible.

Qui assure le financement de ces dispositifs ? Comment ce dernier se décompose-t-il ? Quel acteur/échelon assure l'affectation des ressources ? Quel acteur est chargé de suivre/piloter la dépense ?

Ce sont soit les centres locaux de la Social Security administration (SSA), soit les services sociaux des États qui gèrent et affectent les ressources liées aux allocations. Pour les dépenses d'accueil en institution ou à domicile, les programmes Medicaid locaux financent et affectent les ressources. S'agissant d'un cofinancement fédéral et des États, le suivi et le pilotage des dépenses est partagée entre les institutions des deux niveaux.

Le principal financeur dispose-t-il d'outils de suivi, de simulation et d'évaluation de la dépense ? Le principal financeur dispose-t-il d'outils de modélisation et de scénario de la dépense future, notamment dans un contexte de vieillissement démographique ?

La modélisation est principalement prise en charge par l'*Office of research, evaluation and statistics* de la SSA⁵.

De quelles données disposent les administrations concernées pour suivre l'efficience et l'efficacité de cette politique publique ?

Au niveau fédéral, la SSA croise ses données avec celles issues du Census bureau (recensement) pour estimer l'impact sur la pauvreté de ces programmes d'assistance. Selon différentes études⁶, l'augmentation du SSI est considérée comme un moyen efficace de réduire la pauvreté des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

⁵ https://www.ssa.gov/policy/docs/chartbooks/disability_trends/sect06.html.

⁶ <https://www.brookings.edu/articles/increasing-ssi-benefits-is-a-more-effective-approach-to-reducing-poverty-than-an-enhanced-social-security-minimum-benefit/> <https://www.brookings.edu/articles/increasing-ssi-benefits-is-a-more-effective-approach-to-reducing-poverty- than-an-enhanced-social-security-minimum-benefit/>

Q4/-Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ?

Quelle est la nature de ces aides (financières, relatives à l'offre de soins, en services) ? Leur montant ? Leur volume ? Le nombre de leurs bénéficiaires ?

Les aides financières fournies au niveau des États peuvent être en numéraire (complément du SSI) ou en nature (prise en charge du logement et d'une aide). Mais la fourniture d'aides en nature à travers la mise à disposition de Long Term Services and Support (LTSS) est plus courante. Leur accès est relativement standardisé. La plupart des États offrent une couverture dans le cadre de la voie Katie Beckett⁷ pour les enfants ayant des handicaps significatifs (adoptée par 43 États) et la règle de revenu spécial pour les personnes ayant des besoins en LTSS avec des revenus allant jusqu'à 300 % du SSI (adoptée par 42 États).

Comment interagissent-elles avec le socle de référence ?

Elles interviennent généralement en complément de la prestation de base, sont gérées dans le cadre du programme public Medicaid cofinancé par l'État fédéral et les États. La concomitance de l'augmentation de ces dépenses et de la privatisation de la gestion des programmes Medicaid locaux a engendré une pression sur les prestations tant sur leur principe que sur leur niveau créant une incertitude des bénéficiaires et de leurs proches aidants.

Existe-t-il des dispositifs locaux de soutien aux solidarités associatives ou familiales, notamment aux aidants (aides « in-kind ») ? Quelle place occupent ces solidarités dans le paysage général de cette politique publique ?

Il existe de très nombreux dispositifs de soutien locaux pour les associations et les familles. Ces solidarités sont une part essentielle du paysage. Les SSI caregiver allowances accordent par exemple des ressources aux aidants de personnes dépendantes sous réserve de certains critères (lien relationnel, appartenance à un même ménage, personne dépendante recevant le SSI)^{8,9}.

Des interactions et/ou rétroactions entre la politique locale d'aides sociales et les comportements des bénéficiaires (mobilité résidentielle, demande d'ouverture de droits) ont-elles été observées et documentées ?

Nous n'avons pas identifié de travaux illustrant ces interactions et rétroactions.

Q5/-Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?

⁷ La voie Katie Beckett est un programme d'éligibilité spécial pour Medicaid, destiné aux enfants de moins de 19 ans ayant des besoins de santé spécifiques et vivant à domicile. Ce programme permet aux enfants de recevoir des services à domicile avec des soutiens supplémentaires, au lieu d'être placés dans une institution. Le nom provient d'une enfant, Katie Beckett, dont la famille a plaidé pour que les meilleurs traitements et services pour ses besoins soient disponibles à domicile et dans un cadre communautaire¹. Pour être éligible à ce programme, l'enfant doit avoir des besoins médicaux complexes ou des handicaps à long terme, et le coût estimé des soins à domicile ne doit pas dépasser celui des soins en institution. De plus, seuls les revenus et les ressources de l'enfant sont pris en compte, et non ceux des parents.

⁸ Dans le Missouri : <https://www.hometeammo.com/blog/ssi-caregiver-allowance>.

⁹ Dans l'Illinois : <https://www.downersgrovehc.com/blog/ssi-caregiver-allowance>.

Existe-t-il un processus, un acteur ou un outil permettant suivre le versement de ces aides sociales et de détecter les fraudes à ces types d'aides (contre-expertise médicale lors de l'attribution, croisement des bases de données, etc.) ?

La SSA dispose de nombreuses mesures de protection¹⁰ pour garantir des paiements précis, notamment des exigences strictes en matière de documentation et d'éligibilité, des examens de qualité et des réexamens réguliers de l'éligibilité médicale pour les bénéficiaires d'invalidité et de l'éligibilité financière pour les bénéficiaires du **Supplemental Security Income** (SSI). La SSA collabore avec son Office of Inspector General (OIG) pour débusquer les cas de fraude manifeste, dans lesquels les demandeurs ou les bénéficiaires falsifient délibérément des informations pour obtenir ou conserver des prestations indues. SSA et OIG font équipe avec les autorités locales et étatiques dans les enquêtes sur les fraudes en matière d'invalidité afin d'enquêter sur les fraudes présumées et de poursuivre les violations de la loi. L'Office de l'inspecteur général de la Sécurité sociale¹¹ est destinataire des dénonciations et mène les enquêtes. Des croisements de bases de données avec différentes agences fédérales (notamment le Department of Labor pour les fonctionnaires et le Department of Treasury) permettent de détecter les fraudes¹².

Quel est le pourcentage ou les volumes de fraude estimés ?

Les "*improper payments*", quelles que soient leurs causes, sont estimés à 0,4 %. Nous n'avons pas identifié d'estimation fiable des seules fraudes volontaires.

Qu'est-il mis en œuvre pour lutter contre le non-recours (croisement des données, mission des travailleurs sociaux locaux, etc.) ? Quels sont les retours sur ces initiatives ?

Le US- Government Accountability Office a suggéré que des améliorations dans la sensibilisation et la coordination pourraient augmenter le nombre de personnes éligibles qui postulent et reçoivent ces avantages. L'École de politique publique de l'Université du Maryland, comté de Baltimore (UMBC), en collaboration avec l'École Heller de politique sociale et de gestion de l'Université Brandeis, l'Université de Baltimore et Westat, a reçu un financement pour un projet de coopération de cinq ans de l'Administration de la sécurité sociale en 2024¹³. Le think tank Brookings a également proposé des réformes sur la base notamment d'un meilleur partage des informations fiscales disponibles¹³ pour simplifier les processus d'accès aux prestations.

Quel sont les volumes de non-recours estimés à date ?

Les estimations sont que 35 à 50 % des personnes éligibles pour le SSI n'en bénéficient pas¹⁴.

¹⁰ <https://www.cbpp.org/blog/setting-the-record-straight-on-social-security>

¹¹ <https://oig.ssa.gov/report/>

¹² Voir le projet pilote 2023-2026 sur les registres de décès partagés <https://home.treasury.gov/news/press-releases/jy2784>

¹³ <https://heller.brandeis.edu/news/items/releases/2024/ssa.html>

¹⁴ <https://www.gao.gov/products/t-hrd-90-22>.



Ambassade de France aux États-Unis
Service santé, travail et politiques sociales
Le Conseiller pour les affaires sociales

Note d'appui :

**Politiques à destination des personnes
en situation de handicap ou de perte d'autonomie-
- mars 2025 -**

1. La population handicapée et dépendante continue de croître

Selon les statistiques des [CDC](#), 70 millions d'Américains vivraient avec une forme de handicap. Un adulte sur 4 aurait une forme de handicap ayant un impact sur son autonomie et sa santé : 12,8 % auraient un handicap cognitif, 12,1 % un handicap moteur. Le vieillissement de la population entraîne mécaniquement une augmentation du nombre de personnes handicapées, les plus de 65 ans ayant un taux de 44 % de handicap.

Selon les données de 2021 du US Census bureau¹, 42,5 millions d'Américains seraient reconnus comme handicapés. 18 % des Américains natifs, 14 % de la communauté blanche non hispanique, 14 % de la communauté noire, 10 % des hispaniques et 8 % des asiatiques éprouvaient un handicap. Ces données sont cependant réputées sous-estimer cette population².

En ce qui concerne les [enfants](#), en 2019, **2,6 millions** de ménages accueillaient au moins un enfant handicapé, ce qui représentait 7,2 % des 36,7 millions de ménages américains avec un enfant de moins de 18 ans. Leur nombre a augmenté entre 2008 et 2019, de 3.9 % à 4.3 % des enfants (3 millions)

Pour les **personnes âgées dépendantes**, on estimait en 2020 que 11,6 millions bénéficiaient d'une aide, soit 60 % des besoins identifiés. 23 % des 55 ans et plus en perte d'autonomie recevaient l'aide quotidienne d'un professionnel.

2. L'American Disability Act de 1990 demeure le principal texte de référence

Adopté en 1990 sur le modèle du Civil rights Act (C.R.A.) de 1964 par un vote quasi-unanime du Congrès puis progressivement mis en œuvre les années suivantes, **l'American with disabilities act** (A.D.A.) constitue encore aujourd'hui un texte fondateur qui a profondément transformé l'inclusion des personnes handicapées dans la société américaine. Il étend notamment à toute la société les dispositions prévues pour les activités exercées ou financées par l'administration fédérale par le **Rehabilitation Act** de 1973 (sections 501, 503 et 504 notamment). L'ADA **interdit toute discrimination à l'encontre des personnes handicapées** dans tous les aspects de la vie sociale, notamment en matière d'emploi, de transport, de logement public, de services publics locaux et d'État et de télécommunications.

¹ <https://data.census.gov/table?q=disability>

² <https://www.urban.org/urban-wire/proposed-census-changes-would-drastically-undercount-disabled-americans>

Le choix a été fait d'une **définition large de la notion de handicap** (« a person who has a physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activity. This includes people who have a record of such an impairment, even if they do not currently have a disability. It also includes individuals who do not have a disability but are regarded as having a disability»). Cette approche extensive a favorisé l'impact de cette législation sur un nombre important d'Américains dont les personnes âgées dépendantes. Récemment, la prise en compte de la disphorie de genre³ a été contestée en justice ([Texas v Becerra](#) est un contentieux de 2024 initié en réponse à la mise à jour des directives de la Section 504 du [Rehabilitation Act de 1973](#)).

En **matière d'emploi**, l'ADA a été beaucoup plus ambitieux que le CRA de 1964 et requiert des employeurs la mise en œuvre de tout aménagement raisonnable ("reasonable accommodations") nécessaire à l'exercice de l'activité professionnelle. Le Titre I de la loi interdit aux employeurs d'organisations de 15 salariés et plus de pratiquer une discrimination à l'encontre des personnes handicapées dans toutes les activités liées à l'emploi, y compris l'embauche, le salaire, les avantages, le licenciement et les promotions. Une agence fédérale spécifique, l'**Equal Employment Opportunity Commission** (EEOC), fut spécialement créée pour garantir le respect de ces dispositions et connut immédiatement une activité jurisprudentielle intense et décisive. Le Department of Justice est chargé de garantir le respect des dispositions de l'ADA. Il peut à ce titre se retourner contre des organismes publics (cf. *poursuites contre Amtrak, société de transports ferroviaires en 2022*).

3. L'Administration for Community Living coordonne les impulsions fédérales

En avril 2012, le Health and Human Services Department a créé en son sein l'Administration for Community Living (ACL) qui vise à aider les personnes âgées et les personnes handicapées à vivre chez elle et à assurer leur intégration au sein de leur communauté. L'ACL regroupe trois organismes autrefois indépendants : l'Administration on Aging, le Disability office et l'Administration sur la déficience intellectuelle. Cette réorganisation répondait alors à l'objectif du président Obama d'améliorer la prise en charge médicale à domicile et dans des établissements de proximité.

L'ACL a notamment la charge de mettre en œuvre l'Older American act (OAA) de 1965 qui établit légalement le devoir d'assistance de la société à l'égard des personnes âgées. Contemporain de la création de Medicare et de Medicaid, l'OAA a été régulièrement réautorisé (la dernière fois en 2020 jusqu'en 2024). Il a bénéficié du renforcement de l'obligation à l'égard des plus âgés établi par la jurisprudence de la Cour suprême (arrêt *Olmstead* de 1999). Le Department of Aging continue d'animer un réseau territorial de State and US territory Units on Aging (SUA) et d'Area Agencies on Aging (AAA). Le financement de l'OAA pour 2024 était de \$2,3 milliards.

4. La Social Security Administration (SSA) assure la reconnaissance fédérale des situations de handicap et l'accès aux prestations

Les *Social security amendments* de 1954 ont mis en place en 1955 une assurance handicap (*Disability Insurance ou DI*) qui contribua à limiter l'insécurité économique liée au handicap, notamment en neutralisant l'impact sur les retraites. A partir de 1956, ce programme fut progressivement étendu au versement de prestations en numéraire pour faciliter le retour à l'emploi.

³ <https://www.washingtonpost.com/wellness/2025/03/11/disability-rights-section-504-rehabilitation-act/>

La définition du handicap par la SSA est plus restrictive et très liée à la capacité à travailler (ou à se reconverter) et à obtenir des revenus substantiels (*substantial gainful activity*) du demandeur pendant au moins une année. La SSA considère qu'un handicap temporaire est compensé par d'autres voies (*compensations salariales, allocations de chômage, assurance, épargne, assurance employeur ...*).

Deux programmes de la SSA délivrent des allocations aux personnes trop handicapées pour travailler ou pour obtenir une rémunération suffisante pour vivre :

- **La Social Security Disability Insurance (SSDI)** pour compenser la perte de revenus (avec des conditions d'activité préalable et un montant versé en fonction des revenus antérieurs avec un plafond de ressources mensuelles fixé à \$1550 en 2024). 7,3 Millions de personnes en ont bénéficié en 2023 et 161M avaient des droits ouverts par leurs cotisations⁴. La SSDI est financée par les cotisations sociales selon une **logique assurantielle**. L'allocation peut être cumulée avec un revenu du travail dans la limite d'un plafond pendant une « période test ». Mais peu de bénéficiaires retrouvent un emploi rémunéré (3,7 % dans les 10 ans) et le SSDI sert fréquemment d'assurance chômage de longue durée. Les bénéficiaires ont en moyenne 55 ans et 22 ans d'expérience professionnelle. Ils reçoivent en moyenne \$1483 par mois. Le coût annuel du programme en 2023 était de **\$152 milliards** (0,65 % du PIB).
- **Le Supplemental Security Income (SSI)**, créé en 1972, intervient depuis 1974 au bénéfice des plus pauvres. 7,4 millions de personnes en ont bénéficié en 2023 (1 M moins de 18 ans, 4 M de 18 à 61 ans, 2,4 M plus de 65 ans) après un plafond atteint en 2013. Le SSI est financé par le Trésor public. Il répond à une **logique d'assistance** pour permettre aux plus pauvres de faire face aux besoins de base de la vie quotidienne. Son montant est différentiel : en 2025, le montant de référence pour un ménage sans ressource et avec une épargne de moins de \$2 000 est \$967 pour une personne isolée et \$1450 pour un couple⁵. Le montant moyen était de \$698 en 2024⁶. Mais plus de la moitié des bénéficiaires n'ont pas d'autres revenus et reçoivent donc le montant maximal. Le coût annuel du programme (niveau fédéral ou local) en 2022 est de **\$65 milliards** (0,27 % PIB).

Points communs et divergences entre SSDI et SSI : si les prestations servies sont uniformes au niveau fédéral pour la SSDI, elles peuvent varier pour le SSI selon les États si ces derniers décident d'augmenter l'allocation. Ces compléments couvrent généralement le coût de prise en charge en structure collective ("*assisted living*" notamment) ou des soins à domicile.

Pauvreté : leur montant est inférieur au seuil de pauvreté, à hauteur de 3/4 de ce seuil pour le SSI. 4 bénéficiaires sur 10 ont un revenu total inférieur au seuil de pauvreté. Les seuils n'ont pas été actualisés depuis longtemps.

Santé : ces prestations ouvrent également généralement accès aux assurances santé publiques Medicare (après deux ans pour le SSDI) et Medicaid (automatiquement pour le SSI dans la plupart des États).

Soins de longue durée : Medicare, assurance santé des plus de 65 ans, ne prend pas en charge les soins de longue durée (LTC).

Cumul : les deux allocations sont potentiellement cumulables (cas de personnes n'ayant engendré que peu de droits assurantiels à SSDI). Dans ce cas, Medicaid fournit l'assurance santé.

⁴ <https://www.cbpp.org/research/social-security/social-security-disability-insurance-0>

⁵ <https://www.ssa.gov/oact/ssir/SSI24/ssi2024.pdf>.

⁶ <https://www.cbpp.org/research/social-security/supplemental-security-income>

Inégalités : les minorités ethniques sont sur-représentées parmi les bénéficiaires du fait de leur moindre accès au système de santé et des revenus moyens inférieurs. Cependant, la communauté la plus représentée numériquement est celle des caucasiens. En outre, la corrélation entre la perception des allocations handicap de la SSA et le niveau d'éducation est forte, 1/5^{ème} des personnes recevant le SSDI n'ont pas eu de diplôme de fin du secondaire

Aidants : les "*SSI caregiver allowances*" délivrées par les États accordent des ressources aux aidants de personnes dépendantes sous réserve de certains critères (lien relationnel, appartenance à un même ménage, personne dépendante recevant le SSI)⁷.

Les **enfants handicapés** de moins de 18 ans ont accès à l'allocation du SSI en fonction de leurs ressources et de celles de sa famille. Les enfants de plus de 18 ans étant devenus handicapés avant l'âge de 22 ans et ayant un de leur parent bénéficiant d'une retraite ou d'une allocation d'assurance- handicapé peuvent bénéficier d'une allocation du SSDI.

Succession et obligation alimentaire : contrairement à Medicaid dans certains cas, le SSI n'est pas remboursable par des héritiers (sauf *overpayment*). À noter qu'il n'existe pas aux Etats-Unis d'obligation alimentaire à l'égard des parents.

La stagnation du **nombre d'allocataires** depuis la seconde moitié des années 2010 est sans doute moins liée à des facteurs démographiques et à la bonne santé de l'économie qu'à un durcissement de l'examen des critères d'éligibilité (*cf. les résultats d'une inspection lancée en 2022 sur les dérives d'un programme anti-fraude lancé en 2018*).

La **gestion administrative** des demandes d'allocation demeure complexe et fortement critiquée (*délai moyen de sept mois, 60 % de rejets, un million de demandes en attente*). Elle entraîne de véritables « pertes de chance » sociales, certains seniors préférant se résigner à une demande de retraite anticipée (*deux mois de délai*) avec une forte décote. Elle nourrit également un véritable marché de l'assistance juridique qui grève les ressources d'une communauté aux revenus limités. Le SSI induit pour sa part des coûts administratifs importants du fait de la complexité de ses règles d'attribution, son montant pouvant varier d'un mois à l'autre. Cette situation entretient la mauvaise image de ces prestations dont les allocataires sont souvent présentés par l'industrie culturelle américaine comme des "profiteurs", ce qui nourrit le discours des opposants à ces filets de sécurité sociaux. Les Etats-Unis sont un des pays développés qui consacrent le moins à **l'aide publique aux personnes handicapées** (1 % du PIB en 2019 selon l'OCDE⁸ pour une moyenne OCDE de 1,6 %).

5. Des défis majeurs restent à affronter pour concrétiser les principes de l'ADA⁹

Désinstitutionnalisation : malgré un mouvement de **désinstitutionnalisation** de long terme, environ 5 % des Américains handicapés **vivaient en institution**, dont 6 000 enfants, notamment dans des nursing homes. Ce nombre s'élève à près de 9 % dans certains États. Parmi les 6 millions de personnes utilisant des Long Term Services and Support (LTSS), 1,9 millions fréquentent des institutions de long term care¹⁰.

⁷ Dans le Missouri : <https://www.hometeammo.com/blog/ssi-caregiver-allowance>

⁸ <https://www.cbpp.org/research/social-security/social-security-disability-insurance-0>.

⁹ <https://www.ncd.gov/report/national-disability-policy-a-progress-report-2024/>

¹⁰ <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/10-things-about-long-term-services-and-supports-ltss/>

Les États ont l'obligation de fournir des services par l'entremise de Medicaid pour répondre aux directives anti discriminatoire de la section 504. Cette obligation repose notamment sur une décision de la cour suprême de 1999 ([the Olmstead Decision](#)) qui indique qu'isoler des personnes handicapées dans des institutions spécialisées est une forme de discrimination. D'autres décisions judiciaires ont confirmé et mis en œuvre cette approche.

Les conditions d'accueil sont souvent dénoncées, notamment pour les jeunes handicapés¹¹ (voir le rapport de la Commission des finances du Sénat : *Warehouses of neglect*, 2022). En juillet 2023, l'État de Floride a perdu en justice un recours lié aux difficultés de familles pour obtenir une aide à domicile qui les contraignent à se résoudre à institutionnalisation forcée en nursing homes dans des conditions défavorables¹². En sortie de crise pandémique, la situation des personnes âgées accueillies en nursing homes a également été dénoncée, notamment du fait de la présence d'acteurs commerciaux peu scrupuleux. La réforme mise en œuvre par l'administration Biden imposant des ratios d'effectifs devrait être remise en cause si l'on en croit l'audition de confirmation du nouveau Secrétaire à la Santé en février 2025.

Il faut noter que les bénéficiaires de Medicaid qui vivent en institution contribuent aux frais à l'exception de ressources personnelles préservées pour leurs besoins personnels dont le niveau varie selon les États¹³.

Home and Community based services waiver program (HCBS) : ce programme a été créé en 1983 pour permettre aux bénéficiaires de Medicaid de recevoir des services à domicile. En dépit du cadre juridique évoqué plus haut, la prise en charge des soins à domicile par Medicaid dans les États est très inégale. La propension des autorités locales à diminuer les dépenses de Medicaid et la privatisation de la gestion de la part des États fédérés renforcent l'incertitude pour les bénéficiaires. Plus de 4,5 millions de personnes bénéficient de ces prestations.

Les défis en termes de recrutement et de fidélisation des personnels ont conduit les États à augmenter les remboursements des établissements par Medicaid¹⁴. Selon de nouvelles dispositions mises en œuvre par l'administration Biden (*access rule de mai 2024*), les États devront fournir des rapports détaillés sur leurs actions et paiements en termes de prise en charge à domicile. Mais la fin en mars 2025 ou septembre 2026 selon les États des dispositions pandémiques pour élargir l'accès aux prises en charge à domicile devraient éprouver le fonctionnement des dispositifs locaux.

Education : les programmes financés par l'**Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)** visent à assurer un accès à l'éducation dans un cadre ordinaire aux enfants souffrant de handicaps (7 millions, soit 14 % des enfants scolarisés). Leur nombre a augmenté de 11 % dans les années 2010 mais leur accès à l'éducation a reculé pendant la pandémie. Certains États usent de manœuvres pour échapper à leurs obligations légales et des dérives importantes ont été constatées dans des structures privées d'accueil collectif.

Pauvreté : selon les données du National council on disability, le taux de **pauvreté** chez les handicapés serait plus du double de celui du reste de la population. Près de la moitié des 25-61 ans vivant sous le seuil de pauvreté depuis au moins un an avaient un handicap. Les femmes isolées et handicapées sont particulièrement concernées. Dans les milieux ruraux paupérisés, le taux de handicap chez les personnes en âge de travailler est près du double de celui des zones urbaines. Une véritable « ceinture du handicap » est identifiée entre les Appalaches, le Sud profond et le Midwest.

¹¹ https://www.finance.senate.gov/imo/media/doc/rtf_report_warehouses_of_neglect.pdf

¹² <https://www.washingtonpost.com/wellness/2023/07/19/florida-disabled-kids-institutions-judge-ruling/>

¹³ 24 États ont des seuils à un maximum de \$50, 20 entre \$50 et \$100 et 7 au-dessus de \$100.

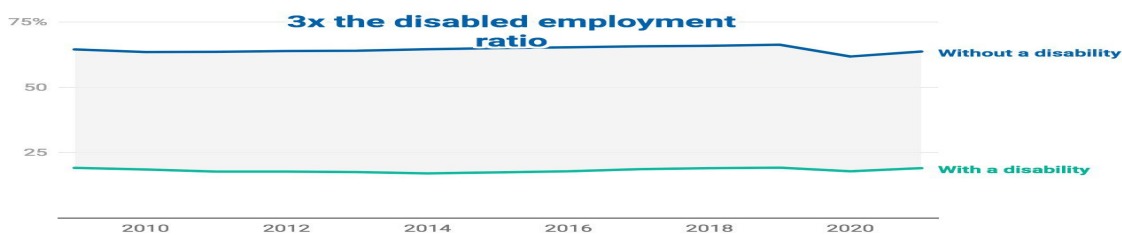
¹⁴ <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-home-care-states-responses-to-workforce-challenges>.

Emploi : En 2022, le taux d'emploi des personnes handicapées était de 21,3 % (65,4 % pour le reste de la population) en augmentation par rapport à 2021 (19,1 %) (données : [U.S. Bureau of Labor Statistics](#)). Différentes études du *Department of Labor* ont montré que les Américains handicapés ont **trois fois moins de chances que les autres d'être employés** (*taux de chômage de 10,1 % contre 3,5 % en 2023*) et gagnent souvent **moins que le salaire minimum** pour leur travail (*120 000 toucheraient d'employeurs agréés des subminimal wages de \$3,5 par heure contre un minimum pour les travailleurs fédéraux de \$15*).

L'administration Biden a vainement tenté une dernière fois dans la "lame duck session" de fin 2024 de réformer ce dispositif. 29 % des travailleurs handicapés ont un emploi à temps partiel généralement subi contre 16 % pour les autres travailleurs. Les tensions en sortie de crise pandémique sur le marché du travail et le développement du télétravail avaient cependant permis d'améliorer les chiffres de l'emploi des personnes handicapées en 2022 et d'atteindre un niveau historique du taux d'emploi de 21,3 %. Ce taux est néanmoins resté relativement stable depuis la fin des années 2000, signe des limites des politiques d'accès à l'emploi conduites sur la période. Ainsi le programme « *Ticket to work* » a concerné 1,5 millions d'allocataires du SSDI depuis 2002 mais peu (moins de 4 %) retrouvent un travail dans les 10 ans.

Nondisabled workers are three times more likely than disabled workers to be employed

Employment-to-population ratio of people ages 16 years and older by disability status, 2009–2021



Hover over or click to see values.

Note: Data are not seasonally adjusted.

Chart: Center for American Progress • Source: U.S. Bureau of Labor Statistics, "Labor Force Statistics from the Current Population Survey: Employment-population ratio - With a disability, 16 years and over," available at <https://data.bls.gov/timeseries/LNU02374597> (last accessed February 2022); U.S. Bureau of Labor Statistics, "Labor Force Statistics from the Current Population Survey: Employment-population ratio - With no a disability, 16 years and over," available at <https://data.bls.gov/timeseries/LNU02374593> (last accessed February 2022).

Le 30 septembre 2022, le président Biden a proclamé octobre 2022 « *National Disability Employment Awareness Month* ». Dans le même temps, le Department of Labor a annoncé des sanctions plus importantes pour les employeurs qui pratiquent la discrimination à l'encontre des travailleurs handicapés. Un accent particulier a été mis par l'administration Biden sur l'accès à l'emploi des jeunes adultes handicapés. L'**Office of Disability Employment Policy** du Department of Labor (DoL) finance le **Center for Advancing Policy on Employment for Youth** qui accorde des subventions à des programmes facilitant l'accès des jeunes handicapés à l'emploi. Le DoL a également annoncé en 2022 le financement d'une **Inclusive Apprenticeship Initiative for Youth and Adults with disabilities** pour développer des projets- pilotes et tester des stratégies innovantes notamment dans des secteurs comme la santé et les technologies de l'information.

Accès aux soins : la question de l'accès aux soins des personnes handicapées est particulièrement sensible en sortie d'une pandémie pendant laquelle la population handicapée s'est souvent sentie isolée et reléguée. Le National council on disability, le Health and human, services department (HHS) et le [US-CDC](#) ont lancé des programmes pour limiter cette difficulté qui se traduit par une prévalence plus forte de maladies chroniques et par l'absence de professionnel de santé de référence pour un adulte handicapé sur quatre et l'absence de rendez vous de santé de routine au cours des douze derniers mois pour un sur cinq.

Accessibilité et Transports : 22,5 millions d'Américains ont un handicap qui rend leurs déplacements complexes, notamment dans les grandes agglomérations. Face au retard pris dans l'accessibilité des principaux transports publics terrestres et aériens, le Bipartisan Infrastructure Act de 2022 a prévu de garantir l'accessibilité pour tous du système de transport à travers notamment un plan « *All Stations Accessibility Program* ». **Amtrak** (*entreprise ferroviaire publique*) a dû verser plus de 2 millions de dollars à plus de 1500 personnes handicapées en 2022 pour le manque d'accessibilité dans près de 80 gares à travers les États-Unis. Ce paiement a fait suite à un procès que le Ministère de la Justice a intenté contre Amtrak alléguant que ces « défaillances » causaient des dommages continus et violaient la loi fédérale sur les droits civils. Selon les termes du règlement de cette affaire, Amtrak doit, au cours des neuf prochaines années, restructurer 90 gares à travers le pays pour les rendre accessibles à tous les passagers et commencer la construction de 45 autres gares intégrant ces dispositifs.

Logement : le **Fair Housing Act** de 1968 interdit toute discrimination en matière d'accès au logement. Pour autant, l'accès au logement est une préoccupation majeure des personnes handicapées notamment celles parmi les plus pauvres qui n'ont de ressources que les prestations de la Sécurité sociale. Le faible montant de ces dernières n'est absolument pas indexé sur l'évolution du coût du logement et le phénomène de **sans-abrisme** se développe (*25 % des SDF chroniques seraient handicapés*). L'insécurité du logement concerne 7 millions de ménages comprenant une personne handicapée avec souvent une part du loyer supérieure à 30 % des revenus. Moins de 5 % des logements aux États-Unis sont accessibles pour des personnes rencontrant des difficultés modérées de mobilité et moins de 1 % sont accessibles en fauteuil roulant. Par ailleurs, le marché du logement est particulièrement tendu dans le pays et on estime la pénurie de logement à 7 millions.

Prise en charge des technologies d'assistance et d'appareillage : les programmes d'assurance publique de référence pour les personnes handicapées (Medicare, Medicaid) prévoient la prise en charge intégrale des **fauteuils roulants** (motorisés ou non) avec un renouvellement tous les 5 ans. En revanche, la maintenance est très mal remboursée. Les bénéficiaires rencontraient de grandes difficultés à faire réparer leurs fauteuils, car les principaux fabricants ne reconnaissant pas les réparations réalisées par des indépendants et refusaient de fournir des pièces de rechange en dehors de leurs propres circuits. Une législation récente du Colorado, adaptant à ce secteur d'activité une législation fédérale adoptée l'an dernier, oblige les fabricants à fournir ces indépendants pour favoriser la rapidité des réparations et la baisse de leur coût. Cette législation devrait faire rapidement école dans d'autres Etats. Plus de 37 millions d'Américains ont des **troubles de l'audition** et seulement un sur quatre utilise un dispositif d'aide auditive. En application d'une loi fédérale de 2017, la FDA a autorisé en octobre 2022 la vente sans prescription d'aides auditives. Cette libéralisation de l'accès à ces prothèses devrait s'accompagner d'une baisse conséquente des prix, Walmart se dit par exemple en mesure de commercialiser un produit coûtant moins de \$200 (*contre plusieurs milliers d'euros en moyenne jusque-là*).

Solvabilité du fonds handicap : l'augmentation des prestations servies au cours des deux dernières décennies a conduit la SSA à procéder à plusieurs reprises sur le *Disability insurance* pour faire face à des dépenses supérieures aux ressources (*cotisation sociale de 0,9 % sur les salaires plafonnés à \$137 700*). Celui-ci devrait être épuisé à l'horizon 2052 (*contre 2035 pour le fonds OASI dédié aux retraites*). Face à cette situation, le président Biden a indiqué dans son discours sur l'état de l'union d'augmenter les cotisations sur les plus hauts revenus afin de maintenir le niveau des prestations. Ces propositions viennent se heurter aux discussions des dernières semaines sur le plafond de la dette et à la volonté de la majorité républicaine au Congrès de limiter le niveau de prestation et/ ou de les conditionner à une obligation d'activité.

L'administration Biden a été très active tant sur le plan domestique que multilatéral

En réaction à la politique de l'administration Trump qui avait entrepris de baisser les budgets consacrés à ces prestations qui pourtant bénéficiaient largement au corps de son électorat, le président Biden s'est présenté comme le protecteur de la sécurité sociale et un promoteur de politiques actives en faveur du handicap. Première historique, une directrice des politiques du handicap a été nommée au sein du Domestic Policy Council à la Maison Blanche. Le 31ème anniversaire de l'ADA a été l'occasion de présenter une dynamique inter-agences fédérales pour promouvoir les droits des personnes handicapées tant sur le plan domestique que multilatéral. Les personnes handicapées et leurs proches ont particulièrement souffert de la période pandémique qui a mis en lumière des difficultés d'accès à leurs droits, aux soins mais également la forte relégation des personnes accueillies en institutions qui ont subi des taux d'infection bien supérieurs à la moyenne nationale. L'American Rescue Plan publié dès le début du mandat a intégré différentes mesures pour garantir le revenu des ménages comprenant des personnes handicapées.

Sur le plan domestique : le président Biden a pris une série d'initiatives :

- les **droits civiques** : l'*Executive Order 14019 on Voting Access* visait à faciliter l'accès au droit de vote, notamment dans la perspective des midterms de novembre 2022 ;
- dès juin 2021, l'*Executive Order 14035* exige des agences fédérales qu'elles évaluent leur action en matière de diversité, d'inclusion et d'accessibilité (*Diversity, Equity, Inclusion, and Accessibility ou DEIA*). Le 23 novembre 2021 un Strategic Plan to Advance DEIA in the Federal Workforce a fourni une feuille de route pour mettre en œuvre l'EO 14035 ;
- Différentes mesures ont été prises par les départements ministériels compétents, généralement en lien avec le Health and Human Services Department, (HHS) en faveur de la lutte contre les discriminations dans les transports, le logement et pour soutenir l'accès à des services adaptés dans les communautés.

Sur le plan international, la nomination le 8 novembre 2021 de Sara Minkara comme **U.S. Special Advisor on International Disability Rights** a été un acte symboliquement fort, ces fonctions étant vacantes depuis la fin de l'administration Obama. Elle est chargée de diriger la stratégie globale des Etats- Unis pour promouvoir et protéger les droits des personnes handicapées internationalement et au sein du State department. La question de l'accès aux droits civiques des personnes handicapées a été une des dimensions de l'action internationale initiée par le sommet pour la démocratie de décembre 2021. Le "*Disability Inclusive Democracy Action Plan*" définit les recommandations américaines en la matière.

Par ailleurs, l'agence fédérale d'**aide au développement USAID** a développé des programmes pour soutenir une plus grande inclusivité des systèmes de santé (*Learning, Acting, and Building for Rehabilitation in Health Systems : ReLAB-HS*) et a lancé un partenariat avec ATscale (« *Global Partnership for Assistive Technology* ») avec un engagement de \$25 million pour fournir à 500 millions de personnes supplémentaires des technologies d'assistance d'ici 2030 dont des fauteuils roulants, des lunettes, des prothèses, des aides auditives

Les Etats-Unis coprésident le **Global Action on Disability Network** et participent au **Global Disability Summit** pour promouvoir l'égalité des droits des personnes handicapées dans le monde.

Pour autant, si les États-Unis ont signé la **Convention des Nations Unies** relative à l'inclusion des personnes handicapées (CRPD) en 2009, elle n'a toujours pas été ratifiée par le Congrès, le Sénat n'ayant pas atteint la majorité nécessaire des 2/3 lors du vote en 2012. Pour autant, de nombreux États et villes américaines majeurs ont mis en place des législations et réglementations conformes aux objectifs de la CRPD. L'administration Biden aime à souligner, sans faire référence à la CRPD, que plus de 180 pays ont suivi l'exemple de l'ADA de 1990 en adoptant des législations similaires.

L'administration Trump 2.0. envoie des premiers signaux inquiétants

Alors que son premier mandat avait semblé peu protecteur des droits des personnes handicapées malgré sa revendication lors de la campagne présidentielle de 2020 de la qualité de son bilan, différentes **déclarations du président Trump** durant sa campagne (*contre ses opposants qualifiés de "mentally impaired"*) et depuis sa prise de fonctions (*la "trop grande proportion d'employés handicapés" à la FAA aurait causé l'accident aérien à Washington DC en janvier*) ont inquiété sur ses préjugés persistants à l'égard des personnes handicapées.

Ses **projets de réforme** du Department of Education, du Department of Labor et de Medicaid pourraient directement menacer des programmes essentiels pour l'inclusion des personnes handicapées. Son opposition aux programmes fédéraux de promotion de la diversité va dans le même sens. Si la paralysie sans précédent des premières semaines a été levée mi-février, l'Office of Civil rights du DOE a maintenant pour priorité la lutte contre l'antisémitisme dans les structures éducatives. Son rôle traditionnellement déterminant dans la mise en œuvre des programmes d'éducation spécialisée n'est plus mis en avant par la nouvelle administration.

Des **contentieux en cours** notamment celui fondé sur une décision de 2023 ([U.S. Court of Appeals for the 5th Circuit decision](#)) - *qui a rejeté le principe que le risque d'institutionnalisation lié à une inaction des États était discriminatoire et que les impératifs d'inclusion constituaient un fardeau disproportionné aux États fédérés*.

En septembre 2024, le procureur général du Texas et 16 autres procureurs généraux d'État, ont intenté une action en justice pour éliminer la section 504 du Rehabilitation Act de 1973, qui garantit aux personnes handicapées un accès égal aux programmes financés par le gouvernement fédéral. Le procès utilise la règle finale du ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis sur *"la non-discrimination sur la base du handicap dans les programmes ou activités recevant une aide financière fédérale"* comme partie de sa justification pour rendre la section 504 inconstitutionnelle.

Ces différentes tentatives menacent de nombreux programmes locaux en faveur de la prise en charge des personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Ce contexte a conduit la communauté des personnes handicapées à se mobiliser pour préserver les acquis de la politique du handicap¹⁵.

¹⁵ <https://www.americanprogress.org/article/how-the-disability-community-can-fight-back-in-2025/>

Japon

Contribution reçue le 24 mars 2025.

Affaire suivie par : V. ISOKO & A. SOGNO PÈES, pôle Économie & Finance, SER de Tokyo

Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?

Q1.1- Informations générales sur le système d'assurance sociale au Japon

Le système de sécurité sociale japonais se distingue par :

- **Un système d'assurance sociale et de pension universel ;**
- **Un financement provenant des cotisations des assurés et d'une participation fiscale de l'État ;**
- **Un système reposant sur 2 piliers : « salariés », d'une part, et « professions libérales et assimilés », d'autre part ;**
- **Une répartition des charges et des responsabilités aux niveaux national et local.**

Le dispositif se compose de **l'assurance sociale** (retraites, assurance médicale et assurance dépendance), la **protection sociale** (enfance, handicap, foyer monoparental), **l'assistance publique, des soins de santé et de la santé publique** (prévention, soins hospitaliers) et la **protection de l'emploi** (assurance chômage, assurance accident du travail).

Au Japon, chaque acte de soin est tarifé sur la base d'un système de points établi par le ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale (MHLW) : 1 point = 10 JPY (soit environ 6 centimes d'euro). La tarification peut varier (notamment pour l'assurance dépendance – cf. infra), en fonction de la localité du bénéficiaire et des frais de personnel pratiqués par type de service de soin (au Japon, le salaire horaire minimal varie selon les préfectures).

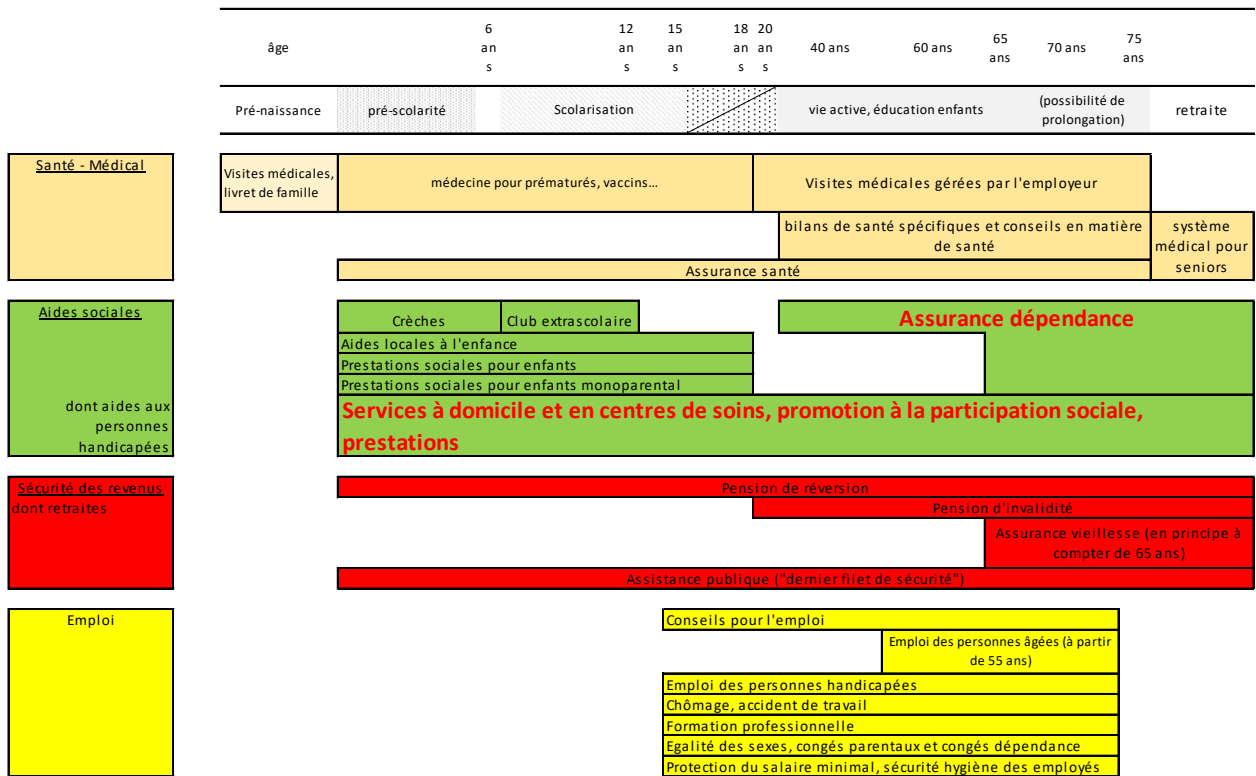
Q1.2- Données générales sur les personnes handicapées et sur les personnes dépendantes au Japon

Le nombre total de personnes handicapées au Japon s'élevait à fin 2024 à 11,7 millions (soit 9 % de la population). 11,2 millions d'entre elles bénéficiaient de soins à domicile, et 0,5 million bénéficiaient de soins dans des centres spécialisés.

Parmi ces 11,7 millions de personnes handicapées au Japon :

- 4,23 millions présentent un handicap physique (98 % d'entre elles bénéficient de soins à domicile et 73 % d'entre elles sont âgées de 65 ans et plus) ;
- 1,27 millions présentent un handicap mental congénital (90 % d'entre elles bénéficient de soins à domicile et 15 % d'entre elles sont âgées de 65 ans et plus) ;
- 6,15 millions présentent une déficience mentale (95 % d'entre elles bénéficient de soins à domicile et 36 % d'entre elles sont âgées de 65 ans et plus).

Graphique 1 | Principaux dispositifs prévus dans le régime japonais de la Sécurité sociale
(source : MHLW, 2025)



Chaque segment de dépenses sociales est régi par une législation spécifique (ex. : loi sur l'assistance publique, loi sur les prestations familiales, loi sur l'assurance santé publique, loi sur le régime de retraite de base, etc.).

Q1-3. Description du fonctionnement et de l'architecture de la politique publique en faveur du handicap et de l'autonomie : acteurs, compétences, subsidiarité, base juridique, objectifs, grandes dates et évolutions récentes.

1-3.1- La politique publique japonaise en faveur du handicap et de l'autonomie est organisée autour de 2 lois majeures

- **La loi « Long-Term Care Insurance Act » (LTCIA) régit le dispositif de l'assurance dépendance depuis 2000.** Elle a mis en place un système d'assurance publique visant à développer les soins liés à la dépendance, notamment à domicile. Les assurés (personnes âgées de 65 ans et plus) peuvent recourir à ses services sous réserve d'un ticket modérateur de 10 %.
- **La loi sur l'accompagnement global des personnes handicapées (LAGPH - ou « Act on Providing Comprehensive Support for the Daily Life and Life in Society of Persons with Disabilities »), datant de 2005** et qui prévoit une offre globale de prestations et de services d'aide à la vie communautaire (i.e. à l'insertion).

Principaux objectifs de la LAGPH :

- **Centralisation des services** : centralisation des prestataires de services au niveau des communes. Les services sociaux favorisent l'indépendance des personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, dans le cadre d'un dispositif commun.
- **Promotion du travail** : Soutien pour permettre une insertion durable dans l'emploi aux personnes handicapées, désireuses et capables de travailler.
- **Prise en compte des spécificités locales** : Déréglementation pour permettre aux communes de prendre en charge le bien-être des personnes handicapées en fonction des conditions locales, et permettre aux personnes handicapées d'utiliser des services à proximité de leur domicile.
- **Transparence et clarté des procédures et des standards** : Transparence et clarification des procédures et des critères d'accès aux services, afin de garantir un accès équitable en fonction du besoin.
- **Renforcement du système par lequel chaque individu supporte les coûts croissants de l'aide sociale** : (i) une « charge équitable » basée sur la quantité de services utilisés et sur les revenus de la personne⁷² ; (ii) clarification de l'État dans sa prise en charge financière⁷³.

1-3.2- Base juridique, objectifs, grandes dates et évolutions récentes en matière d'aides envers les personnes handicapées

Article 25 de la Constitution du Japon de 1946 : « *Toute personne a droit au maintien d'un niveau minimum de vie matérielle et culturelle. Dans tous les aspects de l'existence, l'État s'efforce d'encourager et d'améliorer la protection et la sécurité sociales, ainsi que la santé publique.* ».

Les « **Trois lois sur la protection sociale** » structurent la protection sociale :

- la loi sur l'assistance publique (1946),
- la loi sur la protection de l'enfance (1947),
- et la loi sur la protection sociale des handicapés (1949). En outre, la loi sur les services de protection sociale (1951) permet au secteur privé de fournir des services dans ce domaine.

Ces dispositifs ont jeté les bases de l'aide sociale : (i) les services sociaux sont fournis en tant que « mesures administratives » ; (ii) sous sa responsabilité, l'État mandate le chef d'une collectivité locale pour gérer l'administration du dispositif ; (iii) les coûts sont supportés selon un principe de répartition (« *Ability-to-pay Principle* ») ; (iv) l'externalisation des services d'aide sociale est possible.

Les **services d'aides sociales à domicile** ont été inscrits dans la loi sur la protection sociale des handicapés et dans la loi sur l'aide aux personnes handicapées mentales (datant de 1960), tandis que la décentralisation de la gestion de ces soins a été introduite à compter de 1990 : l'État ne mandate plus un chef de collectivité locale pour administrer le dispositif, celui-ci est directement placé sous la responsabilité de la collectivité.

⁷² Demander des frais d'utilisation équitables pour les personnes handicapées lorsqu'elles utilisent les services sociaux et ce, en fonction des coûts réels des frais de nourriture, de la quantité de services utilisés et des revenus du bénéficiaire.

⁷³ Les coûts des services sociaux, y compris les services à domicile – qui étaient auparavant subventionnés par l'État –, passent par un système où l'État règle directement ces services.

2005 | La **LAGPH** (cf. *supra*) a permis (i) un cadre légal unifié pour les services sociaux, jusqu'alors gérés par différentes législations⁷⁴ ; (ii) l'instauration d'une « classification des niveaux de handicap » (aujourd'hui intitulée « classification des aides au handicap »), en tant que mesure nationale commune de l'état d'invalidité, et en parallèle le processus de prise de décision pour les allocations a été rendu plus transparent ; (iii) afin de garantir des ressources financières stables, un mécanisme a été mis en place selon lequel l'État prend en charge la moitié des coûts.

2016 | Des amendements ont été apportés à la LAGPH dans le but de répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de vie communautaire (i.e. préservation du lien social avec la communauté locale), de participation à la vie active, tout en étendant les aides aux enfants afin de répondre à leurs besoins de plus en plus divers : création de dispositifs « *Support for job retention* » et « *Independent living assistance* », ainsi que de nouveaux services au sein des dispositifs « *Community living assistance (group homes)* ».

1-3.3- Base juridique, objectifs, grandes dates et évolutions récentes du dispositif d'assurance dépendance

2000 | **Entrée en vigueur de la loi sur l'assurance dépendance (« *Long-Term Care Insurance Act* »).**

2005 | Amendements à cette loi visant à : (i) mettre en place un volet « prévention » (prestations destinées à prévenir l'aggravation du niveau de dépendance des assurés) ; (ii) exclure des prestations les frais de restauration et d'habitation dans les centres de soins de dépendance (avec, en parallèle, la mise en place de prestations complémentaires pour les assurés à faibles revenus).

2011 | Nouveaux amendements destinés à : (i) renforcer la coordination entre les soins médicaux et la dépendance (création d'un service combiné de soins à domicile et infirmier, périodique ou ponctuel) ; (ii) maintenir l'effectif d'aides-soignants (il est alors possible pour les soignants de procéder à l'aspiration des mucosités) ; (iii) contrôler plus strictement les prestataires en matière de droit du travail (afin de prévenir une dégradation des conditions de travail).

2015 | Mise en place d'un système global de soins de proximité et d'un principe d'équité dans le partage des coûts : (i) Diversification des prestations préventives (soins préventifs à domicile et soins préventifs de jour), en les transférant aux services d'aides à la communauté (dispositif d'aide aux personnes handicapées), et renforcement des services d'aides à la communauté tels que la promotion de la coordination en matière de soins médicaux et de dépendance ; (ii) Promotion des soins à domicile (maisons de soins pour personnes âgées devant accueillir prioritairement les individus nécessitant des soins moyens et importants) ; (iii) Augmentation du ticket modérateur à 20 % pour les utilisateurs dépassant un certain niveau de revenu ; (iv) Le niveau des actifs financiers détenus par l'assuré est ajouté aux conditions d'obtention de prestations complémentaires afin de couvrir les frais de restauration et de logement au sein des établissements de soins.

Q1-4. De quelle/s marge/s de manœuvre les échelons territoriaux disposent-ils dans les modalités d'attribution des aides (montant, critères d'attribution plus ou moins élargis, etc.) ?

⁷⁴ La loi sur la protection sociale des handicapés, la loi sur l'aide aux personnes handicapées mentales, l'*Act on Mental Health and Welfare for Persons with Mental Disorders or Disabilities*, et le *Child Welfare Act*.

Les règles de fonctionnement de base des prestations d'autonomie sont fixées par l'État (via le MHLW), tandis que les préfectures, ainsi que les communes qui en font partie, sont responsables de la gestion du système national d'assurance maladie (système à partir duquel les prestations en matière d'autonomie sont versées, hors assurance dépendance). Les préfectures sont responsables de la gestion financière et jouent un rôle central dans le pilotage du système national d'assurance, notamment en garantissant une gestion financière stable et une gestion opérationnelle efficace.

Tableau 1 | Répartition des rôles entre les préfectures et les municipalités dans le système national d'assurance maladie au Japon (source : SER de Tokyo)

	Préfectures	Communes
Gestion financière	- Entité responsable de la gestion financière - Détermination des contributions supportées par chaque commune - Création et gestion du fonds de stabilisation financière⁷⁵	Versement à la préfecture des contributions
Gestion des droits	Promotion de la rationalisation, standardisation et régionalisation	Gestion locale des droits (émission des cartes d'assurés)
Détermination, notification et perception des primes	Calcul et publication des taux standardisés des primes d'assurance (par commune) ⁷⁶	- Calcul de la prime en fonction du ratio standard - Notification et perception des primes
Versement des prestations	- Versement à la commune des coûts totaux de la prestation - Inspection des prestations versées par la commune	- Décision du versement des prestations - Réduction ou exonération du ticket modérateur en fonction des circonstances individuelles
Autres	Conseils et soutien à la commune	Personnalisation de l'offre

En matière d'assurance dépendance, le dispositif est conçu de sorte que les communes soient définies comme assureurs (*Long-Term Care Insurance Act* : « (Insurers) Article 3 (1) *Municipalities and special city wards shall provide Long-Term Care Insurance pursuant to the provisions of this Act* »). Au niveau des préfectures, l'article 5-2 de la LTCIA précise par ailleurs : « *Prefectural governments must provide necessary advice and appropriate support for the healthy and efficient operation of an Insured Long-Term Care Project* ».

⁷⁵ Fonds destiné à accorder des prêts et des subventions aux communes confrontées à un manque de ressources financières dû à l'augmentation des prestations à verser et à des entrées de primes (i.e. taxes) insuffisantes pour les couvrir.

⁷⁶ Le niveau des primes varie en fonction du revenu, de l'âge, de la composition du foyer et de la commune de résidence.

Tableau 2 | Types de mesures liées à la Sécurité sociale et entités en charge de leur mise en œuvre (dont aides aux personnes handicapées et assurance dépendance)
(source : SER de Tokyo)

Entités	Services	Mesures / politique	Obligations vis-à-vis des aides aux personnes handicapées	Obligations vis-à-vis du dispositif d'assurance dépendance
État, dont MHLW Children and Families Agency (lancée en 2023 et placée sous la responsabilité du Cabinet Office)	- Retraites - Assurance publique sur le travail (assurance chômage, assurance accident du travail)	Politique d'emploi	- Établir les lignes directrices de base⁷⁷ - Concevoir le régime - Fixer les standards sur les rémunérations des actes de soins et les normes liées à l'installation des établissements de soins - Déployer les mesures pour garantir (notamment aux collectivités locales) la mise en place de dispositifs permettant de fournir les services d'aides aux personnes handicapées	- Établir les lignes directrices de base⁷⁸ - Concevoir le régime d'assurance dépendance - Fixer les normes pour les frais de soins, les installations et les standards de niveaux de soins - Superviser les prestataires disposant de sites dans au moins deux préfectures différentes
Préfectures	- Associations d'assurance maladie pour les personnes employées (gérées au niveau des entreprises), régies par le <i>Health Insurance Act</i> - Assurance maladie (publique) nationale⁷⁹ (professions libérales, retraités) – uniquement gestion financière du dispositif - Système d'assurance maladie pour les seniors - Assistance publique (partie préfectorale)	Offre de prestations de soins de santé	Les préfectures établissent les plans préfectoraux de protection des personnes handicapées, conformément aux lignes directrices de l'État Ce plan définit les objectifs à atteindre pour garantir le système d'offre de services de protection aux personnes handicapées, de services d'aide à la consultation, et de services d'aide à la vie communautaire. Il fixe également les prévisions en matière de volume de services distribués Ce plan définit aussi le nombre total de places requises dans les établissements d'accueil des personnes handicapées et la mise en œuvre de chaque type de projet d'aide à la vie communautaire	Soutien garanti aux activités d'assurance dépendance (cf. article 118 du <i>Long-Term Care Insurance Act</i>) Estimation du volume des services de soins sur la base des plans communaux Détermination du nombre total de capacités requises annuellement (i.e. nombre d'établissements d'accueil) Organisation des concours, de l'enregistrement et de la formation des aides-soignants

⁷⁷ Act on Providing Comprehensive Support for the Daily Life and Life in Society of Persons with Disabilities (cf infra): "Article 87(1) The Minister of Health, Labour and Welfare is to establish a basic guidelines for the system for the municipal and prefectural government's provision of welfare services for persons with disabilities, consultation support, and community life support services, in order to assure the payment of independent living benefits and the provision of community life support services in an unimpeded manner (hereinafter referred to as "basic guidelines")."

⁷⁸ Long-Term Care Insurance Act: "Article 116(1) The Minister of Health, Labour, and Welfare is to provide basic guidelines for ensuring the efficient implementation of Insurance Benefits pertaining to Long-Term Care Projects Covered by Insurance."

⁷⁹ Ou "National Health Insurance". Le dispositif est régi par la National Health Insurance Act. Le dispositif prévoit (i) au niveau de chaque préfecture, la mise en place des Federation of National Health Insurance Associations qui effectuent des travaux liés à l'assurance maladie nationale et à l'assurance dépendance dans leurs régions respectives et jouent un rôle d'institutions publiques ; (ii) au niveau des communes, celles-ci gèrent le dispositif d'assurance maladie locale.

Annexe IX, Pièce jointe ECI Japon

			Parmi les services de consultations et de conseils, chaque préfecture fixe ceux nécessitant des connaissances et des compétences spécialisées Coordination avec les communes dans la mise en œuvre des services de soins aux personnes handicapées (y compris aides financières) S'assure de garantir le dispositif d'offres, de conseils et de consultations de services aux personnes handicapées	

Communes	- Assurance maladie (publique) nationale (gestion des droits, prestations) - Assurance dépendance - Prestations pour les enfants - Assistance publique (partie locale)	- Aides aux personnes handicapées - Aides à l'enfance - Aides aux personnes âgées	Les communes établissent les plans communaux de protection des personnes handicapées, conformément aux lignes directrices de l'État Ce plan définit les objectifs à atteindre pour garantir le système d'offre de services de protection aux personnes handicapées, de services d'aide à la consultation, et de services d'aide à la vie communautaire. Il fixe également les prévisions en matière de volume de services distribués Mise en œuvre complète et planifiée de la distribution des prestations d'autonomie et de l'offre de services d'aide à la vie communautaire, en coopération avec les organisations compétentes en matière d'emploi et d'éducation, sur la base d'une connaissance des conditions de vie réelles des personnes handicapées Rôle de conseil, d'information et d'enquête Liaison et coordination avec les institutions compétentes pour la prévention des abus à l'encontre des personnes handicapées, ainsi que pour la détection précoce de ceux-ci S'assure de garantir le dispositif d'offres, de conseils et de consultations de services aux personnes handicapées	Commune « assureur » Rédaction du plan d'activité (ensuite déposé en préfecture), comprenant les prévisions de volume des services distribués Gestion du dispositif : - Certification de l'assurance dépendance ; fixation du niveau de cotisation d'assurance pour les assurés dit de 1^{ère} catégorie – cf. <i>infra</i> ; perception des cotisations et versement des primes ; - Désignation et contrôle des prestataires de services ; - Pilotage des activités de prévention de la dépendance

Q1.5. Marges de manœuvre des échelons territoriaux en matière d'offres de prestations pour l'autonomie :

De fortes disparités territoriales dans les modalités d'attribution des aides (critères, montant, volume) sont-elles observées entre les différentes localités ?

Si oui, ces disparités sont-elles poussées par des facteurs d'ordre sociodémographique ou « *discrétionnaires* » ? Quels sont ces cinq principaux facteurs, classés par ordre d'importance ? Existe-t-il des documents juridiques, des instructions ou des circulaires à l'égard des exécutifs ou des administrations locales précisant les modalités d'attribution des aides (actes des conseils locaux, instructions nationales) ?

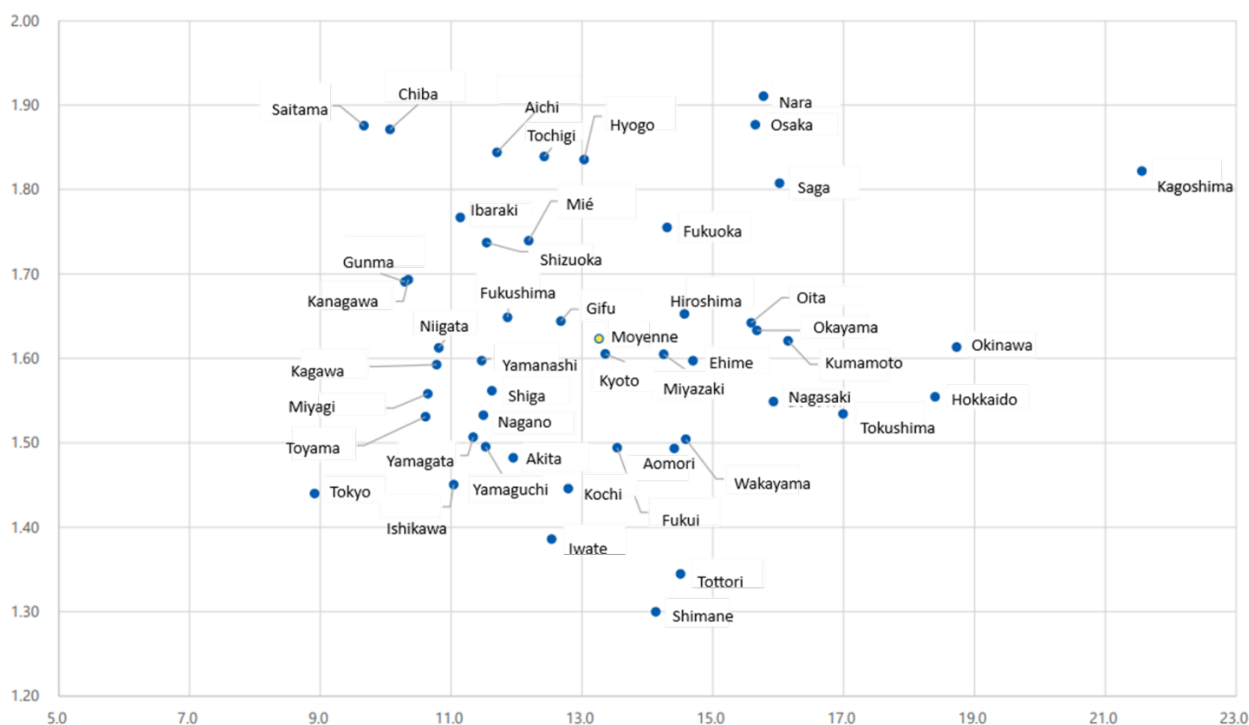
Existe-t-il des représentations cartographiques de ces divergences et/ou des études académiques sur le sujet ?

En dépit de ses recherches, le poste n'a pas pu trouver de données consolidées précisant les disparités territoriales du dispositif d'aides en matière d'autonomie.

S'agissant de **l'aide aux personnes handicapées**, un rapport publié dans le cadre de la réunion du 04/07/2024 du Sous-comité du Conseil de la Sécurité sociale sur l'invalidité (MHLW) présente un graphique qui précise une répartition géographique des utilisateurs des services à destination des personnes handicapées (cf. *infra*).

Par ailleurs, selon un rapport publié le 01/11/2023 auprès du Conseil de la politique économique et fiscale (conseil consultatif auprès du Ministère des Finances japonais – MoF), il est précisé que : « **Si l'on compare le nombre d'utilisateurs par population dans les préfectures, on constate des différences régionales : jusqu'à 2,1 fois plus pour les services destinés aux personnes handicapées, et jusqu'à 3,9 fois plus pour les services destinés aux enfants handicapés. Les différences régionales sont également significatives en ce qui concerne les livrets d'invalidité, puisqu'une comparaison du nombre de nouveaux livrets délivrés par population et par préfecture montre qu'il existe des différences régionales allant jusqu'à 2,4 fois plus pour les livrets d'invalidité physique, 3,1 fois plus pour les livrets pour enfants avec retard mental, et 4,2 fois plus pour les livrets de santé et d'aide sociale en cas d'invalidité mentale** ».

**Graphique 2 | Nombre d'utilisateurs des services d'aides aux personnes handicapées
(en milliers d'habitants ; source : MHLW, 2023)**



Note de lecture :

Abcisses : Utilisateurs pour 1 000 personnes (année 2023)

Ordonnées : Utilisateurs pour 1 000 personnes (année 2023 ; évolution par rapport à 2015, année de référence, = 1)

S'agissant du **dispositif d'assurance dépendance**, les données de l'enquête de 2023 sur le coût réel des prestations de soins de longue durée (période du 01/05/2023 au 01/04/2024 – source : MHLW) permet d'établir le tableau *infra*.

**Tableau 3 | Coût par utilisateur des services au titre de l'assurance dépendance (avril 2024) –
(source : SER de Tokyo)**

	Coût utilisateur	Services de prévention			Services de dépendance			
		Total	Home services	Community-base	Total	Home services	Community-base	Facilities services
Part d'au moins 65 ans ds préfecture	Japon	27 900	22 600	91 200	201 300	123 200	179 500	318 500
32,5%	Hokkaido	26 700	21 200	88 400	194 000	100 100	186 400	313 100
34,3%	Yamagata	30 400	23 500	86 200	207 800	113 200	229 500	305 700
27,2%	Saitama	28 500	23 900	102 000	188 200	120 000	163 800	317 700
22,9%	Tokyo	29 900	25 400	95 900	197 200	133 200	137 500	333 200
25,7%	Kanagawa	27 000	22 100	90 900	195 700	120 000	154 200	327 800
32,8%	Toyama	22 600	17 000	91 300	204 100	109 900	179 900	329 600
25,5%	Aichi	28 900	23 800	99 300	208 800	135 800	184 300	321 400
30,8%	Gifu	24 600	19 000	100 100	20 400	125 900	190 500	305 200
27,7%	Osaka	25 300	20 600	83 700	201 900	141 300	153 800	330 100
32,7%	Tottori	31 600	25 100	82 900	223 100	120 800	213 900	326 700
35,0%	Yamaguchi	25 400	20 200	79 000	201 500	112 800	189 700	312 400
31,1%	Saga	36 900	28 200	142 500	212 900	128 400	217 700	310 700
33,1%	Kagoshima	32 900	26 800	93 900	212 600	105 300	206 600	313 900
23,1%	Okinawa	25 900	21 000	80 600	214 900	155 400	197 300	315 900

Note de lecture :

Figurent en rouge les préfectures disposant de grandes agglomérations.

Figurent en jaune les coûts les moins élevés.

Figurent en vert les coûts les plus élevés.

Le poste n'a pas pu obtenir une analyse officielle de ces disparités régionales. Néanmoins, peuvent être notées en pistes de réflexion :

- Une disparité de l'offre de services dispensés par les collectivités locales (ex. : offre diversifiée dans la préfecture de Kagoshima envers les enfants handicapés), dans un contexte budgétaire contraint pour les communes (notamment concernant le financement de la part supportée par les collectivités locales – cf. question 3 *infra*).
- Le positionnement discrétionnaire des communes : elles décident d'accorder ou non des prestations après avoir déterminé les volumes prévisionnels du montant des services d'aides aux personnes handicapées et ce, en tenant compte notamment du niveau de handicap des personnes concernées présentes dans sa localité. En conséquence, selon le MHLW, chaque commune peut avoir des critères différents dans la décision et le volume des prestations distribuées.
- Des disparités sociodémographiques (i.e. vieillissement de la population).
- Le problème du manque de main-d'œuvre dans le secteur des services aux personnes (absence de prestataires sur certains segments d'activité).

Q1-6. Quels sont les débats publics contemporains autour de la prise en charge du handicap et de la dépendance ? Des risques ont-ils été identifiés à court/moyen/long terme ? Des pistes sont-elles proposées voire mises en œuvre pour y répondre ?

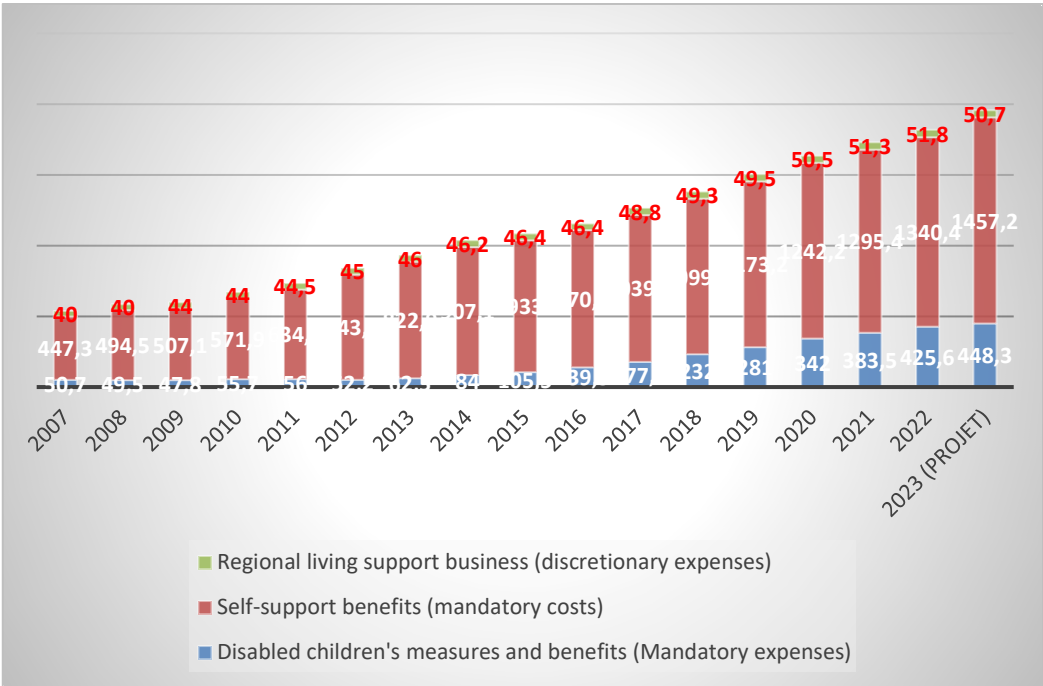
Le budget consacré aux services de soin des personnes handicapées a doublé au cours des dix dernières années au Japon. L'augmentation du nombre d'enfants handicapés a grandement justifié cet accroissement (cf. tableau *infra*). Afin d'assurer la viabilité des services de protection des personnes handicapées, les autorités publiques doivent à la fois contrôler le coût total induit, tout en garantissant la qualité des services dispensés. Parmi les pistes d'amélioration, le gouvernement tente de revoir le niveau de prestations facturées aux prestataires de services.

Concernant l'assurance dépendance, des ajustements triennaux ont été opérés sur les cotisations mensuelles d'assurance (qui financent en principe la moitié du dispositif) :

- Primes mensuelles payées par les personnes âgées de 65 ans et plus (moyenne nationale pondérée) : 2 911 JPY (18 EUR) pour la période 2000-2002 ; 6 225 JPY (38 EUR) pour la période 2024-2026⁸⁰.
- **Le ticket modérateur, qui est en principe de 10 %, a été relevé de 20 % à 30 % en 2018 pour les personnes disposant d'un certain niveau de revenu annuel** (*détail : ticket modérateur à 10 % : personne âgée de 65 ans et plus disposant d'un revenu annuel inférieur à 1,6 Mi JPY (9 900 EUR) ; ticket modérateur à 20 % : montant de la pension de retraites + autres sources de revenus $\geq$ 2,8 Mi JPY (17 300 EUR) pour un foyer composé d'une personne ; ticket modérateur à 30 % : montant de la pension de retraite + autres sources de revenus $\geq$ 3,4 Mi JPY (21 000 EUR) pour un foyer composé d'une personne (ou $\geq$ 4,63 Mi JPY (28 500 JPY) pour un foyer composé d'au moins deux personnes).*
- Pour assurer la viabilité du système d'assurance des soins de longue durée, des mesures ont été prises pour **améliorer l'environnement et accroître les opportunités de travailler jusqu'à 70 ans** ; des mesures visant à accroître l'espérance de vie en bonne santé de 3 ans supplémentaires (i.e. dispositifs de prévention santé pour les personnes âgées de 75 ans et plus) sont également évoquées.
- Le plan de réforme des services sociaux et de santé vise à améliorer l'efficacité des prestations de services d'au moins 5 % (7 % pour les médecins) d'ici 2040, par le biais de la robotique, de l'IA et des TIC (avec notamment une réforme des données de santé).
- Des réflexions sont également engagées quant (i) à une hausse des contributions devant être supportées par les bénéficiaires logés dans des centres spécialisés (notamment concernant les frais de chambre) ; (ii) la révision des prestations envers les bénéficiaires ayant un faible niveau de dépendance ; (iii) la refonte des services de dépendance les plus coûteux ; et (iv) à la révision du niveau de revenus des bénéficiaires pour pouvoir bénéficier des aides au titre du régime d'assurance dépendance.

⁸⁰ Le montant des cotisations mensuelles versées par les assurés n'est pas uniforme et diffère selon les communes (déterminé en fonction des revenus de l'assuré et de la situation fiscale des autres membres du foyer ; en outre, le montant standard des primes varie en fonction de la commune de résidence).

Graphique 3 | Budget du gouvernement japonais
relatif aux services d'aide sociale aux personnes handicapées
(en Mds JPY ; source : MHLW, 2023)



Comparaison de la part prise en charge par les bénéficiaires selon le type de dispositif (source : MoF)

Type de dispositif	Part prise en charge (%)
Maladie	11,5%
Dépendance	7,4%
Services aux enfants handicapés	2,2%
Services aux personnes handicapées	0,2%

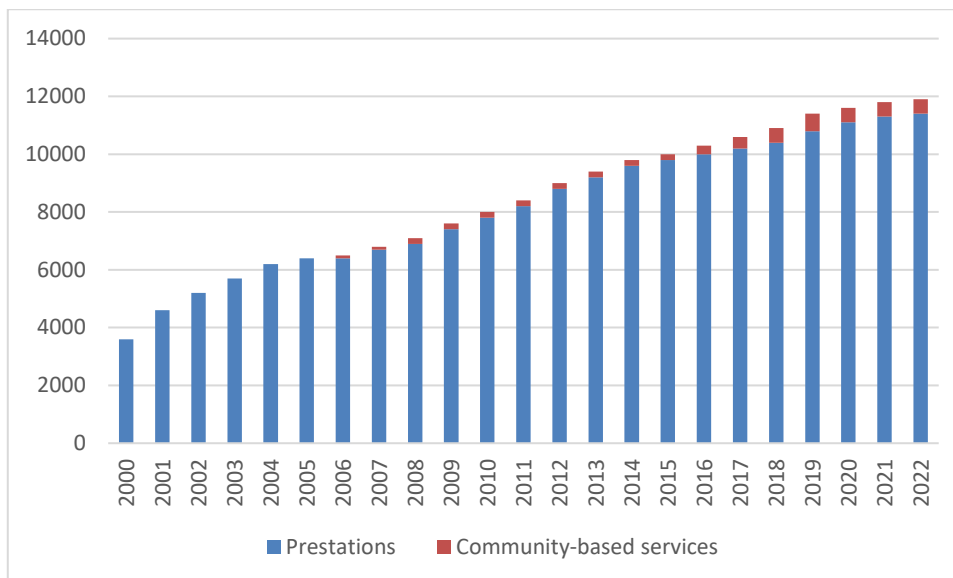
Évolution du nombre d'utilisateurs par tranche d'âge (comparaison mars 2019-mars 2023 - source : MoF)

	mars-19	mars-23	%
Bénéficiaires d'au moins 65 ans	102 000	125 000	22,5%
Bénéficiaires de 18 à 65 ans	754 000	868 000	15,1%
Bénéficiaires de moins de 18 ans	340 000	502 000	47,6%

État de la prise en charge des services d'aide sociale aux personnes handicapées (novembre 2024 – source : MHLW)

nov-24	Coût total Mds JPY (A)	Montant des prestations (B)	Montant pris en charge par le bénéficiaire (C)	ratio de prise en charge (C/A)	Coût par utilisateur (A/nombre réel d'utilisateurs)	Nbre d'utilisateur
Personnes handicapées	268,4	267,6	0,71	0,26%	25 000 JPY	1,075 Mo
Enfants handicapés	76,74	75	1,7	2,22%	13 400 JPY	0,574 mo

**Graphique 4 | Évolution des dépenses au titre du dispositif d'assurance dépendance au Japon
(en Mds JPY ; source : MHLW, 2022)**



Q2/-Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?

Dresser une liste la plus exhaustive possible des dispositifs existants en faveur de l'autonomie et du handicap, en particulier s'agissant des aides personnalisées et de la fiscalité. Typologie par nature, objet, échelon administratif, organisme attributeur, population de bénéficiaires, date de création, volumes financiers, nombre de bénéficiaires, montant annuel moyen par bénéficiaire, conditions d'éligibilité, critères d'attribution, etc.

Offre en service disponible : données relatives à l'accès aux soins en domiciliaire et établissements (places en établissements spécialisés pour 1 000 habitants). Quelle est la part et le montant des aides vers les établissements ? Et vers l'aide à domicile ?

2.1- Personnes handicapées

Les services sont globalement classés en

- (i) « services d'aide sociale aux personnes handicapées », pour lesquels des décisions individuelles sont prises en fonction du degré de handicap de la personne et d'autres éléments à prendre en compte (activités sociales, personnel soignant, logement et autres circonstances), et
- (ii) en « services d'aide à la vie communautaire », qui peuvent être mis en œuvre par les communes, de manière flexible en fonction des circonstances.

Les « services d'aide sociale aux personnes handicapées » sont classés dans la catégorie « *Allocation pour la dépendance* » lorsque le bénéficiaire bénéficie d'une aide aux soins de longue durée, et dans la catégorie « *Allocation pour la formation* » lorsqu'ils bénéficient d'une aide à la formation.

2.1.1- Services d'aide sociale aux personnes handicapées

2.1.1.1. Bénéficiaires :

Annexe IX, Pièce jointe ECI Japon

Personnes âgées de 18 ans et plus souffrant de handicaps physiques, intellectuels et mentaux (y compris souffrant de troubles du développement) ;

Enfants handicapés : enfant âgé de moins de 18 ans souffrant d'un handicap physique, intellectuel ou mental (y compris souffrant de troubles du développement) ;

Patient atteint d'une maladie incurable : maladies désignées par la *LAGPH* (si le degré de handicap est considéré comme induisant d'importantes restrictions à la vie quotidienne et sociale).

Cf. panorama des services présenté dans le tableau *infra*.

Tableau 4 | Panorama des services d'aide sociale aux personnes handicapées au Japon
(source : MHLW, 2025)

		contenu du service	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'opérateurs privés	Coûts (Md JPY)		Coûts mensuels / usager
			Oct 2024	Oct 2024	Coût unitaire	%	Coût mensuel moyen en 2021 (en JPY)
Services sociaux	Services de soins à domicile	Home nursing care (home care)	211 878	22551	226,4	7,1	98028
		Comprehensive nursing care for persons with severe disabilities	13 685	7618	112,9	3,6	799688
		Accompanying support for persons with severe visual impairment	27 567	5721	19,4	0,6	64684
		Activity support	16 351	2320	16,4	0,5	116567
		Comprehensive support for persons with severe disabilities	41	11	0,4	0	971173
	Services de jour	Short Stay	64 636	6533	41,7	7,1	80034
		Medical Care	21 207	259	68,3	2,1	271696
	Services de soutien	Assisted-living care	305 855	12 950	814,3	25,6	229839
		Support facilities	122 364	2526	205,5	6,5	135860
		Independent living assistance	1 211	274	0,3	0	19969
Services de soutien	Services de soutien à domicile	Community living assistance (up homes)	197 097	14090	36,4	1,3	179265*
		Self-Rehabilitation	20 535	1779	28,5	1	129819**
		Employment support for persons with disabilities	37 538	2861	73,3	2,3	171323
		Support for continuous employment	461 401	22612	590,2	18,5	123988***
		Support for job retention	18 114	1671	5,1	0,2	31075
	Conseils	Support for planning	248 069	10515	40	1,3	15638
		Community Transition Support	729	379	0,3	0	38771
		Community-based support	4 546	546	0,4	0	7980
		Counseling and support for children with disabilities	90 314	6876	15,4	0,5	17516
	Dispositifs pour l'enfance	Child development support	188 917	13387	0,9	0	110150
		After school day service	374 278	22416	410,2	12,9	124573
		Support facilities	31 113	2768	13,8	0,5	

* Données ne reprenant que les services de nuit

** Données ne reprenant que les services de réhabilitation physique

*** Uniquement l'emploi ne nécessitant pas la signature de contrats de travail

Lecture : Les personnes qui ont recours à plusieurs services sont comptabilisées pour chacun. Par ailleurs, les prestataires de services peuvent être comptabilisés au sein de plusieurs segments de services qu'ils prennent en charge

Les services des établissements résidentiels peuvent être divisés en services de jour (« services d'activités de jour ») et en services de nuit (« services d'aide à l'hébergement »), permettant de choisir différentes combinaisons de services (avec un cumul des services possible).

2.1.1.2. Procédure d'obtention des droits (cas des prestations handicap) :

Pour bénéficier des prestations handicap, une personne handicapée ou le tuteur d'un enfant handicapé doit déposer une demande auprès de la commune et recevoir sa décision d'octroi.

La commune effectue

- (i) une enquête générale (visite sur place pour évaluer la situation de la personne, des membres de la famille et des aidants, les activités de jour, les questions liées au logement, etc.), et
- (ii) une évaluation de l'état mental et physique de la personne concernée, en 80 points (cf. tableau *infra*).

Étapes du processus d'octroi :

1. Première certification de la classification du niveau d'invalidité est effectuée par la commune⁸¹.
2. Décision du Comité d'examen (qui tient compte de l'avis du médecin et des résultats de la première certification). Ce comité est composé de membres ayant une expérience dans le domaine de la santé et du bien-être des personnes handicapées. Classification du niveau de handicap (du niveau 1 – le moins élevé – au niveau 6 – le plus lourd).
3. Délivrance d'un certificat de classification du niveau de handicap par le Comité d'examen, permettant notamment de préciser le besoin de services.
4. Dépôt d'un « plan d'utilisation des services » par le demandeur ou son tuteur.
5. Décision d'octroi des services par la commune.

La commune prend en charge 90 % du coût de chaque service (ticket modérateur à la charge du bénéficiaire ; le montant restant à sa charge est fixé en fonction de ses revenus).

**Tableau 5 | Évaluation de l'état mental et physique du requérant
(80 points – source : MHLW, 2025)**

1- Mobilité (12 éléments)			
Possibilité de se retourner dans le lit	Se lever du lit	Position assise	Possibilité de se déplacer d'un endroit à un autre
Levée du corps	Maintien de la position debout sur les deux jambes	Se tenir debout sur une jambe	Marche
Déplacement	Habillage et déshabillage	Escarres de lit	Déglutition
2- Soins personnels & vie quotidienne (16 éléments)			
Repas	Hygiène bucco-dentaire	Prise de bains	Uriner
Défécation	Gestion de la santé et de la nutrition	Gestion des médicaments	Gestion de l'argent
Utilisation du téléphone	Prise de décision au quotidien	Prise de conscience de la crise	Cuisine

⁸¹ La certification de la classification est déterminée par (i) une première décision « informatisée » (logiciel de détermination primaire distribué par l'État) qui tient compte des résultats en 80 points et de l'avis du médecin traitant et (ii) une seconde décision du Comité d'examen, sur la base d'une étude de classification réalisée par un expert en certification et de l'avis écrit d'un médecin.

Annexe IX, Pièce jointe ECI Japon

Nettoyage	Blanchisserie	Courses	Utilisation des transports
3- Communication (6 éléments)			
Vue	Audition	Communication	Compréhension d'un propos
Lire et écrire	Hypersensibilité sensorielle et dépression sensorielle		
4- Troubles du comportement (34 éléments)			
Victimisation, rejet	Confabulation	Instabilité émotionnelle	L'inversion des jours et des nuits
Comportement violent	Parler de la même chose	Crier ou faire des bruits étranges	Refus des aides
Déambulation	Agitation	Impossibilité de revenir à la maison	Vouloir sortir seul(e)
Syndrome du collectionneur	Destruction d'objets et de vêtements	Acte immoral	Comportement piscivore
Perte importante de mémoire	Obsession	Hyperactivité et trouble du comportement	Comportement instable
Autodestruction	Comportement nuisible à l'égard d'autrui	Comportement inapproprié	Comportement soudain
Boulimie	État maniaco-dépressif	Comportement répétitif	Anxiété et tensions interpersonnelles
Manque de motivation	Incapacité à parvenir à un accord	Difficultés de concentration	Surestimation de soi
Inadaptation au groupe	Polydipsie		
5- Soins médicaux spéciaux (12 éléments)			
Administration d'une perfusion intraveineuse	Alimentation par voie veineuse centrale	Dialyse	Traitement des stomies
Oxygénothérapie	Appareil respiratoire	Procédure de trachéotomie	Soins infirmiers de la douleur
Alimentation par sonde	Mesure du moniteur	Traitement des escarres	Cathéter

1.2- Services d'aide à la vie communautaire

Les services d'aide à la vie communautaire regroupent les activités assurées par les communes ou les préfectures qui visent à **favoriser l'indépendance des personnes handicapées** (ex. : conseil, aide à la mobilité, acquisition de biens de nécessité quotidienne, sollicitation d'interprètes en langue des signes, soutien aux activités locales, etc.).

La détermination du niveau de handicap n'est pas nécessaire pour pouvoir bénéficier des aides à la vie communautaire et à la formation.

2- Personnes dépendantes

Créée en 2000, l'assurance dépendance est un système d'assurance publique visant à assurer les soins de dépendance, notamment à domicile. Les assurés (i.e. personnes âgées de 65 ans et plus) peuvent, en principe, utiliser ces services sous réserve d'un ticket modérateur de 10 %.

Tableau 6 | Bénéficiaires de l'assurance dépendance (source : MHLW, 2025)

Bénéficiaire	Assuré dit « de première catégorie » I.e. personne âgée de 65 ans et plus	Assuré dit « de seconde catégorie » Personne âgée de 40 à 65 ans, assurée auprès de l'une des caisses d'assurance maladie (gérée par une société privée, un groupe de sociétés, ou par une commune)
Conditions	- Être en situation de « Needing Nursing Care » (NNC) - Être en situation de « Needing Support » (NS)	Octroi limité aux cas où l'état de NNC / de NS est dû à une maladie résultant du vieillissement (i.e. maladie « spécifiée », dont cancer au stade final, arthrite rhumatoïde, démence au début de la vieillesse, paralysie supra-nucléaire progressive, dégénérescence des ganglions et maladie de Parkinson, maladie cérébrovasculaire, etc.)
Règlement des cotisations	En principe ponctionnées sur la pension de retraite	Intégrées dans les cotisations d'assurance maladie

Source : Les catégories « NNC » et « NS » sont un indicateur du niveau de soins/d'assistance requis dans la vie quotidienne. Ce niveau est divisé en 7 sous-niveaux fondés sur la « durée standard requise pour le soin », fixée par le MHLW.

Tableau 7 | Définition des situations de « Needing Support » (NS) et de « Needing Nursing Care » (NNC) – (source : MHLW, 2025)

	« Needing Support » (NS)		Needing Nursing Care » (NNC)	
État du bénéficiaire	- Le bénéficiaire peut, en principe, vivre seul - Nécessite une assistance partielle (ex. : difficulté à nettoyer le logement, impossibilité d'enjamber la baignoire, etc.) - Avec un soutien adéquat, le bénéficiaire pourra éviter d'être considéré en NNC		- Besoin d'un aidant dans tous les aspects de la vie quotidienne - Déclin physique et/ou cognitif avéré	
Services dispensés	Services de soins préventifs		Services de soins	
Niveau de soins	<i>Tâches ne pouvant pas être réalisées en autonomie</i>	<i>Durée standard requise pour les soins</i>	<i>Tâches ne pouvant pas être réalisées en autonomie</i>	<i>Durée standard requise pour les soins</i>

Annexe IX, Pièce jointe ECI Japon

	IS - <i>niveau 1</i> (aide pour les tâches ménagères et le nettoyage)	De 25 min à moins de 32 min	INC - <i>niveau 1</i> (surveillance et assistance pour la toilette)	De 32 min à moins de 50 min
	NS - <i>niveau 2</i> (niveau 1 + besoin d'aide pour se lever et marcher)	De 32 min à moins de 50 min	NNC - <i>niveau 2</i> (difficulté à se lever et à marcher, besoin d'aide pour s'habiller, etc.)	De 50 min à moins de 70 min
			NNC - <i>niveau 3</i> (besoin d'aide pour manger, aller aux toilettes, se laver et s'habiller)	De 70 min à moins de 90 min
			NNC - <i>niveau 4</i> (incapacité totale à effectuer les activités quotidiennes sans assistance, comme manger, aller aux toilettes, se laver et s'habiller)	De 90 min à moins de 110 min
			NNC - <i>niveau 5</i> (incapacité à totale à effectuer les activités quotidiennes sans assistance + difficulté à communiquer et à se lever)	Plus de 110 min

2-1. Système de prestations au titre de l'assurance dépendance

Le dispositif de l'assurance dépendance prévoit :

- Des services de soins à domicile ;
- Des services fournis dans des institutions spécialisées ;
- Des services « communautaires » de proximité.

Depuis 2006, ce dispositif a été enrichi par la mise en place de **services de soins préventifs**, dont l'objectif est de maintenir et d'améliorer la gestion autonome des tâches de la vie quotidienne, afin d'éviter autant que faire se peut que les personnes âgées aient besoin de soins de longue durée, ainsi que la détérioration de leur état de santé.

Annexe IX, Pièce jointe ECI Japon

Tableau 8 | Panorama des services liés à la dépendance au Japon (source : MHLW, 2025)

			Nbre de bénéficiaires	Nbre d'opérateurs privé	Dépenses cumulées (Md JPY)		Dépenses mensuelles / usager
			avr-24	Données de l'année 2023	exercice 2023	%	données approx en l'absence de données officielles
Services de dépendance							
Services used at home	Home care	Home care workers (home helpers) provide nursing care such as bathing, toilet and meals, as well as household chores such as cooking, laundry and cleaning.	1 162 200	38 570	1212	11%	86 904
	Home nursing	Service where nurses provide health checks, medical care and other services under the direction of a doctor	664 500	16 423	378,8	3%	47 504
	Home-visit rehabilitation	This service provides rehabilitation, including physiotherapy and occupational therapy, to maintain and restore mental and physical functions and to support independence in daily life	119 400		56,3	1%	39 294
	in-home healthcare management guidance	Doctors, dentists, pharmacists, nursing staff, dental hygienists or dietitians visit users who have difficulty going to hospital to assess their physical and mental conditions and environment, and provide medical care management and guidance	1 091 100		175,7	2%	13 419
	welfare equipment rental	Rental of welfare equipment (wheelchairs, beds, etc.) for daily living and care.	2 081 200	7 830	380,7	3%	15 244
Services for day trips to facilities	Day care (day service)	Provides assistance with eating and bathing, as well as functional training and oral function improvement services to maintain and improve physical and mental functions on a daily basis	1 184 900	24 577	1317	12%	92 624
	Outpatient rehabilitation (day care)	Service whereby physiotherapists, occupational therapists and others provide rehabilitation in facilities and hospitals to help users maintain and restore their mental and physical functions in order to help them become more independent in their daily lives	414 400	8 124	386,4	3%	77 703
Accommodation services	Short-term residential care (short stay)	Services that provide short-term accommodation in facilities, etc., and support for eating and bathing, as well as support for functional training to maintain and improve physical and mental functions.	296 200	11 905	425,6	4%	119 739
	Short-term nursing care (medical short stay) at Nursing home for the elderly, Hospital or nursing home	This is a service in which persons requiring nursing care who are recuperating at home are temporarily admitted to a facility and receive nursing care, functional training and other necessary medical care under nursing and medical supervision	37 900	4 909	49	0%	107 740
Residential Services	care for residents in specified facilities	Elderly people living in pay homes and other accommodation can access daily living assistance and care services	246 400	5 869	659,38	6%	223 005
Preventive and in-home care support			2 935 800	37 784	535,7	5%	15 206
Community-based services	Periodic and as-needed home care nursing	This service flexibly provides the necessary services 24 hours a day, 365 days a year at the required time, depending on the user's physical and mental condition, such as regular patrols and response to calls at any time.	42 100	1 357	90,8	1%	179 731
	Night-time visiting care		7 200	221	4	0%	46 296
	Community-based day care	A small day service with a capacity of 18 or fewer users.	423 900	19 156	415,8	4%	81 741
	Dementia-oriented day care	A day-care service that provides functional training and recreational activities to maintain and improve physical and mental function so that people with dementia can live as independently as possible in their own homes.	47 100	3 505	75,9	1%	134 289
	Small-scale multifunctional in-home care	This is a service that, according to the user's choice, combines 'commuting' to the facility with short-term 'overnight stays' or 'visits' to the user's home to provide daily living support and functional training.	102 700	5 523	281,3	3%	228 254
	Dementia-oriented communal living care	Services (in a group home) providing specialist care for users with dementia.	216 200	14 262	759,7	7%	292 823
	Community-based specified facility resident care	In order to enable users to lead independent daily lives as far as possible, designated fee-based and light nursing homes for the elderly with a capacity of less than 30 residents provide daily living support such as meals and bathing, as well as functional training.	8 500	368	22,7	0%	222 549
	Community-based long-term care welfare facilities for the elderly residents	In order to enable users to lead as independent a daily life as possible, care homes for the elderly with a capacity of less than 30 residents (special nursing homes for the elderly) accept people who need constant care and provide daily living support such as bathing and eating, functional training and medical care.	64 500	2 517	248,8	2%	321 447
	Complex services (small-scale, multifunctional in-home care for nursing)	'Home nursing' and 'small-scale multifunctional in-home care' services are combined to provide 'walk-in', 'overnight', 'in-home care' and 'home nursing' services.	21 900	994	74	1%	281 583
Facility Services	Nursing homes (for the elderly)	These are living facilities for people certified as requiring long-term care. They are run by social welfare corporations and local authorities.	576 500	8 548	2071,3	19%	299 407
	long-term care health facility	This facility provides not only nursing and nursing care under medical supervision by doctors, but also rehabilitation by occupational therapists and physiotherapists, as well as daily services such as nutritional management, meals and bathing, in order to support the independence of elderly people in need of nursing care and help them return to their homes.	350 400	4 250	1353	12%	321 775
	Skilled Nursing Facility	Facilities that aim to provide persons requiring long-term care, who mainly require long-term medical treatment, with medical management, nursing, care under medical supervision, functional training and other necessary medical care and daily living care in accordance with a facility service plan.	48 000	791	222	2%	385 417

Annexe IX, Pièce jointe ECI Japon

Tableau 9 | Panorama des services de prévention de la dépendance au Japon
(source : MHLW, 2025)

			Nbre de bénéficiaires	Nbre d'opérateurs privé	Dépenses cumulées (Md JPY)		Dépenses mensuelles / usager
			avr-24	2 023	exercice 2023	%	données approx en l'absence de données officielles
Services de prévention à la dépendance							
Services used at home	Preventive home-visit bathing care	For people who have difficulty bathing in their own bathtubs at home, a bathing vehicle equipped with a bathtub visits the user's home, where nursing and care staff provide bathing care	400	1 512	0,177	0%	36 875
	Preventive home care nursing	Services in which nurses visit the user's home to provide health checks, medical care or necessary medical assistance, based on the doctor's instructions.	117 500	15 948	41,8	12%	29 645
	Preventive care home rehabilitation	Specialists such as physiotherapists, occupational therapists and speech therapists visit elderly people in their own homes to provide rehabilitation. Rehabilitation is carried out with the aim of maintaining and restoring physical and mental function and independence in daily life, so that the elderly can live as independently as possible in their own homes.	28 700	8 065	10,5	3%	30 488
	Preventive in-home medical care management guidance	Doctors, dentists, pharmacists, dental hygienists, dietitians, nurses and public health nurses visit elderly people certified as requiring support 1 or 2 (degré de dépendance le plus léger) who are unable to go to hospital, and provide them with medical care management and guidance, including medical equipment and medical conditions, to enable them to live independent daily lives according to their abilities at home as much as possible	77 700		46,3	13%	49 657
	Preventive care equipment rental	handrail, slope, walker for senior, walking cane	669 600	7 702	55,4	16%	6 895
Services for day trips to facilities	Preventive short-term care	Preventive short-term residential care (short stay) is a service that can be used when care cannot be provided at home for a certain period of time due to some circumstances.	8 300	11 345	4	1%	40 161
	Preventive day-care rehabilitation	Rehabilitation-centred services aimed at preventing long-term care, in which patients attend a long-term care health facility for the elderly, a hospital or clinic, or a long-term care medical centre and receive training in the maintenance and recovery of functions and activities of daily living by physiotherapists, occupational therapists, speech therapists and other specialist staff.	185 200	8 065	83	24%	37 347
	Nursing care for residents in specified facilities for care and prevention	This service provides daily living support, such as meals and bathing, and functional training for the purpose of preventing the need for nursing care to those requiring assistance who live in pay nursing homes, light nursing homes and serviced residences for the elderly designated by long-term care insurance.	32 200	5 368	43,14	12%	111 646
	Preventive short-term nursing care (medical short stay) at Nursing home for the elderly, Hospital or nursing home	For the purpose of preventing nursing care, medical care by doctors and nursing staff and care for bathing, toileting, eating, etc. are provided, as well as functional training by physiotherapists and other staff.	800	4 803	0,596	0%	62 083
Support for care and prevention		Community comprehensive support centres set up by municipalities to ensure that persons requiring support at home can make appropriate use of care and prevention services, (i) Care and prevention service plans are prepared, taking into account the physical and mental condition of the person requiring assistance, the environment in which they live, and the wishes of the person requiring assistance and their family, (ii) Liaison and coordination with service providers to ensure the provision of services based on the care and prevention service plan.	838 000	5 331	46,3	13%	4 604
Community-based care and prevention services	Preventive dementia day care	At day service centres for the elderly, care is provided to users with mild dementia who come to the centre for bathing, toilet and meals, consultation on daily life, etc., health checks, functional training (rehabilitation)	800	3 390	0,48	0%	50 000
	Preventive small-scale multifunctional in-home care (short term or other than short-term use)	Services aimed at maintaining and restoring the mental and physical functions of users by providing nursing care such as bathing, toilet and meals, other daily life support and functional training to enable those in need of care to lead independent daily lives in a homelike environment and in interaction with local residents.	11 400	5 107	10,5	3%	76 754
	Nursing-community care preventive dementia care (short term or other than short-term use)	In residences where elderly people with dementia live together, care is provided for bathing, elimination, meals and other daily living needs, as well as functional training. In a homely atmosphere with a small number of residents (5 to 9), the aim is to slow the progression of symptoms and enable them to live as independently as possible.	1 100	13 745	3,4	1%	257 576

Source : Les prestataires de services peuvent être comptabilisés au sein de plusieurs segments de services qu'ils prennent en charge.

2.2- Procédure d'obtention des services liés à la dépendance

La procédure d'obtention des services liés à la dépendance est quasiment similaire à celle mise en place pour l'obtention des aides aux personnes handicapées :

1. Visite préliminaire chez le requérant, avec :
 - a. Une enquête générale : état des services (à domicile et en institution) actuellement reçus, analyse de l'environnement (situation du logement, situation familiale, blessures et maladies, conditions préexistantes, etc.) ;
 - b. Une évaluation de l'état mental et physique de la personne concernée : fonction physique et mobilité, fonction vitale, fonction cognitive, troubles mentaux et du comportement, capacité à vivre en société, etc.
2. Rédaction d'un avis par le médecin traitant, à la demande de la commune.
3. Première et seconde évaluations : la première évaluation/décision est effectuée en entrant les données recueillies dans un logiciel fourni par l'État aux communes, ainsi que les résultats de la visite préliminaire (données issues de l'enquête de générale, notamment) et certains éléments de l'avis rédigé du médecin traitant ; une seconde évaluation/décision est prise par des experts sanitaires, médicaux et sociaux, sur la base de la première décision et de l'avis du médecin traitant.
4. Notification des résultats : le niveau de soins requis est notifié sur la base des résultats de l'évaluation du Conseil d'accréditation⁸² (il s'écoule généralement environ 30 jours entre la demande de certification et la notification du résultat).
5. Dépôt d'un « plan d'utilisation des services » par le demandeur ou son tuteur (pour les personnes évaluées comme « NNC » de niveau 1 à 5) ou un « plan d'utilisation des services pour la prévention de la dépendance » (pour les personnes évaluées « NS » de niveau 1 et 2).

Existe-il un organisme, notamment localement, chargé de l'orientation des bénéficiaires vers une aide plutôt qu'une autre ? Ces aides sont-elles cumulables ou non, différentielles ou non, et sous conditions de ressources ou non (si oui, à quel niveau est prise en compte la situation de l'usager) ?

1- Organismes locaux en charge de l'orientation des bénéficiaires (personnes handicapées)

Il existe au Japon des « centres de consultation et de soutien ». Créées en 2012 par le gouvernement, ces institutions jouent un rôle central dans la consultation et le soutien des structures et des organisations pour les personnes handicapées⁸³. Selon les données datant de mars 2024 fournies par le MHLW, 56 % des communes japonaises ont en mis en place.

Il existe également des « prestataires de conseils et d'assistance », qui proposent notamment les services suivants :

- Services d'aide à la planification, à l'élaboration et à la révision périodique des plans d'utilisation des services ;

⁸² Le Conseil d'accréditation des soins de dépendance est un organisme rattaché à la commune, composé d'experts dans le domaine de la santé, des soins médicaux et du bien-être des personnes nécessitant des soins de longue durée. Plusieurs communes peuvent également mettre en place un conseil commun. Les membres bénéficient du statut de fonctionnaire « spécial non permanent » et sont nommés par le maire. Leur mandat est de 2 ans minimum et 3 ans maximum, limites déterminées par décret communal.

⁸³ (i) Services de conseil et d'assistance aux personnes handicapées et services d'assistance pour l'utilisation du système de tutelle des adultes ; (ii) Services de consultation, de conseil, d'orientation et d'autres formes d'assistance aux personnes engagées dans les activités de soutien à la consultation au sein de la communauté ; (iii) Rôle d'animation de la coopération avec les instances de consultations locales ; (iv) Dispositif prévu dans la LAGPH, dans l'*Intellectual Disability Welfare Act*, et dans l'*Act on Mental Health and Welfare of Persons with Mental Disabilities*.

- Services de conseil et de soutien (à la vie) communautaire ;
- Services de conseil et d'assistance aux personnes handicapées, fournissant des informations sur les services sociaux destinés aux personnes handicapées et une aide à l'utilisation de ceux-ci.

Par ailleurs, il existe deux types de prestataires qui mettent en œuvre ces services : les « prestataires désignés d'aide à la consultation spécifique » et les « prestataires désignés d'aide à la consultation générale ». Selon les données datant de mars 2024 fournies par le MHLW, il existe au Japon 11 846 centres gérés par des prestataires désignés d'aide à la consultation spécifique (18 % d'entre eux sont mandatés par les communes pour fournir les services de conseil et d'assistance aux personnes handicapées) et 3 861 centres gérés par des prestataires désignés d'aide à la consultation générale (39 % d'entre eux sont mandatés par les communes pour fournir des services de conseils et d'assistance aux personnes handicapées).

2- Organisme local en charge de l'orientation des bénéficiaires (assurance dépendance)

Il existe au Japon les « *Community comprehensive support centres* » (CCSC). Selon l'article 115-46 du *Long-Term Care Insurance Act* : « Les centres de soutien communautaire sont **des établissements créés par les municipalités et dotés d'infirmières de santé publique, de travailleurs sociaux, de spécialistes en soins de santé, etc.** Ils ont pour objectif de **soutenir l'amélioration des soins de santé et du bien-être des résidents locaux** en leur apportant l'aide nécessaire au maintien de leur santé physique et mentale et à la stabilité de leur vie ».

2.1. Activités des CCSC :

- Offrir une consultation et un soutien continu et professionnel aux personnes âgées et aux aidants familiaux au sein de la communauté, et les mettre en relation avec divers services de proximité.
- Promouvoir l'utilisation du système de tutelle des adultes et réagir à la maltraitance des personnes âgées.
- Soutenir les personnes ayant besoin d'assistance dans la réalisation d'activités, afin d'assurer les soins et de les aider dans leurs activités quotidiennes.
- Promouvoir le soutien à l'indépendance et la prévention des soins pour les personnes âgées dans la communauté, par le soutien aux spécialistes de l'aide individuelle et la vérification des services de prévention des soins.

Pour une mise en œuvre efficace des activités de soutien, les CCSC coopèrent avec les différentes parties prenantes locales, telles que les prestataires de services de soins, les institutions médicales, les fonctionnaires, les bénévoles, les organisations de soutien à la consultation sur l'autonomie, les services de consultation pour les services de protection sociale des personnes handicapées, et le Bureau préfectoral du Travail.

Selon les données d'avril 2024 fournies par le MHLW, **il existe au moins 1 CCSC par commune (soit un total de 5 451 centres au Japon)**, dont 20 % sont gérés directement par les communes et 80 % gérés par mandat (54 % des CSCC gérés par mandat sont confiés à des *social welfare service corporations*⁸⁴).

Les administrations compétentes disposent-elles d'outil(s) d'aide à la décision pour attribuer les aides ? de grilles de critères ou de référentiels harmonisés ?

⁸⁴ Entité juridique établie en vertu des dispositions de la loi sur la protection sociale, dans le but de fournir des services de protection sociale, avec l'autorisation de l'autorité compétente (par exemple, le gouverneur de la préfecture ou le maire, selon le lieu d'implantation de l'entité juridique).

Il existe au Japon un logiciel d'évaluation du niveau de handicap et de dépendance. Afin de garantir une évaluation objective et impartiale des besoins en services de soins, l'évaluation est réalisée en deux étapes : d'abord, une évaluation initiale informatisée, et ensuite une évaluation secondaire réalisée par des experts.

Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?

Les aides relèvent-elles davantage d'un modèle universel ou individuel (assurance, solidarité familiale) ? Ce modèle est-il centralisé ou décentralisé (en termes de perception de la ressource, de fixation des règles d'attribution, de décision d'attribution et de versement de l'aide) ?

Cf. réponses apportées aux questions *supra*.

Quelles sont les sources de financement des différentes aides (fiscalité locale, fiscalité affectée, prélèvements sociaux, capitalisation, etc.) ?

Comment sont pris en compte les ressources issues de la capitalisation dans le calcul des aides participant de la solidarité nationale ?

Qui assure le financement de ces dispositifs ? Comment ce dernier se décompose-t-il ? Quel acteur/échelon assure l'affectation des ressources ? Quel acteur est chargé de suivre/piloter la dépense ?

Q3.1- Financement des dispositifs

En principe, les sources de financement tant pour le dispositif d'aides aux personnes handicapées que pour l'assurance dépendance se répartissent comme suit (cf. graphique *infra*).

Graphique 5 | Aperçu général des ressources de financement du système de Sécurité sociale
(source : MHLW, 2022)

Assistance sociale	Etat central 3/4			collectivités 1/4	
Prestations pour enfants	Etat central 54,9%			préfectures 13,7%	communes 13,7% employeur 17,6%
Services pour l'enfance et personnes handicapées	Etat central 1/2		Préfectures 1/4		Communes 1/4
Régime de pension de base	Etat central 1/2		Primes 1/2		
National Health Insurance	Etat central 41/100		Préfectures 9/100	Primes 1/2	
Système de santé pour personnes âgées	Etat central 1/3	Préfectures 1/12	Communes 1/12	Primes 1/2	
Assurance dépendance	Etat central 1/4	Préfectures 1/8	Communes 1/8	Primes 1/2	
Prestations d'assurance chômage	Etat central 1/4	Primes 3/4 (contribution égale employeurs - employés)			
Japan Health Insurance Association	Etat 16,4%	Primes 83,6% (contribution égale employeurs - employés)			
Mutuelles de santé des entreprises	Primes 100% (contribution égale employeurs - employés)				
Régime de pension des mutuelles des fonctionnaires	Primes 100% (contribution égale employeurs - employés)				
Régime de pension obligatoire des salariés	Primes 100% (contribution égale employeurs - employés)				

Q3.1.2- Aides aux personnes handicapées

Les communes et les préfectures assument chacune 25 % et l'État 50 % du financement de l'aide sociale aux personnes handicapées. En principe, un ticket modérateur de l'ordre de 10 % est facturé au bénéficiaire. Cependant, la contribution mensuelle des bénéficiaires est plafonnée en fonction de leur revenu (cf. tableau *infra*)⁸⁵.

Catégorie	Statut des revenus du ménage	Contribution mensuelle maximale (en JPY)
Bénéficiaire de l'assistance publique (dernier filet de sécurité)	Foyers bénéficiaires de l'assistance publique	0
Assuré à faibles revenus	Foyers non-imposables au titre de la taxe locale	0
Assuré de catégorie 1	Foyers imposables au titre de la taxe locale (montant de la taxe inférieur à 160 000 JPY ⁸⁶ , soit 1 070 EUR) ⁸⁷	9 300 (soit 62 EUR)
Assuré de catégorie 2	Autres foyers	37 200 (soit 248 EUR)

Q3.1.3- Assurance dépendance

L'assurance dépendance est financée à hauteur de 50 % par les cotisations des assurés (en détail, à hauteur de 23 % pour les assurés dits de première catégorie – cf. question 2 *supra* – et 27 % pour les assurés de seconde catégorie), à 25 % par l'État, à 12,5 % par les préfectures et à 12,5 % par les communes.

Le ticket modérateur varie entre 10 %, 20 % et 30 % en fonction du revenu annuel de l'assuré de première catégorie (cf. question 1 *supra*). Outre le ticket modérateur, les assurés faisant appel aux services d'hébergement dans des centres de soins prévus par le *Long-Term Care Insurance Act*, ainsi que les frais de logement, d'alimentation et de vie quotidienne, doivent être pris en charge par l'assuré.

Les préfectures sont tenues de mettre en place un fonds de stabilisation fiscale dans le but de stabiliser les finances du dispositif d'assurance dépendance, en accordant des subventions et des prêts aux communes déficitaires (i) en cas de détérioration du ratio de recouvrement des cotisations à percevoir, et (ii) en cas d'augmentation imprévue des prestations (dispositif financé à hauteur d'un tiers par l'État, les préfectures et les communes).

Comment le patrimoine des personnes âgées ou handicapées est-il pris en compte dans l'attribution des aides (obligation alimentaire pour les descendants, remboursement, intervention lors des successions) ?

Les assurés faisant appel aux services d'hébergement dans des centres de soins prévus par le *Long-Term Care Insurance Act*, ainsi que les frais de logement, d'alimentation et de vie quotidienne doivent être pris en charge par l'assuré. Les usagers peuvent bénéficier des mesures de plafonnement journalier sous conditions de revenus et au regard de leur patrimoine d'actifs financiers (i.e. encours des dépôts et des titres).

⁸⁵ D'autres dispositifs viennent réduire les contributions financières des utilisateurs. Notamment, les usagers résidant dans des institutions pour personnes handicapées, les usagers faisant appel à des services coûteux, et les aides spécifiques pour subvenir aux frais d'alimentation pour les usagers d'établissements « *day care* ».

⁸⁶ I.e. les foyers dont les revenus annuels sont inférieurs à 6,7 Mi JPY (soit 44 700 EUR).

⁸⁷ Hors bénéficiaires d'établissements de soins (d'au moins 20 ans) et de foyers d'accueil collectif.

Le principal financeur dispose-t-il d'outils de suivi, de simulation et d'évaluation de la dépense ?

Les autorités locales font une estimation du volume des services pour chacune des périodes de planification triennale en matière d'assurance dépendance. L'État agrège ces estimations et les publie en estimations nationales.

Le principal financeur dispose-t-il d'outils de modélisation et de scénario de la dépense future, notamment dans un contexte de vieillissement démographique ?

De quelles données disposent les administrations concernées pour suivre l'efficience et l'efficacité de cette politique publique ?

En dépit de ses recherches, le poste ne dispose pas de données permettant de répondre à ces deux questions (informations non partagées par le MHLW suite à notre demande).

Q4/-Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ?

Quelle est la nature de ces aides (financières, relatives à l'offre de soins, en services) ? Leur montant ? Leur volume ? Le nombre de leurs bénéficiaires ?

Comment interagissent-elles avec le socle de référence ?

Existe-t-il des dispositifs locaux de soutien aux solidarités associatives ou familiales, notamment aux aidants (aides « *in-kind* ») ? Quelle place occupent ces solidarités dans le paysage général de cette politique publique ?

Des interactions et/ou rétroactions entre la politique locale d'aides sociales et les comportements des bénéficiaires (mobilité résidentielle, demande d'ouverture de droits) ont-elles été observées et documentées ?

Cf. réponses apportées aux questions *supra*, les collectivités locales étant les principaux acteurs des dispositifs de soutien aux personnes handicapées et dépendantes.

Q5/-Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?

Existe-t-il un processus, un acteur ou un outil permettant suivre le versement de ces aides sociales et de détecter les fraudes à ces types d'aides (contre-expertise médicale lors de l'attribution, croisement des bases de données, etc.) ?

Quel est le pourcentage ou les volumes de fraude estimés ?

Qu'est-il mis en œuvre pour lutter contre le non-recours (croisement des données, mission des travailleurs sociaux locaux, etc.) ? Quels sont les retours sur ces initiatives ?

Quels sont les volumes de non-recours estimés à date ?

En dépit de ses recherches, le poste ne dispose pas de données permettant de répondre à ces deux questions (informations non partagées par le MHLW suite à notre demande). Néanmoins, quelques précisions peuvent être apportées.

5.1- Dispositifs pour les personnes handicapées

Le MHLW précise que des conseils et des audits sont effectués auprès des prestataires de services sociaux désignés pour les personnes handicapées sur la base de la *LAGPH*, mais qu'il n'existe pas de mécanisme applicable pour les audits et concernant les fraudes effectuées par les utilisateurs des services sociaux pour les personnes handicapées.

Par une directive du MHLW, **il est demandé aux collectivités locales d'effectuer un contrôle sur place pour chaque prestataire au moins une fois tous les 3 ans**. Selon les données du Ministère des Finances japonais, **seuls 10 % des prestataires de services de soins aux personnes handicapées avaient été contrôlés en 2021** (notamment par manque de moyens). En 2019, le gouvernement métropolitain de Tokyo (TMG) n'avait effectué que 53 contrôles sur place sur les 811 établissements concernés. Dans le cas d'un opérateur sanctionné administrativement pour avoir frauduleusement réclamé un total d'environ 300 Mi JPY (environ 2 Mi EUR – en augmentant artificiellement le nombre de ses employés), le TMG n'avait effectué aucun contrôle sur place chez lui en 6 ans.

5.2- Dispositifs au titre de l'assurance dépendance

Selon les données datant de 2022 fournies par le MHLW, les collectivités locales japonaises ont entrepris 39 145 contrôles (essentiellement sur pièces). 1 335 contrôles ont abouti à 775 mesures administratives, dont 86 cas de suppression des autorisations (22 cas de facturation abusive). En 2022, le montant des prestations à restituer qui a été exigé par les collectivités auprès des prestataires s'est élevé à 380 Mi JPY (environ 2,5 Mi EUR – soit moins de 0,001 % des dépenses engagées au titre de l'assurance dépendance au Japon).

Pays-Bas

Contribution reçue le 27 mars 2025.

Affaire suivie par : E. Brousse, T. Magne-Booij, étude revue par : J. Bouvry

Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?

Description du fonctionnement et de l'architecture de la politique publique en faveur du handicap et de l'autonomie : acteurs, compétences, subsidiarité, base juridique, objectifs, grandes dates et évolutions récentes.

1.1.1. Les acteurs principaux

- **Le gouvernement national (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports - VWS) :** Le gouvernement central définit la politique nationale et établit les principes directeurs. Il est responsable de la coordination générale des politiques en matière de santé et d'autonomie, ainsi que de l'élaboration de la législation.
- **Les municipalités :** En raison du système décentralisé, ce sont les municipalités qui jouent un rôle central dans la mise en œuvre des politiques publiques. Elles sont responsables des services sociaux, du soutien à l'autonomie des personnes handicapées, ainsi que des dispositifs de soins et d'accompagnement.
- **L'Institut de mise en œuvre des assurances pour les employés (UWV - Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) :** L'UWV est un organisme qui accompagne les municipalités dans la mise en œuvre des politiques publiques en faveur du handicap et de l'autonomie, en traitant les demandes d'aides, en évaluant le degré d'incapacité de travail des bénéficiaires et en distribuant les aides.
- **La banque d'assurances sociales (SVB) :** La SVB est responsable de l'administration et du paiement de certaines prestations de sécurité sociale aux citoyens néerlandais, comme la pension de vieillesse (AOW).
- **Les assurances sociales et santé (Zorgverzekeraars) :** Les assurances sociales gèrent les prestations et les aides financières, notamment par le biais des assurances maladie et des assurances invalidité.
- **Les organisations non gouvernementales et de défense des droits :** De nombreuses organisations (comme le Fonds pour le Handicap, HandicapNL, etc.) soutiennent les politiques en place, œuvrent à la sensibilisation et à la défense des droits des personnes handicapées.

La base juridique

Le cadre juridique de la politique en faveur du handicap et de l'autonomie repose sur plusieurs lois et règlements, dont les deux plus importantes sont :

- **La Loi sur le soutien social ([WMO](#) - Wet maatschappelijke ondersteuning) :** C'est la loi clé qui établit les responsabilités des municipalités concernant l'assistance aux personnes handicapées, notamment l'accès aux soins à domicile, à la réadaptation et à l'intégration sociale.

- **La Loi sur l'intégration sociale ([Participatiewet](#))** : Elle vise à favoriser l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail en garantissant des aides à l'emploi et à l'insertion professionnelle. Elle fournit un filet de sécurité aux personnes sans revenu et les encourage à participer activement au marché du travail. Cette loi impose des obligations claires aux bénéficiaires de l'aide sociale et se concentre sur des groupes cibles, dont les bénéficiaires de la **Wajong** (cf infra).

Ces deux lois sont complétées par :

- **La Loi sur l'Assurance soins de longue durée ([WLZ](#) - *Wet langdurige zorg*)** : Cette loi régit les soins de longue durée, y compris pour les personnes handicapées graves ou âgées nécessitant des soins constants. Les enfants et les jeunes peuvent également recevoir des soins de longue durée s'ils remplissent les conditions.
- **La Loi sur l'Assurance santé (*ZVW - Zorgverzekeringswet*)** : Cette loi néerlandaise régit l'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents des Pays-Bas. Elle garantit que chaque personne ait accès aux soins médicaux nécessaires en assurant la couverture des coûts des soins de santé par le biais d'une assurance de base.
- **La Loi sur la couverture maladie (*ZVW*)** : Il s'agit de la loi établissant une couverture maladie obligatoire pour tous ceux qui résident ou travaillent aux Pays-Bas.
- **La Loi sur la jeunesse** : Elle régit les services de soutien et de soins pour les jeunes. Mise en place pour garantir que tous les jeunes, en particulier ceux ayant des besoins spécifiques en matière de santé mentale, de bien-être ou de développement, reçoivent un accompagnement adapté et approprié.
- **La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées** : Les Pays-Bas ont ratifié cette convention, ce qui a influencé la législation nationale en matière de droits des personnes handicapées.
- **La Loi sur les compléments (*Toeslagenwet*)** : Il s'agit d'une loi néerlandaise mise en œuvre par l'UWV. Le complément, basé sur cette loi, complète le revenu des bénéficiaires d'une prestation jusqu'au niveau du minimum social.

1.1.2. Les compétences et la subsidiarité

La politique publique en faveur du handicap et de l'autonomie aux Pays-Bas repose sur le principe de subsidiarité. Les responsabilités et les tâches sont ainsi attribuées au niveau le plus bas possible, c'est-à-dire aux municipalités, sauf lorsqu'une intervention nationale est nécessaire. En conséquence, trois niveaux sont principalement responsables de la politique en faveur du handicap et de l'autonomie aux Pays-Bas :

- **Les municipalités.**

Les Pays-Bas comptent 342 municipalités. Les municipalités sont responsables notamment de la [loi sur l'aide sociale](#) et de la [loi sur la participation](#).

En vertu de la loi sur le soutien social (*WMO*), les municipalités sont compétentes en matière d'accompagnement social (art. 2). **Le conseil municipal adopte périodiquement un plan qui détermine la politique à mener en matière d'accompagnement social.** Cela concerne l'accompagnement des personnes handicapées, des personnes âgées et la cohésion sociale. La loi sur le soutien social (*WMO*) définit un cadre général qui guide la politique menée par les municipalités et qui doit être inclus dans les plans d'accompagnement social des municipalités.

Cela inclut notamment la définition des installations « générales » (accessibles sans demande spécifique) et « sur-mesure » (nécessitant une démarche spécifique auprès de la commune) pour soutenir l'autonomie et la participation des résidents de la municipalité. Le terme « installations » renvoie ici à un ensemble de services matériels et immatériels destinés à garantir l'accompagnement des groupes ciblés, comme les soins à domicile, l'aide de bénévoles ou encore l'inclusion des personnes handicapées dans la vie de la commune. Les plans doivent également définir la nature de la coopération avec les assurances maladie et les prestataires de soins. Les municipalités disposent ainsi d'une grande marge de manœuvre dans la définition de leur politique sociale, notamment en ce qui concerne les services proposés. Le plan de la municipalité doit également être en conformité avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

En vertu de la loi sur l'intégration sociale, les municipalités sont également **responsables des mesures à prendre pour les personnes handicapées qui travaillent ou qui sont dans l'incapacité de travailler**. La loi sur la participation donne aux municipalités un certain nombre d'instruments pour garantir que les personnes handicapées puissent s'intégrer sur le marché du travail. Les plus importants sont la subvention salariale, le travail protégé et les dispositifs d'accompagnement pour la formation. Dans ce cadre, les municipalités définissent les critères d'éligibilité aux aides versées par l'UWV (cf. infra) et aux services fournis.

Il convient de noter qu'un *Werkbedrijf* régional a été créé dans chaque région. Il s'agit d'une organisation régionale chargée de coordonner et de faciliter l'accès à l'emploi pour les personnes en difficulté d'insertion professionnelle, comme les chômeurs de longue durée, les personnes handicapées et d'autres groupes vulnérables. Le terme *Werkbedrijf* peut être traduit par « agence de l'emploi », mais son objectif principal est de relier les demandeurs d'emploi aux entreprises locales et de soutenir les personnes dans leur parcours vers l'autonomie professionnelle. Les *Werkbedrijf* sont également impliqués dans l'intégration des personnes handicapées dans le milieu de travail. Ils offrent des services de formation, de réadaptation et de placement pour aider les personnes en situation de handicap à trouver des opportunités professionnelles.

- **L'UWV**

L'UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) est l'agence néerlandaise en charge de l'assurance des employés. Elle joue un rôle central dans le versement de nombreuses aides sociales destinées aux personnes handicapées, notamment :

- **Le Wajong** (allocation pour les jeunes handicapés) : L'UWV verse cette aide mensuelle aux jeunes adultes dont la capacité de travail est réduite ou inexistante en raison d'un handicap.
- **La WIA** (Loi sur le travail et les revenus en fonction de la capacité de travail) : L'UWV verse des prestations d'invalidité aux personnes partiellement ou totalement incapables de travailler en raison d'un handicap, notamment dans le cadre de la WGA (pour les personnes partiellement incapables de travailler) et de l'IVA (pour les personnes totalement incapables de travailler).
- **Les aides à l'emploi et les aménagements de poste** : L'UWV finance les aménagements de travail nécessaires pour permettre aux personnes handicapées d'exercer leur emploi, ainsi que des services d'accompagnement, tels que des coachs de travail ou des interprètes en langue des signes.

L'UWV soutient également les municipalités dans l'évaluation des incapacités de travail.

Le gouvernement central.

Le gouvernement central intervient principalement pour réguler, fixer les grandes lignes de la politique et fournir un cadre juridique et financier.

L'État reste néanmoins responsable de la mise en œuvre du pilier I de la pension de retraite. La loi générale sur les pensions de vieillesse (AOW), qui régit la pension de retraite collective obligatoire aux Pays-Bas (base générale des pensions de retraite néerlandaises), relève de la compétence de l'État. L'État est également compétent pour l'IAO (complément supplémentaire pour les personnes âgées). C'est la banque d'assurances sociales (SVB) qui verse ces deux aides.

À titre d'exemple, pour illustrer la répartition des compétences sur une aide sociale, l'aide Wajong implique l'intervention de l'État central, des municipalités et de l'UWV. Le Wajong est une aide destinée aux personnes devenues handicapées ou ayant contracté une maladie chronique avant 18 ans ou pendant leurs études. En raison de cette maladie ou de ce handicap, elles ont une incapacité professionnelle à un jeune âge. Les critères ainsi que le montant de cette aide sont définis au niveau national tous les cinq ans. L'UWV définit le niveau d'incapacité de travail et distribue l'aide. Les municipalités ont la compétence sur les aspects entourant cette aide.

Tout d'abord, elles mettent en place des politiques spécifiques pour garantir l'accès à des services dédiés aux personnes handicapées et favoriser leur intégration dans la société. Par ailleurs, les municipalités sont chargées d'accompagner [les personnes handicapées qui ne remplissent pas \(ou plus\) les conditions requises pour obtenir le Wajong](#). Les municipalités reçoivent un budget pour aider les jeunes personnes handicapées ayant une capacité de travail à les intégrer sur le marché du travail. Elles disposent d'une certaine liberté dans la mise en œuvre de cette politique, tant que les objectifs d'inclusion sociale et professionnelle sont atteints.

1.1.3. Les objectifs de la politique

Les principaux objectifs de la politique publique en faveur du handicap et de l'autonomie aux Pays-Bas sont régis par les différentes lois citées précédemment.

- **Favoriser l'autonomie** : Offrir aux personnes handicapées les moyens de vivre de manière autonome et indépendante, avec des soutiens adaptés à leurs besoins.
- **L'inclusion sociale** : Promouvoir l'intégration des personnes handicapées dans la société, notamment dans les domaines de l'emploi, de l'éducation et de la participation culturelle.
- **L'accès aux soins** : Garantir l'accès à des soins de qualité pour les personnes handicapées, en particulier pour celles ayant des besoins de soins de longue durée.
- **L'égalité des droits** : Veiller à ce que les personnes handicapées bénéficient des mêmes droits que les autres citoyens, en luttant contre la discrimination.

1.1.4. Les grandes dates et évolutions récentes

1990 : La ratification de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.

2005 : Remplacement de la loi sur l'assurance invalidité (WOA) par la loi sur le travail et le revenu (WIA)

2007 : Mise en place de la **WLZ** (Loi sur l'Assurance Soins Long Terme), qui définit les prestations de soins de longue durée pour les personnes handicapées graves et les personnes âgées.

2015 : décentralisation des compétences en matière d'aides sociales :

- **Réforme majeure avec la WMO** (Loi sur le soutien social) : Cette réforme transfère davantage de responsabilités aux municipalités en matière de soutien aux personnes handicapées. Les municipalités doivent fournir des services comme les soins à domicile et la réadaptation, en fonction des besoins individuels des personnes.
- **Introduction de la *Participatiewet*** (Loi sur l'intégration sociale ou la participation) : Cette loi vise à améliorer l'accès à l'emploi pour les personnes handicapées en facilitant leur insertion sur le marché du travail. Son objectif est d'orienter le plus grand nombre possible de personnes vers l'emploi.

Il est important de noter que cette décentralisation, accompagnée d'un transfert de fonds de 10,2 milliards d'euros pour les communes en 2015, s'est également traduite par une réduction de la dotation de 2,8 milliards d'euros à partir de 2017. Cette réduction est justifiée par des économies d'efficience. Le ministère des Affaires sociales et de l'Emploi calcule à l'avance le budget total nécessaire pour le paiement de l'ensemble des prestations d'aide sociale, et ce budget est ensuite réparti entre les communes (cf. infra).

Une révision de la loi sur la participation est en cours. La révision se fait en trois volets interdépendants et en coopération avec les municipalités et d'autres parties prenantes. Elle vise à : 1) prendre des mesures pour remédier aux difficultés (cf. infra) par le biais du projet de loi sur l'équilibre de la loi sur la participation, 2) travailler à une révision générale et profonde de la loi afin de modifier sa culture, et 3) renforcer l'accès à l'information pour les professionnels chargés de la mise en œuvre de la loi. Le volet 1, comprenant plus de 20 mesures, a été présenté à la Chambre basse le 27 juin 2024, et la Chambre a approuvé ces révisions. La révision de la loi sur la participation (volet 2) se poursuivra en 2025. Dans le cadre du volet 3, des efforts seront déployés en collaboration avec les municipalités et d'autres parties prenantes pour renforcer la coopération entre celles-ci dans le cadre de la législation actuelle.

De quelle/s marge/s de manœuvre les échelons territoriaux disposent-ils dans les modalités d'attribution des aides (montant, critères d'attribution plus ou moins élargis, etc.) ?

Depuis les mesures de décentralisation de 2015, les municipalités disposent d'une marge de manœuvre importante concernant certains aspects des aides sociales relatives à l'autonomie et au handicap.

Bien que les grandes lignes des prestations et des critères d'éligibilité soient définies par les lois nationales, les municipalités ont la possibilité d'élargir les critères d'attribution et d'adapter les montants des aides sur certains programmes.

Cela est particulièrement vrai dans le cadre de la **loi sur le soutien social (WMO)**. Bien que cette loi fixe des principes généraux, les municipalités peuvent ajuster les critères d'éligibilité en fonction des besoins spécifiques de leurs habitants. Par exemple, elles peuvent définir la nature et l'étendue des services à fournir, tels que l'aide à domicile, la réadaptation ou les aménagements de logement. Elles ont également la possibilité de préciser plus en détail les groupes cibles bénéficiaires de ces aides. Cette marge de manœuvre s'étend également à la politique de **revenu minimum** induite par la WMO. Un [rapport du syndicat FNV](#) souligne d'ailleurs que, sur la base de l'étude de plus de soixante-deux communes, des différences importantes existent, tant dans les montants attribués dans le cadre de la politique de revenu minimum que dans la prestation de services.

La **loi sur la participation** laisse également une grande flexibilité aux municipalités. Elles peuvent, par exemple, proposer des aides supplémentaires pour le transport, l'équipement ou les aménagements nécessaires afin de favoriser l'intégration des personnes handicapées dans la société et sur le marché du travail. Par ailleurs, concernant l'aide **Wajong**, les municipalités ont pour [mission d'accompagner les jeunes handicapés qui ne remplissent plus \(ou n'ont jamais rempli\)](#) les critères d'attribution de cette aide dans leur transition vers le marché du travail, en leur offrant des soutiens spécifiques à l'insertion professionnelle.

[De fortes disparités territoriales dans les modalités d'attribution des aides \(critères, montant, volume\) sont-elles observées entre les différentes localités ?](#)

De fortes disparités territoriales existent, le processus de décentralisation opéré en 2015 ayant renforcé les inégalités dans les modalités d'attribution des aides. En complément des informations fournis précédemment relatifs aux disparités territoriales concernant les modalités d'attribution des aides (critères, montant), nous prenons ici deux exemples :

Par exemple, un rapport de l'organisme de comparaison des institutions de santé **Independer** a notamment produit des données sur les disparités dans le versement de l'indemnité de prime d'assurance maladie. Ce dispositif, mis en place en 2015 dans le cadre de la **loi sur le soutien social**, constitue une compensation financière pour les personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques pour leurs frais de santé, car elles encourent souvent des coûts de soins de santé élevés. Ce rapport révèle d'importantes différences dans le montant de cette compensation. Par exemple, le montant maximal de cette aide est de 80 euros par an à Maastricht, contre 125 euros à La Haye. De plus, le rapport d'Independer fait état du développement différencié des stratégies de communication sur les aides destinées aux personnes handicapées. Sur le site web de certaines municipalités, il est difficile d'obtenir des informations sur les montants des aides, ou ces montants ne sont tout simplement pas indiqués.

En outre, lors de l'examen du rapport des Pays-Bas auprès du Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies, une experte membre du Comité a souligné les écarts entre les dispositions légales et la mise en œuvre effective des droits des personnes handicapées au niveau municipal. Le Comité a ainsi attiré l'attention sur le fait que les personnes handicapées ne bénéficient pas des mêmes services selon les municipalités où elles résident. Il a plaidé pour une harmonisation des prestations et pour que les lois néerlandaises, y compris au niveau municipal, soient pleinement conformes aux exigences de la **Convention relative aux droits des personnes handicapées**.

[Si oui, ces disparités sont-elles poussées par des facteurs d'ordre sociodémographique ou « discrétionnaires » ? Quels sont ces cinq principaux facteurs, classés par ordre d'importance ? Existe-t-il des documents juridiques, des instructions ou des circulaires à l'égard des exécutifs ou des administrations locales précisant les modalités d'attribution des aides \(actes des conseils locaux, instructions nationales\) ?](#)

Il existe trois facteurs explicatifs principaux à ces disparités :

(1) **Le principe de décentralisation des affaires sociales.** Cette décentralisation implique non seulement des divergences en matière d'aides disponibles, de montant, de critères d'attribution mais également en matière de communication sur les aides disponibles.

(2) L'inadéquation entre les compétences et moyens des communes issue du processus de décentralisation. Les municipalités dénoncent en effet une inadéquation générale entre leurs moyens et leurs compétences, ce qui freineraient leurs capacités d'actions en matière sociale. Ainsi, si les communes sont en théorie libres de disposer des recettes hors financements spécifiques, selon le [Conseil pour l'administration publique](#) (ROB) leur autonomie effective est fortement limitée par l'encadrement des lois et politiques nationales du domaine social. Les dépenses structurelles des collectivités doivent par ailleurs être couvertes par les recettes structurelles, ce qui réduit également leur autonomie financière. Les collectivités locales néerlandaises jugent les transferts de l'État insuffisants et relativement non prévisibles. À noter que l'effet conjugué d'une révision de la méthodologie d'indexation de la dotation des fonds pour les collectivités locales et d'une nouvelle baisse des dotations attribuées au titre de « synergies d'échelle » conduit les communes à anticiper une « année ravin » en 2026, avec une baisse de 3 Md€ prévue dans leurs budgets.

(3) Une politique de « champions nationaux » qui a entraîné des disparités au sein des capacités de financement des municipalités. Les gouvernements successifs des Pays-Bas ont depuis les années 1980 mené une politique consistant à investir dans les « champions » nationaux (secteurs économiques prioritaires - *topsectorenbeleid*) pour renforcer la compétitivité de l'économie, ce qui s'est traduit par des flux financiers davantage orientés vers la zone du Randstad (conurbation réunissant Amsterdam, Rotterdam, La Haye et Utrecht). Dans la pratique, en raison de la localisation géographique des « top secteurs », les financements publics se sont concentrés dans les zones urbaines et en particulier le Randstad. Cela a donné lieu à certains déséquilibres économiques et sociaux, ce qui se reflète notamment dans la concentration des services dans certaines zones mieux dotées. Ce phénomène a des conséquences sur les moyens à disposition des différentes municipalités pour mettre en œuvre une politique sociale.

Existe-t-il des représentations cartographiques de ces divergences et/ou des études académiques sur le sujet ?

Plusieurs rapports à ce sujet ont été réalisés, notamment :

- Un rapport de [l'Institut national d'information budgétaire \(NIBUD\)](#) - novembre 2024 : Le Nibud a étudié les différences de politique de revenu minimum entre 20 municipalités différentes. L'institution conclut que la décentralisation dans le domaine du travail et des revenus de 2015 a entraîné des disparités entre les municipalités notamment en matière d'accompagnement des habitants à faible revenu.
- [Un rapport du comité sur les droits des personnes handicapées de l'ONU](#) - 2024 : L'ONU fournit au sein de ce rapport une analyse de la mise en œuvre par les Pays-Bas de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Elle conclut notamment que la Convention n'est pas appliquée uniformément dans toutes les municipalités, en particulier en ce qui concerne l'élaboration obligatoire d'un programme d'inclusion, l'accessibilité des services publics, la fourniture d'une aide sociale et le financement des organisations de personnes handicapées, et que les municipalités ne se coordonnent pas, ce qui se traduit, pour les personnes handicapées, par des difficultés et potentiellement de graves perturbations et entraves à leur pleine participation à la société. Cela crée un décalage entre, d'une part, le cadre juridique reconnaissant les droits consacrés par la Convention et, d'autre part, l'application concrète de la Convention et le quotidien des personnes handicapées

- [Un rapport du syndicat néerlandais FNV](#) - août 2024 : Le syndicat analyse au sein de ce rapport les disparités dans l'attribution des aides sociales entre 62 communes. Selon le rapport, les disparités sont principalement issues de la décentralisation des compétences.
- [Un rapport de Indeper](#) (organisme de comparaison des produits financiers, institutions de santé et l'énergie) - novembre 2022 : Le rapport analyse les disparités dans les critères encadrent l'attribution d'aides aux personnes handicapées entre les différentes communes. Il prend notamment en exemple les politiques d'indemnisation des assurances maladies mise en œuvre par les municipalités et conclut l'allocation annuelle maximale varie de 80 € à Maastricht à 1 095 € à Amsterdam.

Des éléments de réponses sont également disponibles à la question quatre de cette ECI.

Quels sont les débats publics contemporains autour de la prise en charge du handicap et de la dépendance ? Des risques ont-ils été identifiés à court/moyen/long terme ? Des pistes sont-elles proposées voire mises en œuvre pour y répondre ?

Les débats publics contemporains autour de la prise en charge du handicap et de la dépendance concernent principalement quatre critiques :

1.4.1. La complexité du système.

En 2024, les Pays-Bas ont adopté une stratégie nationale sur le handicap afin d'être conforme à la convention des Nations Unies sur le handicap (que les Pays-Bas ont ratifié en 2016). Cette stratégie fait suite à [un rapport de Octas](#) (un comité indépendant composé de chercheurs, d'experts, d'une ancienne député et d'un ancien dirigeant de l'UWV) intitulé « *More attention, trust and certainty* ». Selon ce rapport, une réforme d'ampleur est nécessaire, les personnes handicapées étant confrontés à des règles extrêmement complexes et à un manque d'accompagnement personnalisé. Le comité a ainsi élaboré trois pistes de réflexion afin de simplifier le système d'aides.

Le gouvernement actuel a annoncé, dans une lettre adressée au Parlement en janvier 2025, souhaiter prendre en compte les constats et les propositions de ce rapport. Le ministre des affaires sociales a rappelé que « *le gouvernement s'efforcera d'améliorer et de simplifier le système d'aide aux personnes handicapées* ».

Dans cette lettre, le [ministre des Affaires Sociales](#) a notamment annoncé qu'il présentera avant l'été des propositions concrètes pour simplifier le WIA (cf. infra) en suivant les recommandations du comité consultatif indépendant Octas. En effet, selon le comité Octas la WIA (aide qui s'adresse aux personnes prouvant partiellement ou définitivement pas travailler en raison d'une maladie ou d'un handicap – cf. infra pour plus de détails) peut être simplifiée en supprimant la distinction entre les personnes handicapées permanentes et temporaires, et en supprimant le système progressif des prestations d'invalidité. Cette simplification permettrait, selon l'Octas, de réduire les délais d'attente alors que l'UWV est actuellement surchargée.

1.4.2. L'efficacité du système

Le comité de l'ONU sur les droits des personnes handicapées a rendu un [rapport](#) sur le traitement des personnes handicapées aux Pays-Bas en 2024. Le comité affirme que l'accès à l'éducation, aux transports publics et au marché du travail pour les personnes handicapées aux Pays-Bas est insuffisant. Selon le rapport, le gouvernement néerlandais n'évalue pas suffisamment si les lois et la pratique sont conformes aux accords de la Convention des Nations Unies des droits de l'homme relative au handicap. De plus, il y aurait trop de différences entre les communes en termes d'inclusion des personnes handicapées. Selon le rapport, l'éducation ordinaire n'est pas suffisamment accessible aux enfants handicapés et les enseignants ne sont pas suffisamment formés pour dispenser une éducation inclusive.

Dans [l'exposé de motifs du projet de loi budgétaire \(2024-2025\)](#) pour le ministère des Affaires Sociales, le ministre a annoncé qu'un rapport sur les jeunes handicapés sera envoyé à la Chambre basse à la fin de l'année 2025. Le rapport examinera l'efficacité et l'efficacité des services pour la participation à l'emploi et l'aide au travail de la population touchant l'aide Wajong (cf. *infra*). En outre, le rapport examinera le suivi des recommandations de l'examen politique précédent (2018). Ces recommandations ont été développées dans la loi de simplification de l'aide Wajong, qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Le rapport examinera l'application de cette loi de 2021.

Le ministre a également indiqué qu'une **évaluation sur les instruments de réintégration de l'UWV sera réalisée**. En avril 2023, l'expérience d'utilisation élargie des instruments de réintégration a commencé. L'UWV peut désormais déployer temporairement tous les instruments de réintégration pour les personnes bénéficiant de prestations WIA (aide qui s'adresse aux personnes prouvant partiellement ou définitivement pas travailler en raison d'une maladie ou d'un handicap) ou Wajong. L'objectif de l'expérience est d'examiner dans quelle mesure les personnes peuvent trouver, exercer et conserver un emploi avec l'aide d'une assistance, si les services répondent à leurs besoins et quels autres avantages individuels et sociaux peuvent découler de l'assistance à l'emploi. Sur la base de l'évaluation intermédiaire, il sera examiné si ces outils de réintégration peuvent être utilisés de manière structurelle pour ces groupes. Les résultats seront transmis au Parlement en 2026. L'évaluation finale suivra en 2029.

A noter que **l'allocation annuelle attribuée aux personnes handicapées dans le cadre de la loi sur l'intégration sociale pour les frais supplémentaires résultant de leur maladie ou de leur handicap sera supprimée d'ici 2027**. Selon le gouvernement, cette mesure permettra de réaliser des économies sur le budget de certaines aides notamment les aides WIA (cf. *infra*) et Wajong (cf. *infra*). La mesure sera transposée dans les lois et règlements au cours de la période à venir.

Dans un rapport, le SCP (Bureau de planification sociale et culturelle) estime qu'un soutien plus large aux bénéficiaires de l'aide sociale est nécessaire, sans qu'un emploi rémunéré soit le point de départ pour tous les bénéficiaires. Le [SCP](#) estime que la loi sur la participation introduite en 2015 ne fonctionne pas comme prévu : les municipalités sont devenues responsables de l'orientation de leurs habitants vers le travail, qu'il s'agisse de personnes assistées sociales ou de personnes handicapées. Mais tout le monde ne peut pas avoir un emploi rémunéré, a conclu l'agence de planification. Ce rapport intervient dans le contexte du **projet de révision de la loi sur la participation entamée en 2023 (cf. *infra*)**, qui souhaite aboutir in fine à une modification de la culture administrative induite par la loi. Le SCP estime que cette loi vise désormais principalement à guider les gens vers le travail. Mais environ un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale sont incapables d'avoir un emploi rémunéré.

1.4.3. Les disparités territoriales induites par le système

Le processus de décentralisation sur les affaires sociales opéré en 2015 est notamment critiqué par l'Association pour les soins aux personnes handicapées aux Pays-Bas (VGN). le directeur de l'association affirme que la situation des personnes handicapées n'est « *pas meilleure, mais pire* » depuis les décentralisations dans le domaine social et que « *nous avons organisé les soins aux personnes handicapées dans trop de domaines, dans des cadres trop étroits. Nous avons créé une sorte de société fragmentée et parallèle pour les personnes handicapées* ». Le VNG estime également que loi sur la participation a eu des conséquences négatives sur les jeunes handicapées.

1.4.4. L'inadéquation entre les compétences et moyens des communes

Comme mentionné précédemment, les municipalités dénoncent une inadéquation générale entre leurs moyens et leurs compétences, ce qui freineraient leurs capacités d'actions en matière sociale. Dans ce contexte, l'Association des municipalités néerlandaises (VNG) a [annoncé](#), le 21 mars dernier, préparer une action en justice contre le gouvernement afin d'obtenir plus d'argent pour la protection de la jeunesse.

Des débats sont également en cours sur la complétude du système. Le gouvernement a ainsi annoncé vouloir étudier le régime pour les indépendants. Suite à l'abolition en 2004 de la WAZ – aide issue de la loi sur les travailleurs indépendants - les entrepreneurs qui souhaitent une assurance invalidité doivent désormais se tourner vers des assurances privées. Le gouvernement examinera également des solutions pour le groupe cible qui n'a pas droit aux prestations WIA dans le système actuel en raison d'un faible pourcentage d'invalidité (les moins de 35 %) mais qui ne trouve plus de travail.

Q2/-Quelles sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, etc.) ?

Dresser une liste la plus exhaustive possible des dispositifs existants en faveur de l'autonomie et du handicap, en particulier s'agissant des aides personnalisées et de la fiscalité. Typologie par nature, objet, échelon administratif, organisme attributeur, population de bénéficiaires, date de création, volumes financiers, nombre de bénéficiaires, montant annuel moyen par bénéficiaire, conditions d'éligibilité, critères d'attribution, etc

- **Il existe des aides financières :**

La Wajong : aide qui s'adresse aux jeunes handicapées en incapacité partielle ou totale de travailler.

- Conditions d'éligibilité : avoir une maladie ou un handicap entraînant une incapacité totale ou partielle de travail avant ces 18 ans ou entre 18 ans et 30 ans sous condition d'avoir travaillé au moins 6 mois avant la maladie ou le handicap.
- Nombre de bénéficiaires : 225 560
- Date de création : L'ancienne version de cette aide a été créée en 1998, le Wajong sous sa forme actuelle date de 2015
- Organisme attributeur : UWV évalue la capacité de travail et détermine si la personne est éligible ou non
- Échelon administratif : Municipalités
- Montant annuel moyen par bénéficiaire : Le montant de la Wajong dépend de la situation personnel (notamment du revenu) et atteint un maximum à 75 % du salaire minimum légal s'il n'y a pas de capacité de travail et un maximum de 70 % s'il y a une capacité de travail. Soit : 1 643,85 EUR en moyenne lorsqu'il existe une incapacité de travail totale et 1534,26 EUR en moyenne lorsque l'incapacité de travail est partielle.

- Volume Financier : Budget annuel de 4 472 313 EUR en 2025.

L'aide WAO (abolie en 2005, remplacée par le WIA) : La prestation WAO s'adresse aux personnes qui sont en incapacité de travail temporaire ou permanent. La prestation WAO fonctionne comme une assurance. Il s'agit d'une police d'assurance pour perte de revenu due à une maladie ou à une invalidité.

- Conditions d'éligibilité : être tombé malade avant le 1er janvier 2003 et être resté malade
- Nombre de bénéficiaires : 153 700
- Date de création : 1966. Depuis 2005, le WAO a été remplacé par l'aide WIA. La WAO ne reste ainsi en vigueur que pour les personnes qui recevaient la WAO avant 2006.
- Organisme attributeur : UWV
- Echelons administratif : Municipalités
- Montant annuel moyen par bénéficiaire : Une prestation WAO s'établit à un montant maximum de 75 % du salaire que la personne avait auparavant. Le montant de la prestation WAO dépend du type de prestation (perte de gain ou prestation de suivi), du niveau d'incapacité de travail, de l'âge et des revenus (inclut autres aides sociales)
- Volume Financier : Budget annuel de 2 924 543 euros en 2025

La WIA : Issue de la loi sur le travail et le revenu (capacité de travail), la WIA est subdivisée de 2 types de prestations : la WGA (programme de reprise du travail pour les personnes partiellement handicapées) et la IVA (disposition de revenu pour les personnes entièrement handicapées). La prestation WIA fonctionne comme une assurance. Il s'agit d'une police d'assurance pour perte de revenu due à une maladie ou à une invalidité. Toute personne qui exerce une activité rémunérée paie des cotisations pour la WIA.

- Conditions d'éligibilité :

Pour la prestation WGA (WGA signifie Reprise du travail pour les personnes partiellement handicapées) : avoir au moins 35 % mais moins de 80 % d'incapacité de travail, ou au moins 80 % mais pas d'incapacité permanente de travail (le degré d'incapacité de travail est évalué par l'UWV) ; être malade depuis 2 ans ou plus et être susceptible de travailler de nouveau à l'avenir ; gagner 65 % ou moins que son ancien salaire.

Pour la prestation IVA (IVA signifie Disposition de revenu pour les personnes entièrement handicapées) : avoir au moins 80 % d'incapacité de travail permanente ; ne plus jamais être en mesure de travailler ; gagner 20 % ou moins de son ancien salaire.

- Nombre de bénéficiaires : 257 410
- Date de création : 2005
- Organisme attributeur : Le gouvernement détermine les conditions d'octroi des prestations. L'UWV vérifie si une personne remplit les conditions et verse la prestation en collaboration avec l'employeur.
- Echelons administratif : Municipalités
- Montant annuel moyen par bénéficiaire : le montant des prestations peut être influencer par la situation personnelle du bénéficiaire (travail ou non, revenu, situation familiale).

Pour la prestation WGA : UWV fixe le montant du WGA en fonction du dernier salaire de l'employé : 70 % de l'ancien salaire pendant un maximum de deux ans, puis une prestation qui dépend de l'utilisation de sa capacité de travail restante.

Pour la prestation IVA : 75 % du salaire WIA. Le salaire WIA est un salaire d'assurance sociale divisé par 261 (nombre moyen de jours de travail par an). Multiplié par 21,75 (nombre moyen de jours de prestations par mois)

- **Volumes Financiers :** le volume financier de la prestation WGA en 2025 est de 4 990 144 EUR. Celui de l'IVA est de 5 655 043 EUR.

La WAZ : Issue de la loi sur les travailleurs indépendants (assurance invalidité), la WAZ était une assurance néerlandaise obligatoire qui donnait droit aux entrepreneurs à une prestation d'un montant (maximum) de 70 % du salaire minimum si un travailleur indépendant ou un entrepreneur devenait incapable de travailler. Le WAZ a été aboli en 2004, les entrepreneurs qui souhaitent une assurance invalidité doivent se tourner vers des assurances privées

- **Conditions d'éligibilité :** La prestation WAZ s'adressait à une personne qui exerçait une activité indépendante avant le 1er janvier 2004 et qui est tombée malade. Elle peut donc travailler moins ou pas du tout. Pour aujourd'hui bénéficier de la WAZ, il faut avoir souscrit à cette assurance avant le 1er août 2004.
- **Nombre de bénéficiaires :** 4 810
- **Date de création :** 1998
- **Organisme attributeur :** UWV examine si les conditions d'éligibilités sont remplies
- **Echelons administratif :** Etat
- **Montant annuel moyen par bénéficiaire :** Le montant dépend du pourcentage d'invalidité calculé en fonction de la différence entre ce que la personne peut encore gagner et ce que la personne pourrait gagner si la personne était incapable de travailler. Elle dépend également du revenu de l'individu.
- **Volumes Financiers :** Budget annuel de 65 964 euros en 2025

L'AOW : Issue de la loi générale sur les pensions de vieillesse (AOW), l'AOW constitue le pilier I de la pension de retraite au Pays-Bas.

- **Conditions d'éligibilité :** Tous les cinq ans, le gouvernement fixe l'âge à partir duquel, les personnes perçoivent l'AOW. Cet âge est fixé en fonction des données sur l'espérance de vie fournies par l'office national de statistiques (CBS). En 2025 il est à 67 ans. Pour avoir droit à une prestation AOW complète, il est strictement nécessaire d'avoir résidé aux Pays-Bas pendant 50 ans. L'AOW peut être réduite si la personne a travaillé à l'étranger, la prestation AOW est affectée en conséquence.
- **Nombre de bénéficiaires :** 3 588 650
- **Date de création :** 1956
- **Organisme attributeur :** Banque d'assurances sociales (SVB)
- **Echelons administratif :** Etat
- **Montant annuel moyen par bénéficiaire :** Le montant de l'AOW est calculé en fonction du salaire minimum et de la situation familiale (célibataire ou en concubinage). Si la personne est célibataire, elle recevra 70 % du salaire minimum, si elle est en concubinage, elle recevra 50 % du salaire minimum. Les montants AOW sont ajustés tous les 6 mois. Au premier janvier 2025, le montant pour une personne seule s'élève à 1 497,77 € net par mois avec crédit d'impôt sur les salaires et 1 214,77 € net sans crédit d'impôt. En concubinage, le montant mensuel est de 1 024,62 € net avec crédit d'impôt et 831,12 € net sans crédit d'impôt.
- **Volumes Financiers :** AOW est basé sur les cotisations d'assurance nationale prélevées en même temps que l'impôt sur le revenu des personnes assurées n'ayant pas atteint l'âge de la retraite (67 ans).

L'AIO : Allocation complémentaire pour les personnes âgées (aanvullende inkomensvoorziening ouderen). Cette aide, relevant de la loi sur la participation, intervient en complément de la pension AOW. Elle permet de compléter les revenus jusqu'au minimum social.

- Conditions d'éligibilité : avoir atteint l'âge de la retraite, vivre aux Pays-Bas, percevoir une pension AOW incomplète ne pas recevoir de pension AOW, avoir peu de revenu (en dessous minimum social). Par ailleurs, en concubinage, une personne peut bénéficier de l'AIO si : son partenaire ne bénéficie pas encore de l'AOW et si la personne et son partenaire n'a pas ou peu de revenus en plus de l'AOW
Nombre de bénéficiaires : 59 700 (2023)
- Date de création : 2015
- Organisme attributeur : Banque d'assurances sociales (SVB)
Echelons administratif : Etat
Montant annuel moyen par bénéficiaire : Le montant de l'AOW dépend du niveau de revenus et de patrimoines de la personne, ils sont évalués par la SVB.
- Volumes Financiers : 0,4 milliards d'euros (2023)

Le revenu minimum : Complément de revenu qui s'adresse aux personnes qui ont des revenus inférieurs au minimum social établi par le gouvernement et ajusté tous les 6 mois. Cette aide relève de la Loi sur les compléments (Toeslagenwet). Elle concerne l'ensemble de la population mais permet également de compléter les revenus des individus bénéficiant d'autres aides spécifiques au handicap et à l'autonomie.

- Conditions d'éligibilité : avoir des revenus en dessous du minimum social
- Nombre de bénéficiaires : 971 800 (2023)
- Date de création : 1987
- Organisme attributeur : UWV
- Montant annuel moyen par bénéficiaire : Montant fixé au 1^{er} janvier 2025 :

Situation de vie	Minimum social par jour	Social minimum par mois
Marié ou assimilé à partir de l'âge de 18 ans	100,77 € pour 2 personnes	2 191,80 € pour 2 personnes
Maison individuelle/copropriétaire à partir de 21 ans	46,71 € pour 1 personne	1 015,94 € pour 1 personne
Personne seule à partir de 21 ans	72,19 €	1 570,13 €
Personne seule de 20 ans	56,22 €	1 222,79 €
Personne seule de 19 ans	41,10 €	893,93 €
Personne seule de 18 ans	33,47 €	727,97 €

➤ **Il existe des aides pour les employeurs :**

L'avantage sur le coût salarial (LKV) est une allocation destinée aux employeurs qui emploient ou embauchent des employés âgés et des employés souffrant d'une incapacité de travail.

La prestation de faible revenu (LIV) est une allocation annuelle que les employeurs reçoivent pour les employés à faible salaire.

Avec la dispense de salaire, les employeurs sont remboursés d'une partie des coûts salariaux pour les employés bénéficiant d'une prestation Wajong ou IVA.

La subvention salariale s'adresse aux employeurs qui embauchent une personne malade ou handicapée.

La politique de non-risque s'applique aux employés qui sont ou ont été malades, ou qui ont une autre incapacité professionnelle. Par conséquent, l'employeur encourt moins de coûts.

Le cadre d'un stage d'essai, une personne bénéficiant d'avantages sociaux travaille pour un employeur pendant 2 mois à titre d'essai. L'employeur n'a pas à payer de salaire.

Le cadre du régime des frais liés au travail (Belastingdienst.nl), un employeur verse une allocation à un employé bénéficiant d'une prestation Wajong. Cette allocation n'est pas déduite de la prestation.

➤ **Il existe un dispositif fiscal :**

- Une déduction des frais de santé dans la déclaration d'impôt sur le revenu.

Selon certaines conditions, il est possible de déduire les frais de santé. Un seuil maximal s'applique en fonction de son revenu. Les soins admissibles comprennent notamment les soins infirmiers dans un hôpital ou un autre établissement et les frais de transports médicaux.

➤ **Des offres de services sont également disponibles.**

Mise en œuvre par les municipalités en fonction des besoins, il n'existe pas de liste exhaustive des services disponibles. Ces services couvrent divers aspects, tels que les soins, les équipements médicaux, l'éducation, l'emploi, l'adaptation du logement et la mobilité. Ces services peuvent être mis en œuvre en vertu de la loi sur le soutien social ou de la loi sur la participation et de la loi sur les soins longues durées.

Certains de ces services sont néanmoins décrits au sein de la question quatre de cet ECI.

Offre en service disponible: données relatives à l'accès aux soins en domiciliaire et établissements (places en établissements spécialisés pour 1 000 habitants). Quelle est la part et le montant des aides vers les établissements ? Et vers l'aide à domicile ?

Concernant l'accès aux soins en établissement, il existe aux Pays-Bas 4,7 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants. Ces lits sont disponibles dans des hôpitaux publics, privés, généraux ou spécialisés et dans des centres de réadaptation. Il existe également 3,61 médecins en moyenne pour 1 000 habitants.

En raison de la gestion décentralisée des soins en domiciliaire, il n'existe pas de données consolidées dans ce domaine. *Des éléments de réponses à cette question sont disponibles au sein de la question quatre de cette ECI.*

Existe-il un organisme, notamment localement, chargé de l'orientation des bénéficiaires vers une aide plutôt qu'une autre ? Ces aides sont-elles cumulables ou non, différentielles ou non, et sous conditions de ressources ou non (si oui, à quel niveau est prise en compte la situation de l'usager).

Le UWV (l'Agence d'assurance des employés) est l'agence gouvernementale néerlandaise chargée de l'administration des diverses aides financières liées à l'autonomie et au handicap (WAO, WIA, Wajong, WAZ...).

Le UWV évalue si un employé ou un assuré a droit à une prestation conformément aux réglementations et lois définies par l'État et les municipalités. Il est responsable de la gestion des données et de la fourniture des prestations. Les potentiels bénéficiaires déposent l'ensemble de leurs demandes d'aide auprès de cet organisme, et le UWV oriente les bénéficiaires vers les aides auxquelles ils ont droit. Les employeurs et les employés peuvent tous deux s'adresser à l'UWV pour obtenir des services dans le cadre de l'aménagement des lieux de travail. Les équipements pour les employeurs concernent des adaptations permanentes du lieu de travail (par exemple, un monte-escalier) ; les équipements pour les employés sont fournis dans le cadre de l'aménagement du lieu de travail, de la production et des méthodes de travail (par exemple, une règle de lecture en braille), des services intermédiaires (comme un interprète en langue des signes), du soutien personnel (comme un coach professionnel) et du transport (par exemple, un taxi ou une voiture de prêt). Il existe un cadre juridique complet pour le droit des employeurs et des employés à bénéficier des services de l'UWV. Un cadre spécifique existe pour les personnes handicapées, qui prévoit le droit à un accompagnement pour les personnes remplissant les conditions suivantes :

- Faire l'objet d'une limitation de l'emploi ;
- Avoir besoin d'un soutien allant au-delà de ce qui est généralement habituel ;
- Appartenir au groupe cible ;
- Que le service soit administré dans l'intérêt d'un emploi rémunéré.

Les municipalités sont directement responsables de l'accompagnement et l'information des bénéficiaires sur les politiques qu'elles mettent en œuvre, que cela soit dans le cadre de la loi sur la participation ou de la loi sur le soutien social. Elles sont également responsables de la définition du groupe cible.

Des conditions de ressources existent pour certaines aides, elles sont définies par l'État ou par les municipalités. Par exemple, l'État a défini que pour toucher l'IVA (une des deux prestations incluses dans l'WIA – cf. infra), il faut que la personne gagne, de manière définitive, 20 % ou moins de son ancien salaire. Par ailleurs, les municipalités ont des limites de revenus différentes qui déterminent l'éligibilité aux aides mises en œuvre par les municipalités. À Wassenaar, Venray et Middelburg, la limite de revenu se situe à 110 % du montant de l'aide, tandis qu'à La Haye et Arnhem, cette limite est de 150 %.

Les aides peuvent généralement être cumulées, mais il existe cependant des règles et des conditions à respecter concernant le cumul des aides :

- Limites de revenus : Certaines aides peuvent être partiellement réduites en fonction des revenus de la personne handicapée. Par exemple, l'allocation WIA ou Wajong peut être ajustée en fonction des autres revenus.
- Les aides peuvent être spécifiées par des critères : Certaines aides, comme celles pour l'adaptation du logement, ne sont attribuées que pour des besoins spécifiques, et il peut être nécessaire de démontrer que ces besoins ne sont pas déjà couverts par une autre aide.

Les administrations compétentes disposent-elles d'outil(s) d'aide à la décision pour attribuer les aides ? de grilles de critères ou de référentiels harmonisés ?

Le montant et la plupart des critères d'éligibilité des aides sociales sont définis au niveau national. Ces référentiels harmonisés encadrent la distribution des aides par les municipalités, qui disposent toutefois de certaines libertés (notamment sur la limite de revenus pour toucher certaines aides). L'UWV accompagne les municipalités dans la mise en œuvre et l'attribution des aides en évaluant l'éligibilité des demandeurs.

Les municipalités sont responsables de la mise à disposition d'installations et de services en faveur de l'autonomie et du handicap. Le référentiel national met en place une série d'objectifs que la politique de la municipalité en matière de prestation d'installations et de services doit atteindre. Par exemple, pour les personnes handicapées, la mise à disposition d'équipements par les municipalités est définie dans la loi sur la participation, qui prévoit un large pouvoir de décision décentralisé. Le cadre juridique est moins élaboré pour permettre une personnalisation et une politique intégrée. Une évaluation individuelle par la municipalité est toujours nécessaire pour déterminer les besoins individuels en matière d'aide et la meilleure façon d'y répondre.

Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?

Les aides relèvent-elles davantage d'un modèle universel ou individuel (assurance, solidarité familiale) ? Ce modèle est-il centralisé ou décentralisé (en termes de perception de la ressource, de fixation des règles d'attribution, de décision d'attribution et de versement de l'aide) ?

En résumé, les aides sociales aux Pays-Bas relèvent d'un modèle universel de répartition. Le budget total est calculé par le Ministère des Affaires sociales, mais la distribution est décentralisée, les municipalités étant responsables de la mise en œuvre de l'aide sociale.

Le ministère des Affaires sociales et de l'Emploi **s'appuie sur un modèle de répartition** pour estimer les dépenses d'aide sociale nécessaires. Avec l'adoption de la loi sur le travail et l'assistance sociale en 2004, **les municipalités sont devenues entièrement responsables financièrement de la mise en œuvre de l'aide sociale.** Le ministère des Affaires sociales et de l'Emploi calcule à l'avance le budget total nécessaire au paiement de l'ensemble des prestations d'aide sociale. Ce budget est ensuite réparti entre les communes. Les communes ont le droit de conserver des excédents dans leur budget et doivent compenser elles-mêmes les déficits. De cette façon, elles sont encouragées à adopter des politiques efficaces pour maintenir les dépenses sociales aussi faibles que possible.

3.1. Le budget des municipalités pour les aides générales et la fourniture de subvention de coûts salariaux

Le Macro-Budget déterminé par l'État

Conformément à l'article 69 de la loi sur la participation, le gouvernement met à disposition chaque année un macro-budget national pour le financement de l'aide générale (loi sur la participation) et la fourniture d'une subvention pour les coûts salariaux. Les macro-budgets des deux régimes sont estimés séparément. Ces macro-budgets sont ensuite regroupés, et l'ensemble est réparti entre les municipalités. Les communes reçoivent donc un seul budget.

Il y a trois moments où le macro-budget est ajusté et annoncé :

- **Septembre t-1** : annonce des budgets prévisionnels au guichet municipal avec une décision. Les budgets sont alors toujours basés sur le niveau de prix de l'année t-1.
- **Printemps t** : publication d'autres budgets prévisionnels au guichet communal, sans décision. Le macro-budget peut changer en raison des effets de la politique gouvernementale (dans la mesure où ces effets ne sont pas encore connus au moment de l'annonce des budgets prévisionnels), des réalisations municipales et des évolutions conjoncturelles.

- **Septembre de l'année t** : annonce des budgets finaux au guichet municipal avec une décision. Les budgets finaux tiendront compte des derniers développements actuels, tels que la nouvelle politique gouvernementale et les ajustements des salaires et des prix. Les municipalités peuvent être admissibles à une prestation de filet de sécurité pour les déficits budgétaires supérieurs au seuil de franchise.

Les sous-budgets sont déterminés par les municipalités

Une fois le macro-budget reçu, **les municipalités créent des sous-budgets pour les prestations sociales**. La manière dont les prestations sont déterminées par les municipalités dépend du nombre d'habitants. Trois catégories peuvent être distinguées : les municipalités de 15 000 habitants ou moins, les municipalités de 40 000 habitants ou plus, et les municipalités de plus de 15 000 habitants mais de moins de 40 000 habitants.

3.1.1. Municipalités de 15 000 habitants ou moins

Pour les petites municipalités, la part du budget attribuée aux prestations sociales est entièrement déterminée historiquement sur la base des dépenses de prestations municipales réalisées, en tenant compte de la croissance ou de la contraction du nombre de ménages au cours de la période intermédiaire. Plus précisément, pour ces petites municipalités, la part des dépenses attribuées aux prestations dans le budget municipal total est déterminée au cours de l'année t-2.

Cela implique d'ajuster les dépenses municipales pour chaque municipalité individuelle en fonction de la croissance et de la contraction des ménages entre le 1er janvier t-2 et le 1er janvier t-1. La part des dépenses qui en résulte pour l'année t-2 détermine la part du budget pour l'année t. Enfin, pour déterminer le montant de la prestation, on multiplie cette part du budget par le macro-budget disponible pour l'année t.

3.1.2. Municipalités de 40 000 habitants ou plus

Pour les grandes communes, des coûts de prestations communales déterminés objectivement (à l'aide d'un modèle de répartition objective décrit ci-après) sont utilisés pour déterminer la prestation. Pour l'allocation aux sans-abris et aux personnes institutionnalisées, ces communes reçoivent une allocation supplémentaire distincte.

3.1.3. Municipalités de plus de 15 000 habitants et de moins de 40 000 habitants

Pour les municipalités de taille moyenne, la détermination de la prestation utilise en partie les coûts de la prestation municipale déterminés objectivement (plus la prestation pour les sans-abris et les résidents en institution) et en partie les coûts de la prestation municipale réalisés (ajustés pour tenir compte de la croissance ou de la diminution des ménages). Pour ce groupe de communes, la prestation se compose donc d'une partie objective et d'une partie déterminée historiquement. La part objective et la part historique dépendent du nombre d'habitants. Avec l'augmentation du nombre d'habitants, la part déterminée objectivement augmente linéairement de 0 % à 15 000 habitants à 100 % à 40 000 habitants.

Pour ces communes, il est d'abord calculé ce que serait la part budgétaire si elle était entièrement déterminée historiquement. Cette part budgétaire est multipliée par le macro-budget disponible, comme pour les petites municipalités. Enfin, le résultat est multiplié par le pourcentage historiquement réparti de la municipalité. Le résultat est la part historiquement distribuée de la prestation.

La partie restante de la prestation pour les municipalités de taille moyenne est déterminée objectivement. La charge des prestations municipales déterminées objectivement est calculée sur la base des résultats du modèle de répartition objective (voir ci-après).

3.2. Le modèle de répartition objectif pour déterminer les sous-budgets des moyennes et grandes municipalités

Le budget est réparti sur la base d'un modèle qui, compte tenu de caractéristiques objectives, permet d'estimer les dépenses d'aide sociale nécessaires pour une municipalité. **Le modèle estime ainsi la probabilité de recevoir une aide au niveau du ménage (composante volume "probabilité de recevoir de l'aide") et détermine un prix objectif pour une prestation par type de ménage (composante prix).** Vous trouverez en annexe les détails des composantes volume et prix.

La base de la distribution objective repose sur une analyse statistique avec des indicateurs au niveau du ménage et de la région. Le calcul de la probabilité et du prix utilise les bases de données intégrales de Statistics Netherlands (CBS), dans lesquelles des données sont disponibles pour chaque ménage aux Pays-Bas. Les variables explicatives incluses dans le modèle de distribution sont principalement des caractéristiques individuelles des ménages, complétées par des caractéristiques environnementales.

Ainsi, la probabilité prévue de bénéficier d'une aide, combinée au niveau prévu de la prestation, permet d'obtenir un budget d'aide par ménage. Le ménage est le niveau auquel les municipalités déterminent le droit et le niveau d'assistance.

Dans chaque municipalité, le budget de tous les ménages est additionné. Le montant ainsi obtenu constitue la base du système de distribution.

Ci-dessous, *nous résumons la répartition des sous-budgets par type de municipalités expliquée précédemment et donnons quelques chiffres sur le macro-budget pour 2024 et 2025.*

Résumé de la répartition des sous budgets pour les prestations d'aides sociales, par type de municipalités

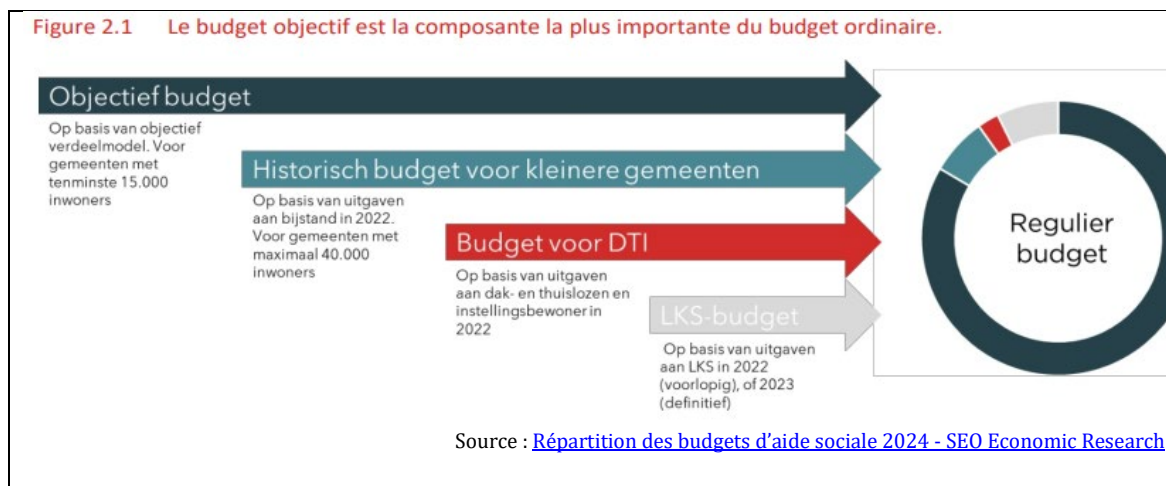
Le gouvernement central met à disposition un macro-budget annuel pour le financement de l'aide sociale et de la subvention salariale (LKS)⁸⁸. À partir de ce macro budget, les municipalités reçoivent un budget régulier composé d'une part pour les prestations d'assistance sociale et d'un budget pour les subventions salariales. Pour chacun des budgets voués aux prestations sociales :

- Les **petites municipalités** (jusqu'à 15 000 habitants) reçoivent le sous-budget historique
- Les **municipalités moyennes** (entre 15 et 40 000 habitants) reçoivent à la fois le sous-budget historique et le sous-budget objectif
- Les **grandes municipalités** (plus de 40 000 habitants) reçoivent uniquement le sous-budget objectif.

Par ailleurs, le budget des prestations sociales comprend également un sous-budget pour les prestations aux sans-abris et aux personnes institutionnalisées (DTI). Le graphique ci-dessous représente les composantes du sous-budget des prestations sociales des municipalités.

Graphique 1 : Les différentes composantes du budget des municipalités

⁸⁸ La subvention salariale est un instrument de la [loi sur la participation](#) qui s'adresse aux employeurs. L'employeur peut recevoir une subvention salariale (LKS) pour un employé atteint d'une incapacité professionnelle qui relève de la responsabilité d'une commune. L'employeur est éligible au LKS si le salarié peut gagner moins que le salaire mensuel de référence en raison d'une maladie ou d'un handicap. De cette façon, l'employeur ne paie que pour la productivité réelle. Cela encourage l'employeur à aider et à maintenir une personne en incapacité de travail dans l'emploi.



Analyse du macro-budget 2024 et 2025

Macro-budget définitif 2024

Le macro-budget définitif pour 2024 s'élève à 7 340,2 millions d'euros. Ce macro-budget est supérieur de 381,7 millions d'euros au macro-budget prévisionnel pour 2024 (estimé à 6 958,5 millions d'euros). Le macro-budget définitif pour 2024 est également supérieur de 682,1 millions d'euros au macro-budget définitif pour 2023 (qui était de 6 658,1 millions d'euros).

Macro-budget prévisionnel 2025

Le macro-budget prévisionnel pour 2025 s'élève à 7 478,7 millions d'euros. Le budget prévisionnel de la LKS pour 2025 est supérieur de 75,1 millions d'euros au budget définitif de la LKS pour 2024 en raison de l'augmentation du groupe cible de la LKS et du nouveau système de financement. En tout, le macro-budget prévisionnel pour 2025 est supérieur de 138,6 millions d'euros au macro-budget définitif pour 2024.

Quelles sont les sources de financement des différentes aides (fiscalité locale, fiscalité affectée, prélèvements sociaux, capitalisation, etc.) ? Qui assure le financement de ces dispositifs ? Comment ce dernier se décompose-t-il ? Quel acteur/échelon assure l'affectation des ressources ? Quel acteur est chargé de suivre/piloter la dépense ?

Le financement des différentes aides est assurée grâce à un budget déterminé par l'État, ensuite distribué aux municipalités qui décident de la répartition des dépenses. Elles sont également en charge du suivi/pilotage de la dépense.

Les dépenses de sécurité sociale sont financées principalement par des cotisations sociales mais également par une contribution de l'État.

Les prestations sociales sont souvent versées par l'une des caisses de sécurité sociale, également appelées fonds sociaux. La loi générale sur les pensions de vieillesse (AOW) et la loi sur l'assurance-chômage (WW) en sont des exemples. Toutefois, les prestations sociales peuvent également être payées à partir des fonds généraux, comme c'est le cas pour les allocations familiales et les allocations de soins.

Néanmoins dans un certain nombre de cas, le gouvernement peut estimer qu'il n'est pas souhaitable de prélever des cotisations, par exemple pour éviter que les taux de cotisation n'augmentent en permanence et ne nuisent ainsi à une évolution équilibrée du pouvoir d'achat. Dans d'autres cas, le gouvernement estime qu'il est approprié de financer un régime à partir de fonds généraux, mais le régime est financé par l'un des fonds sociaux. Dans les deux cas, **les revenus des fonds sociaux sont complétés par une ou plusieurs contributions du gouvernement.**

Le ministre finance les fonds sociaux à partir du budget national, que ce soit en plus des cotisations ou non. À ce titre, le ministre est chargé de :

- Déterminer le niveau des cotisations nationales aux fonds sociaux concernés ;
- Verser les cotisations nationales aux fonds sociaux.

3.3. Les cotisations sociales

Les taux de cotisation pour 2025 sont présentés dans le tableau ci-dessous. Il indique également si elle est payée par l'employé ou l'employeur ainsi que pour quelles fonds et aides elles sont ensuite dépensées.

Tableau 1 : Taux de cotisation à la sécurité sociale (%)

Prime	Fonds	Dépense	Payé par	2024	2025
AOW	Caisse de pension pour les personnes âgées	AOW	Employé	17,90	17,90
Prestation de survivant Anw	Fonds des survivants	Prestation de survivant Anw	Employé	0,10	0,10
Awf - laag	Caisse générale de chômage	WW, ZW	Employeur	2,64	2,74
Awf-hoog	Caisse générale de chômage	WW, ZW	Employeur	7,64	7,74
Ufo	Fonds de mise en œuvre pour le gouvernement	Gouvernement WW, ZW, WGA	Employeur	0,68	0,68
Aof - laag	Fonds d'invalidité	WGA, IVA, WAO, WAZ, WAZO, ZW	Employeur	6,18	6,35
Aof-hoog	Fonds d'invalidité	WGA, IVA, WAO, WAZ, WAZO, ZW	Employeur	7,54	7,58
Aof	Supplément uniforme pour la garde d'enfants	Garde d'enfants	Employeur	0,50	0,50
Whk	Fonds de réintégration	WGA, ZW	Employeur	1,22	1,33

Source : [5.1 Fonds sociaux SZW | Ministère des Finances - Gouvernement central](#)

Nous donnons ci-dessous des détails sur plusieurs types de cotisations sociales.

AOW

Le taux de cotisation à la loi générale sur les pensions de vieillesse (AOW) est fixé à 17,9 %. Dans le cas de la Caisse de pensions de vieillesse, les revenus des cotisations sociales ne suffisent pas à couvrir les dépenses. Les revenus de la Caisse de pensions de vieillesse sont donc complétés par des cotisations publiques (voir également l'article 12). La prime AOW est prélevée en combinaison avec l'impôt sur les salaires et l'impôt sur le revenu. Les dépenses au titre de l'AOW sont payées à partir de la pension de vieillesse. Ces dépenses se composent à la fois de la pension de vieillesse (prestation AOW) et de l'aide au revenu en plus de la pension de vieillesse (IOAOW).

Awf

Le Fonds général de chômage (AWf) finance les allocations de chômage des employeurs du marché. En raison de la loi sur l'équilibre du marché du travail (Wab), il existe depuis 2020 deux taux de cotisation au sein de l'AWf : un taux faible pour les contrats de travail à durée indéterminée et un taux élevé pour les contrats de travail flexibles.

Aof

À partir de 2022, la cotisation Aof sera divisée en deux taux : un taux pour les petits employeurs (jusqu'à 25 fois la masse salariale moyenne soumise aux cotisations) et un taux pour les grands employeurs. En 2025, les petits employeurs paieront une cotisation de 6,35 % et les grands employeurs une cotisation de 7,58 %.

Fonds de réintégration

La cotisation moyenne au Fonds de réintégration, qui verse des prestations aux personnes partiellement invalides (WGA) et des prestations au titre de la loi sur les prestations de maladie (Ziektewet), a été fixée par l'UWV à 1,33 % pour 2025.

3.4. La contribution de l'État aux fonds sociaux

Les contributions aux fonds sociaux sont exigées à 100 % par la loi. La contribution de l'État aux coûts des crédits d'impôt AOW et le déficit de capital de la caisse de pension vieillesse sont exigés par la loi sur le financement de l'assurance sociale. La contribution de l'État à l'allocation pour personnes handicapées est légalement exigée par la loi sur le travail et le revenu (capacité de travail), la loi sur les travailleurs indépendants (assurance invalidité) (WAZ) et la loi sur l'assurance invalidité (WAO). La loi sur le travail et les soins exige légalement la contribution de l'État pour les indépendantes enceintes.

Le tableau ci-dessous décrit en valeur les différentes contributions de l'Etat, qui sont résumées à [l'article 12 du Budget de l'État 2025](#).

Tableau 2 : Contributions gouvernementales aux fonds sociaux (montants x 1 000 €)

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Obligations	20 635 874	31 186 182	28 508 852	31 776 356	34 184 789	36 139 545	38 273 845
Dépense	20 635 874	31 186 182	28 508 852	31 776 356	34 184 789	36 139 545	38 273 845
Contributions gouvernementales aux fonds sociaux, dont :	20 635 874	31 186 182	28 508 852	31 776 356	34 184 789	36 139 545	38 273 845
Coûts des crédits d'impôt AOW	2 802 100	3 066 400	3 876 800	4 233 400	4 447 600	4 690 600	4 808 700
Déficit des pensions de la caisse de retraite	17 543 400	27 828 000	24 334 800	27 242 400	29 433 500	31 141 000	33 157 200
Allocation pour personnes handicapées	180 798	182 923	185 081	186 563	188 266	191 077	191 077
Travailleuse autonome enceinte	109 576	108 859	112 171	113 993	115 423	116 868	116 868

Source : [3.12 Article 12 Contributions gouvernementales | Ministère des Finances - Gouvernement central](#)

Nous décrivons ci-dessous plus en détail les contributions de l'Etat à l'aide sociale en plus de sa contribution aux fonds sociaux.

3.4.1. Contribution de l'État aux coûts des crédits d'impôt AOW

Cette contribution de l'État compense la variation des recettes de cotisations résultant de l'introduction de la loi de 2001 sur l'impôt sur le revenu. Le montant de cette contribution de l'État est ajusté chaque année en fonction du montant estimé des crédits d'impôt et de la répartition de ces crédits entre les différentes cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu.

3.4.2. Contribution de l'État au déficit d'exploitation de la Caisse de retraite

Les dépenses de la Caisse de retraite sont largement couvertes par les recettes des cotisations. Toutefois, le niveau de la cotisation de retraite de l'État est légalement plafonné pour éviter que l'augmentation des dépenses de retraite de l'État n'entraîne une augmentation constante de la cotisation de retraite de l'État et un déséquilibre dans l'évolution du pouvoir d'achat. Cela entraîne un déficit d'exploitation annuel de la Caisse de retraite. La contribution de l'État à la Caisse de retraite est destinée à combler le déficit d'exploitation de la Caisse de retraite afin que, en moyenne, la situation financière de la Caisse soit neutre.

3.4.3. Contribution de l'État aux prestations d'incapacité

La prestation d'incapacité fait partie de la WIA, de la loi sur les jeunes handicapés (Wajong), de la WAZ et de la WAO. Les allocations des catégories WAO, WAZ, IVA et WGA sont financées par une contribution de l'État versée à la Caisse des prestations. Cette contribution de l'État finance également les frais administratifs de l'UWV pour l'allocation. Les allocations pour personnes handicapées sont comptabilisées dans les articles 3 et 4 de la politique.

3.4.4. Contribution gouvernementale pour les femmes enceintes exerçant une activité indépendante

Le régime des femmes enceintes exerçant une activité indépendante (ZEZ) offre une prestation aux femmes exerçant une activité indépendante avant et après l'accouchement (voir également l'article 6 de la politique). Ce régime est financé par une contribution de l'État au Fonds d'invalidité professionnelle. Les prestations pour les aides à domicile enceintes sont également financées par cette contribution de l'État. Les coûts de mise en œuvre de l'Agence d'assurance des salariés (UWV) sont également inclus dans cette contribution de l'État.

3.4.5. Le fonctionnement des fonds sociaux et leur solde pour 2025

Les dépenses financées par les cotisations sont payées par les fonds sociaux. Sur la base des pourcentages de cotisation susmentionnés pour 2024 et 2025, de l'évolution attendue des assiettes de cotisation et des dépenses de prestations, les dépenses et les recettes des fonds sociaux sont estimées. Ces estimations tiennent compte des contributions de l'État aux fonds. Les tableaux ci-dessous présentent les données pour 2024 et 2025 pour l'ensemble des fonds d'invalidité (Aof et Whk) et les fonds de chômage (AWf et Ufo).

Tableau 3 : Aperçu des fonds sociaux 2024 (montants en millions d'euros)

	AOW	Anw	AO	WW	Total
Cotisations	22.817	146	27.474	10.597	61.034
Contributions du gouvernement	30.894	0	103	107	31.104
Solde d'intérêt	91	88	860	32	1.071
Total des recettes	53.803	234	28.437	10.736	93.210
Prestations/Services	51.920	347	17.799	4.081	74.148
Cotisations de sécurité sociale	647	0	3.279	752	4.678
Coûts de mise en œuvre	193	11	1.220	871	2.295
Total des dépenses	52.759	359	22.298	5.704	81.120
Solde d'exploitation	1.043	- 125	6.139	5.032	12.090

Source : SZW et CPB (MEV 2025)

Tableau 4 : Vue d'ensemble des fonds sociaux 2025 (montants en millions d'euros)

	AOW	Anw	AO	WW	Total
Cotisations	28 249	191	29 414	11 447	69 301
Contributions du gouvernement	28 212	0	103	109	28 424
Solde d'intérêt	92	88	866	38	1 083
Total des recettes	56 552	279	30 383	11 594	98 808
Prestations/Services	55 219	355	18 844	4 722	79 140
Cotisations de sécurité sociale	688	0	3 490	875	5 052
Coûts de mise en œuvre	210	11	1 295	858	2 375
Total des dépenses	56 117	366	23 630	6 455	86 568
Solde d'exploitation	436	- 88	6 753	5 139	12 240

Source : [SZW et CPB \(MEV 2025\)](#)

Le solde de fonctionnement des fonds correspond à la différence entre les recettes et les dépenses. Ce solde est positif en 2024 et en 2025, ce qui signifie que les recettes sont supérieures aux dépenses. En 2024, le solde de l'ensemble des fonds devrait être positif de 12 milliards d'euros, et en 2025, il devrait être légèrement supérieur à 12 milliards d'euros. Ce solde positif est principalement dû aux fonds de chômage et d'invalidité.

Le solde de fonctionnement du fonds Anw est négatif car la contribution du gouvernement a été fixée à zéro.

Le solde de fonctionnement estimé du fonds de pension de vieillesse sera positif en 2024 et 2025. Cela signifie que le déficit de capital de 1,5 milliard d'euros que le fonds avait à la fin de 2023 devrait être comblé au cours de ces deux années.

Budget 2025 - Résumé des dépenses sociales de l'État

Tableau 5 : Dépenses prévisionnelles et budget liés aux aides sociales (en Md€), Budget 2025

Dépenses nettes en milliards d'euros	2024	2025	2026	2027	2027	2028
Dépensions totales Sécurité Sociale (budget 2025)	77,849	83,108	88,106	92,565	97,348	102,772
Invalidité (WIA, WAO, WAZ)	14,194	15,065	15,701	16,213	17,182	18,057
AOW (en Md€)	51,920	55,219	58,660	62,231	64,985	68,627
Dépenses nettes totales de l'État (en Md€)	396,0	427,0	455,0	476,9	494,2	512,7
Revenus totaux de l'État (impôts et cotisations sociales)	405,6	425,1	447,0	469,2	487,0	504,9
PIB (en Md€)	1,128	1,176	1,225	1,275	1,320	1,367

Source : [Ministère des Finances](#)

Invalidité

Les dépenses en assurance invalidité WIA, WAO et WAZ devraient augmenter de plus de 4 milliards d'euros au cours de la période 2024-2029, dont environ 3,5 milliards d'euros liés à l'indexation. Cette augmentation est principalement due à une hausse du nombre d'années de prestations dans les dispositifs d'invalidité WGA (invalidité partielle) et IVA (invalidité complète). Il s'agit de dispositifs en croissance qui n'ont pas encore atteint leur niveau structurel. En outre, l'augmentation de l'âge de la retraite et la croissance de la proportion de personnes âgées et de femmes (avec un risque plus élevé lié à la pension de l'État) dans la population active entraînent une augmentation du nombre d'années de prestations.

Prévoyance vieillesse (AOW)

Cela correspond aux dépenses financées par les primes au titre de la loi générale sur l'âge (AOW) et de l'aide au revenu AOW (IOAOW). Les dépenses pour la retraite de l'État augmenteront de 16 milliards d'euros au cours de la période 2024-2029. L'explication principale réside dans l'augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'allocations AOW. Le reste de l'augmentation est dû à l'indexation des prestations, dont les coûts pour la période 2024-2029 s'élèvent à environ 11,3 milliards d'euros.

3.4.6. Quelques chiffres sur les prestations sociales néerlandaises

En 2023, les dépenses publiques se sont élevées à plus de 461 milliards d'euros, soit 7 % de plus qu'en 2022. Le coût des prestations sociales s'est élevé à 218,0 milliards d'euros en 2023, contre 195,9 milliards d'euros en 2022. L'augmentation est nettement plus importante que celles des années précédentes.

Environ un tiers de l'augmentation en 2023 est imputable à la poursuite de la hausse des coûts de la santé. La pension d'État a également contribué de manière significative à l'augmentation des coûts des prestations. En 2023, le gouvernement a versé 47,9 milliards d'euros d'allocations AOW, soit une augmentation de près de 4 milliards d'euros. Il s'agit de loin de la plus forte augmentation depuis le début de la méthode de mesure actuelle en 1995. Cela s'explique principalement par l'augmentation du montant de l'allocation AOW (liée à l'évolution du salaire minimum). Les prestations WIA, l'aide au revenu en cas d'invalidité (partielle), ont atteint 10,5 milliards d'euros. C'est 1,8 milliard d'euros de plus qu'en 2022. Cela est également lié à l'augmentation du salaire minimum.

Tableau 6 : Cotisations sociales (en milliards d'euros)

	2019	2020	2021	2022	2023
Caisse d'assurance maladie	43,7	44,4	47,4	48,6	53,0
Caisse générale de pensions de vieillesse	25,4	24,4	24,5	26,2	24,2
Fonds d'invalidité	16,4	17,4	19,1	19,5	21,7
Fonds pour les soins de longue durée	16,2	15,6	15,8	16,7	16,0
Caisse générale de chômage	7,5	8,5	5,9	8,9	9,5
Cotisations sociales imputées aux employeurs	4,3	4,3	4,5	5,2	5,4
Fonds de reprise du travail	1,9	2,0	2,1	2,5	2,5
Loi sur la garde d'enfants	1,3	1,3	1,3	1,4	1,6
Fonds gouvernemental de mise en œuvre	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6
Fonds général des survivants	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Fonds sectoriels	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Total des cotisations sociales	119,0	118,6	121,4	129,7	134,6

Tableau 7 : Prestations sociales (en milliards d'euros)

	2019	2020	2021	2022	2023
Loi sur l'assurance-maladie (Zvw)	44,0	43,0	46,5	48,5	52,7
Loi générale sur les pensions de vieillesse (AOW)	39,5	41,2	43,0	44,0	47,9
Loi sur les soins de longue durée (Wlz)	21,7	22,7	25,4	27,6	30,9
Travail et revenu Capacité de travail (WIA)	6,7	7,3	7,9	8,7	10,5
Allocation de soins de santé	4,9	5,2	5,5	5,6	8,0
Loi sociale. Soutien (Wmo)	6,3	6,6	6,2	6,6	7,2
Aide sociale	5,9	6,1	6,2	6,0	6,6
Autres prestations de sécurité sociale	3,7	3,6	5,1	6,3	5,8
Bénéficiaire directement de l'employeur	4,3	4,3	4,5	5,2	5,4
Loi sur la jeunesse	3,6	3,8	4,0	4,2	4,6
Loi générale sur les allocations familiales (AKW)	3,6	3,7	3,7	3,9	4,4
Garde d'enfants	3,1	2,9	3,5	3,9	4,3
Allocation de loyer	3,6	3,8	4,0	3,9	4,2
Loi sur le travail pour les jeunes handicapés (Wajong)	3,2	3,4	3,5	3,6	4,1
Loi sur le handicap (WAO)	4,6	4,2	3,9	3,7	3,8
Budget enfant (kgb)	2,1	2,7	2,6	2,7	3,7
Loi sur le chômage (WW)	4,5	5,0	4,3	3,1	3,5
Loi sur le travail et les soins (WAZO)	1,5	1,6	1,9	2,1	3,4
Financement des études	2,4	2,2	2,6	2,6	3,0
Filet de sécurité de la loi sur les prestations de maladie (filet de sécurité ZW)	2,1	2,3	2,3	2,3	2,6
Fonds d'allocation (Tf)	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8
Allocation Prévoyance vieillesse (AIO)	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
Loi sur les personnes à charge survivantes (Anw)	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4
Total	172,8	177,3	188,0	195,9	218,0

Source : CBS – [Finances publiques 2023](#)

3.4.7. Financement de l'ensemble des dépenses des municipalités

Le financement des municipalités (inclut les macro-budget dédiées aux dépenses sociales des municipalités, cf. supra) se fait par le biais du Fonds municipal (cf. encadré, infra).

Le [Fonds municipal](#)

Les municipalités reçoivent des fonds du gouvernement national par le biais du fonds municipal, qui constitue la principale source de revenus d'une municipalité. Elles l'utilisent pour financer une partie de leurs dépenses. Les municipalités décident elles-mêmes comment dépenser cet argent, mais elles doivent toutefois justifier leurs dépenses devant le conseil municipal.

Le montant que les municipalités reçoivent du fonds municipal dépend de leurs caractéristiques et de leur capacité fiscale. Le gouvernement central prend en compte les éléments suivants : nombre d'habitants, nombre de jeunes, nombre de bénéficiaires de prestations, superficie de la commune, taille des zones d'eau. Ces caractéristiques sont appelées normes. Il existe plus de 60 indicateurs.

Le gouvernement central informe les communes de la taille et de la répartition des fonds municipaux par le biais de [circulaires](#) en mai, septembre et décembre.

Enfin, le ministère de l'Intérieur et des Relations avec le Royaume a développé une [base de données](#) de financement des communes et collectivités territoriales. Cette base permet d'avoir un aperçu des fonds municipaux, des recettes et des dépenses par commune ou par province.

3.4.8. Financement des prestations UWV

Le financement des prestations de l'UWV est intégré aux parcours de réinsertion prévus dans le budget de réintégration (environ 180 millions d'euros par an, dont 90 millions pour les prestations). Le « budget de réintégration » permet à l'UWV de dépenser de manière autonome pour ces prestations. Cela signifie que l'UWV fournit des prestations en fonction des besoins et des conditions individuels, et ne s'occupe en principe ni du volume ni du coût des installations. Le budget de réinsertion provient des fonds sociaux financés par des cotisations sociales (WIA) et par les contributions de l'État, comme présenté précédemment. En raison des cotisations patronales, les fonds de l'UWV pour les installations sont légalement liés à son propre groupe cible d'assurance des salariés.

Comment le patrimoine des personnes âgées ou handicapées est-il pris en compte dans l'attribution des aides (obligation alimentaire pour les descendants, remboursement, intervention lors des successions) ?

Aux Pays-Bas, [l'obligation alimentaire](#) ne concerne que les parents (inclut les beaux-parents) envers les enfants. Les parents sont responsables des soins et de l'éducation de leurs enfants :

- Enfant jusqu'à 18 ans : Les parents paient pour les soins et l'éducation ;
- Enfant de 18 à 21 ans : Les parents paient les frais de subsistance et d'éducation ;
- Enfant de plus de 21 ans : Les parents ne paient les frais de vie que si l'enfant n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins.

Il n'existe pas d'intervention sur la succession ou de remboursement de la part des descendants des aides attribuées pour les personnes âgées ou handicapées.

Comment sont pris en compte les ressources issues de la capitalisation dans le calcul des aides participant de la solidarité nationale ?

3.6. Les revenus à déclarer pour recevoir les prestations dans le cadre de la loi sur la participation

Par ailleurs, pour les aides WIA, WAO, WAZ et Wajong, les revenus suivants sont à déclarer à l'UWV :

- Revenus d'un emploi ou d'un travail temporaire ([salaire de sécurité sociale](#))
- Revenus d'un travail en tant qu'[entrepreneur indépendant](#)
- Revenus d'un travail, par exemple, pour une personne bénéficiant d'un budget personnel (persoonsgebonden budget, PGB), d'un travail en tant qu'administrateur politique ou revenus de l'industrie du sexe
- Travail rémunéré ou missions telles que petits boulots, baby-sitting et loisirs
- [Rémunération du bénévolat](#) supérieure au montant maximum
- Rémunération de stage, sauf s'il s'agit d'un remboursement de frais
- Primes pour 25 et 40 ans de service, supérieures à 1 mois de salaire
- Prestations d'organismes autres que l'UWV (organisme d'assurance sociale des Pays-Bas)
- (Pré)[retraite pension](#) provenant d'un travail effectué pendant la perception des prestations de l'UWV
- Revenus provenant du commerce ou de l'extraction de crypto-monnaie, si l'administration fiscale et douanière néerlandaise a décidé qu'il s'agissait de revenus imposables
- Revenus ou avantages provenant de l'étranger

Néanmoins, les revenus suivants ne sont pas à transmettre :

- Les déductions et les remboursements liés à un travail effectué avant de commencer à percevoir des prestations
- Les revenus liés à l'arrêt de travail, tels que les indemnités de licenciement et les allocations de transition
- Les économies ou les biens personnels (épargne et patrimoine)
- Le budget personnel (PGB)
- La pension alimentaire
- Les allocations familiales
- Les allocations de logement, de soins de santé et de garde d'enfants
- Location de chambre non commerciale
- Héritage
- Loterie et prix en argent
- Paiement de rente
- Cadeaux et financement participatif
- Conversion d'un paiement de pension unique pour le travail effectué pour votre prestation
- Argent provenant de la vente non commerciale (en ligne) de propres biens d'occasion
- Financement des études et crédit pour l'apprentissage tout au long de la vie (LLLK)
- Supplément privé Prestations de chômage et de retour au travail (PAWW)
- Revenu du partenaire
- Pension de réversion du partenaire (droit du conjoint en cas de décès)

Néanmoins, si l'individu ne reçoit pas qu'une seule allocation et reçoit un complément de la part de l'UWV, il faut également informer l'UWV des revenus suivants (en plus de ceux mentionnées précédemment) :

- Financement des études
- UWV prestation de votre partenaire
- Allocation de chômage non statutaire
- Complément à l'allocation de chômage de votre ancien employeur
- Complément à l'indemnité de maladie de votre ancien employeur
- Complément privé aux allocations de chômage et de retour au travail (PAWW)
- Rente
- Pension, préretraite, retraite flexible, retraite, retraite à temps partiel, RVU
- Pension d'invalidité professionnelle ou pension d'invalidité néerlandaise
- Pension de réversion ou pension d'ex-conjoint néerlandaise
- Paiement d'une assurance privée (par exemple contre la perte de revenus)
- [Taxe supplémentaire sur la voiture de votre partenaire](#)

Le principal financeur dispose-t-il d'outils de suivi, de simulation et d'évaluation de la dépense ?

Le principal financeur dispose-t-il d'outils de modélisation et de scénario de la dépense future, notamment dans un contexte de vieillissement démographique ?

Suivi et modélisation des dépenses

L'UWV et les municipalités contrôlent le nombre de personnes du groupe cible qui s'inscrivent et trouvent un emploi, et vérifient si les objectifs de l'« accord pour l'emploi » (un accord entre le gouvernement, les employeurs et les employés) sont atteints.

De plus, il s'avère qu'entre 2020 et 2024, un certain nombre d'erreurs ont été commises dans les calculs des prestations d'invalidité. Ainsi, à partir du mois d'avril, l'UWV [vérifiera 43 000 prestations d'invalidité](#) afin de détecter d'éventuelles erreurs dans le calcul des prestations (des bénéficiaires auraient reçu un revenu supérieur ou inférieur à celui auquel ils avaient droit) et, si nécessaire, corrigera les prestations.

Le gouvernement élabore des modèles pour prévoir le budget nécessaire en cas d'augmentation du nombre de personnes inscrites dans le groupe cible et du vieillissement de la population.

Par ailleurs, des ajustements sont réalisés chaque année sur les deux composantes du modèle de distribution. Un certain nombre de caractéristiques dans le modèle de distribution ont été ajustées pour la distribution du budget 2024. La part des ménages bénéficiant d'allocations de chômage et la part des étudiants au niveau municipal disparaissent du modèle.

Au niveau des ménages, de nouvelles caractéristiques liées à la santé sont intégrées dans le modèle. De nouvelles variables basées sur les coûts de soins de santé encourus prennent en compte, par exemple, le fait qu'un ménage bénéficie de soins hospitaliers, utilise des appareils d'assistance ou ait recours à des médecins généralistes dans une mesure supérieure à la moyenne. Le modèle prend également en compte le fait que les ménages ont engagé des frais de soins élevés ou ont eu besoin de soins en santé mentale dans le passé. En outre, le modèle inclut de nouvelles caractéristiques pour la consommation de médicaments contre l'épilepsie et la douleur et pour les étudiants qui abandonnent leurs études en raison de problèmes psychologiques.

Ces ajustements s'appuient sur des recherches antérieures concernant les déficits et excédents pluriannuels du budget de l'aide sociale (Vermeulen et al., 2022). Ensemble, ces ajustements améliorent le pouvoir explicatif du modèle au niveau des ménages.

De plus, les municipalités ont accès à un outil d'estimation du budget prévisionnel. En effet, le gouvernement central a développé deux outils de calcul qui permettent aux municipalités de faire leur propre estimation de l'évolution du macro-budget sur la base des données publiques accessibles entre les dates de publication officielles. Ces outils fournissent des informations détaillées sur la méthode d'estimation des macro-budgets, permettant aux municipalités de faire les meilleures prévisions possibles des ajustements du macro-budget en fonction des informations disponibles. Les outils sont publiés une fois par an, et il revient aux municipalités de les mettre à jour chaque année. Ils sont basés sur les informations figurant dans les notes des budgets macroéconomiques publiés précédemment.

Les prévisions du CPB concernant le chômage constituent une autre source d'information importante. À l'aide d'une règle de calcul, l'évolution attendue du chômage est traduite en évolution du budget de l'aide sociale. Enfin, les chiffres de réalisation (nos propres estimations) concernant le volume de l'aide sociale et les dépenses sont utilisés. Les chiffres de volume sont disponibles via CBS-statline, tandis que les chiffres de dépenses (Beeld van de Uitvoering et SiSa) sont publiés périodiquement sur le site du SZW. Les outils indiquent où trouver les informations pertinentes et à quelle période elles seront disponibles.

1. [Outil : budget prévisionnel supplémentaire](#)
2. [Outil budgétaire final](#)

Les deux outils sont pratiquement identiques dans leur conception. La principale différence réside dans le fait que l'outil destiné au budget final prend en compte les ajustements des salaires et des prix. De plus, les sources de données mentionnées varient, car de nouvelles données deviennent disponibles à mesure que le budget final est déterminé. Cependant, ces outils ne fournissent qu'une estimation des ajustements du macro-budget. Les ajustements réels ne correspondront jamais entièrement à ces prévisions, car les outils ne peuvent se baser que sur des informations publiques.

De quelles données disposent les administrations concernées pour suivre l'efficience et l'efficacité de cette politique publique ?

Des rapports sont publiés chaque année concernant le modèle de distribution des aides sociales et les améliorations possibles, notamment à la demande du Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (VWS). Plusieurs instituts publient ces rapports.

À la demande du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, Statistics Netherlands (CBS) a développé **un [tableau de bord pour 2024](#) qui présente des chiffres nationaux concernant la loi sur l'aide sociale (Wmo)** afin de mieux comprendre les évolutions au niveau national et les tendances sous-jacentes. Le tableau de bord inclut des séries chronologiques sur le nombre de bénéficiaires des services personnalisés de la Wmo et sur les dépenses consacrées à ces services, avec des données de 2017 à 2023. En plus des chiffres nationaux sur les principales catégories de services personnalisés, le tableau de bord propose également des chiffres détaillés sur trois sous-catégories : l'accompagnement, les activités de jour et les logements protégés. Il contient aussi une ventilation selon deux caractéristiques personnelles : l'âge et le revenu. L'objectif est d'enrichir progressivement ce tableau de bord dans les années à venir avec davantage d'informations sur d'autres sous-catégories et caractéristiques personnelles.

En outre, le tableau de bord contribue à réduire la fragmentation de l'information sur la mise en œuvre de la Wmo en incluant des références à des sources d'information supplémentaires sur des sujets connexes. Les chiffres nationaux présents sur ce tableau de bord complètent les informations publiées par l'Association des municipalités néerlandaises au niveau municipal dans [le Moniteur municipal](#) du domaine social.

Le SCP a également publié [une évaluation nationale](#), en collaboration avec d'autres instituts de connaissances, pour examiner les évolutions qui ont eu lieu dans le domaine des soins et de l'accompagnement depuis le 1er janvier 2015 et les expériences de différents types d'acteurs (tels que les bénéficiaires de soins, les aidants informels, les municipalités, les prestataires de soins, les compteurs d'indications et les agents d'aide aux clients).

Diverses méthodes ont été utilisées, telles que la recherche documentaire, les sondages, les entretiens oraux, les discussions de groupe, l'analyse de la jurisprudence et l'analyse des données d'enregistrement. Les fichiers de données utilisées sont les suivants et sont en partie détaillés dans les [annexes](#) de l'étude :

- Enquête sur l'utilisation des soins de santé - enquête sur les soins (OZG)
- Évaluation de la réforme des soins de longue durée (HLZ)
- Centre d'évaluation des soins de santé - Dossiers d'analyse (CIZ)
- Statline (CBS)
- MLZ Statline (CBS)
- Information IV3 : données financières fournies par les municipalités à CBS
- Panel Psychisch Zien (Institut Trimbos)
- Les données d'enregistrement du CAK, du NIVEL et de l'Institut national de santé néerlandais.

Plus récemment (mai 2024), le gouvernement a envoyé [le projet de loi](#) sur la participation à la Chambre des représentants (cf. supra). En prévision de l'examen de ce projet de loi à la Chambre des représentants et de la proposition de révision plus fondamentale de la loi sur la participation, **l'Institut néerlandais de recherche sociale (SCP) a étudié comment l'actuelle loi sur la participation fonctionne dans la pratique dans un rapport '[Confiance dans l'aide sociale](#)' (novembre 2024).** L'étude confirme l'importance d'une révision fondamentale de la loi sur la participation.

Le CBS publie également annuellement un rapport sur les finances publiques, dans lequel il décrit l'évolution des prestations sociales d'une année à l'autre ([rapport 2023](#)). **Plus récemment (janvier 2025), CBS a également publié un rapport sur les '[Faits nouveaux concernant la loi sur l'aide sociale à l'échelle nationale](#)' (chiffres clés 2017-2023).** Il donne un aperçu de l'évolution nationale de l'utilisation des services personnalisés de la Wmo, sur la base des chiffres du nouveau tableau de bord mentionné précédemment. Outre les données sur le nombre de clients et les dépenses réalisées, les coûts par client sont également indiqués dans la mesure du possible, ainsi que les caractéristiques personnelles des clients.

Un certain nombre d'autres instituts publient des rapports sur l'aide sociale et évaluent le budget alloué (ex : SEO economisch onderzoek - [Répartition des budgets d'aide sociale 2024](#)) ou sur les différences de politiques entre municipalités (ex : NIBUD - [Rapport sur la politique municipale de revenu minimum \(2024\) | Nibud](#)).

Q4/-Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ?

Quelle est la nature de ces aides (financières, relatives à l'offre de soins, en services) ? Leur montant ? Leur volume ? Le nombre de leurs bénéficiaires ?

Comment interagissent-elles avec le socle de référence ?

La décentralisation des aides sociales, y compris les aides au handicap et en faveur de l'autonomie, a donné aux municipalités une grande marge de manœuvre quant à la nature de ces aides. Ainsi, l'ensemble des aides ci-dessous fait partie du socle de référence, mais leur définition et leur application peuvent varier d'une municipalité à l'autre.

D'après un rapport du SCP intitulé « [Une vision large de l'aide sociale](#) » (juin 2023), les municipalités peuvent utiliser différentes formes d'aides pour soutenir les bénéficiaires de l'aide sociale. Tout d'abord, l'aide à la réintégration (loi sur la participation) vise à orienter les bénéficiaires vers le travail rémunéré ou d'autres formes de participation dans la commune. Les municipalités peuvent recourir à diverses formes de soutien à la réintégration (CBS 2022). En 2019, un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale ont reçu une aide à l'activation vers le travail ou la participation. Cela peut inclure des coaching, des formations, des cours ou des orientations vers d'autres formes de participation, comme le travail bénévole. Il existe également diverses formes de soutien à l'emploi, telles que les subventions salariales ou le coaching professionnel.

Tableau 8 : Aide à la réinsertion reçue par les bénéficiaires de l'aide sociale en 2019 (en %)

	part des bénéficiaires de l'aide sociale
aide totale à la réintégration	39,2
mise à disposition de l'emploi ou participation : total	31,4
• coaching	16,5
• formation/cours	9,3
• le volontariat	11,4
soutien à l'emploi : total	10,0
• subventions salariales (temporaires)	1,8
• lieux de travail : emplois protégés	0,2
• lieux de travail : participation emploi	2,7
• soutien : job coach	1,7
• soutien : adaptation du lieu de travail	5,5
facilités / facilités de transport	4,6
autre/autre	10,3

**Les bénéficiaires de prestations peuvent recevoir plus d'une forme d'aide à la réintégration. Les différentes formes d'aide dépassent donc le total de l'aide à la réintégration de la première ligne.*

Source : CBS – [dossier de travail SCP](#) 2019

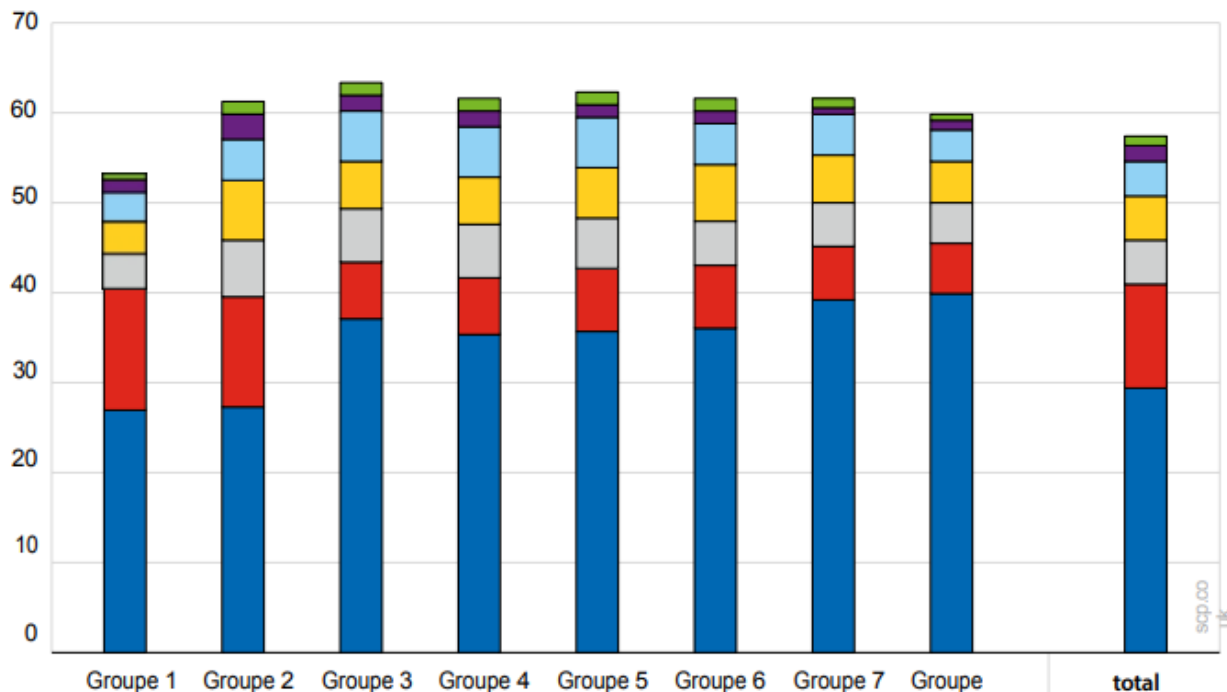
D'après les recherches sur la dynamique de l'accompagnement des personnes dans le cadre de la loi sur la participation, les structures de réintégration semblent être déployées le plus souvent au cours de la première phase suivant l'entrée dans la loi sur la participation.

Outre l'aide à la réintégration, près de 20 % des bénéficiaires de l'aide sociale en 2019 ont eu recours à une ou plusieurs formes d'aide dans le cadre de la loi sur l'aide sociale de 2015 (Wmo). La plupart d'entre elles concernaient une forme d'aide à domicile (13 %), suivie par l'utilisation d'aides et de services (par exemple un fauteuil roulant, 7 %) et l'aide-ménagère (6 %). De plus, près de 12 % des bénéficiaires de l'aide sociale ont également eu recours à une ou plusieurs formes de prise en charge au titre de la loi sur la jeunesse en 2019.

En outre, sur l'ensemble des bénéficiaires de l'aide sociale en 2019, certains (12 %) ont eu recours à une **combinaison de services dans plusieurs domaines**. Parmi les différents groupes de bénéficiaires de l'aide, le groupe "personnes âgées n'ayant qu'une formation de base et des problèmes de santé" (groupe 1) est celui qui reçoit le moins d'aide dans le domaine social. Dans ce groupe important (48 % des bénéficiaires d'assistance), un peu plus de la moitié (53 %) utilise au moins une forme de soutien dans le domaine social en 2019, en plus de l'assistance. Parmi les autres groupes (*les personnes ayant des problèmes de santé mentale, jeunes de la première génération avec enfants, jeunes mères célibataires et autres groupes cibles*) 60 à 63 % utilisent une forme de soutien.

L'autre groupe important, les "personnes ayant des problèmes de santé mentale" (groupe 2), se distingue par la variation de l'aide reçue. Il reçoit relativement souvent une combinaison de formes d'aide (25 %).

Graphique 2 : Combinaisons d'aides du domaine social pour huit groupes de bénéficiaires de l'aide sociale, 2019 (en pourcentage)



- **BLEU foncé : uniquement réintégration**
- **ROUGE : uniquement Loi sur l'aide sociale (Wmo) 2015**
- **GRIS : uniquement aide à la jeunesse**
- **JAUNE : réintégration et Wmo**
- **BLEU clair : réintégration et aide à la jeunesse**
- **VIOLET : Wmo et aide à la jeunesse**
- **VERT : réintégration et Wmo et aide à la jeunesse**

Groupe 1 : personnes âgées n'ayant qu'une éducation de base/vmbo et des problèmes de santé ;

Groupe 2 : personnes ayant des problèmes de santé mentale et d'endettement ;

Groupe 3 : jeunes de la première génération avec enfants ;

Groupe 4 : jeunes mères célibataires ;

Groupe 5 : parents isolés inscrits dans le registre du groupe cible ;

Groupe 6 : travailleurs du groupe cible occupant des moyens ;

Groupe 7 : jeunes adultes de la deuxième génération ayant des problèmes ;

Groupe 8 : hommes ayant une formation collégiale/universitaire et une expérience professionnelle.

Source : CBS ([dossier de travail SCP](#) 2019)

Le recours à ces aides supplémentaires dépend également de la durée de perception de l'aide sociale. Parmi les bénéficiaires depuis moins d'un an, la moitié ne reçoit aucune aide supplémentaire. Les personnes qui bénéficient de l'aide sociale depuis un à cinq ans sont également plus susceptibles de bénéficier d'une combinaison de services que les autres.

La prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale dans le domaine social semble varier également d'un type de municipalité à l'autre. Certains types de municipalités apportent moins de soutien aux bénéficiaires de l'aide sociale que d'autres. Le tableau ci-dessous présente l'absence d'aide supplémentaire aux bénéficiaires d'aide social, par groupe de bénéficiaires et par type de municipalité.

Tableau 9 : Absence d'aide supplémentaire par groupe d'assistance et type de municipalité, bénéficiaires de l'aide en 2019 (en pourcentage)

	à petite échelle				petite ville				villes étudiantes				prosperé	moyenne nationale
	nord	à l'est	Ouest	sud	nord	à l'est	Ouest	sud	nord	à l'est	Ouest	sud		
groupe 1	31	29	32	38	28	34	32	41	45	48	32	50	33	35
groupe 2	21	19	23	26	18	25	21	27	34	38	22	37	24	24
groupe 3	19	19	18	25	16	23	18	24	35	37	17	32	21	21
groupe 4	20	21	22	24	15	27	20	25	38	40	17	31	19	23
groupe 5	23	20	19	21	16	24	19	21	37	37	18	32	20	22
groupe 6	22	19	22	21	15	25	19	22	37	37	18	29	21	22
groupe 7	22	20	26	24	16	27	20	26	34	33	21	31	23	24
groupe 8	24	24	29	29	21	29	24	26	42	40	23	34	24	26
moyenne nationale	25	24	27	31	22	29	26	33	39	42	26	42	28	29

Source : CBS ([dossier de travail](#) SCP 2019)

D'autres offres de services sont également disponibles et mise en œuvre par les municipalités en fonction des besoins. Il n'existe pas de liste exhaustive des services disponibles. Ces services couvrent divers aspects, tels que les soins, les équipements médicaux, l'éducation, l'emploi, l'adaptation du logement et la mobilité. Pour donner quelques exemples, nous analysons [l'indemnisation des personnes malades ou invalides de longue durée](#) et [l'assistance spéciale offerte par la municipalité de La Haye](#).

Focus : **Indemnisation des personnes malades ou invalides de longue durée à La Haye**

Sous certaines conditions, les habitants de La Haye malades ou handicapés depuis longtemps peuvent demander un remboursement de 125 € une fois par an. Les conditions sont les suivantes :

- Résider à La Haye.
- Avoir un revenu allant jusqu'à 150 % du [standard d'aide sociale](#) (crédits d'impôt compris)
- Avoir une aide de la loi sur l'aide sociale (Wmo), ou une indication de votre infirmière de district.
- Avoir des actifs inférieurs à la [limite d'actifs](#).

Focus : **Assistance spéciale pour les plus vulnérables**

L'assistance spéciale, comme toutes les autres dispositions municipales en matière de revenus, est réservée aux ressortissants néerlandais. Elle s'adresse généralement aux personnes âgées de 21 ans et plus. L'aide spéciale peut être versée pour des frais généraux ou des frais spéciaux.

Les **frais généraux** correspondent à des coûts habituels pour lesquels le revenu ou l'allocation de subsistance, éventuellement complété par des prestations disponibles (comme l'allocation de logement, l'allocation de soins, l'allocation de garde d'enfants, le budget d'entretien des enfants et le complément de revenu individuel), sont censés suffire. Une aide spéciale pour ces coûts ne peut être accordée que dans des circonstances particulières ou pour des raisons urgentes. L'aide spéciale pour les frais généraux est accordée sous forme de prêt.

Les **frais spéciaux** concernent des coûts qui ne sont pas habituellement prévisibles, mais qui sont inévitables et ne peuvent être couverts par la mise en réserve de l'indemnité de subsistance, qu'elle soit anticipée ou rétroactive. Une aide spéciale pour les frais spéciaux peut être accordée lorsqu'il n'y a pas de dispositions préalables permettant de faire face à ces coûts.

Les demandeurs ont droit à une assistance spéciale dans la mesure où ils n'ont pas les moyens de faire face aux coûts eux-mêmes (les ressources -revenu et actifs- sont calculées par la municipalité⁸⁹). L'article 35 de la loi sur la participation énumère les critères auxquels une demande d'assistance spéciale doit répondre :

- Il s'agit de coûts réels, démontrables et nécessaires.
- Les coûts résultent de circonstances particulières.
- Il n'y a pas de disposition préalable.
- Il n'y a pas de capacité de charge en termes de revenus ou d'actifs.

Nous citons ci-dessous plusieurs types de coûts éligibles à cette assistance spéciale, plus particulièrement pour les personnes atteintes de maladies ou handicap quand l'information est disponible.

- **Frais médicaux** : La Haye propose une assurance maladie collective (VGZ) aux citoyens de La Haye à faibles revenus. Elle propose la formule compacte pour les personnes dont les frais de santé sont moins élevés, et la formule complémentaire pour les personnes dont les frais de santé sont plus élevés. La municipalité de La Haye prend en charge de la prime des assurés qui ont choisi la formule complémentaire. La franchise et la quasi-totalité des contributions propres sont coassurées dans la formule complémentaire. Cela permet de minimiser les coûts supplémentaires.
 - **Frais d'alimentation** : Si les coûts d'un régime alimentaire dépassent le plafond de remboursement de l'assurance maladie collective, une aide spéciale peut être accordée pour les coûts supplémentaires.
 - **Vêtements** : dans certaines circonstances (demandeur perd/prend beaucoup de poids à cause d'une maladie, demandeur souffre d'incontinence ou d'autres infirmités physiques qui entraînent une usure plus importante que la normale des vêtements, Une admission à l'hôpital ou dans un établissement est nécessaire)
 - **Frais de déplacement liés aux visites à l'hôpital ou établissement spécifique de santé** : sous certaines circonstances pour rendre visite à un membre de la famille ou se rendre à l'hôpital.
- **Coûts liés au logement** :
 - **Allocation au logement** sous certaines conditions, aide pour les frais administratifs et le premier loyer. Notamment en cas de déménagement nécessaire pour des raisons médicales.
 - **Biens de consommation durables** sous circonstances particulières et déterminés nécessaires au fonctionnement d'un ménage en fonction de la situation individuelle.
 - **Abri d'urgence** : logement temporaire dans un établissement désigné pour les familles de La Haye avec enfants qui risquent de sans-abri en raison des circonstances particulières.

Pour les frais supplémentaires non médicaux résultant d'une maladie ou d'un handicap, tels que les frais de chauffage ou d'habillement supplémentaires, la municipalité de La Haye **dispose de l'allocation pour les malades chroniques et les personnes handicapées. Si les frais supplémentaires dépassent l'allocation, une aide spéciale peut être envisagée.**

⁸⁹ Les ressources sont l'ensemble des actifs nets et des éléments de revenu dont dispose la personne seule ou la famille. Pour déterminer le niveau de revenu, il est tenu compte de 100 % de tous les revenus raisonnablement disponibles. L'épargne accumulée pendant la période d'assistance sociale est entièrement prise en compte lors de la détermination du patrimoine dans le cadre d'une demande d'assistance spéciale.

- **Fourniture de repas :** Les personnes handicapées, les malades chroniques et les personnes âgées handicapées bénéficient d'une réduction sur les repas dans les établissements de soins et d'aide sociale conventionnés. Par conséquent, il n'y a pas de frais supplémentaires. Aucune assistance spéciale supplémentaire n'est possible pour une mise à disposition de repas.
- **Chauffage :** En raison d'une maladie ou d'un handicap, on peut être confronté à des coûts supplémentaires, par exemple parce qu'une ou plusieurs pièces doivent être chauffées en plus. S'il est déterminé qu'il est médicalement nécessaire que la maison soit chauffée davantage, une assistance spéciale peut être fournie. Le tarif est de 15 € par mois et par chambre. Cela porte le remboursement maximum par chambre à 180 € par an. Il s'agit d'un tarif standard qui ne dépend pas de la taille de la salle. L'indemnisation ne peut être accordée que pour les pièces qui ont besoin d'un chauffage supplémentaire en raison d'une maladie ou d'un handicap.

Existe-t-il des dispositifs locaux de soutien aux solidarités associatives ou familiales, notamment aux aidants (aides « in-kind ») ? Quelle place occupent ces solidarités dans le paysage général de cette politique publique ? Des interactions et/ou rétroactions entre la politique locale d'aides sociales et les comportements des bénéficiaires (mobilité résidentielle, demande d'ouverture de droits) ont-elles été observées et documentées ?

Assistance spéciale de la municipalité pour les bénévoles

L'aide spéciale de la municipalité de La Haye couvre également, sous certaines conditions, les frais liés au volontariat. Le bénévolat et le travail associatif peuvent entraîner des dépenses qui n'existaient pas auparavant. Dans ce cas, les organisations doivent rembourser les frais encourus par le volontaire, ce qu'on appelle l'indemnité de frais. En outre, les organisations peuvent accorder aux volontaires une **indemnité de volontariat**. Pour tous les bénéficiaires d'allocations qui font du bénévolat, 180 € par mois, avec un plafond de 1 800 € par an, ne seront pas déduits de l'allocation. Cette indemnité vise à couvrir les dépenses liées au volontariat, ce qui permet d'éviter qu'une aide spéciale supplémentaire ne soit nécessaire. Dans les cas où aucune indemnité de volontariat ou de frais n'est accordée, mais où des frais de transport supplémentaires sont nécessaires, une aide spéciale peut être envisagée. L'organisation de volontariat doit alors justifier pourquoi elle ne peut pas fournir d'indemnité pour ces frais.

Subventions du Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports

Le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (VWS) accorde des subventions à diverses organisations. Parfois, le ministère accorde également des subventions aux particuliers. Ces activités contribuent à la réalisation d'objectifs importants pour le ministère :

- La promotion de la santé,
- La protection de la santé,
- Les soins de santé,
- L'aide sociale, y compris l'aide à la jeunesse, dans la mesure où elle revêt une importance nationale,
- Le sport, dans la mesure où il revêt une importance nationale.

Les règles qui s'appliquent à l'octroi et à la réception d'une subvention sont définies dans un régime de subvention. Les différentes subventions pour l'aide sociale et la santé sont répertoriées sur le site du Ministère : [Soins et santé | Service de mise en œuvre des subventions aux institutions](#).

Nous citons ci-dessous un exemple spécifique pour les personnes malades et handicapées :

Le régime d'octroi de subventions aux organisations de patients et de personnes handicapées (PGO) 2024-2028

Ce dispositif s'adresse aux associations ou fondations qui se concentrent principalement sur le renforcement de la voix et de la position des personnes atteintes d'une maladie et/ou d'un handicap. Ces organisations visent à contribuer à l'amélioration des soins et de l'accompagnement du point de vue de l'utilisateur. Ce régime dispose de 4 volets de subvention :

Volet 1 - Subvention institutionnelle pour les organisations PGO (*Associations de patients et de personnes handicapées*)

La subvention est d'un montant maximum de 78 150 €. Chaque année, un budget de 19,7 millions d'euros est disponible. Ces subventions peuvent être utilisées pour organiser des contacts et échanges entre malades, fournir des informations aux groupes cibles, défendre des intérêts ou externaliser des tâches de back-office (tâches auprès des administrations).

Volet 2 - Organismes de subventions de projets

Les organisations PG qui reçoivent un financement institutionnel du [volet 1](#) peuvent également demander une subvention de projet supplémentaire et temporaire (volet 2) afin d'accroître leur impact et leur portée. Une organisation PG peut demander une subvention maximale de 124 999 €. Un budget de 1,5 million d'euros est disponible par année civile. Le budget est réparti dans l'ordre des demandes reçues.

Volet 3 - Subvention institutionnelle pour les partenariats fédératifs du régime des organisations de patients et de personnes handicapées

Cette subvention est destinée aux partenariats fédérés composés d'au moins 5 organisations PGO. Les activités doivent être complémentaires aux activités des organisations PGO membres. Le montant maximal de la subvention est basé sur le nombre d'organisations PG membres du partenariat. Le montant est de 20 840 € par organisation PG affiliée, avec un maximum de 312 600 € par partenariat. Chaque année, un budget de 2,1 millions d'euros est disponible.

Volet 4 - Subvention institutionnelle pour les organisations faitières nationales du PGO

Cette subvention est destinée aux 3 organisations faitières nationales et plateformes d'organisations de patients et de personnes handicapées : [Fédération des patients des Pays-Bas \(Patiëntenfederatie Nederland\)](#), [Ieder\(in\)](#) et [MIND](#).

L'objectif de cette subvention est d'attirer l'attention structurelle sur la position des patients et des personnes handicapées dans les soins de santé et sur leur participation à la société. Ces organisations-cadres jouent un rôle de liaison à l'échelle nationale grâce à la défense collective des intérêts et à l'identification, à l'établissement et à la coordination de thèmes communs transcendants. Ils le font à partir d'une responsabilité sociale commune de représenter la voix collective de tous les patients, clients, personnes handicapées.

Pour la période 2024-2028, un budget annuel de 8 millions d'euros par an est disponible pour les subventions institutionnelles des organisations faitières nationales du PG.

Il y a également d'autres subventions pour des formations en soins médicaux spécialisés, pour les établissements de santé mentale ou encore pour les soins infirmiers de district.

Évolution de la base sociale

Enfin, le CBS dans son rapport sur les '[Faits nouveaux concernant la loi sur l'aide sociale à l'échelle nationale](#)' (janvier 2025) souligne la nécessité de renforcer la base sociale, en raison de l'évolution démographique, du vieillissement de la population et des coûts croissants associés.

Il est donc important, en plus de l'aide professionnelle offerte par les municipalités, d'examiner plus largement le soutien disponible dans un contexte social. Dans ce contexte, le CBS se base que les propos de l'Institut Verwey-Jonker qui parle de la base sociale (Verweij Jonker, 2024). Bien qu'il n'existe pas de définition universelle de ce qui relève de cette base, l'Institut Verwey-Jonker décrit trois formes de base sociale : la base sociale personnelle, communautaire et institutionnelle.

- La **base sociale personnelle** comprend le soutien que les personnes peuvent recevoir de leur réseau social personnel de famille, d'amis ou de voisins. Il peut s'agir, par exemple, de soins informels.
- La **base sociale commune** comprend des initiatives communautaires visant à aider les gens telles que les activités associatives, les initiatives de quartier et autres initiatives visant à offrir un soutien ou à rencontrer des gens.
- La **base sociale institutionnelle** est formée par une diversité d'organisations et d'activités professionnelles socialement engagées. Les bibliothèques, le travail communautaire et les centres de bénévolat en sont des exemples.

Les trois formes de base sociale se chevauchent partiellement, se complètent et peuvent se renforcer mutuellement.

Nous donnons ci-dessous un aperçu chiffré de l'évolution de la base sociale aux Pays-Bas qui contribue à l'autonomie des clients de la loi sur le soutien social (Wmo).

La base sociale personnelle :

Le nombre de personnes âgées augmentera dans les années à venir et l'espérance de vie moyenne des personnes augmentera également (double vieillissement). On s'attend à ce que, dans les années à venir, de plus en plus de personnes âgées vivant à domicile aient (partiellement) besoin de soins. Les soins informels sont une forme importante d'aide.

Les résultats de l'enquête sur la santé de 2023 (tableau ci-dessous) montrent que 13 % de la population néerlandaise âgée de seize ans ou plus fournit des soins informels, en moyenne 13 heures par semaine.

Tableau 10 : Soins informels par âge (en % et en heures par semaine) - 2023

	Prestation de soins informels (%)	Fournir des soins informels (Heures par semaine)
Nombre total de personnes	12,7	13,2
Sexe : Hommes	10,0	12,3
Sexe : Femmes	15,3	13,8
Âge : 16 à 20 ans	2,9	.
Âge : 20 à 30 ans	4,7	.
Âge : 30 à 40 ans	6,9	.
Âge : 40 à 50 ans	11,4	12,7
Âge : 50 à 55 ans	19,2	11,3
Âge : 55 à 65 ans	22,6	8,5
Âge : 65 à 75 ans	16,8	18,1
Âge : 75 ans ou plus	14,3	24,0

Source : CBS

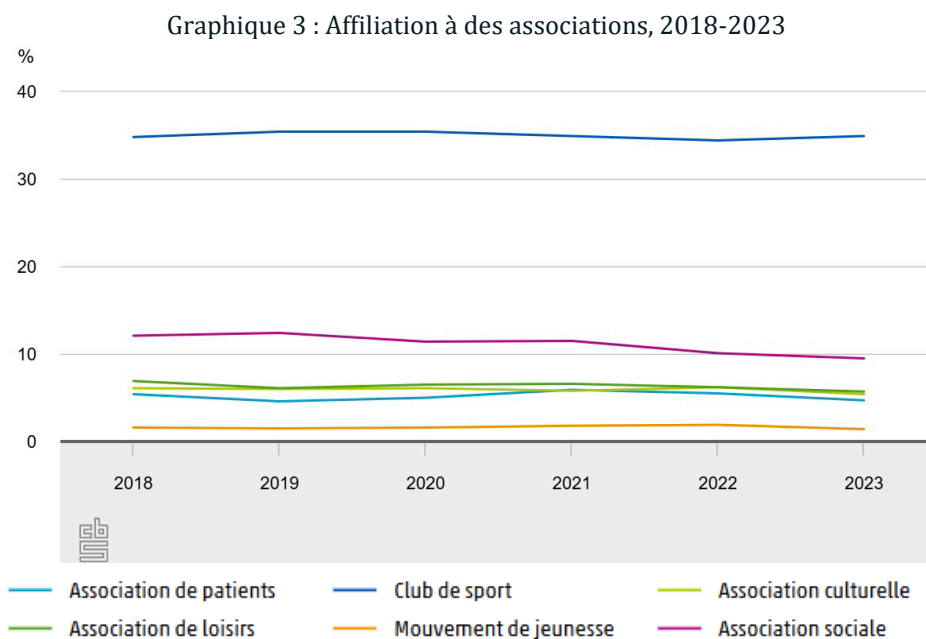
En 2022, 1,65 million de Néerlandais avaient un ou deux parents âgés de 80 ans ou plus. Plus l'âge du parent est élevé, plus les soins informels sont récurrents. Les soins informels sont également plus souvent dispensés aux personnes âgées seules. Les femmes ayant des parents de plus de 80 ans (47 %) sont nettement plus susceptibles que les hommes (27 %) de fournir des soins informels.

Il existe également de grandes différences régionales dans la fourniture de soins informels. Le [site VZinfo](#) contient des cartes sur la fourniture de soins informels à la région, à la municipalité, au district et au quartier, sur la base du Moniteur de santé 2022.

La base sociale commune :

La communauté locale peut également apporter son soutien aux résidents vulnérables. Il existe des statistiques disponibles à CBS qui abordent ce sujet, à savoir (la participation) dans des associations et le travail bénévole.

Certains types d'associations sont particulièrement importants dans le contexte de la loi sur l'aide sociale, tels que les associations sportives, les associations de patients et les associations de jeunesse. Les associations où quelqu'un peut établir des contacts sociaux sont également importantes, par exemple une association culturelle, sociale ou de loisirs. L'évolution de l'adhésion à ce type d'association est illustrée sur le graphique ci-dessous.



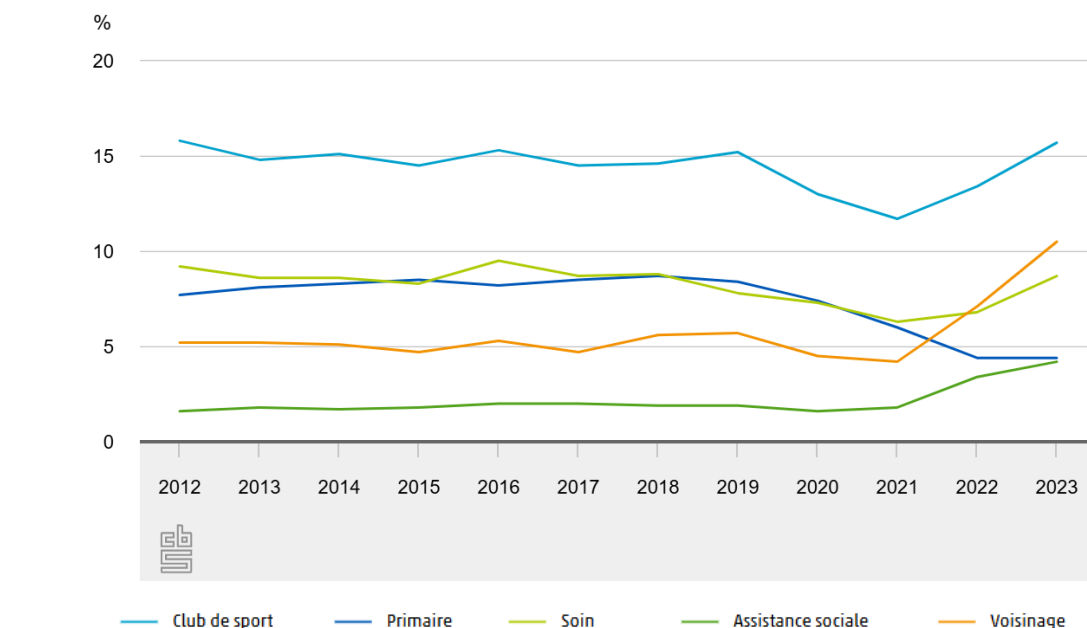
Source : CBS

De plus, en 2023, 49 % de la population néerlandaise âgée de 15 ans ou plus a indiqué avoir fait du bénévolat pour une ou plusieurs organisations ou associations au cours des douze derniers mois.

Le bénévolat lié à la loi sur le soutien sociale, a diminué pendant l'épidémie de coronavirus dans le domaine du sport, de l'assistance sociale et des soins, mais a de nouveau augmenté à partir de 2022. Le bénévolat de quartier et dans les clubs sportifs ont le plus augmenté, suivi du bénévolat dans les soins et enfin de l'aide sociale.

Graphique 4 : Evolution du bénévolat par type, 2012-2013

Annexe IX, Pièce jointe ECI Pays-Bas



*Primaire correspond à l'aide à la jeunesse et Voisinage au bénévolat de quartier

Source : [CBS](#)

La base sociale institutionnelle :

La base sociale institutionnelle concerne une diversité d'organisations et d'activités professionnelles socialement engagées. Il s'agit par exemple des résidents qui utilisent des logements (par exemple, des centres communautaires, des bibliothèques et des bâtiments associatifs) pour se réunir, ou des installations collectives, des centres de soutien bénévoles, des aides informelles et des travailleurs rémunérés.

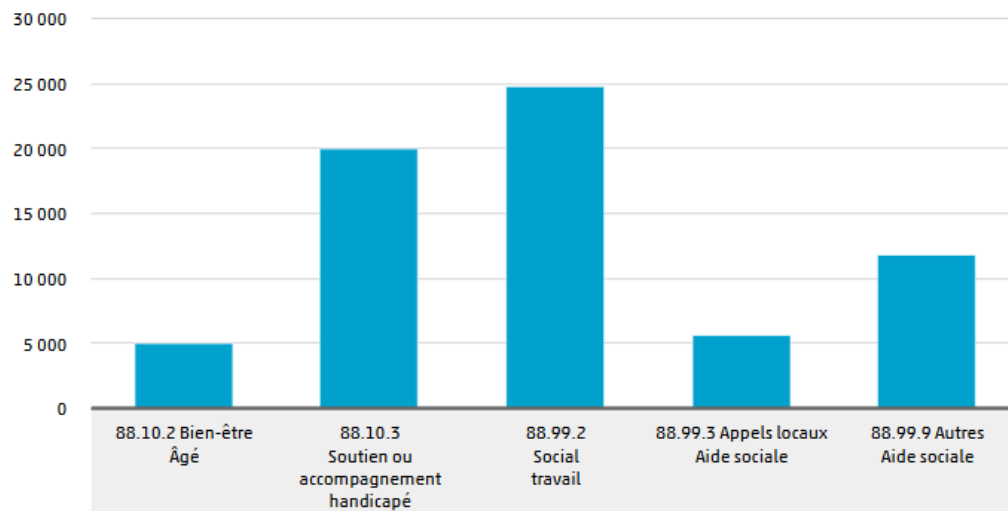
À la demande du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, le CBS a récemment cartographié le nombre de lieux d'activités sociales (CBS, 2024) à l'aide de codes SBI suivants :

- SBI 88.10.2 Travail social pour les personnes âgées ;
- SBI 88.10.3 Soutien et conseil aux personnes handicapées ;
- SBI 88.99.2 Travail social ;
- SBI 88.99.3 Travail social local ;
- SBI 88.99.9 Autres conseils sociaux, centres communautaires et organisations coopératives dans le domaine de l'aide sociale.

Le graphique ci-dessous montre le nombre d'établissements par code SBI aux Pays-Bas. Cela montre que les lieux d'action sociale (près de 25 000 sites, soit 13,8 sites pour 10 000 habitants) sont les plus courants, suivis par les sites de soutien et d'orientation pour les personnes handicapées (plus de 20 000 sites, soit 11,2 sites pour 10 000 habitants). Les lieux d'action sociale locale (plus de 5,6 000, soit 3,1 emplacements pour 10 000 habitants) et les activités sociales pour les personnes âgées (plus de 5 000, soit 2,8 pour 10 000 habitants) sont moins fréquents.

Graphique 5 : Établissements d'activités sociales par type d'aide sociale, 2023

Annexe IX, Pièce jointe ECI Pays-Bas



Source : [CBS](#)

L'aide sociale aux personnes âgées et l'aide sociale locale sont particulièrement importantes. Le tableau ci-dessous indique le nombre d'établissements de cette catégorie pour dix mille habitants pour l'ensemble des Pays-Bas et par province. Il en ressort que la densité d'établissements d'aide sociale aux personnes âgées est relativement faible dans les provinces de Groningue, de Drenthe et de Frise, tandis qu'elle est relativement élevée dans les provinces d'Utrecht, de Gueldre et de Hollande-Méridionale. A noter qu'il existe également des différences de densité d'établissements au sein des provinces, par exemple entre les différentes municipalités.

Tableau 11 : Nombre de branches pour l'aide sociale aux personnes âgées et l'aide sociale locale par province, 2023, pour 10 000 habitants

	Aide sociale aux personnes âgées (SBI 88.10.2)	Aide sociale locale (SBI 88.99.3)
Total Pays-Bas	2,8	3,1
Groningue	1,4	2,8
Frise	1,1	2,3
Drenthe	1,3	2,5
Overijssel	2,1	2,5
Flevoland	2,8	3
Gueldre	3	3
Utrecht	5,9	3,7
Hollande-Septentrionale	2,6	4
Hollande-Méridionale	3,1	3,4
Zélande	2,7	1,9
Brabant-Septentrional	2,6	2,5
Limbourg	2,3	3,1

Source : [CBS](#)

D'autres chiffres de Statistics Netherlands montrent également que le nombre d'entreprises dans les catégories d'activités « travail social » et « soins aux personnes handicapées » a augmenté entre 2017 et 2024.

Ainsi, en plus de l'aide professionnelle offerte par les municipalités, il existe un large soutien disponible pour les groupes cibles vulnérables au sein des différentes bases sociales.

Q5/-Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?

Existe-t-il un processus, un acteur ou un outil permettant suivre le versement de ces aides sociales et de détecter les fraudes à ces types d'aides (contre-expertise médicale lors de l'attribution, croisement des bases de données, etc.) ?

Les autorités néerlandaises, telles que l'INS (Inspectie SZW) et l'UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) ou l'autorité néerlandaise de la santé, mènent des contrôles rigoureux des bénéficiaires des prestations sociales pour vérifier leur éligibilité et les conditions de leur demande. Les municipalités réalisent également des contrôles en vérifiant les informations fournies ou en effectuant des visites à domicile.

Les citoyens peuvent signaler des comportements suspects ou des fraudes potentielles via des canaux de dénonciation mis en place par les autorités locales ou nationales. Le gouvernement néerlandais encourage la dénonciation de la fraude pour garantir l'intégrité du système de protection sociale. Certaines municipalités ont par exemple mis en place un espace anonyme de dénonciation de fraude à l'aide sociale.

Par ailleurs, afin de lutter contre les fraudes aux aides sociales, les municipalités peuvent modifier ou mettre fin aux prestations, ce qui peut être rétroactif. Une amende est également applicable. Pour déterminer le montant de l'amende, la municipalité tient compte des éléments suivants :

- la mesure dans laquelle la fraude peut être imputée au bénéficiaire ;
- la gravité de la violation ; et
- la situation financière du bénéficiaire.

Les différentes autorités qui gèrent les aides sociales (gouvernement, municipalités, UWV, etc.) collaborent étroitement pour échanger des informations et prévenir la fraude. Cela inclut le partage de données sur les bénéficiaires des aides et l'identification d'irrégularités potentielles. Le SZW (Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi) coordonne les efforts pour la mise en œuvre de ces contrôles.

Les Pays-Bas sont à l'avant-garde de l'automatisation des services de prestation sociale. En 2013, les services publics néerlandais ont introduit un système algorithmique pour détecter les erreurs et les fraudes parmi les demandes de prestations sociales. Néanmoins, les autorités fiscales ont été mises en cause pour l'utilisation d'algorithmes visant à identifier les ménages les plus susceptibles de frauder en se fondant sur des critères ethniques.

L'affaire des allocations familiales a ainsi contraint le gouvernement Rutte III à la démission fin 2020. La Cour des comptes néerlandaise (*Algemene Rekenkamer*) a montré dans une [étude](#) de mai 2022 que les algorithmes mis en œuvre par ailleurs par l'administration présentaient des risques en matière d'atteinte à la vie privée, de discrimination ou de fuite de données personnelles. Cela concernait par exemple le contrôle et la lutte contre la fraude aux prestations financières offertes par l'organisme public DUO aux étudiants, ou la présélection des demandes de visas par le Ministère des affaires étrangères, deux applications susceptibles de conduire à des discriminations ethniques.

Par mesure de transparence, un registre des algorithmes a été mis en place en décembre 2022. Cette mesure, prévue dans l'accord de coalition du gouvernement Rutte IV (entrée en fonction en janvier 2022), doit conduire à un [registre](#) des applications à haut risque utilisées par les administrations, dans l'objectif d'augmenter la transparence de l'usage de l'IA. Chaque ministère, collectivité et établissement public est tenu de l'alimenter d'ici 2025 et d'y adjoindre une étude d'impact sur les droits de l'homme (IAMA – *Impact Assessment Mensenrechten en Algoritmes*). En avril 2024, 336 algorithmes issus de 113 organismes publics étaient répertoriés.

La lutte contre la fraude sociale passe également par une coopération internationale. Les Pays-Bas collaborent étroitement avec d'autres pays pour combattre la fraude sociale transfrontalière. Par exemple, en avril 2018, la Belgique et les Pays-Bas ont initié un échange électronique de données afin de détecter et prévenir la fraude sociale entre leurs deux pays. Les Pays-Bas, en tant que membre de l'Union européenne, échangent également des informations avec les autres États membres de l'UE pour détecter les fraudes concernant les prestations sociales transnationales, telles que les prestations de chômage.

Quel est le pourcentage ou les volumes de fraude estimés ?

Du début 2019 au troisième trimestre 2024, la lutte contre la fraude a rapporté 1,9 milliard d'euros au gouvernement fédéral. 1,1 milliard d'euros de fraude à la sécurité sociale (employeurs), 661 millions d'euros de fraude aux prestations sociales (citoyens) et 131 millions d'euros de prestataires de soins de santé et d'amendes administratives.

Qu'est-il mis en œuvre pour lutter contre le non-recours (croisement des données, mission des travailleurs sociaux locaux, etc.) ? Quels sont les retours sur ces initiatives ?

Le gouvernement néerlandais, en collaboration avec les municipalités, œuvre pour simplifier les démarches administratives afin de faciliter l'accès aux aides. C'est notamment l'un des objets de la révision de la loi sur la participation en cours (cf. question 1). Des outils en ligne et des plateformes ont également été développés pour rendre la demande d'aide sociale plus accessible et plus simple à compléter, notamment en offrant des formulaires numériques et des conseils en ligne.

Le gouvernement néerlandais mène des évaluations sur l'efficacité de ses politiques. Ces études visent notamment à identifier les raisons pour lesquelles certaines personnes ne sollicitent pas l'aide sociale, qu'elles soient liées à des obstacles structurels, à la méconnaissance des procédures ou à un manque de confiance dans le système. Sur la base de ces évaluations, des ajustements peuvent être faits dans les politiques publiques.

Afin de lutter contre le non recours, le ministre des Affaires sociales et de l'Emploi a récemment présenté, le 21 février dernier, un projet de loi sur les services proactifs. Ce projet de loi vise à autoriser le partage de données entre l'UWV, le SVB et les municipalités afin qu'elles soient en capacité de s'adresser activement aux gens pour leur indiquer les prestations et autres services (sociaux) auxquels ils ont droit. Le projet de loi précise que cet échange de données n'aurait pas vocation à faire respecter la loi.

Le même jour, un projet de loi relatif à l'application de la sécurité sociale a été soumis pour avis au Conseil d'État. Le projet de loi vise à tenir davantage compte de la situation personnelle des personnes. Cela signifie que l'UWV, la SVB et les communes **peuvent décider elles-mêmes de ne pas appliquer de sanction lors d'erreur lors de la demande d'adhésion à des programmes sociaux**, par exemple, si elles estiment que cela n'a pas induit de problèmes (financiers).

Quel sont les volumes de non-recours estimés à date ?

En juin 2023, le ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi a publié une [étude sur le non-recours](#) parmi les bénéficiaires d'une prestation WW (allocation chômage), WIA, IOW, Wajong ou WAO au 30 septembre 2019. Selon le rapport, le risque de non-utilisation de la loi sur les allocations est relativement élevé parmi les bénéficiaires de la Wajong (68 %) et ceux de l'IOW (56 %).

Le non-recours des bénéficiaires d'autres régimes est plus faible (WW : 38 % ; IVA : 35 % ; WGA : 35 % ; WAO : 33 %). En moyenne, la loi sur les allocations présente un taux de non-utilisation de 46 % des lois mères examinées, ce qui représente 62 100 non-utilisateurs. Le nombre absolu de non-utilisateurs varie considérablement selon la loi mère, principalement en raison des différences dans le nombre absolu de bénéficiaires selon la loi mère. Le Wajong se distingue par le nombre de non-utilisateurs (29 100 non-utilisateurs). Les personnes ayant droit à une prestation Wajong sont relativement plus susceptibles de se situer dans la catégorie de revenus la plus élevée (80 à 100 % du minimum social).

[Sources et personnes contactées dans le cadre de cette ECI]

Contacts

Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi

- Adriaan Nunes – Senior Policy Officer European Affairs anunes@minszw.nl

Ressources

- Rapports SCP (Institut néerlandais de recherche sociale)
 - [Une vision large de l'aide sociale \(juin 2023\)](#)
 - [Confiance dans l'aide sociale \(novembre 2024\)](#)
- [Rapport SEO economisch onderzoek](#) – Répartitions des budgets d'aide sociale 2024, septembre 2023
- [Rapport NIBUD - Rapport sur la politique municipale de revenu minimum \(2024\) | Nibud](#)
- [Rapport CBS \(Institut néerlandais de statistiques\)](#)

Finances publiques 2023 | CBS

Faits nouveaux concernant la loi sur l'aide sociale à l'échelle nationale (janvier 2025)

Site du Gouvernement des Pays-Bas

- [Financement de la Loi sur la participation | Finances des municipalités et des provinces](#)
- [Fonds municipal | Finances des municipalités et des provinces](#)
- [Outil d'estimation du budget final](#)
- [Outil d'estimation d'un nouveau budget prévisionnel](#)
- [Annonce des budgets prévisionnels de l'aide sociale pour 2025 et des budgets définitifs pour 2024](#)
- [Estimation du budget macro \(informations pour les communes\)](#)
- [Dossiers avec budgets par commune, spécifications et explications](#)
- [Comment le montant de ma prestation d'aide sociale est-il calculé ?](#)
- [Qu'est-ce que la norme de partage des coûts dans l'aide sociale ?](#)

Site de la municipalité de La Haye

- [Montant de l'aide et remboursements - La Haye](#)
- [Assistance spéciale - La Haye](#)
- [Remboursement des personnes malades ou handicapées de longue durée - La Haye](#)

Site du Ministère

- [Toutes les subventions | Service de mise en œuvre des subventions aux institutions](#)
- [Régimes de subventions VWS](#)
- [Organisations de patients et de personnes handicapées \(organisations de personnes handicapées\) 2024-2028 | Subvention](#)

Site de l'UWV

- [Déclaration des revenus WIA, WAO, WAZ, Wajong | UWV](#)
- [Quels revenus déclarer en plus de l'allocation de l'UWV | UWV](#)

Données statistiques

- [Moniteur national de la loi sur l'aide sociale \(Wmo\) - CBS](#)
- [Tableaux CBS Prestations sociales](#)
- [Les prestations sociales stimulent les dépenses publiques | CBS](#)
- [CBS - Sociale zekerheid ; kerncijfers, uitkeringen naar uitkeringssoort](#) – nombre de bénéficiaires par type de prestation sociale
- [CBS - Bénéficiaires de prestations ; Type de prestation, quartiers et quartiers 2024](#) – nombre de bénéficiaires par type de prestation sociale et par commune
- [Data Finance Collectivités Territoriales | Collectivités Locales](#) – Gouvernement des Pays-Bas

Données budgétaires

- [Budget 2025 - Sécurité sociale | Ministère des Finances](#)
- [Mémoire budgétaire 2025 | Ministère des Finances](#)

Éléments complémentaires

Vous trouverez ci-dessous les détails des composantes volumes et prix évoqués dans la réponse à la question trois :

Dans la **composante volume** des caractéristiques individuelles des ménages, une distinction est faite entre les indicateurs qui corrigent les personnes d'un ménage qui n'ont pas droit à l'aide et les indicateurs qui sont importants pour la probabilité que les personnes d'un reçoivent de l'aide.

Parmi les caractéristiques environnementales, une distinction est entre les indicateurs qui jouent un rôle du côté de la demande du marché du travail (la demande de travail ; les emplois disponibles) et du côté de l'offre du marché du travail (l'offre de travail ; les caractéristiques de la main-d'œuvre). En outre, les effets de voisinage peuvent également influencer la probabilité d'être bénéficiaire de l'aide sociale, indépendamment des caractéristiques du ménage et de l'offre régionale d'emplois.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des indicateurs explicatifs inclus dans la **composante volume** (hh pour ménage). Un coefficient (poids) est estimé pour tous les indicateurs explicatifs inclus dans la composante volume. Ces coefficients sont publiés avec les dates de référence utilisées dans la loi sur la participation.

Tableau 2 - Indicateurs inclus dans le volet volume

Catégorie de l'indicateur	Indicateurs	Niveau	Source
Non-détenteurs de droits			
Autres prestations	<i>Personne seule, patrimoine supérieur à € 5 000</i>	Ménage	CBS
	<i>Personne seule, avoirs jusqu'à € 5 000, avoirs excédentaires au-delà de € 50 000</i>	Ménage	CBS
	<i>Couple/parent isolé, patrimoine supérieur à € 10 000</i>	Ménage	CBS
	<i>Couple/parent isolé, patrimoine inférieur ou égal à € 10 000, patrimoine excédentaire supérieur à € 50 000</i>	Ménage	CBS
	<i>Bénéfice de l'AO, degré d'AO 15-80 % ou inconnu dans hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Bénéfice AO, degré d'AO 80-100 % en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Bénéfice WW en hh</i>	Ménage	CBS
Ne peut/ne veut pas travailler	<i>Bénéfice ANW en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Zw, allocation d'attente ou autre prestation en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Prestations de retraite en hh</i>	Ménage	CBS
L'offre sur le marché du travail			
L'âge	<i>18-20 ans en hh (référence)</i>	Ménage	CBS
	<i>20 à 25 ans en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>25 à 30 ans en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>30 à 40 ans en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>40 à 50 ans en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>De 50 ans à l'âge de la pension d'État en hh</i>	Ménage	CBS
Situation familiale	<i>Célibataire (référence)</i>	Ménage	CBS
	<i>Mère monoparentale (en fonction de l'âge de l'enfant le plus jeune)</i>	Ménage	CBS
	<i>Père monoparental (en fonction de l'âge de l'enfant le plus jeune)</i>	Ménage	CBS
	<i>Couple (en fonction de l'âge de l'enfant le plus jeune)</i>	Ménage	CBS
	<i>Couple sans enfant</i>	Ménage	CBS
	<i>Enfant adulte vivant au foyer</i>	Ménage	CBS
	<i>Autre ménage</i>	Ménage	CBS
	<i>Vivre dans un logement social</i>	Ménage	CBS
	<i>Vivre sur un terrain</i>	Ménage	CBS
Historique des migrations	<i>Pas d'antécédents migratoires en hh (référence)</i>	Ménage	CBS
	<i>Turc / Surinamais / Antilles néerlandaises / Marocain à hh / Ghanéen / Somalien ou Erythréen / Africains / Afghan / Irakien / Syrien / Iranien / Chinois / Indien / Ancienne Yougoslavie / Ancienne Union soviétique</i>	Ménage	CBS
	<i>Autres pays non occidentaux</i>	Ménage	CBS
	<i>Autres pays occidentaux</i>	Ménage	CBS
	<i>ICH (indice de capital humain) inconnu (référence)</i>	Ménage	CBS

Annexe IX, Pièce jointe ECI Pays-Bas

Formation	<i>Faible ICH en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>ICH moyen ou élevé en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>(V)SO/Pro suivi en hh</i>	Ménage	CBS
Santé	<i>Frais de soins supérieurs à € 50 000 en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Recours aux soins de santé mentale dans l'hôpital</i>	Ménage	CBS
	<i>Médicaments pour l'addiction en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Médicaments contre la dépression dans l'hôpital</i>	Ménage	CBS
	<i>Médicaments pour la psychose dans l'hôpital</i>	Ménage	CBS
	<i>Utilisation de médicaments</i>	Ménage	CBS
Combinaisons de facteurs	<i>Migration non occidentale en hh et 50 ans à l'AOW en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Origine des migrations non occidentales et problèmes de santé</i>	Ménage	CBS
	<i>Faible ICH dans hh et problèmes de santé dans hh</i>	Ménage	CBS
La demande sur le marché du travail			
	<i>Emplois par personne en âge de travailler dans la municipalité, ajustés en fonction du temps de déplacement, la concurrence et les migrations pendulaires transfrontalières</i>	Municipalité	Atlas des municipalités
	<i>Pourcentage de personnes travaillant au-dessous du niveau d'instruction dans la municipalité</i>	Municipalité	Atlas des municipalités
	<i>Part des étudiants (hbo/wo) dans la population active potentielle de la municipalité</i>	Municipalité	CBS
	<i>Part des WW dans la population en âge de travailler de la municipalité</i>	Municipalité	CBS
Effets de voisinage	<i>Part de la population active de la commune dans les quartiers où travailler n'est pas la norme</i>	Municipalité	Atlas des municipalités
	<i>Indice de nuisance et d'insécurité</i>	Voisinage	Atlas des municipalités

Source : Gouvernement des Pays-Bas – [Système de répartition du budget de l'aide sociale](#)

La **composante prix** du modèle de distribution permet d'estimer le niveau de la prestation sociale d'un ménage.

Tout d'abord, le montant de la prestation dépend du montant standard brut légal pour les différents types de ménages et de la norme de partage des coûts.⁹⁰ Les montants d'aide bruts sont dérivés des montants d'aide nets annoncés par règlement ministériel au mois de juin précédant l'année de mise en œuvre. Le tableau 2 présente les différents types de ménages pour lesquels des montants standard ont été appliqués dans le modèle. Les différents montants standard sont publiés chaque année dans le règlement relatif à la loi sur la participation.

Tableau 3 - Les différents types de montants standard appliqués dans le modèle de distribution

Type de ménage standard sans disposition relative au partage des coûts Célibataire (parent), de 21 ans à AOW Célibataire (parent), 18, 19 ou 20 ans Couple marié, les deux partenaires ayant atteint l'âge de 21 ans pour la pension d'État Couple marié, les deux partenaires 18, 19 ou 20 ans, sans enfant(s) Couple marié, les deux partenaires 18, 19 ou 20 ans, avec enfant(s) Couple marié, l'un des deux partenaires 18, 19 ou 20 ans, sans enfant(s) Couple marié, l'un des deux partenaires 18, 19 ou 20 ans, avec enfant(s) Normes ouvrant droit, à l'âge de 21 ans, à une pension d'État en fonction du nombre de pensionnaires 9 montants standard pour les situations de 2 à 10 pensionnaires ou plus Normes couples mariés (1 partenaire âgé de moins de 21 ans, 1 partenaire âgé de 21 ans ou plus) en fonction du nombre de partenaires partageant les coûts Couples avec enfants : 9 montants standard pour des situations de 2 pensionnaires à 10 pensionnaires ou plus Couples sans enfants : 9 montants standard pour des situations de 2 pensionnaires à 10 pensionnaires ou plus Normes divergentes pour les couples mariés en vertu de l'article 24 Pw Ayant droit âgé de 21 ans ou plus avec ou sans enfants Ayant droit de moins de 21 ans, sans enfant Ayant droit de moins de 21 ans, avec enfant

Source : Gouvernement des Pays-Bas – [Système de répartition du budget de l'aide sociale](#)

* Pour le tableau 2, lors de l'incorporation de la norme de partage des coûts dans les montants bruts de l'aide, les groupes exemptés de la norme de partage des coûts ont été pris en compte (les jeunes jusqu'à 21 ans) et étudiants (mbo/hbo/wo). Il n'est pas possible de tenir compte de l'exception pour les locataires de chambres commerciales en raison du manque de données à ce sujet. Pour les

⁹⁰ La [norme de partage des coûts](#) suppose que les personnes (adultes) qui vivent ensemble partagent les coûts tels que le loyer, le gaz, l'électricité et l'eau. Cela a des conséquences sur le montant de la prestation ou de l'allocation. »

Annexe IX, Pièce jointe ECI Pays-Bas

étudiants, la norme brute est 0. Les enfants âgés de 18 ans ou plus vivant à la maison sont considérés comme des ménages indépendants ayant leur propre droit à l'aide.

Outre le montant standard brut légal et la norme de partage des coûts, le montant des prestations d'aide sociale est également affecté par la présence ou non d'autres revenus dans le foyer.

La composante prix calcule donc le montant attendu de la prestation en tant que fraction du montant standard brut au moyen d'indicateurs objectifs liés à la mesure dans laquelle les ménages bénéficiant de l'aide sociale ont d'autres revenus. Les indicateurs sont subdivisés en facteurs qui influencent directement le montant de la prestation d'aide sociale, comme le fait de percevoir une autre prestation, ou qu'une personne bénéficiant de l'aide sociale dispose de revenus supplémentaires provenant d'un travail (à temps partiel). La mesure dans laquelle les bénéficiaires de l'aide sociale ont des revenus supplémentaires s'explique en grande partie par les mêmes caractéristiques que celles incluses dans la composante volume. Dans la composante prix, certaines caractéristiques ont été agrégées à un niveau plus élevé afin de garantir que les pondérations sont basées sur des données provenant d'un nombre suffisant de ménages bénéficiant de l'aide sociale. Le tableau 3 donne un aperçu des indicateurs explicatifs dans la composante prix (hh pour ménage).

Un coefficient (poids) est estimé pour tous les indicateurs explicatifs inclus dans la composante prix. Comme les estimations de la composante volume, ces coefficients sont publiés avec les dates de référence utilisées dans la loi sur la participation.

Tableau 4 - Indicateurs inclus dans la composante prix

Catégorie de l'indicateur	Indicateurs	Niveau	Source
Non-détenteurs de droits			
Règlement direct Autre prestation ou subvention salariale	<i>Bénéfice WW en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Bénéfice AO, degré d'AO 15-80 % ou inconnu dans hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Bénéfice AO, degré d'AO 80-100 % en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Bénéfice ANW en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Zw prestation, allocation d'attente ou autre prestation en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Prestations de retraite en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Subventions salariales en hh</i>	Ménage	CBS
L'âge	<i>18-20 ans en hh (référence)</i>	Ménage	CBS
	<i>20 à 25 ans en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>25 à 30 ans en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>30 à 40 ans en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>40 à 50 ans en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>De 50 ans à l'âge de la pension d'État en hh</i>	Ménage	CBS
Situation familiale	<i>Père célibataire, monoparental (référence)</i>	Ménage	CBS
	<i>Mère monoparentale, enfant le plus jeune jusqu'à 5 ans</i>	Ménage	CBS
	<i>Mère monoparentale, dernier enfant à partir de 5 ans</i>	Ménage	CBS
	<i>Couple avec enfants</i>	Ménage	CBS
	<i>Couple sans enfant</i>	Ménage	CBS
	<i>Enfant adulte vivant au foyer</i>	Ménage	CBS
	<i>Vivre dans un logement social ou sur un terrain</i>	Ménage	CBS
Historique des migrations	<i>Pas d'antécédents migratoires, occidentaux ou autres non occidentaux en hh (référence)</i>	Ménage	CBS
	<i>Turc en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Surinamais en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Marocain à hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Africains (hors Maroc) en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Irakien, syrien, iranien ou afghan en hh</i>	Ménage	CBS
Formation	<i>ICH (indice de capital humain) inconnu (référence)</i>	Ménage	CBS
	<i>Faible ICH en hh</i>	Ménage	CBS
	<i>ICH moyen ou élevé en hh</i>	Ménage	CBS
Santé	<i>Recours aux soins de santé mentale dans l'hôpital</i>	Ménage	CBS
	<i>Médicaments contre la dépression dans l'hypertension</i>	Ménage	CBS
Combinaisons de facteurs	<i>Faible ICH dans hh et problèmes de santé dans hh</i>	Ménage	CBS
	<i>Emplois peu qualifiés par personne en âge de travailler dans la municipalité, corrigés du temps de trajet, de la concurrence et des migrations frontalières</i>	Municipalité	Atlas des municipalités

Annexe IX, Pièce jointe ECI Pays-Bas

La demande sur le marché du travail	<i>Part des étudiants (hbo/wo) dans la population active potentielle de la municipalité</i>	Municipalité	CBS
Effets de voisinage	<i>Indice de nuisance et d'insécurité</i>	Voisinage	Atlas des municipalités

Source : Gouvernement des Pays-Bas – [Système de répartition du budget de l'aide sociale](#)

Les coefficients estimés (pondérations) dans les composantes volume et prix constituent la base de la distribution objective finale. Pour chaque ménage de l'ensemble de données, la probabilité objective d'aide et la fraction prévue du montant brut standard sont calculées en appliquant, respectivement, les coefficients de la composante volume et de la composante prix à des données aussi récentes que possible.

Pour tous les ménages, le budget d'assistance prévu est déterminé à l'aide de la formule suivante, où les deux derniers facteurs se combinent pour former la composante prix :

Budget prévisionnel par ménage = probabilité prévisionnelle d'aide x montant standard brut x fraction prévisionnelle du montant standard

Royaume-Uni

Contribution reçue le 21 mars 2025.

Affaire suivie par : H. Brisebard, Z. Hédouin, A. Mansouri, P. Wen

Q1/- Qui définit et met en œuvre la politique publique de l'autonomie (handicap et dépendance) ? Comment est-elle répartie entre les différents échelons politiques et administratifs (nationaux, régionaux, départementaux ou communaux) ? Comment s'articule la gouvernance de cette politique entre les différents échelons ?

Description du fonctionnement et de l'architecture de la politique publique en faveur du handicap et de l'autonomie : acteurs, compétences, subsidiarité, base juridique, objectifs, grandes dates et évolutions récentes.

Le ministère du Travail (*Department for Work and Pensions, DWP*) est l'acteur central de la gestion des prestations sociales liées au handicap et à l'incapacité. Ministère avec le plus d'employés du Royaume-Uni (86 000 ETP), il administre notamment le régime public de retraite et un ensemble de prestations sociales couvrant environ 20 millions de bénéficiaires.

S'agissant du handicap, son objectif principal est d'assurer un soutien financier et de favoriser l'intégration sur le marché du travail. Pour l'exercice budgétaire 2023-24, le [budget](#) du DWP s'est élevé 284 Md£, couvrant les dépenses courantes du ministère (10 Md£) et très largement les dépenses de protection sociale (274 Md£ dont 55% pour les retraites).

Les aides sociales s'articulent autour de deux logiques principales : **(i) un minimum social**, l'*Universal Credit*, qui assure un revenu de base aux personnes en situation de précarité, majoré en cas d'incapacité à travailler, et **(ii) la compensation du handicap**, via des dispositifs spécifiques tels que l'*Employment and Support Allowance* (ESA), le *Personal Independence Payment* (PIP), la *Disability Living Allowance* (DLA) pour les enfants, ou encore l'*Attendance Allowance* (AA) pour les retraités.

Les collectivités territoriales sont légalement responsables des politiques d'autonomie (*social care*), sous l'autorité du *Department for Health and Social Care*. Ces politiques, qui concernent essentiellement les personnes âgées, englobent une gamme de services sociaux visant à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées, et de l'aide financière aux soins. Ce soutien peut inclure l'aide à domicile par un aidant, l'aménagement du logement, l'équipement et les technologies d'assistance, ainsi que les logements protégés et les maisons de retraite ou de santé. Elles gèrent les aides sociales au niveau local (pour couvrir les soins à domicile et en établissement) et réalisent les évaluations financières d'éligibilité pour la couverture des soins.

Le NHS, National Health Service, service public de santé, **fournit des soins de santé à l'ensemble des résidents britanniques** pour l'essentiel gratuits en fonction des besoins (*to the point of use*). Dans un contexte de difficulté de prise en charge, il est estimé que 13 % des lits d'hôpitaux sont occupés par des patients devant être pris en charge par le *social care*.

Par ailleurs, **la coordination de la politique d'inclusion en faveur des personnes en situation de handicap et de la stratégie nationale est assurée par le Cabinet Office**, un département exécutif du gouvernement britannique directement sous l'autorité du Premier ministre. La *Disability Unit*, intégrée à l'*Office for Equality and Opportunities*, joue un rôle clé en encourageant les débats et en concevant des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap. Cette unité travaille en lien avec le ministre délégué à la sécurité sociale et au handicap, garant de la mise en œuvre des mesures législatives et réglementaires. Son rôle est surtout de s'assurer que les politiques publiques prennent en compte les besoins des personnes handicapées, en collaborant avec d'autres ministères, mais elle ne verse pas d'aides financières.

La politique publique en faveur du handicap et de l'autonomie au Royaume-Uni repose sur un cadre législatif structuré autour de plusieurs textes interconnectés. Le **Care Act 2014** constitue la pierre angulaire de l'aide sociale et de l'accès aux soins en définissant les obligations des collectivités locales en matière d'évaluation des besoins et de financement des services de soutien aux personnes dépendantes. Ce cadre s'articule avec le **National Health Service Act 2006**, qui régit la prise en charge des soins médicaux pour les personnes dont l'état de santé justifie une couverture intégrale des coûts par le NHS. En parallèle, les aides financières nationales destinées aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont définies par le **Welfare Reform Act 2012**, qui structure les principales prestations sociales. Ces prestations sont gérées par le DWP et, contrairement aux aides locales aux soins, ne sont pas conditionnées par les ressources du demandeur.

L'ensemble de ces dispositifs s'inscrit dans un cadre plus large de lutte contre la discrimination et de promotion de l'inclusion, assuré par l'**Equality Act 2010**. Ce texte, qui a remplacé le *Disability Discrimination Act 1995*, impose aux employeurs et aux services publics d'appliquer des ajustements raisonnables pour garantir l'accessibilité des personnes handicapées à l'emploi, aux services et aux infrastructures. Il se connecte directement au programme *Access to Work* (voir ci-dessous), qui offre des aides financières aux entreprises pour adapter les conditions de travail des personnes en situation de handicap.

Ainsi, la politique britannique en matière d'autonomie repose sur une distinction claire entre les prestations sociales nationales, universelles et indépendantes des ressources, et l'aide à l'autonomie gérée localement, conditionnée aux revenus et au patrimoine.

Quels sont les débats publics contemporains autour de la prise en charge du handicap et de la dépendance ? Des risques ont-ils été identifiés à court/moyen/long terme ? Des pistes sont-elles proposées voire mises en œuvre pour y répondre ?

Les dépenses des prestations sociales de santé (incapacité et invalidité) ont fortement augmenté, passant de 1,2 % à 2,0 % du PIB entre 2005 et 2024, avec des [prévisions](#) atteignant 2,5 % en 2028. Cette hausse s'explique par trois facteurs principaux : un marché du travail très peu protecteur pour la santé des individus (pas d'arrêts maladies indemnisés, très faible protection contre les licenciements, salaires faibles) ; une forte crise du coût de la vie ; la hausse de la reconnaissance des troubles psychiques comme cause de handicap et/ou d'incapacité. On constate ainsi une hausse importante du taux d'inactivité sur le marché du travail britannique, qui touche toutes les tranches d'âge. Les prestations d'incapacité exonèrent en effet leurs bénéficiaires des obligations de recherche d'activité (de 30 heures par mois) des autres bénéficiaires de minima sociaux.

Ainsi, face à la dégradation des perspectives budgétaires et à la très forte dynamique de hausse des prestations sociales (de 65 Md£ en 2024 à 100 Md£ en 2030) et dans un contexte de pression pour financer d'autres priorités, notamment la défense, **le gouvernement travailliste a engagé une politique de réduction des dépenses de prestations sociales**. Le 18 mars 2025, la ministre du Travail, Liz Kendall, a annoncé un [ensemble de réformes](#) visant à renforcer la participation au marché du travail. Si la partie principale de l'*universal credit* (UC, cf. question 2) va être augmentée progressivement de 775 £ par an d'ici 2029-2030, la composante « santé » de l'UC restera gelée en valeur nominale pour les bénéficiaires actuels, tandis que son montant sera réduit pour les nouveaux demandeurs et supprimé pour les 16-22 ans. Par ailleurs, le gouvernement prévoit un durcissement des critères d'éligibilité au *personal independence payment* (PIP), ce qui pourrait affecter jusqu'à un million de personnes selon les premières estimations. Ces réformes visent à activer les individus précaires en situation d'incapacité mais s'inscrivent davantage dans une logique de réduction budgétaire à court terme plutôt que dans une approche réformatrice structurelle de long terme.

Les réformes d'envergure restent souvent sujettes à débat, notamment **la proposition d'un *National Health Service (NHS)* de l'aide sociale**, qui viserait à centraliser l'aide à la personne. L'idée d'une telle réforme est de lutter contre l'hétérogénéité de l'aide sociale entre les collectivités. Cependant, ces discussions sont régulièrement repoussées, le gouvernement travailliste privilégiant d'abord la réforme du NHS classique (le premier ministre a annoncé la suppression de *NHS England* le 13 mars). Face aux critiques, Wes Streeting (le ministre de la santé), a indiqué vouloir engager le chantier du *social care* vers 2028 et a demandé un rapport d'ici là.

Il en va de même pour des mesures plus ciblées, comme la mise en place d'un [plafonnement](#) des dépenses personnelles de soins, prévu par le gouvernement précédent. Ce dispositif ciblant surtout les retraités des classes moyennes, qui aurait limité à 86 000 £ les frais de soins personnels qu'un individu aurait à assumer au cours d'une année, devait initialement entrer en vigueur en octobre 2024. Toutefois, en raison des contraintes budgétaires auxquelles la chancelière de l'Échiquier – Rachel Reeves – est confrontée, son application a une nouvelle fois été reportée.

De quelle/s marge/s de manœuvre les échelons territoriaux disposent-ils dans les modalités d'attribution des aides (montant, critères d'attribution plus ou moins élargis, etc.) ?

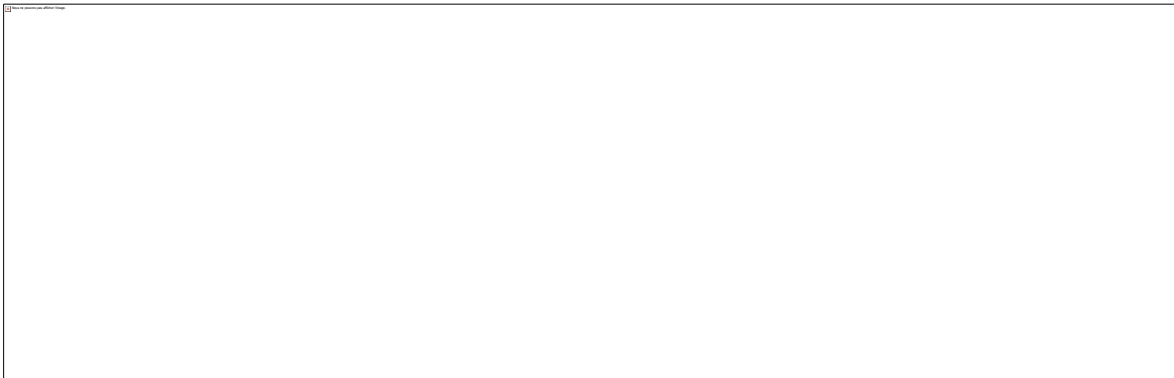
Conformément au [Care Act](#) de 2014, **les collectivités territoriales assurent la gestion des aides à la personne**. Outre des recettes locales comme la taxe d'habitation, leur financement provient du Ministère en charge des collectivités territoriales (*Department for Levelling Up, Housing & Communities*), qui reçoit lui-même des fonds du ministère de la Santé et de la Protection sociale. Ce dernier, garant de la performance du système de soins, est tenu, en vertu du [Health and Social Care Act](#) de 2012, de redistribuer une partie de ses ressources aux collectivités afin de financer les soins et l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou d'incapacité.

En 2022-23, les collectivités locales anglaises ont consacré 23,7 Md£ à l'aide sociale, venant en aide à plus d'un million de personnes. Ces aides couvrent principalement l'assistance personnelle à domicile, le soutien aux adultes souffrant d'un handicap physique, d'un trouble d'apprentissage ou d'une maladie mentale ou physique, ainsi que l'accompagnement des aidants.

De fortes disparités territoriales dans les modalités d'attribution des aides (critères, montant, volume) sont-elles observées entre les différentes localités ? Si oui, ces disparités sont-elles poussées par des facteurs d'ordre sociodémographique ou « discrétionnaires » ? Quels sont ces cinq principaux facteurs, classés par ordre d'importance ? Existe-t-il des documents juridiques, des instructions ou des circulaires à l'égard des exécutifs ou des administrations locales précisant les modalités d'attribution des aides (actes des conseils locaux, instructions nationales) ?

La répartition de l'aide sociale de santé aux collectivités territoriales repose sur un système complexe et peu transparent de subventions. Ces aides se déclinent en trois catégories : les subventions attribuées selon des formules, les autres subventions et les subventions temporaires exceptionnelles. La *County Councils Network* (CCN), association représentant les comtés britanniques, estime que **cette répartition est inéquitable**. Son [analyse](#) portant sur l'exercice budgétaire 2019-20 différencie les territoires selon leur degré d'urbanisation plutôt que sur la base d'un découpage strictement administratif, en distinguant Londres, les grandes agglomérations et les zones à dominante rurale, ces dernières étant principalement gérées par les conseils départementaux. D'après leurs estimations, fondées sur des lourdes hypothèses en raison du manque de transparence, les membres du CCN ne reçoivent que 32 % des subventions de base, alors qu'ils supportent 47 % des besoins de dépenses pour les services sociaux.

En examinant la répartition des dépenses sociales de santé par région pour l'exercice 2023-24, **des disparités marquées apparaissent**. L'Écosse enregistre les dépenses les plus faibles avec 3 300 £ par habitant, tandis que le Pays de Galles et le Nord-Est de l'Angleterre dépassent 4 400 £. Ces écarts s'expliquent en partie par des facteurs démographiques. Les salaires médians hebdomadaires, plus faibles au Pays de Galles (675 £) et dans le Nord-Est de l'Angleterre (650 £), comparés à ceux de l'Écosse (740 £), peuvent justifier une demande accrue de prestations sociales et médicales. De plus, bien que l'âge moyen soit similaire dans ces régions (entre 42 et 43 ans), Londres se distingue avec des dépenses de santé parmi les plus basses du pays (3 500 £ par habitant). Cette tendance peut s'expliquer par une population plus jeune (âge moyen de 36 ans) et un salaire médian hebdomadaire plus élevé (905 £), réduisant potentiellement le recours aux aides sociales et aux prestations médicales.



Le [rapport](#) du *National Audit Office* (la Cour des comptes britannique) sur l'aide sociale en Angleterre pour l'année 2023-2024 met également en évidence **des disparités dans la capacité des collectivités à financer les aides sociales**. Cette capacité est sous pression en raison d'une augmentation de la demande, mais aussi des exigences gouvernementales visant à améliorer la qualité des prestations. Ainsi, vingt-quatre collectivités locales (soit une sur six) estiment que leur budget sera insuffisant pour couvrir les besoins. De nombreux rapports font état de difficultés d'accès aux soins, notamment à travers des listes d'attente particulièrement longues et des besoins de santé non ou partiellement satisfaits. La *Care Quality Commission*, régulateur indépendant chargé d'évaluer la qualité de l'aide sociale, a déjà signalé des [disparités](#) géographiques, avec une qualité des soins inférieure dans les zones les plus défavorisées.

Existe-t-il des représentations cartographiques de ces divergences et/ou des études académiques sur le sujet ?

Pour illustrer l'hétérogénéité géographique en termes d'aides locales aux soins, une étude de *Care and Support Alliance* (CSA) de 2024 met en évidence une « loterie géographique », signifiant que l'accès aux soins dépend grandement de la collectivité locale dans laquelle l'individu habite.

Le tableau ci-dessous issu d'un rapport de la *Local Government Association*, structure officielle qui représente les collectivités, permet de constater que les dépenses par tête peuvent grandement varier selon le *council* considéré.

Table 1. Summary statistics for the spending rate	
	£ per older person
Minimum (lowest spending rate)	£946
Lower quartile (typical for lower spending rate)	£1,370
Median (typical for councils overall)	£1,567
Upper quartile (typical for higher spending rate)	£1,903
Maximum (highest spending rate)	£4,229
Range between minimum and maximum	£3,283
Interquartile range between lower and upper quartiles	£533
Mean (total of all councils' spending rate divided by the number of councils)	£1,703
Standard deviation (average distance from the mean for any particular council)	£531

Note: excludes the City of London Corporation and the Council of the Isles of Scilly.

Source : [Debate on the state of social care in England, and the case for a comprehensive social care strategy](#)

Q2/- Quels sont les dispositifs de politique/s publique/s mis en œuvre en faveur de l'autonomie (aides personnalisées, minimum sociaux, services, ...) ?

Dresser une liste la plus exhaustive possible des dispositifs existants en faveur de l'autonomie et du handicap, en particulier s'agissant des aides personnalisées et de la fiscalité. Typologie par nature, objet, échelon administratif, organisme attributeur, population de bénéficiaires, date de création, volumes financiers, nombre de bénéficiaires, montant annuel moyen par bénéficiaire, conditions d'éligibilité, critères d'attribution, etc.

Dépenses de prestations sociales de santé (2023-24)

	En Md£
Prestations d'invalidité	35,2
Attendance Allowance	6,7
Disability Living Allowance	6,9
Personal Independence Payment	21,7
Autres	0,0
Prestations d'incapacité	25,6
Employment and Support Allowance	12,4
Universal Credit (santé)	13,1
Autres	0,1
Total	60,8
En % du PIB	2,2 %
En % des dépenses publiques	5,0 %

Source : Department for Work and Pensions, [Autumn Statement 2024, Expenditure and Caseload forecasts](#), mars 2025.

◆ **Universal Credit (UC, supplément « santé »)**

- Description : L'UC est un minima social versé mensuellement sous conditions de revenu aux personnes en âge de travailler. Né en 2013, il résulte de la fusion de 6 prestations sociales et est conditionné aux ressources du foyer. Pour les personnes ayant des problèmes de santé ou des handicaps affectant leur capacité de travail, l'UC peut être majoré. L'UC est versé dans les quatre nations du Royaume-Uni.
- Conditions d'éligibilité :
 - De l'UC :
 - Vivre au Royaume-Uni.
 - Être âgé de 18 ans (ou 16/17 ans sous certaines conditions).
 - Ne pas avoir l'âge légal de toucher sa retraite publique.
 - Disposer de [ressources financières](#) inférieures ou égales à 16 000 £.
 - De la partie « santé » :
 - Être bénéficiaire de l'UC.
 - Effectuer un examen d'incapacité au bout de 28 jours d'incapacité (*work capability assessment*, WCA) qui reconnaît une forte incapacité à travailler.
- Montant :
 - Montant initial de l'UC :
 - Célibataire de moins de 25 ans : 311,68 £ par mois.
 - Célibataire de plus de 25 ans : 393,45 £ par mois.
 - Couple d'individus de moins de 25 ans : 489,23 £ par mois par personne.
 - Couple d'individus dont l'un de plus de 25 ans : 616,70 £ par mois par personne.
 - Versement supplémentaire selon les conditions de santé/de handicap :
 - Capacité très limitée à travailler (LCWRA) : 416,19 £ par mois.
 - Si l'incapacité a été déclarée avant le 3 avril 2017 : 156,11 £ par mois.
 - Si le bénéficiaire de l'UC s'occupe d'une personne en incapacité : 198,31 £ par mois.
- Base juridique : *UK Statutory Instruments, 2013 No. 376, The Universal Credit Regulations 2013.*

◆ **Personal Independence Payment (PIP)**

- Description : Le [PIP](#) est une prestation individualisée et non-liée aux revenus destinée aux individus ayant (i) un problème de santé physique ou mentale ou un handicap de longue durée, ou (ii) une difficulté à effectuer certaines tâches quotidiennes ou à se déplacer en raison de l'état de santé. Le PIP se décompose en deux parties :
 - Une indemnité pour subvenir aux besoins quotidiens.
 - Une indemnité de mobilité.
- Conditions d'éligibilité :
 - Être âgé de 16 ans ou plus.
 - Souffrir d'un problème de santé physique ou mentale, ou d'un handicap de longue durée.
 - Éprouver des difficultés à effectuer certaines tâches quotidiennes, ou des difficultés à se déplacer.
 - Prévoir que ces difficultés dureront au moins 12 mois à compter de leur apparition.

- Ne pas avoir l'âge légal de toucher sa retraite publique (pour la première demande).
- Montant :
 - Besoins quotidiens : entre 72,65 £ et 108,55 £ par semaine selon le degré de difficulté à effectuer les tâches (évalué par le ministère du Travail).
 - Déplacements : entre 28,70 £ et 75,75 £ par semaine selon le degré de difficulté à se déplacer.
- Base juridique : UK Statutory Instruments, 2013 No. 377, The Social Security (Personal Independence Payment) Regulations 2013.

Si l'individu est retraité, il perçoit l'*Attendance Allowance* et non le PIP, à moins qu'il ait commencé à toucher le PIP avant sa retraite. En Écosse, l'équivalent du PIP est l'*Adult Disability Payment*.

◆ ***Disability Living Allowance (DLA, pour les moins de 16 ans)***

- Description : Il s'agit de la version « enfant » du PIP, qui permet de couvrir les frais supplémentaires liés à la garde d'un enfant handicapé. Le [DLA](#) se décline en deux indemnités potentielles :
 - Indemnité de soins.
 - Indemnité de déplacement.
- Conditions d'éligibilité :
 - L'enfant a moins de 16 ans.
 - L'enfant a des difficultés à marcher ou nécessité une attention plus soutenue qu'un enfant du même âge, non handicapé, depuis au moins 3 mois et en prévoyant que cela dure plus de 6 mois.
 - Résider en Angleterre ou au Pays de Galles au moment de la demande.
 - En fonction de l'âge de l'enfant, il doit avoir résidé un certain nombre de temps en Angleterre, en Écosse ou au Pays de Galles.
- Montant : Selon le degré de handicap ou d'invalidité,
 - Indemnité de soins : entre 28,70 £ et 108,55 £ par semaine.
 - Indemnité de déplacement : entre 28,70 £ et 75,75 £ par semaine.
- Base juridique : UK Statutory Instruments, 1991 No. 2890, The Social Security (Disability Living Allowance) Regulations 1991.

En Écosse, l'équivalent du DLA pour enfants est le *Child Disability Payment*.

◆ ***Attendance Allowance (AA)***

- Description : L'[AA](#) est une indemnité pour l'aide à la personne, qui aide à couvrir les frais supplémentaires d'un retraité souffrant d'un handicap ou d'un problème de santé suffisamment grave pour nécessiter l'aide extérieure d'une personne.
- Conditions d'éligibilité :
 - Avoir l'âge légal pour toucher sa retraite publique.
 - Souffrir d'un handicap physique, mental ou d'un problème de santé.
- Montant : entre 72,65 £ et 108,55 £ par semaine.
- Base juridique : UK Statutory Instruments, 1991 No. 2740, The Social Security (Attendance Allowance) Regulations 1991.

En Écosse, l'équivalent de l'AA est le *Pension Age Disability Payment*.

♦ ***Employment and Support Allowance (ESA)***

- Description : L'[ESA](#) est une prestation destinée à fournir un soutien financier aux personnes dont la capacité de travail est réduite en raison d'une maladie ou d'un handicap. Elle vise à aider ces individus à subvenir à leurs besoins tout en les encourageant à retourner au travail si leur état de santé le permet.
- Conditions d'éligibilité :
 - Être âgé de 16 ans ou plus.
 - Avoir une maladie ou un handicap qui affecte la capacité à travailler.
 - Ne pas être en arrêt maladie ni en congé payé.
 - Avoir travaillé en tant que salarié ou indépendant et avoir payé un certain montant de cotisations sociales.
- Montant :
 - Pendant la phase d'évaluation (13 semaines) :
 - Jusqu'à 71,70 £ par semaine si l'individu a moins que 25 ans.
 - Jusqu'à 90,50 £ par semaine si l'individu a 25 ans ou plus.
 - Après l'évaluation :
 - Jusqu'à 90,50 £ par semaine si l'individu pourra retravailler.
 - Jusqu'à 138,20 £ par semaine si l'individu ne pourra pas retravailler.
- Base juridique : UK Statutory Instruments, 2013 No. 379, The Employment and Support Allowance Regulations 2013.

Autres dispositifs liés à l'aide au handicap ou l'invalidité

♦ ***Access to work :***

- Description : Le programme « *access to work* » est une initiative visant à aider les personnes ayant un handicap ou des problèmes de santé à obtenir ou conserver un emploi en fournissant un soutien financier aux entreprises pour l'adaptation aux besoins.
- Conditions d'éligibilité :
 - Être âgé de 16 ans ou plus.
 - Résider en Grande-Bretagne.
 - Avoir un emploi rémunéré, ou être sur le point de commencer un emploi rémunéré dans les 12 prochaines semaines.
 - Avoir une condition de santé ou un handicap.
 - Souffrir d'un handicap physique, mental ou d'un problème de santé.
- Montant : au cas par cas selon les besoins individuels et les coûts spécifiques liés au handicap sur le lieu de travail.
- Base juridique : UK Public General Acts, 2010 c.15, Equality Act 2010.

♦ ***Carer's Allowance :***

- Description : Il s'agit d'une [prestation](#) destinée aux individus s'occupant à temps plein de personnes en situation de handicap ou d'invalidité.
- Conditions d'éligibilité :
 - Être âgé de 16 ans ou plus.
 - Résider en Grande-Bretagne.

- Ne pas être étudiant.
- Prendre soin d'une personne en situation de handicap ou d'invalidité (qui bénéficie déjà de certaines prestations ci-dessus) au moins 35 heures par semaine.
- Avoir un revenu hebdomadaire net inférieur à 151 £.
- Montant : 81,90 £ par semaine.
- Base juridique : UK Statutory Instruments, 1976 No. 409, The Social Security (Invalid Care Allowance) Regulations 1976.

♦ **Aide – éventuellement financière – à l'autonomie (à l'échelle des collectivités locales)**

L'accès aux soins est un service fourni par les collectivités locales. Il s'agit de l'organisation et de la mise à disposition des soins, qu'ils soient à domicile ou en établissement. Cela comprend :

- Les soins personnels (ex : aide pour s'habiller, manger, se laver, ...) ;
- Les soins infirmiers (si pris en charge par le NHS, sinon à la charge de l'individu) ;
- L'assistance pour les activités de la vie quotidienne ;
- L'aménagement du domicile (installation d'équipements adaptés).

Le *Care Act 2014* inscrit dans la loi la responsabilité des collectivités locales pour l'organisation de ces soins.

Les soins n'étant pas gratuits, les collectivités locales évaluent la situation financière des individus pour déterminer le reste à charge. Il existe des seuils de patrimoine qui permettent de déterminer la contribution financière des collectivités locales et des bénéficiaires.

De plus, pour les personnes en établissement de soins, les collectivités locales fournissent – sous conditions – un supplément fixe pour couvrir les dépenses personnelles des individus (*personal expenses allowance*) ; il s'agit d'un « reste à vivre ». Ce dernier est fixé à 30,65 £ par semaine pour 2025-26.

Enfin, il existe une garantie de revenu minimal (MIG, *minimum income guarantee*) que les individus doivent conserver pour leurs besoins de base, même s'ils doivent contribuer à leurs frais de soins. Cela signifie que, même si le revenu et le patrimoine d'un individu lui est suffisant pour contribuer seul au financement de ses soins, les collectivités locales doivent s'assurer qu'il garde un revenu suffisant pour ses dépenses personnelles. Le montant du MIG varie selon différents critères.

L'application réelle de ces points, présents dans une [circulaire](#) du gouvernement datant du 3 février pour application en Angleterre en 2025-26, **est sujette à débat du fait de l'opacité du comportement des collectivités locales et de l'hétérogénéité existante.**

Offre en service disponible : données relatives à l'accès aux soins en domiciliaire et établissements (places en établissements spécialisés pour 1 000 habitants). Quelle est la part et le montant des aides vers les établissements ? Et vers l'aide à domicile ?

On [dénombre](#) 6,8 places en établissements spécialisés pour 1 000 habitants au Royaume-Uni. Au cours de l'année 2021-22, environ 372 000 personnes résidaient dans un établissement spécialisé, représentant 81 % des places disponibles. Par ailleurs, environ un million de personnes ont eu recours à l'aide à domicile, dispensée par 12 500 fournisseurs de services. Le financement des établissements spécialisés et de l'aide à domicile étant géré à l'échelle locale, il existe peu de visibilité sur les montants alloués à ces dispositifs.

Par ailleurs, on estime à 500 000 le nombre de personnes en attente. Le [secteur](#) qui concentre 18 000 prestataires, emploie 1,6 millions de personnes avec 150 000 vacances de postes.

Existe-il un organisme, notamment localement, chargé de l'orientation des bénéficiaires vers une aide plutôt qu'une autre ? Ces aides sont-elles cumulables ou non, différentielles ou non, et sous conditions de ressources ou non (si oui, à quel niveau est prise en compte la situation de l'usager).

Les collectivités locales jouent un rôle central dans l'évaluation des besoins en matière d'aide à l'autonomie et dans l'orientation des individus vers les services appropriés. Elles sont responsables de l'évaluation des besoins des personnes susceptibles de nécessiter une aide sociale et, si elles sont éligibles, de la fourniture de cette aide (*social care*).

Toutes les aides mentionnées ci-dessus sont cumulables entre elles, du moment que les conditions d'éligibilité le permettent.

Les administrations compétentes disposent-elles d'outil(s) d'aide à la décision pour attribuer les aides ? de grilles de critères ou de référentiels harmonisés ?

Les administrations compétentes effectuent des (i) examens médicaux et (ii) disposent de critères standardisés. Par exemple, pour la partie « santé » de l'*Universal Credit*, le *work capability assessment*⁹¹ permet de déterminer l'incapacité à travailler de l'individu. De plus, pour le PIP et l'ESA, des évaluations médicales sont effectuées pour déterminer le niveau de besoin et l'impact du handicap ou de la maladie sur la vie quotidienne du demandeur. En outre, des grilles de critères ou des référentiels harmonisés sont utilisés pour assurer une évaluation cohérente et équitable des demandes.

Q3/- Quel est le modèle de financement des différents dispositifs en faveur de l'autonomie ?

Les aides relèvent-elles davantage d'un modèle universel ou individuel (assurance, solidarité familiale) ? Ce modèle est-il centralisé ou décentralisé (en termes de perception de la ressource, de fixation des règles d'attribution, de décision d'attribution et de versement de l'aide) ?

Le modèle britannique de financement des aides à l'autonomie repose sur un système hybride, combinant **financement public à partir de la fiscalité générale pour les prestations sociales nationales, et contributions des collectivités locales pour l'aide sociale** (avec un reste à charge selon les conditions de ressources des demandeurs).

Le modèle britannique est un modèle **beveridgien** : les aides sont financées par l'ensemble des recettes fiscales et attribuées selon des critères de besoins plutôt que de cotisations antérieures.

Le système de prestations sociales est centralisé, sauf pour ce qui est de l'aide sociale à l'accès aux soins, qui est locale. Les règles d'attribution des prestations nationales sont fixées centralement par le DWP, alors que les aides aux soins sont décentralisées, avec des collectivités locales responsables de l'évaluation des besoins et de la gestion budgétaire. Les prestations comme le *Personal Independence Payment* (PIP) ou la *Disability Living Allowance* (DLA) pour enfants sont des aides nationales, non imposables et sans conditions de ressources, financées directement par le budget de l'État à travers le DWP. En revanche, le financement de l'aidance (*social care*) et des soins à domicile relève des collectivités locales⁹², avec des contributions financières des bénéficiaires selon leurs revenus et leur patrimoine.

⁹¹ Un projet de réforme présenté le 18 mars 2025 par la ministre du Travail contient la suppression du WCA.

⁹² Les recettes des collectivités locales proviennent de contributions de l'État et d'impôts locaux (taxe d'habitation ou cotisation foncière des entreprises).

Bien que les autorités locales aient la charge des services d'aide à domicile et des établissements, leur financement repose sur une fiscalité locale contrainte et des subventions de l'État dont l'évolution a été marquée par des coupes budgétaires successives. Cette situation a conduit à une augmentation du reste à charge pour les bénéficiaires et à une pression croissante sur le système de protection sociale.

Comment le patrimoine des personnes âgées ou handicapées est-il pris en compte dans l'attribution des aides (obligation alimentaire pour les descendants, remboursement, intervention lors des successions) ?

Les prestations non contributives versées par l'État, telles que le PIP, la DLA pour enfants, l'AA ou l'ESA, ne tiennent pas compte du patrimoine du demandeur. Elles sont attribuées uniquement en fonction du niveau de besoin et ne sont pas soumises à des conditions de ressources (cf. les critères d'éligibilité et les taux appliqués). **Seul le complément « santé » de l'universal credit – puisqu'il s'agit initialement d'un minima social – s'obtient sous conditions de ressources** (car il faut déjà être bénéficiaire de l'UC).

En revanche, **l'accès aux services de soins à domicile et en établissement repose sur une évaluation financière**, qui inclut les revenus et le patrimoine des bénéficiaires, puisque les soins ne sont pas entièrement financés par le public. Cette évaluation est réalisée par les collectivités locales.

Si cette évaluation spécifique est effectuée par les collectivités locales, il existe au préalable des seuils de patrimoine qui vont conditionner l'aide reçue. Pour 2025-26, il existe deux seuils de patrimoine : le seuil inférieur est 14 250 £, le seuil supérieur est 23 250 £ (les seuils sont gelés depuis 15 ans). Ces seuils déterminent la contribution financière aux soins. Si l'individu a un patrimoine supérieur au seuil de 23 250 £, il est responsable de la prise en charge de la totalité des frais de soin. Entre les deux seuils, l'individu contribue partiellement. Notons qu'en Écosse, l'accès aux soins personnels est gratuit mais l'accès aux établissements dépend également de seuils de patrimoine, plus élevés.

Contrairement à la France, **le Royaume-Uni ne pratique pas l'obligation alimentaire des descendants** pour financer les soins des personnes âgées ou handicapées. En revanche, les collectivités locales peuvent récupérer les sommes avancées (deferred payment agreement dans le cas des soins en établissement, *care home fees recovery*).

Principe du deferred payment agreement (DPA)

Lorsqu'une personne entre en maison de retraite ou en établissement de soins de longue durée, son logement peut être pris en compte dans l'évaluation des ressources financières pour déterminer le montant des frais à payer. Si l'épargne de l'individu est insuffisante mais qu'il possède un logement, vendre ce bien peut être une solution pour financer le séjour. Afin d'éviter une vente forcée immédiate, les collectivités territoriales proposent un DPA, qui permet à la personne de différer le paiement de ses frais de soins jusqu'à son décès. Après le décès, les frais avancés par la collectivité sont remboursés sur la succession, généralement par la vente du bien immobilier.

Seules les personnes en établissement sont concernées ; les soins à domicile ne sont pas éligibles au DPA.

Quelles sont les sources de financement des différentes aides (fiscalité locale, fiscalité affectée, prélèvements sociaux, capitalisation, etc.) ?

Le financement des aides en faveur du handicap et de l'autonomie au Royaume-Uni repose principalement sur la fiscalité nationale et les budgets locaux. Les prestations sociales (UC, PIP, ESA, AA, DLA) sont financées par l'État via l'ensemble des recettes fiscales perçues par l'État, sans prélèvements sociaux spécifiques (sauf l'ESA, en partie directement financée par les cotisations sociales). En revanche, les aides aux soins à domicile et en établissement relèvent des collectivités locales, qui financent ces services par la fiscalité locale (et leur budget issu de contributions gouvernementales. Il n'existe pas de système de capitalisation au niveau des prestations sociales.

Comment sont pris en compte les ressources issues de la capitalisation dans le calcul des aides participant de la solidarité nationale ?

Pas de capitalisation pour les aides.

Qui assure le financement de ces dispositifs ? Comment ce dernier se décompose-t-il ? Quel acteur/échelon assure l'affectation des ressources ? Quel acteur est chargé de suivre/piloter la dépense ?

Le DWP assure le financement des prestations nationales, et les collectivités locales le financement de l'aide sociale. Il est responsable de la gestion, du contrôle et du financement de ces aides. Il suit les dépenses, fixe les règles d'attribution et publie régulièrement des rapports statistiques sur le coût et le nombre de bénéficiaires.

Pour l'aide sociale, les collectivités locales sont chargées de gérer et de financer les soins à domicile et en établissement, en appliquant les règles fixées par le *Care Act 2014*. Elles réalisent les évaluations financières, fixent les contributions individuelles et suivent les budgets alloués, sous la supervision du ministère de la Santé et de la Protection sociale.

L'Office for Budget Responsibility (OBR) – institution indépendante chargée de surveiller la situation budgétaire de l'État – suit l'évolution globale des finances publiques. De ce fait, dans son analyse, **il suit les dépenses publiques, et en particulier la trajectoire des dépenses de protection sociale.**

Le principal financeur dispose-t-il d'outils de suivi, de simulation et d'évaluation de la dépense ? Le principal financeur dispose-t-il d'outils de modélisation et de scénario de la dépense future, notamment dans un contexte de vieillissement démographique ?

Le ministère du Travail (DWP) le ministère de la Santé et de la Protection sociale (DHSC) **disposent de plusieurs outils** pour suivre et évaluer les dépenses liées aux aides sociales et au social care. Le Policy Simulation Model est un modèle de micro-simulation du DWP, qui permet de simuler l'impact des réformes et des évolutions économiques sur les prestations comme le PIP, la DLA ou l'ESA. Le *National Audit Office* (NAO) réalise des audits indépendants pour évaluer l'efficacité des dépenses publiques. De leur côté, les collectivités locales transmettent leurs données financières au DHSC via les *Local Authority Finance Returns*, ce qui permet un suivi détaillé des dépenses d'aide sociale. Enfin, des publications statistiques régulières permettent de suivre l'évolution du nombre de bénéficiaires et des montants versés.

Le Royaume-Uni utilise également plusieurs outils pour anticiper l'impact du vieillissement démographique sur les finances publiques. **L'Office for Budget Responsibility (OBR) publie des Fiscal Sustainability Reports qui évaluent la soutenabilité des dépenses de protection sociale à long terme.** L'OBR est aussi responsable d'examiner les déterminants des dépenses de protection sociale dans ses *Welfare Trends Report*, publiés à une fréquence annuelle/bisannuelle. Le DHSC effectue aussi des [évaluations](#) d'impact de projets de réformes. Enfin, des instituts indépendants comme l'*Institute for Fiscal Studies* (IFS) réalisent fréquemment des analyses sur le dynamisme des prestations sociales et leur trajectoire future.

De quelles données disposent les administrations concernées pour suivre l'efficacité et l'efficacité de cette politique publique ?

Les administrations disposent de plusieurs sources de données pour suivre l'efficacité et l'efficacité des politiques d'autonomie et de handicap. Le DWP publie régulièrement des statistiques détaillées sur les bénéficiaires et les montants des prestations nationales (PIP, DLA, AA, ESA, UC). DHSC collecte quant à lui des données sur le financement de l'aide sociale locale via les *Local Authority Finance Returns*, qui détaillent les dépenses des collectivités locales en matière d'aide à domicile et de soins en établissement. Ces données sont complétées par les évaluations du NAO qui analyse l'efficacité et la soutenabilité des dépenses publiques dans ces domaines.

En complément, des organismes non gouvernementaux produisent des analyses et rapports permettant d'évaluer l'impact des politiques publiques. L'*Office for National Statistics* (ONS) fournit des données démographiques et économiques pour anticiper les besoins futurs en matière d'autonomie. L'*Office for Budget Responsibility* (OBR) publie ses analyses dans les rapports évoqués ci-dessus. Des instituts de recherche suivent aussi le sujet de près, comme l'*Institute for Fiscal Studies* (IFS).

Q4/- Les administrations territoriales peuvent-elles compléter le socle d'aides de référence par d'autres aides ou dispositifs extra-légaux ?

Les collectivités locales sont uniquement responsables de l'offre de *social care* (aide à domicile et soutien aux aidants). Cependant, leur action dans ce domaine est totalement décentralisée, sans encadrement direct du gouvernement. Ainsi, **il ne s'agit pas d'un complément aux aides nationales de référence, mais bien d'un transfert de compétence aux administrations locales.**

En 2023-2024, les [dépenses](#) des collectivités territoriales dédiées à l'aide sociale ont atteint 23 Md£, permettant d'accompagner plus d'un million de bénéficiaires par des prestations financières ou en nature. Face aux fortes disparités territoriales, le débat sur une réforme structurelle du *social care* est récurrent (voir question 1), notamment sur l'opportunité de centraliser ces aides sous l'égide d'un NHS de l'aide sociale.

Existe-t-il des dispositifs locaux de soutien aux solidarités associatives ou familiales, notamment aux aidants (aides « in-kind ») ? Quelle place occupent ces solidarités dans le paysage général de cette politique publique ?

En plus de la *Carer's Allowance* à l'échelle du Royaume-Uni, dont le [budget](#) s'élève à 3,7 Md£ (soit 1,5 % des dépenses de santé), les administrations territoriales peuvent également proposer un soutien aux aidants dans le cadre de leur budget dédié au *Social care*. Cependant, l'opacité de l'allocation de ces fonds rend son analyse détaillée particulièrement difficile.

Q5/- Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la fraude aux aides sociales en faveur de l'autonomie ? Et quelles sont les actions entreprises pour lutter contre le non-recours ?

Existe-t-il un processus, un acteur ou un outil permettant suivre le versement de ces aides sociales et de détecter les fraudes à ces types d'aides (contre-expertise médicale lors de l'attribution, croisement des bases de données, etc.) ?

Quel est le pourcentage ou les volumes de fraude estimés ?

La lutte contre la fraude est centrale dans le rôle et l'activité du DWP. L'éligibilité passe par une validation du DWP qui peut demander une contre-expertise à tout moment. L'ensemble des équipes du ministère effectue une formation annuelle de lutte contre la fraude. Plusieurs équipes sont chargées du sujet :

- ◆ L'équipe *Targeted Case Review*, qui compte 3 100 ETP pour l'analyse des dossiers d'*universal credit* ;
- ◆ L'équipe *Counter Fraud, Compliance and Debt Directorate*, qui compte 8 700 ETP, chargée de la prévention et de la détection des cas.

Le DWP mobilise près de 10 M£ par an pour développer des systèmes de détection. Le DWP dispose notamment d'un accès aux données de HMRC pour identifier en temps réel les revenus légaux des bénéficiaires. Deux textes en cours d'adoption visent par ailleurs à étendre les pouvoirs du DWP pour croiser les données : le [Data Bill](#) permettant d'exiger l'accès à des tiers-fournisseurs ; la [New Public Authorities \(Fraud, Error & Recovery\) Bill](#) en cours de discussion, permettant notamment d'accéder aux comptes bancaires (par un accès indirect de demande à la banque) pour rembourser sur les comptes les trop-perçus. La loi vise aussi à permettre la suspension du permis de conduire en cas de non-remboursement. Les équipes dédiées du DWP pourront désormais avoir le droit de lancer des mandats de recherche directement afin de mieux collaborer avec les forces de police.

Chaque année, le ministère publie un [rapport d'activité sur la fraude](#), estimée à 2,8 % (7,4 M£) du total des prestations sociales attribuées en 2024 (+0,1 % par rapport à 2023), soit 9,7 M£. L'essentiel des cas est lié à la gestion de l'Universal Credit (6,5 M£) sans qu'il ne soit fait de distinction sur les types de recours. Pour le PIP, le taux (fraude + trop-perçus) est estimé à 0,4 % des 21,6 M£ pour 2024.

La fraude aux prestations sociales représente 37 % des infractions.

À noter que les pouvoirs publics mettent particulièrement en avant la possibilité pour les individus de [dénoncer des cas de fraudes aux prestations sociales](#). S'il n'existe pas de chiffres récents sur le sujet, il apparaît qu'en 2015, [153 000 dénonciations ont été effectuées](#), dont 85 % ont été classées sans suite par le DWP. Toutefois, les enquêtes publiques British Social Attitudes indiquent une plus forte acceptabilité sociale de la fraude de [16% à 27% entre 2016 et 2022](#).

[Qu'est-il mis en œuvre pour lutter contre le non-recours \(croisement des données, mission des travailleurs sociaux locaux, etc.\) ? Quels sont les retours sur ces initiatives ?](#)

La mise en œuvre de l'Universal Credit répondait à une logique de rationalisation et de lutte contre le non-recours. Ainsi, pour l'exercice budgétaire 2009-2010, au moment de la publication du rapport *Dynamic Benefits*. Le taux de non-recours aux allocations chômage forfaitaires est estimé entre 33 % à 40 % des bénéficiaires potentiels ce qui représente 30 % à 39 % des montants. Les taux de non-recours aux aides au logement sont plus faibles (de l'ordre de 16 à 22 % des bénéficiaires potentiels, et de 10 à 16 % des montants).

Le non-recours est mal estimé depuis la mise en œuvre de la réforme, qui fusionne des prestations au but différent. Une étude de 2024 [l'estime à 1 bénéficiaire sur 7 sur l'ensemble des prestations](#).

FICHE AAH

Allocation aux adultes handicapés

- Monographie -

SOMMAIRE

1. L'AAH EST UNE PRESTATION SOUS CONDITION DE RESSOURCES, DIFFÉRENTIELLE, DONT LES OBJECTIFS ONT ÉTÉ ÉLARGIS AU-DELÀ DE CELUI D'UN MINIMUM SOCIAL POUR LES ADULTES HANDICAPÉS	1
1.1. L'AAH est un minimum social pour les personnes reconnues handicapées créé en 1975, dont les objectifs ont été progressivement élargis.....	1
1.2. Les conditions d'éligibilité à l'AAH, encadrées par la réglementation et précisées par des guides, diffèrent entre l'AAH 1 et l'AAH 2.....	2
1.3. D'un montant proche de l'ASPA mais largement supérieur au RSA, les modalités de calcul de l'AAH sont complexes du fait de son caractère subsidiaire et différentiel.....	4
2. LA HAUSSE DES DÉPENSES D'AAH 2 S'EXPLIQUE PRINCIPALEMENT PAR L'AUGMENTATION RAPIDE DU NOMBRE D'ALLOCATAIRES, TANDIS QU'UNE GRANDE PARTIE DES DISPARITÉS TERRITORIALES S'EXPLIQUENT PAR LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.....	6
2.1. Les bénéficiaires de l'AAH sont surtout des personnes seules, de 40 ans ou plus, sans enfant.....	6
2.2. La hausse des dépenses de l'AAH s'explique pour moitié par un effet prix, pour moitié par un effet volume	7
2.3. L'effet-volume de la croissance de l'AAH est tiré par la hausse du nombre de bénéficiaires de l'AAH 2, très dynamique, ainsi que, depuis 2023, par la déconjugalisation de l'AAH	8
2.4. Les disparités territoriales observées sur le taux de bénéficiaires de l'AAH s'expliquent à 75 % par les caractéristiques des populations et des départements.....	13
3. LE TRAITEMENT DES DEMANDES D'AAH PAR LES MDPH PUIS PAR LES CAF POURRAIT FAIRE L'OBJET DE PLUSIEURS AMÉLIORATIONS DANS DES LOGIQUES D'HARMONISATION, DE JUSTE DROIT ET D'UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT.....	15
3.1. La première étape de traitement des demandes d'AAH est l'analyse de sa recevabilité	16
3.2. L'évaluation de l'AAH reste complexe, en particulier l'appréciation de la RSDAE, et pourrait faire l'objet de plusieurs améliorations.....	17
3.2.1. <i>Le circuit d'évaluation de l'AAH est organisé de manière variable selon les MDPH</i>	<i>17</i>
3.2.2. <i>Un échange systématique avec les primo-demandeurs de l'AAH permettrait de renforcer la qualité de l'évaluation.....</i>	<i>18</i>
3.2.3. <i>Le renforcement des actions de formation aux référentiels concernant l'AAH ainsi que le déploiement du SI évaluation doivent permettre de renforcer l'harmonisation des pratiques entre MDPH.....</i>	<i>20</i>
3.2.4. <i>Un accompagnement des allocataires de l'AAH plus systématique par le service public de l'emploi devrait être mis en place pour améliorer leur retour à l'emploi et diminuer ainsi le recours à l'AAH.....</i>	<i>23</i>
3.2.5. <i>Les pratiques des CDAPH concernant l'AAH sont également variées.....</i>	<i>25</i>

3.3. Le versement de l'AAH par les CAF donne lieu à une problématique d'indus qui pourrait en partie être résolue par l'extension du DRM à l'AAH, source de simplification pour les usagers et de fiabilisation pour les administrations	28
4. DES MESURES PARAMÉTRIQUES ONT ÉGALEMENT ÉTÉ ÉTUDIÉES PAR LA MISSION	29
4.1. Mesures de révision des règles d'abattement actuels relatifs à l'AAH.....	29
4.2. Mesure de non-revalorisation ou de sous-indexation de l'AAH	30
4.3. Les règles de perception de l'AAH en cas d'incarcération sont différentes de celles du RSA	30

LISTE DES PROPOSITIONS RELATIVES À L'AAH

Proposition 1 : Garantir l'accès de l'ensemble des évaluateurs de l'AAH au sein des MDPH et au SI DUDE de France travail pour prendre connaissance des démarches de recherche d'emploi des demandeurs de l'AAH.

Proposition 2 : Systématiser un entretien (par téléphone, en visioconférence ou, autant que possible, en présentiel) pour l'ensemble des primo-demandeurs d'AAH 2, afin de compléter la connaissance de leur situation et renforcer la qualité des décisions.

Proposition 3 : Étudier la possibilité d'échanges de données sécurisés concernant la consommation de soins des demandeurs d'AAH entre les MDPH et l'assurance maladie.

Proposition 4 : Renforcer les actions de formation et d'échanges de pratiques entre MDPH par la CNSA, en ciblant notamment l'évaluation des RSDAE.

Proposition 5 : Renforcer la présence du service public de l'emploi (Cap emploi et France Travail) dans les équipes pluridisciplinaires des MDPH aux fins d'approfondissement de l'évaluation de l'orientation et de l'insertion professionnelles lors des demandes d'AAH

Proposition 6 : Proposer systématiquement un accompagnement par le service public de l'emploi aux nouveaux allocataires de l'AAH 2 et généraliser la clause d'un « *bilan à l'issue* » dans les notifications d'AAH-2.

Proposition 7 : Investiguer sur les éventuelles pratiques de rehaussement de taux d'incapacité en CDAPH (mission d'audit de la CNSA) et, le cas échéant, procéder à un rappel de la réglementation auprès des CDAPH.

Proposition 8 : Développer les réunions conjointes Caf/ MDPH relatives à l'anticipation des fins de droit d'AAH, et fixer une règle nationale concernant la durée de versement d'avances versées en l'attente de la décision relative au renouvellement de l'AAH.

Proposition 9 : Étudier la mise en œuvre du DRM pour l'AAH.

Proposition 10 : Contemporanéiser les ressources des allocataires de l'AAH qui travaillent exclusivement en ESAT.

1. L'AAH est une prestation sous condition de ressources, différentielle, dont les objectifs ont été élargis au-delà de celui d'un minimum social pour les adultes handicapés

1.1. L'AAH est un minimum social pour les personnes reconnues handicapées créé en 1975, dont les objectifs ont été progressivement élargis

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est un minimum social qui garantit un niveau de ressources minimal aux personnes reconnues en situation de handicap et disposant de faibles revenus. Elle a été créée par la loi d'orientation sur le handicap du 30 juin 1975¹, dans une logique de solidarité nationale.

Ses objectifs ont été progressivement élargis. **Sa conception initiale était celle d'un minimum de ressources garanti pour les personnes en incapacité permanente² et dans l'impossibilité absolue d'exercer un emploi.** Un objectif complémentaire lui a été assigné à partir de 2007³, par la création de l'AAH-2 (*cf. infra*, 1.2) avec l'ambition d'aider à l'insertion professionnelle les personnes handicapées en mesure d'occuper un emploi pour celles et ceux dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 79 %. L'incitation à la reprise d'activité économique des bénéficiaires de l'AAH a par la suite été renforcée par plusieurs mesures⁴.

Par ailleurs, la déconjugalisation de l'AAH⁵ depuis le 1^{er} octobre 2023 constitue une évolution importante, **qui la distingue désormais au sein du système socio-fiscal français. Elle s'éloigne ainsi de la logique d'un minimum social**, visant à lutter contre la pauvreté en aidant les ménages aux faibles revenus, pour se rapprocher d'une logique de compensation⁶, proche d'un régime d'invalidité non contributif.

¹ [Loi n° 75-534](#) du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Si la loi de 1975 ne donnait pas de définition du handicap *per se*, elle renvoyait l'évaluation de l'incapacité aux Commissions *ad hoc* – CDES pour les enfants et COTOREP pour les adultes – pour reconnaître la « qualité » de personne handicapée. Voir notamment Lasry et Gagneux, 1982, *Bilan de la politique menée en faveur des personnes handicapées*, Rapport officiel, 175

² Si la loi de 1975 ne donnait pas de définition du handicap *per se*, elle renvoyait l'évaluation de l'incapacité aux Commissions *ad hoc* – CDES pour les enfants et COTOREP pour les adultes – pour reconnaître la « qualité » de personne handicapée. Voir notamment Lary et Gagneux, 1982, *Bilan de la politique menée en faveur des personnes handicapées*, Rapport officiel, 175 p.

³ [Article 131](#) de la loi n° 2006-1666 du 21 décembre 2006 de finances pour 2007.

⁴ Le décret n°2010-1403 du 12 novembre 2010 a prévu un cumul de l'AAH avec le salaire pendant 6 mois à compter de la reprise d'activité. Après cette période de cumul intégral, l'allocataire bénéficie d'un cumul partiel pérenne à travers un abattement de 80% sur les revenus allant jusqu'à 30% du SMIC brut mensuel, puis de 40% sur la partie au-delà de ce seuil.

⁵ La déconjugalisation consiste à ne plus prendre en compte les revenus de l'éventuel conjoint pour apprécier l'éligibilité à l'AAH et pour en calculer le montant. S'agissant de l'AAH, elle résulte de l'article 10 de la loi [n° 2022-1158 du 16 août 2022](#) portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat et du décret n° 2023-360 du 11 mai 2023 relatif à la déconjugalisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

⁶ L'exposé des motifs de l'amendement qui a conduit à la déconjugalisation à l'été 2022 indique que « l'AAH n'est pas un minimum social, il s'agit d'un revenu de remplacement pour les personnes qui ne peuvent pas ou plus travailler ».

1.2. Les conditions d'éligibilité à l'AAH, encadrées par la réglementation et précisées par des guides, diffèrent entre l'AAH 1 et l'AAH 2

D'un point de vue juridique, l'AAH recouvre deux dispositifs aux critères d'éligibilité différents :

- ◆ l'AAH 1 (article L 821-1 du Code de la sécurité sociale) est attribuée aux adultes avec un taux d'incapacité permanente supérieur à 80 %. Pour l'ensemble des avantages sociaux pour les personnes atteintes d'un handicap, le taux d'incapacité est apprécié d'après un guide-barème⁷ figurant à l'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles⁸. À la différence de l'AAH 2, l'AAH 1 ne repose pas sur une analyse de l'employabilité du demandeur⁹. Par ailleurs, l'AAH 1 peut être complétée par une majoration pour la vie autonome (art. L 821-1-2 du CSS)¹⁰ ;
- ◆ l'AAH 2 (article L 821-2 du Code de la sécurité sociale) est attribuée aux personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50% et 79%, **assorti d'une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi** (RSDAE). La RSDAE est définie par l'article D 821-1-2 du CSS (détail en encadré ci-dessous), précisée par la circulaire n° DGCS/SD1/2011/413¹¹ du 27 octobre 2011 qui a établi un arbre de décision¹² pour guider l'appréciation de la RSDAE. Un guide pratique sur l'attribution de l'AAH¹³ a ensuite été publié par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en 2017, visant à harmoniser l'interprétation de la notion de RSDAE. Ce guide intègre l'analyse de situations complexes (handicaps psychiques, conduites addictives, passage de l'AAEH à l'AAH, etc.).

Encadré 1 : la notion de restriction substantielle et durable à l'emploi (RSDAE)

L'article D. 821-1-2 du Code de la sécurité sociale précise que l'existence de la RSDAE doit être appréciée au regard de quatre critères, dont les modalités d'examen sont détaillées par la circulaire du 27 octobre 2011, actualisé en 2017 :

- l'existence de difficultés d'accès à l'emploi directement liées au handicap. À cet effet, les services doivent prendre en compte :
 - o la pathologie à l'origine du handicap ;
 - o les limitations d'activité qui résultent de ces déficiences, en particulier pour ce qui concerne les capacités à se déplacer, à s'orienter dans le temps et dans l'espace, à avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales, à utiliser les appareils et techniques de communication, ou encore à acquérir et appliquer un savoir-faire ;
 - o les contraintes liées aux traitements induits par le handicap, notamment leurs effets secondaires, les contraintes liées à leur administration ou encore la fréquence des consultations ou hospitalisations nécessaires ;

⁷ [Annexe 2-4](#) du CASF : "Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées".

⁸ Une actualisation du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées a été annoncée lors du comité interministériel du handicap de mars 2025.

⁹ Ainsi, le guide-barème prévoit l'attribution d'un taux supérieur à 80% pour certaines pathologies, même en l'absence de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. Il ne repose pas sur une analyse de l'environnement professionnel de la personne.

¹⁰ La majoration pour la vie autonome (MVA) est accordée aux titulaires de l'AAH1 sans revenu d'activités qui vivent dans un logement indépendant et qui perçoivent une aide au logement, afin de les aider à payer les dépenses de la vie quotidienne. Jusqu'en 2019, il existait un second complément de l'AAH, d'un montant supérieur à la MVA : le complément de ressource autonome (non cumulable avec la MVA), pour les personnes vivant dans un logement indépendant avec une capacité de travail inférieure à 5% du fait du handicap. Les personnes bénéficiaires du CPR avant 2019 peuvent continuer à le percevoir cette majoration, pendant une durée maximale de 10 ans.

¹¹ [Circulaire](#) publiée au *BO Santé, Protection sociale, Solidarité* - N° 11 du 15 décembre 2011, pp. 455 sqq.

¹² Dit « schéma d'instruction de la notion de RSDAE ».

¹³ DGCS, 2017, [Guide pratique pour attribution de l'AAH](#), « outil d'aide à la décision ». 140 p.

Fiche AAH

- o les troubles qui peuvent aggraver ces déficiences et limitations d'activité, notamment la douleur, la fatigabilité, la tolérance limitée à l'effort ou la difficulté à gérer le stress.

En outre, pour apprécier si les difficultés d'accès à l'emploi rencontrées par le demandeur sont liées au handicap, les services sont invités à comparer sa situation à celle d'une personne sans handicap qui présente par ailleurs les mêmes caractéristiques en matière d'accès à l'emploi ;

- l'impossibilité de compenser ces difficultés, par l'intermédiaire :
 - o des réponses apportées aux besoins de compensation résultant du handicap, en particulier à travers la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
 - o de l'aménagement du poste de travail par l'employeur, sans que celui-ci nécessite pour lui une charge financière disproportionnée, notamment au regard des plafonds des montants d'aides financières à l'aménagement du poste de travail servies par l'AGEFIPH ou le FIPHFP ;
 - o ou des potentialités d'adaptation du demandeur dans le cadre d'une situation de travail, en particulier grâce à l'utilisation de la réadaptation fonctionnelle, de la rééducation, de la réhabilitation ou de l'éducation de la personne handicapée ou de son entourage à la compensation sous toutes ses formes ;
- le caractère durable de la restriction, qui implique que sa durée prévisible soit d'au moins un an à compter du dépôt de la demande. En tout état de cause, la RSDAE ne peut être reconnue que pour une durée d'un ou deux ans ;
- l'absence d'exercice d'une activité professionnelle (salariée, indépendante ou en tant que travailleur familial), à l'exception :
 - o d'un emploi en milieu protégé ;
 - o d'un emploi en milieu ordinaire de travail pour une durée de travail inférieure à un mi-temps (dès lors que cette limitation du temps de travail résulte exclusivement des effets du handicap) ;
 - o du suivi d'une formation professionnelle.

Les facteurs extérieurs au handicap, tels que la situation sociale et familiale de la personne, son âge, son parcours scolaire et professionnel, l'environnement ou le contexte du marché du travail local, n'ont pas vocation à être pris en compte pour l'appréciation de la RSDAE, sauf si, en raison des effets directs du handicap, ils constituent une restriction supplémentaire à l'emploi par rapport à une personne valide dans la même situation

Source : Mission.

À l'inverse, les conditions administratives et financières d'accès à l'AAH sont identiques pour les deux prestations (voir encadré *infra*).

La politique d'allongement des durées des droits a concerné l'AAH, au même titre que les autres prestations du champ du handicap :

- ♦ depuis 2019, l'AAH 1 peut être attribuée sans limitation de durée pour les personnes dont les limitations d'activité ne sont pas susceptibles d'évolution favorable, compte tenu des données de la science. Pour les autres personnes, la durée maximale d'attribution de l'AAH 1 est de dix ans depuis 2020 (contre cinq ans auparavant) ;
- ♦ l'AAH 2 est attribuée pour une période de droit commun d'un à deux ans ; depuis 2015, cette durée peut toutefois atteindre cinq ans si le handicap et la RSDAE ne sont pas susceptibles d'évolution favorable au cours de la période d'attribution.

Encadré 2 : les conditions administratives et financières d'éligibilité à l'AAH

- condition d'âge : sauf exceptions¹⁴, l'âge minimum pour solliciter l'AAH est de 20 ans et l'âge maximal est l'âge légal de départ à la retraite ;
- condition de résidence permanente sur le territoire français.
- pas de condition de nationalité, sous réserve pour les personnes étrangères hors Union européenne d'être titulaire d'un titre de séjour, et, sauf activité professionnelle, d'une durée minimale de séjour de trois mois (art. L 821-1 du code de la sécurité sociale)
- conditions de ressources : les ressources du demandeur doivent être inférieures au plafond mensuel de 1 033,32 € par mois (montant de l'AAH revalorisé au 1^{er} avril 2025), auxquels s'ajoutent 517 € par enfant à charge.

Source : Code de la sécurité sociale.

L'ouverture des droits à l'AAH est instruite par la maison départementale des personnes handicapées¹⁵ (MDPH) du domicile¹⁶ du demandeur, la décision d'attribution relevant formellement de la CDAPH. L'allocation est ensuite versée par les CAF ou les MSA. Son financement est assuré par l'État au titre du programme 157. L'AAH représente à elle seule 89 % des crédits de ce programme en 2024¹⁷. Cette tripartition entre l'instruction de l'allocation, son versement et son financement n'est pas sans incidence sur la gestion de l'allocation (*cf.* annexe IV), notamment en termes de contrôle et de lutte contre la fraude (*cf.* annexe V), pour lesquels la répartition des responsabilités entre les institutions n'est pas clairement établie. Elle peut également être source d'incompréhension et de complexité pour l'usager qui peut recevoir une notification de refus de liquidation pour dépassement de ressources après que la CDAPH a rendu un avis favorable.

1.3. D'un montant proche de l'ASPA mais largement supérieur au RSA, les modalités de calcul de l'AAH sont complexes du fait de son caractère subsidiaire et différentiel

Le montant maximal de l'AAH s'élève à 1033,32 euros par mois pour une personne seule au 1^{er} avril 2025¹⁸. Ce montant est proche de celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, ex minimum-vieillesse)¹⁹. Il est en revanche significativement supérieur au montant du revenu de solidarité active (RSA) (646,52 € pour une personne seule sans ressources au 1^{er} avril 2025, 953,56 € pour un couple sans enfant). Cet écart s'est creusé dans les dernières décennies du fait d'une politique de revalorisation de l'AAH (notamment entre 2008 et 2012) : il s'élevait à 175 € en 2005, 309 € fin 2018, et 386 € en 2025. Le montant de l'AAH est en revanche inférieur au salaire minimum interprofessionnel de croissance (1 801,80 € bruts au 1^{er} janvier 2025 sur la base de 35 heures de travail hebdomadaires).

¹⁴ L'AAH peut être attribuée à partir de 16 ans si la personne n'est plus considérée comme à charge pour le bénéfice des prestations familiales. Après l'âge légal de départ à la retraite, dans certains cas, les personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 % peuvent continuer de percevoir l'allocation.

¹⁵ [Article R821-2](#) du CSS : "La demande d'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources mentionné à l'article L. 821-1-1, accompagnée de toutes les pièces justificatives utiles, 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".

¹⁶ Domicile de secours, régi par les [articles L122-1 à L122-5](#) du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

¹⁷ [Projet annuel de performance](#), Programme 157, Handicap et dépendance, 2024.

¹⁸ Le montant de la majoration pour vie autonome est de 104,77€ par mois.

¹⁹ 1 034,28€ par mois en cas de revenus inférieurs à 571,45€.

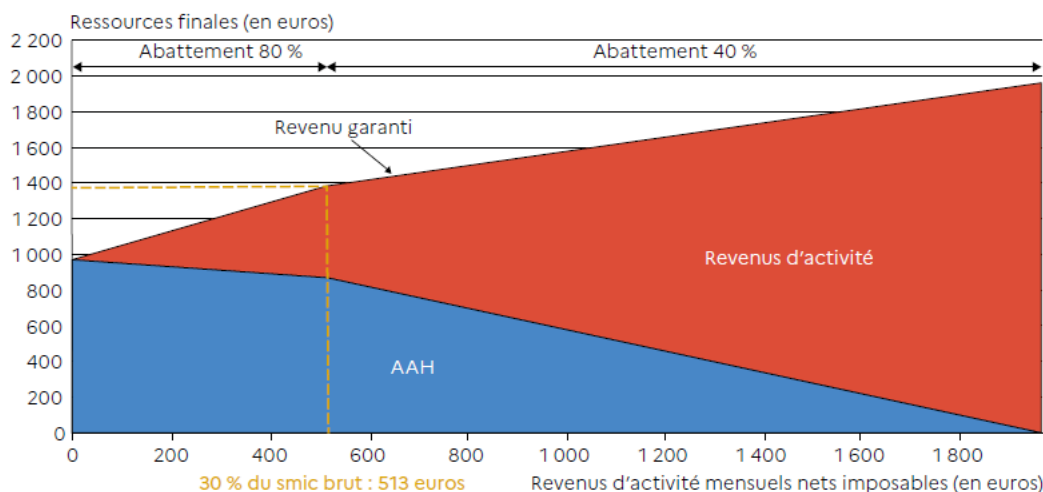
Fiche AAH

Les modalités de calcul de l'AAH sont relativement complexes, car l'AAH est un minimum social subsidiaire et différentiel, ce qui signifie que **l'allocation versée est égale à la différence entre le montant maximal de l'AAH et les autres ressources de l'intéressé**. Elle est donc cumulable avec la très grande majorité des prestations sociales, notamment les prestations des régimes d'invalidité ou d'accident du travail, mais aussi les prestations de compensation comme la PCH (ainsi que l'ACTP et l'APA), à l'exception toutefois de l'allocation de solidarité spécifique (ASS). Les autres prestations sociales sont intégrées dans les ressources des personnes, et déduites du montant de l'allocation versée.

Une autre **source de complexité relative au calcul de l'AAH tient aux mécanismes d'abattement qui peuvent être pratiqués sur les revenus de l'allocataire**. Lorsqu'un allocataire de l'AAH commence à travailler en milieu ordinaire, ses revenus professionnels ne sont pas pris en compte pendant les six premiers mois d'activité pour le calcul de l'AAH : la personne concernée continue donc de percevoir l'intégralité de l'AAH. À l'issue des six mois, un abattement dit « 80/40 » s'applique aux revenus d'activité de l'allocataire travaillant en milieu ordinaire (voir schéma infra).

Graphique 1 : Mécanismes d'abattement des revenus du travail pris en compte dans le calcul de l'AAH

Schéma 1 Revenu mensuel garanti, après six mois de travail en milieu ordinaire, pour une personne seule sans enfant ayant pour uniques ressources des revenus d'activité, au 1^{er} avril 2023



AAH : allocation aux adultes handicapés.

Note > L'abattement « 80/40 » présenté dans ce schéma ne s'applique qu'aux allocataires travaillant en milieu ordinaire.

Lecture > Une personne seule sans ressource perçoit l'AAH à taux plein d'un montant de 971,37 euros par mois, à laquelle peut éventuellement s'ajouter le complément de ressources ou la majoration pour la vie autonome. Une personne seule avec des revenus d'activité inférieurs à 30 % du smic brut bénéficie d'un abattement de 80 % sur ses revenus d'activité. Elle perçoit une allocation égale à la différence entre le plafond des ressources (971,37 euros) et 20 % de ses revenus d'activité. Au-delà de 30 % du smic, l'allocataire bénéficie d'un abattement de 40 % sur les revenus d'activité au-dessus de ce seuil.

Source : DREES, 2023, Minima sociaux et prestations sociales, édition 2023, fiche 25 : [L'allocation aux adultes handicapés](#)

Le bénéfice de l'AAH ouvre droit à la retraite pour inaptitude à 62 ans. Depuis 2017, le cumul de l'AAH 1 avec la pension de retraite est possible. S'agissant de l'AAH 2, ce cumul n'est pas possible : les allocataires de l'AAH 2 basculent sur le régime de retraite (retraite pour inaptitude, le cas échéant ASPA) lors du départ à la retraite.

Enfin, comme l'a rappelé le rapport de la Cour des comptes²⁰, la qualité d'allocataire de l'AAH emporte également des conséquences fiscales et sociales : exonération de la taxe d'habitation, de la taxe foncière et de la CSA, non-imposabilité ou demi-part part fiscale supplémentaire selon les situations, exonération des revenus de l'AAH à l'impôt sur le revenu ; affiliation gratuite au régime d'assurance maladie et maternité ; réduction spécifique de la facture téléphonique en cas d'abonnement à un service téléphonique fixe.

2. La hausse des dépenses d'AAH 2 s'explique principalement par l'augmentation rapide du nombre d'allocataires, tandis qu'une grande partie des disparités territoriales s'expliquent par les caractéristiques socio-démographiques

2.1. Les bénéficiaires de l'AAH sont surtout des personnes seules, de 40 ans ou plus, sans enfant

D'après la DREES²¹, en 2022, huit allocataires sur dix de l'AAH sont des personnes seules, en très grande majorité sans enfant (cf. tableau 1). 70 % des allocataires sont âgés de 40 ans ou plus, 48 % ont 50 ans ou plus. Les allocataires de l'AAH 2 sont plus âgés (24 % ont 60 ans ou plus, contre 7 % pour les autres allocataires) parce qu'ils peuvent, contrairement à ces derniers, continuer à percevoir l'AAH après l'âge légal de départ à la retraite pour inaptitude (62 ans). Ils sont aussi plus souvent seuls et sans enfant (78 %, contre 68 % pour les autres allocataires). Un tiers des allocataires avec une incapacité de 80 % ou plus perçoivent l'un des deux compléments²². 11 % des allocataires de l'AAH sont inscrits à France Travail fin 2022 (17 % pour l'AAH 2 et 6 % pour l'AAH 1).

52 % des allocataires de l'AAH sont des hommes, soit une proportion supérieure à la population de 20 ans et plus (47 %).

En 2023, un allocataire de l'AAH percevait en moyenne 814 € par mois.

²⁰ Cour des comptes, 2019, [L'allocation aux adultes handicapés \(AAH\)](#).

²¹ DREES, 2024, « *Minima sociaux et prestations sociales, Edition 2024* », [26 - L'allocation aux adultes handicapés \(AAH\)](#).

²² Sous certaines conditions (percevoir l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, ne pas percevoir de revenu d'activité et avoir un logement indépendant), pour les allocataires dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % (AAH-1 ou AAH dite à taux plein), une majoration pour la vie autonome (104,77 euros par mois) ou un complément de ressources (179,31 euros par mois) est versé en supplément. Il n'est pas possible de cumuler ces deux compléments. Le complément de ressources a été supprimé à partir du 1er décembre 2019. Toutefois, les personnes qui avaient des droits ouverts au complément de ressources à cette date peuvent continuer à en bénéficier, si elles remplissent les conditions d'éligibilité, pendant une durée maximale de dix ans.

Tableau 1 : Caractéristiques des allocataires de l'AAH, fin 2022

Caractéristiques	Allocataires de l'AAH			Ensemble de la population âgée de 20 ans ou plus
	Taux d'incapacité de 50 % à 79 %	Taux d'incapacité de 80 % ou plus	Ensemble	
Effectifs (en nombre)	646 600	647 700	1 294 700¹	50 367 500
Sexe				
Femme	49	47	48	53
Homme	51	53	52	47
Âge				
20 à 29 ans	16	11	13	15
30 à 39 ans	18	15	16	16
40 à 49 ans	24	20	22	17
50 à 59 ans	35	30	33	17
60 ans ou plus	7	24	16	35
Situation familiale²				
Seul sans enfant	68	78	73	24
Seul avec enfant(s)	8	3	6	8
Couple sans enfant	12	13	13	32
Couple avec enfant(s)	11	6	9	35
Taux de perception de l'AAH				
Taux plein	61	60	60	-
Taux réduit	39	40	40	-
Compléments d'AAH				
Allocataires avec la majoration pour la vie autonome	Non éligibles	26	13	-
Allocataires avec le complément de ressources	Non éligibles	8	4	-
Inscrits à Pôle emploi	17	5	11	-

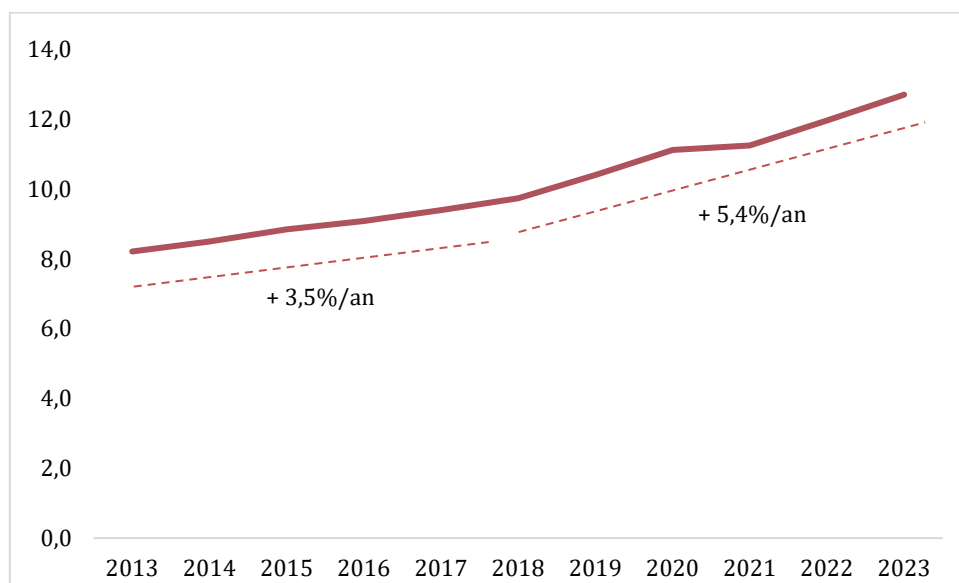
Source : DREES, 2024

2.2. La hausse des dépenses de l'AAH s'explique pour moitié par un effet prix, pour moitié par un effet volume

Entre 2013 et 2023, les dépenses d'AAH ont progressé de 8,2 Mds€ à 12,7 Mds€, soit une augmentation de 55 %²³ et une croissance annuelle de 4,5 %. Le rythme de croissance a tendance à s'accélérer, passant de 3,5 %/an sur la période 2013-2017 à 5,4 %/an entre 2017 et 2023.

²³ Données CNAF France entière, tous régimes.

Graphique 2 : évolution des dépenses d'AAH entre 2013 et 2023, France entière, tous régimes, en milliards d'euros



Champ : France entière, tous régimes

Source : Mission d'après données CNAF

Sur la période 2017-2023, la croissance des dépenses (+35%) est pour moitié due à un effet volume (qui explique 17 points de hausse), pour moitié due à un effet prix (qui explique 18 points de hausse). L'effet-prix est lié aux politiques de revalorisation (notamment revalorisations exceptionnelles ou anticipées en 2019 et 2022) ainsi que, plus récemment, à la déconjugalisation de la prestation à compter du 1^{er} octobre 2023.

La déconjugalisation de la prestation a conduit à un coût de 26,8 M€ en octobre 2023 : 14,4 M€ étant attribué à une hausse des montants pour des allocataires déjà connus précédemment (effet-prix), 12,4 M€ pour les nouveaux entrants (effet volume). Au total, elle représente un surcoût de 79 M€ au dernier trimestre 2023 (soit 315 M€ environ en année pleine).

2.3. L'effet-volume de la croissance de l'AAH est tiré par la hausse du nombre de bénéficiaires de l'AAH 2, très dynamique, ainsi que, depuis 2023, par la déconjugalisation de l'AAH

En 2023, 1,353 million de personnes percevaient l'AAH (France entière, tous régimes), contre 1,071 million entre 2016, soit une croissance de 24 % sur cette période (+3 % par an en moyenne). L'analyse des données du régime général (qui représente environ 97 % des allocataires de l'AAH) montre toutefois que la dynamique est très différenciée entre l'AAH 1, quasi stable (+ 0,4% en moyenne entre 2016 et 2024) et l'AAH 2 particulièrement dynamique (+ 5,4 % par an en moyenne sur les huit dernières années) (cf. tableau 2).

Fiche AAH

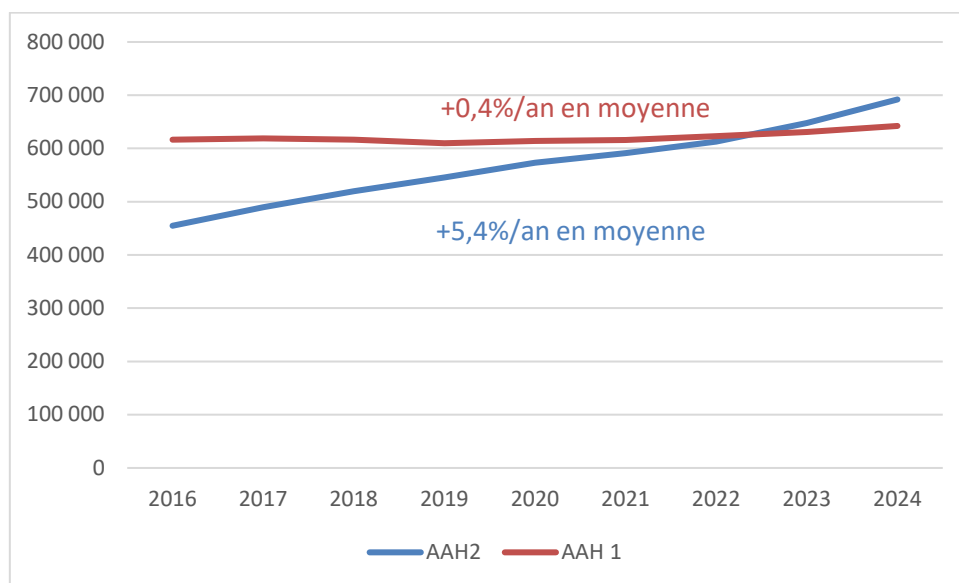
Tableau 2 : évolution des allocataires de l'AAH 1 et de l'AAH 2 du régime général entre 2016 et 2023

	AAH 2	Taux de croissance annuel AAH 2	AAH 1	Taux de croissance annuel AAH 1	Total*	Taux de croissance AAH	Part de l'AAH 2 au sein des allocataires de l'AAH
2016	454 884		616 414		1 071 964		42,5 %
2017	489 415	7,6 %	618 909	0,4 %	1 108 960	3,5 %	44,2 %
2018	519 983	6,2 %	616 481	-0,4 %	1 137 228	2,5 %	45,8 %
2019	545 621	4,9 %	609 846	-1,1 %	1 156 419	1,7 %	47,2 %
2020	573 099	5,0 %	613 907	0,7 %	1 187 936	2,7 %	48,3 %
2021	591 484	3,2 %	616 225	0,4 %	1 208 523	1,7 %	49,0 %
2022	612 940	3,6 %	623 152	1,1 %	1 237 008	2,4 %	49,6 %
2023	647 631	5,7 %	631 185	1,3 %	1 279 440	3,4 %	50,6 %
2024	692 044	6,9 %	642 304	1,8 %	1 334 940	4,3 %	51,9 %
TCAM 2016-2024		5,4 %		0,5 %		2,8 %	
Croissance 2016-2024	237 160	52,1 %	25 890	4,2 %	262 976	24,5 %	

Source : Mission d'après données CNAF

Comme l'illustre le graphique 3, au régime général, les bénéficiaires de l'AAH 2 sont majoritaires depuis 2023, et représentent 52 % des allocataires en 2024.

Graphique 3 : évolution des allocataires de l'AAH 1 et de l'AAH 2 du régime général entre 2016 et 2024



Source : Mission d'après données CNAF.

D'après la DREES, la croissance limitée de l'AAH 1 sur cette période s'explique notamment par la hausse des montants de l'ASPA²⁴.

²⁴ Le montant du minimum vieillesse a été supérieur au montant maximal de l'AAH entre 2020 et 2022. Les bénéficiaires qui avaient droit à une AAH différentielle, en complément de leur minimum vieillesse, l'ont donc perdue.

À l'inverse, plusieurs facteurs contribuent à la hausse du nombre de bénéficiaires :

- ♦ structurellement, le vieillissement de la population (le risque de handicap augmentant avec l'âge), ainsi que la hausse de l'espérance de vie des personnes handicapées;
- ♦ la politique de revalorisations exceptionnelles de l'AAH, qui a également un effet volume, au-delà de l'effet prix évoqué supra, car elle rend éligible un certain nombre de bénéficiaires dont les revenus étaient jusqu'alors inférieurs au montant plafond ;
- ♦ depuis 2023, la déconjugalisation de l'AAH, qui s'est traduite par l'entrée dans le dispositif de près de 24 000 allocataires fin 2023. Ce volume reste toutefois très éloigné de l'estimation *ex ante*, qui en prévoyait 80 000²⁵ ;

Concernant plus spécifiquement l'AAH 2, l'allongement de la durée maximale d'attribution (passée de 2 ans à 5 ans en 2020), ainsi que le recul de l'âge légal de départ à la retraite pour inaptitude ont contribué à la hausse du nombre de bénéficiaires. Ainsi, le nombre d'allocataires de 60 ans ou plus a doublé entre 2016 et 2024, pour le régime général (+108%).

Toutefois, ces facteurs semblent insuffisants pour expliquer la dynamique particulière à l'AAH 2 ces dernières années, les facteurs de croissance de l'AAH 2 demeurant mal appréhendés.

Il semble également y avoir une évolution dans le profil des personnes prises en charge au titre de cette allocation, via la meilleure reconnaissance de certaines pathologies ou de certains troubles (maladies psychiques, troubles du neurodéveloppement, troubles de l'apprentissage). À titre d'exemple, s'agissant du handicap psychique, des données exploitées par la Cour des comptes en 2019, concernant quatre départements, soulignaient ainsi que ce handicap représentait **la déficience principale la plus représentées au sein des allocataires de l'AAH**, correspondant à une part comprise entre 21 % et 44 % des déficiences principales des nouveaux attributaires de l'AAH, cette proportion pouvant dépasser 50 % dans certains départements pour l'AAH 1 ou l'AAH 2. **On peut ainsi supposer que la meilleure reconnaissance des troubles psychiques, la politique de détection plus précoce comme leur reconnaissance en tant que handicap depuis 2005, constituent des facteurs significatifs dans la hausse du nombre de bénéficiaires d'AAH 2**

Plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné que les réformes récentes sur le champ du RSA²⁶ étaient susceptibles d'entraîner une hausse de demandes d'AAH (notamment d'AAH 2). Les travailleurs sociaux accompagnant les allocataires du RSA pourraient encourager les allocataires du RSA à déposer un dossier de demande d'AAH et à faire reconnaître leur situation comme relevant du handicap (en particulier, pour des allocataires de plus de 50 ans, avec des problèmes de santé et de faibles perspectives d'emploi), d'autant plus compte-tenu de l'accroissement de l'écart de montant entre les deux prestations ces dernières années.

²⁵ Données CNAF. L'estimation de 80 000 a été réalisée à partir du modèle de micro-simulation Ines (Insee, Drees, Cnaf), imprécis du fait de la difficulté à repérer en population générale des éligibles à l'AAH non bénéficiaires du fait des ressources du conjoint.

²⁶ Logique de droits et devoirs, incitation plus forte à l'activité, reprise d'un accompagnement pour des allocataires depuis plusieurs années.

La mission a également pu consulter une note de la DREES²⁷ qui constate :

- ♦ **une relative stabilité de la proportion d'allocataires (ou de conjoints d'allocataires) du RSA (socle) en année N-1 parmi les entrants dans l'AAH en année N**, de l'ordre de 25 % pour les allocataires de l'AAH (environ 15 % pour l'AAH 1 et près de 30 % pour l'AAH 2)²⁸ (cf. tableau 3). Un peu moins d'un bénéficiaire du RSA sur quarante devient allocataire de l'AAH chaque année. ;
- ♦ une corrélation territoriale faiblement positive (coefficient de 0,16) entre l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH sur un an avec l'évolution du nombre de bénéficiaires du RSA, « ce qui n'accrédite pas l'idée de « vases communicants » entre les deux prestations au niveau local, en tout cas de façon généralisée » selon la note. **Néanmoins, cet indicateur ne permet pas aux yeux de la mission d'infirmer ou de confirmer la thèse d'un transfert du RSA vers l'AAH, qu'il soit généralisé ou pas.** En effet, le cas d'école qui consiste à transférer entre l'année N-1 et l'année N la même proportion d'allocataires du RSA vers l'AAH pour tous les départements, en l'absence d'autre facteurs (tendance, choc ou bruit), conduit à un coefficient de corrélation de zéro entre les deux vecteurs d'évolution départementale pour l'AAH et le RSA.

Cette note mériterait donc d'être actualisée et complétée par d'autres études et indicateurs statistiques, afin de mieux comprendre les déterminants du recours à l'AAH et d'étudier plus finement le lien entre RSA et AAH.

²⁷ Note au ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion concernant l'évolution récente des prestations de solidarités, 2023

²⁸ Données DREES s'appuyant sur les vagues 2010 à 2021 de l'échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux (ENIACRAMS).

Fiche AAH

Tableau 3 : Part d'allocataires ou de conjoints d'allocataires du RSA (socle) en année N-1 parmi les entrants dans l'AAH en année N, de 2011 à 2021

Part d'allocataires ou de conjoints d'allocataires du RSA (socle) en année N-1 parmi les entrants dans l'AAH en année N													
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2018	2019	2020	2021
AAH-1	12,5%	13,4%	12,6%	13,0%	14,7%	13,9%	13,9%	13,4%	12,0%	14,9%	13,3%	14,7%	16,3%
dont individus âgés de 29 ans ou moins	9,6%	9,5%	4,0%	5,1%	5,7%	6,6%	4,2%	5,2%	2,8%	5,6%	5,7%	8,6%	5,1%
dont individus âgés de 30 à 39 ans	21,2%	20,0%	19,9%	18,9%	22,4%	15,3%	19,0%	20,7%	17,2%	14,8%	18,3%	15,1%	10,6%
dont individus âgés de 40 à 49 ans	24,7%	28,9%	33,0%	32,0%	25,5%	26,8%	28,0%	26,4%	23,3%	26,5%	26,9%	20,4%	29,8%
dont individus âgés de 50 à 64 ans	44,4%	41,6%	43,2%	44,0%	46,4%	51,4%	48,7%	47,7%	56,7%	53,1%	49,1%	55,9%	54,5%
AAH-2	31,6%	29,8%	28,8%	29,5%	28,4%	30,7%	30,4%	28,1%	29,6%	29,5%	29,1%	28,7%	30,2%
dont individus âgés de 29 ans ou moins	7,9%	8,5%	9,4%	7,5%	7,8%	7,0%	7,8%	8,7%	6,9%	8,5%	6,7%	9,8%	11,5%
dont individus âgés de 30 à 39 ans	23,3%	20,0%	22,2%	21,1%	19,4%	22,7%	20,7%	22,5%	21,7%	22,9%	23,1%	23,3%	20,5%
dont individus âgés de 40 à 49 ans	31,3%	33,7%	30,7%	28,9%	30,0%	30,0%	28,6%	28,0%	29,9%	28,4%	27,1%	29,9%	27,4%
dont individus âgés de 50 à 64 ans	37,5%	37,7%	37,7%	42,4%	42,8%	40,3%	42,9%	40,8%	41,5%	40,2%	43,2%	37,0%	40,5%
Total AAH	23,8%	23,5%	22,8%	23,7%	23,9%	25,4%	25,4%	23,3%	23,6%	24,8%	24,1%	24,5%	26,1%
dont individus âgés de 29 ans ou moins	8,3%	8,7%	8,3%	7,0%	7,4%	6,9%	7,2%	8,0%	6,2%	7,9%	6,5%	9,5%	10,4%
dont individus âgés de 30 à 39 ans	22,8%	20,0%	21,7%	20,7%	20,0%	21,4%	20,4%	22,2%	21,0%	21,4%	22,2%	21,9%	18,7%
dont individus âgés de 40 à 49 ans	29,9%	32,7%	31,2%	29,5%	29,1%	29,5%	28,5%	27,7%	28,8%	28,0%	27,1%	28,1%	27,9%
dont individus âgés de 50 à 64 ans	39,1%	38,6%	38,8%	42,7%	43,5%	42,2%	43,9%	42,1%	44,1%	42,7%	44,2%	40,5%	43,1%
Données CNAF semi-définitives										Données CNAF définitives			
Notes > A partir de 2017, la CNAF met à disposition de la DREES des données définitives, qui prennent mieux en compte les situations d'indus et de rappels que les données semi-définitives utilisées antérieurement. L'indicateur est toujours calculé en utilisant des données de même maturité (semi-définitive ou définitive) en N et en N-1 : de ce fait, le premier millésime pour lequel il est calculable à partir de données définitives est 2018. Les valeurs calculées à partir des données semi-définitives pour les millésimes 2018 et 2019 sont également fournies, pour information.													
Lecture > 26,1 % des nouveaux allocataires de l'AAH au 31 décembre 2021 étaient allocataires ou conjoints d'allocataires du RSA au 31 décembre 2020. Parmi eux, 10,4 % étaient âgés de 29 ans ou moins au 31 décembre 2020.													

Remarque : Le tableau 1 (ci-dessus) rassemble diverses informations sur les nouveaux allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui étaient bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) socle l'année précédente. Cette analyse mobilise les vagues 2010 à 2021 de l'échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux (ENIACRAMS) de la DREES. S'agissant d'un échantillon, seuls des résultats pour l'ensemble de la France sont mis ici en avant. Le nombre d'observations est en effet trop faible pour permettre une exploitation au niveau de chaque département et ainsi mettre en lumière d'éventuelles différences de pratique au niveau local.

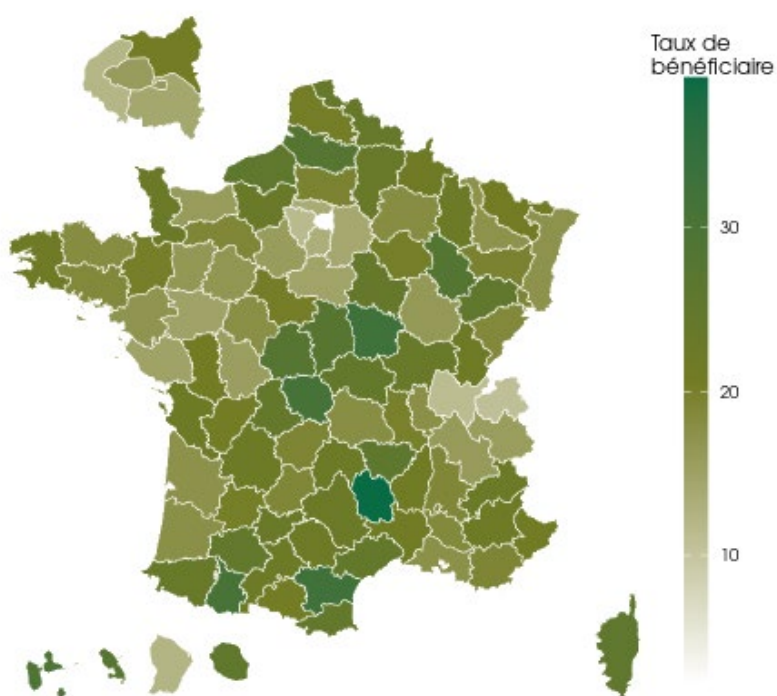
Source : DREES, 2023, note au ministre

2.4. Les disparités territoriales observées sur le taux de bénéficiaires de l'AAH s'expliquent à 75 % par les caractéristiques des populations et des départements

Les éléments présentés dans cette sous-partie sont développés de manière plus détaillée, en déclinant les méthodologies utilisées, dans l'annexe III, distinguant en particulier densité des aides (taux de bénéficiaires rapportés à la population générale du département) et intensité des aides (montant moyen versé par bénéficiaire).

La carte ci-après montre les écarts de taux de bénéficiaires de l'AAH entre départements en 2023. Hors Mayotte, ce **taux de bénéficiaires** varie de 11 ‰ (74) à 40 ‰ (48).

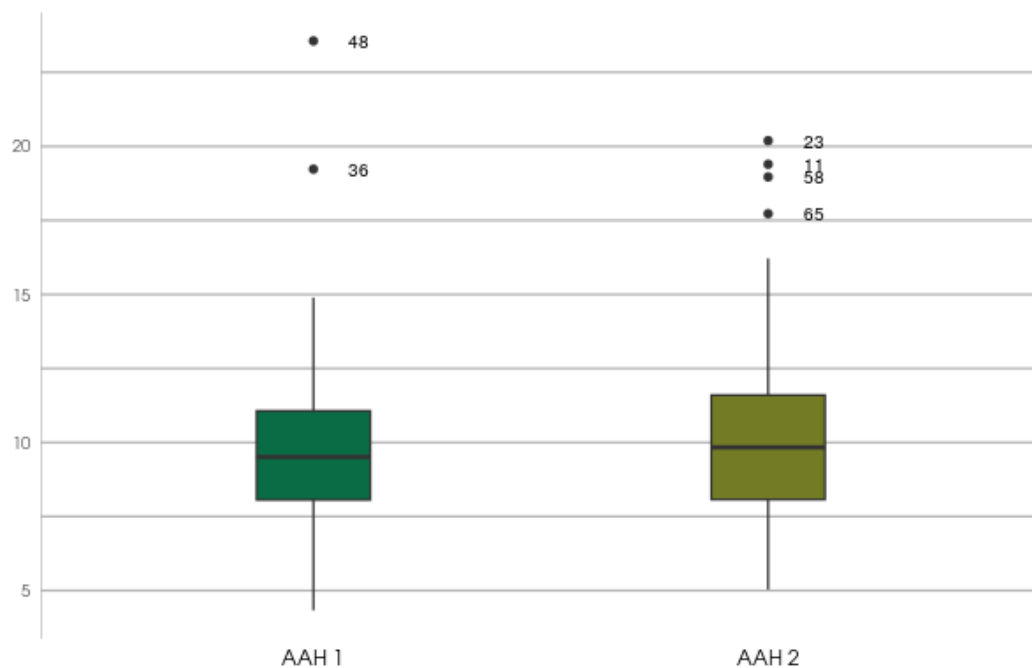
Graphique 4 : Taux départementaux de bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 habitants en 2023



Source : Données CNAF pour 2023. Calculs du Pôle « science des données » de l'IGF

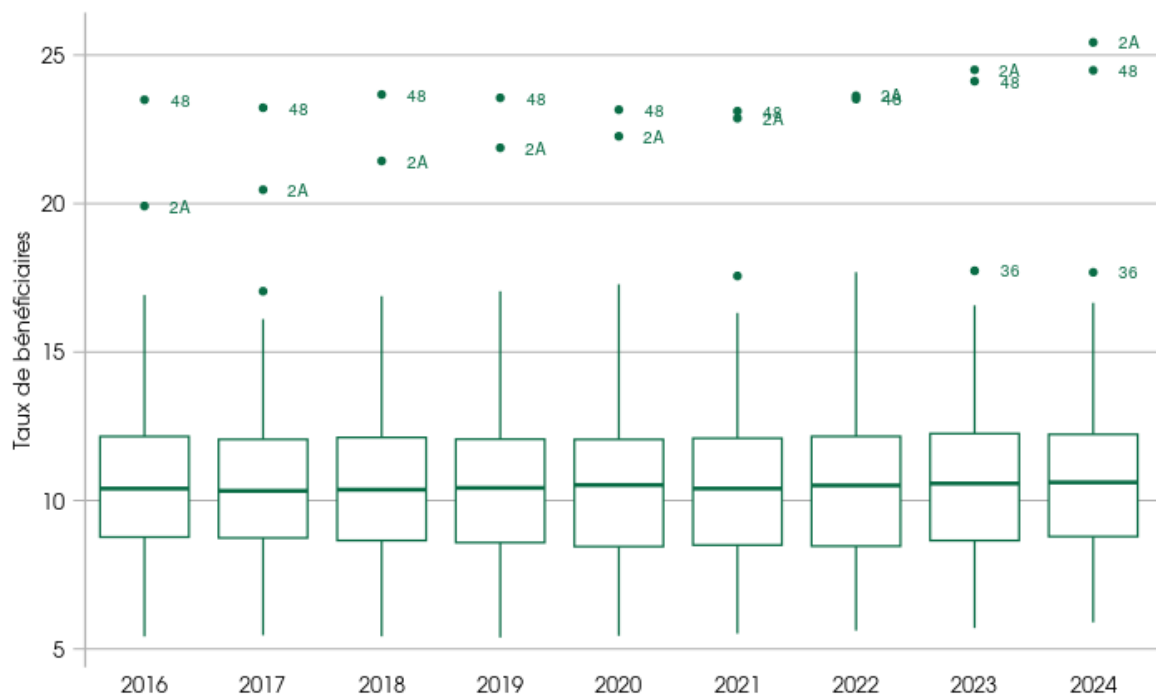
En termes de taux de bénéficiaires, les disparités territoriales sont moins importantes que pour les autres prestations sous revue si l'on examine le rapport interquartile, qui s'élève à 1,30, contre 1,32 pour la PCH, 1,38 pour l'APA, 1,45 pour l'ASH et 1,63 pour l'AEH. L'AAH 1 et l'AAH 2 ne présentent pas de différences majeures en termes de disparités départementales de taux de bénéficiaires, même si ces disparités sont légèrement plus marquées pour l'AAH 2 (graphique 5). Ce rapport est stable entre 2017 et 2023, ce qui signifie les disparités territoriales en termes de taux de bénéficiaires d'AAH évoluent peu, comme l'illustre le graphique 6, malgré l'augmentation généralisée de la densité (taux de bénéficiaires pour 1 000 habitants) de l'AAH (*cf. supra*, notamment en raison de la croissance des effectifs de l'AAH-2).

Graphique 5 : Disparités départementales du taux de bénéficiaires pour mille habitants, concernant l'AAH 1 et l'AAH 2

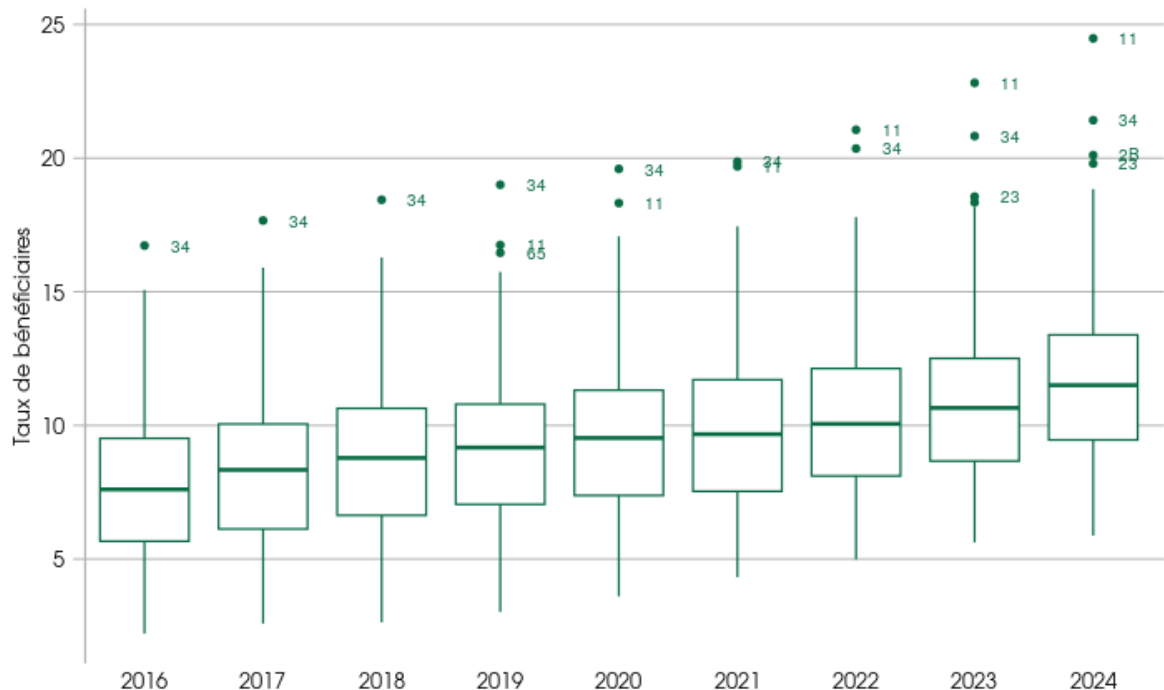


Source : données CNAF, RP Insee, calculs pôle science des données de l'IGF

Graphique 6 : Évolution des disparités interdépartementales pour la densité (taux de bénéficiaires pour 1000 hab.) de l'AAH 1 entre 2017 et 2023



Graphique 6 : Évolution des disparités interdépartementales pour la densité (taux de bénéficiaires pour 1000 hab.) de l'AAH 2 entre 2017 et 2023



Source : Données CNAF. Calculs du Pôle « science des données » de l'IGF.

S'agissant des facteurs explicatifs de ces disparités, l'analyse économétrique réalisée par le pôle « Sciences des données » de l'IGF permet de montrer que :

- ◆ **61 % de ces écarts de taux de bénéficiaires s'expliquent par les caractéristiques des populations** (prévalences, niveau de vie, taux de pauvreté, taux d'urbanisation, structure socio-professionnelle, etc.) ;
- ◆ **ce taux monte à 73 % lorsqu'on intègre dans l'analyse les caractéristiques des départements** (potentiel fiscal, taux d'équipement en structures d'accueil, prix moyen de l'hébergement en établissement etc.).

Ainsi, un quart des différences de taux d'attribution de l'AAH restent inexpliquées. Ce résultat est cohérent avec l'étude menée par la DREES en 2013²⁹.

3. Le traitement des demandes d'AAH par les MDPH puis par les CAF pourrait faire l'objet de plusieurs améliorations dans des logiques d'harmonisation, de juste droit et d'un meilleur accompagnement

Plusieurs recommandations sur les MDPH, formulées dans l'annexe IV relative à l'harmonisation des pratiques, concernent également les demandes d'AAH, sans être toutes mentionnées ci-dessous. Il s'agit notamment le cas d'un ensemble de mesures relatives au certificat médical transmis aux MDPH (dématérialisation, actions de sensibilisation des médecins en lien avec l'assurance maladie, actions de contrôle, etc.).

²⁹ DREES, 2013, [L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements. Dossier solidarité et santé n°49](#).

3.1. La première étape de traitement des demandes d'AAH est l'analyse de sa recevabilité

Le formulaire de demande à la MDPH (cerfa n° 15692*01 figurant en annexe de l'arrêté du 5 mai 2017 relatif au modèle de formulaire de demande auprès des MDPH) prévoit, conformément au Code de la sécurité sociale³⁰, que le demandeur transmette :

- ◆ un certificat médical de moins d'un an, sauf cas particuliers³¹. Celui-ci comporte une courte partie « Retentissement sur l'emploi » avec deux questions : l'une, pour les personnes qui travaillent, sur le retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi ; la seconde, pour les personnes sans emploi, sur les retentissements sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation. La transmission de l'avis du médecin du travail, si disponible, est également demandée ;
- ◆ une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal ;
- ◆ une photocopie d'un justificatif de domicile
- ◆ une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant).

Pour les demandeurs de l'AAH, le formulaire précise que le demandeur doit renseigner la partie D du formulaire relative à sa situation professionnelle.

Après leur dépôt à la MDPH, le circuit des demandes d'AAH est identique à l'ensemble des dossiers MDPH :

- ◆ les dossiers sont numérisés (seuls 20 % environ des dossiers sont déposés sous format dématérialisé, d'après l'ordre de grandeur partagé par les instructeurs rencontrés par la mission) ;
- ◆ une analyse de la recevabilité des demandes est réalisée par des personnels administratifs dédiés. Ceux-ci vérifient les pièces justificatives exigées, y compris la date du certificat médical et la signature du formulaire de demande. Puis ils préparent également le travail évaluatif en saisissant une partie des informations figurant dans le formulaire.

À l'issue de cette étape, un courrier est transmis au demandeur l'indiquant de la recevabilité (ou non) de sa demande, ou, le cas échéant lui indiquant les pièces justificatives manquantes, à transmettre dans un délai déterminé par le courrier.

³⁰ [Article R821-2](#) du Code de la sécurité sociale.

³¹ L'[article R146-26](#) du CASF prévoit que la demande est accompagnée d'un certificat médical « *de moins d'un an* », même si « *dans le cas d'un handicap susceptible d'une évolution rapide, l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 du même code peut demander un certificat médical d'une durée de validité inférieure* ».

3.2. L'évaluation de l'AAH reste complexe, en particulier l'appréciation de la RSDAE, et pourrait faire l'objet de plusieurs améliorations

3.2.1. Le circuit d'évaluation de l'AAH est organisé de manière variable selon les MDPH

L'évaluation de la demande d'AAH 1 suppose l'appréciation du taux d'incapacité des demandeurs, qui est encadrée par le guide-barème. L'évaluation de la demande de l'AAH 2 repose également sur le guide-barème, pour le taux d'incapacité, mais **suppose également l'évaluation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE)**, une notion relativement complexe pour apprécier l'employabilité du demandeur. Plusieurs outils existent pour guider l'évaluation de la RSDAE : le décret de 2011³² et l'arbre de décision (en annexe de ce décret), ainsi qu'un guide³³ établi en 2017 par la DGCS.

Si les circuits d'orientation des dossiers varient selon les MDPH, dans l'ensemble des MDPH rencontrées par la mission, l'AAH n'était pas considérée comme une « dominante » dans le circuit d'attribution des dossiers (mais plutôt la PCH, l'orientation en ESAT ou vers le secteur médico-social). Cela signifie que le dossier contenant une demande d'AAH et une demande de PCH sera attribué à un évaluateur en charge de la PCH, lequel appréciera à cette occasion également la demande d'AAH dans le cadre de l'évaluation globale de la situation du bénéficiaire et de l'examen de l'ensemble de ses droits potentiels, qu'il en ait – ou non – fait formellement la demande dans le formulaire MDPH.

Dans l'ensemble des MDPH, il existe un premier niveau d'évaluation, qui peut être assuré par un évaluateur seul. **Les premiers audits menés par la CNSA montrent d'ailleurs que l'AAH fait généralement partie des droits/prestations pour lesquelles l'évaluation par un professionnel isolé est la plus fréquente.** Au sein de la plupart des MDPH, des professionnels experts contribuent à l'évaluation au titre de l'insertion dans l'emploi : les référents d'insertion professionnelle (RIP)³⁴, présents dans la quasi-totalité des MDPH (à l'exception de neuf MDPH en 2022, dont quatre dans les DROM ou COM). En moyenne, cela représente 1 ETP par MDPH.

Les dossiers les plus complexes ont vocation à être examinés en équipe pluridisciplinaire, qui peut associer des partenaires extérieurs. Sur le champ de l'insertion professionnelle peuvent intervenir France Travail et Cap emploi, avec un niveau de présence variable selon les départements.

Certaines pratiques concernant le circuit d'évaluation ne s'observent que dans une partie des MDPH :

- ♦ il peut exister des phases de pré-tri des dossiers, assurées conjointement par un évaluateur et un instructeur, qui conduisent à l'évaluation immédiate des dossiers les moins complexes. Cela permet un traitement rapide des dossiers jugés les plus simples (dont une partie des dossiers AAH, notamment des renouvellements), mais exige une grande polyvalence des évaluateurs ;

³² Décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation, codifié notamment à l'Article D821-1-2 du CSS.

³³ DGCS, 2017, [Guide pratique sur l'attribution de l'AAH](#), « outil d'aide à la décision », 140 p.

³⁴ À la différence du champ scolaire, pour lequel des personnels de l'éducation nationale sont mis à disposition par l'Éducation nationale au sein des MDPH (enseignants, psychologues scolaires, etc., cf. fiche AEEH), sur le champ de l'insertion professionnelle, il n'existe pas de mise à disposition de personnels spécialisés (par exemple de France Travail ou Cap emploi).

- ♦ dans certaines MDPH, il existe une équipe spécifique pour traiter des dossiers sur le champ du handicap psychique (avec l'intervention d'un psychiatre, de psychologues et/ou d'infirmier spécialisé). La plus-value de cette spécialisation sur le champ psychique mériterait d'être évaluée, notamment pour l'examen de l'AAH, pour laquelle on a vu précédemment la prépondérance des troubles psychiques.

3.2.2. Un échange systématique avec les primo-demandeurs de l'AAH permettrait de renforcer la qualité de l'évaluation

S'agissant de la situation professionnelle du demandeur, le dossier MDPH comme le certificat médical sont fréquemment remplis de manière succincte. Si le parcours professionnel et les diplômes obtenus sont souvent renseignés, quoique de manière plus ou moins détaillée, le projet professionnel est souvent non renseigné, ou de manière très brève. Au total, les dossiers renseignés sont souvent incomplets³⁵, ce qui contraste avec la situation sur le champ de la scolarisation des enfants, où les dossiers sont renseignés dans le détail par les équipes éducatives, s'appuyant sur le « Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation »(GEVA-Sco).

Par ailleurs, **le formulaire ne permet pas d'apprécier si le demandeur est dans une démarche avérée d'insertion professionnelle** (ce qui est un des critères de l'arbre de décision de la RSDAE). Les MDPH peuvent consulter le système d'information de France Travail (ex Pôle emploi) pour prendre connaissance du bilan des rendez-vous avec les conseillers France Travail (SI DUDE³⁶). L'accès à ce système d'information est donc essentiel à l'exercice de l'évaluation de l'AAH, en particulier l'AAH 2. Dans les MDPH rencontrées, les évaluateurs avaient accès au SI DUDE, mais d'après une enquête menée en 2022, 3 RIP sur 27 répondants n'avaient pas accès au DUDE. 2 sur 26 ne consultaient jamais le DUDE, et 4 sur 26 seulement « parfois » (20 sur 26 le consultaient toujours ou souvent). Dans certaines situations, la MDPH n'a qu'un unique accès au DUDE, ce qui ne permet pas l'accès de l'ensemble des évaluateurs.

Proposition 1 : Garantir l'accès de l'ensemble des évaluateurs de l'AAH au sein des MDPH et au SI DUDE de France travail pour prendre connaissance des démarches de recherche d'emploi des demandeurs de l'AAH.

Le manque d'informations présentes au dossier peut conduire les évaluateurs à prendre contact avec les demandeurs, mais ces contacts sont peu fréquents (*cf.* réponses des MDPH au questionnaire transmis par la mission aux présidents de conseils départementaux) et ne sont pas systématiquement tracés dans les dossiers. Les entretiens médicaux sont en revanche l'exception, tout comme les propositions d'audition en CDAPH. D'après le rapport d'activité des MDPH consolidé par la CNSA pour 2022, toutes prestations confondues, 86,6 % des évaluations étaient uniquement réalisées sur dossier, 2,9 % par entretien avec la personne à la MDPH, 3,9 % sur le lieu de vie de la personne, et 6,6 % par entretien téléphonique.

Or l'échange direct avec le demandeur apparaît déterminant, dans une approche de juste droit, s'agissant d'une prestation monétaire accordée pour plusieurs années:

³⁵ Une mission IGAS-IGF réalisée en 2012 sur l'AAH avait établi, sur la base d'un échantillon de 400 dossiers d'AAH, que 16% d'entre eux ne contenaient pas les éléments nécessaires à la décision. Pour 3% des dossiers concernés, les attributions avaient été décidées sans demande d'informations complémentaires (tracées) ou visite médicale de la MDPH alors que le certificat médical datait de plus de 3 mois ou était absent du dossier, ce qui constitue une irrégularité. Cette évaluation ne permet toutefois pas de conclure que l'ensemble de ces dossiers n'auraient pas conduit à une décision d'attribution d'AAH, si des informations complémentaires en ce sens avaient été collectées auprès des demandeurs.

³⁶ Le Dossier Unique du Demandeur d'Emploi (DUDE) est prévu à l'[article 1](#) de la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005.

- ♦ l'échange avec le demandeur, lorsqu'il intervient, est particulièrement utile. Il permet au demandeur comme à l'évaluateur de compléter l'instruction avec des éléments qui ne figurent pas dans le dossier écrit. À titre d'exemple, lors d'une CDAPH à laquelle la mission a pu assister, un demandeur de renouvellement d'AAH 2 a décrit sa situation médicale de manière plus complète que dans le dossier de demande, sur le formulaire. La prise en compte de l'ensemble de ses déficiences (qui avaient été étayées médicalement lors de demandes précédentes) a conduit à revoir la proposition initiale de la MDPH (en l'espèce, un non-renouvellement) pour décider un accord d'ouverture de droit au titre de l'AAH-2 ;
- ♦ cet échange peut également permettre, *a contrario*, de mieux identifier les situations où la demande d'AAH est infondée, du fait de faux certificats médicaux, de certificats médicaux « de complaisance », ou encore de formulaires et certificats médicaux renseignés de manière trop imprécises pour caractériser les restrictions substantielles et durables pour l'accès à l'emploi des personnes concernées.

Compte-tenu de la charge en gestion pour les MDPH que représente un entretien systématique avec le demandeur, la mission propose de cibler cette pratique en premier lieu sur les primo-demandeurs de l'AAH 2, du fait de sa dynamique particulière. Dans la mesure du possible, les entretiens en présentiel gagneraient à être privilégiés.

Proposition 2 : Systématiser un entretien (par téléphone, en visioconférence ou, autant que possible, en présentiel) pour l'ensemble des primo-demandeurs d'AAH 2, afin de compléter la connaissance de leur situation et renforcer la qualité des décisions.

Le coût de cette proposition est estimé à 12 M€ en 2024³⁷ : elle nécessite en effet des ressources humaines complémentaires au sein des MDPH pour mettre en œuvre ces entretiens systématiques sans conduire à une hausse importante des délais de traitement. La mission a estimé, de manière évaluative, que celle-ci conduirait à une économie de 300 à 500 M€ (soit 3 à 5 % des dépenses d'AAH 2)³⁸.

Afin de dégager du temps-agent disponible pour les équipes des MDPH, la mission recommande également (*cf. infra*, fiche monographique sur la PCH) de permettre juridiquement d'écarter dès le « pré-tri » ou l'examen documentaire des demandes reçues par les MDPH les dossiers qui n'ont manifestement aucune chance d'aboutir favorablement, c'est-à-dire d'aboutir à une ouverture (ou un renouvellement des droits).

³⁷ Source : cabinet de la Ministre déléguée auprès de la ministre du Travail, de la Santé, de la Solidarité et des Familles, chargée de l'Autonomie et du Handicap

³⁸ Cette estimation tient compte du chiffrage réalisé par la mission IGAS-IGF réalisée en 2012 sur l'AAH en 2012. Celle-ci avait établi, sur la base d'un échantillon de 400 dossiers d'AAH étudiés, que 16 % d'entre eux ne contenaient pas les éléments nécessaires à la décision. La mission a sensiblement minoré ce chiffrage, pour tenir compte 1/ qu'il s'agissait d'un échantillon unique 2/ du fait que l'insuffisance d'éléments au dossier ne permet toutefois pas de conclure que l'ensemble de ces dossiers ne conduiraient pas à une décision d'attribution d'AAH, si des informations complémentaires avaient été collectées auprès des demandeurs. 3/ que des changements de pratiques qui ont pu survenir depuis 2012 (notamment en lien avec la publication du guide DGCS en 2017).

Enfin, l'analyse des évaluateurs des MDPH pourrait également être enrichie s'ils pouvaient accéder aux données de consommations de soins de l'assurance maladie, à l'image du service médical de l'assurance maladie. Dans les cas où les retentissements de la pathologie sont complexes à apprécier, les données relatives aux traitements médicaux des demandeurs faciliteraient l'analyse, les données renseignées par les médecins dans les certificats médicaux n'étant pas toujours d'une précision suffisante. De tels échanges de données nécessiteraient toutefois de faire l'objet d'une analyse au regard du RGPD, les échanges de données de santé étant particulièrement sensibles au regard du droit, même si les MDPH disposent déjà de prérogatives spécifiques en matière d'accès aux informations protégées par le secret, notamment médical, pour réaliser leurs missions³⁹.

Proposition 3 : Étudier la possibilité d'échanges de données sécurisés concernant la consommation de soins des demandeurs d'AAH entre les MDPH et l'assurance maladie.

Cette proposition a, en outre, l'avantage de ne pas alourdir le remplissage, par le médecin ou le demandeur, du dossier de demande.

3.2.3. Le renforcement des actions de formation aux référentiels concernant l'AAH ainsi que le déploiement du SI évaluation doivent permettre de renforcer l'harmonisation des pratiques entre MDPH

Les évaluateurs rencontrés dans les MDPH rencontrées, ainsi que les remontées des départements dans le questionnaire soumis par la mission, traduisent la difficulté à apprécier le taux d'incapacité pour l'AAH, et surtout à évaluer la RSDAE, en dépit des outils existants. L'appréciation du seuil de 50 % d'activité pose notamment question dans certaines situations (auto-entrepreneurs, conduites addictives par exemple). La situation des étudiants pose également question, s'agissant de leurs démarches de recherche d'emploi. De manière plus générale, l'appréciation de l'employabilité des personnes en situation de handicap est complexe, notamment s'agissant du handicap psychique.

Or les premiers audits menés par la CNSA montrent que peu d'évaluateurs ont bénéficié d'une formation consacrée à la RSDAE, les évaluateurs ayant davantage suivi une formation interne en binôme avec un collègue plus expérimenté. En 2024, d'après la CNSA, 161 personnes ont été formées sur le champ de l'AAH, 150 sur le guide barème (contre 256 sur la PCH et 168 sur l'AEEH). Compte-tenu des difficultés rencontrées par les évaluateurs, d'une part, et de la dynamique très forte de l'AAH 2, d'autre part, un renforcement des actions de formations doit être mené sur la RSDAE. Une formation spécifique sur cette thématique, plus courte que les modules de formation en webinaires actuellement proposés (jugés complets et de qualité par les équipes rencontrées), pourrait être envisagée. Les ateliers d'échanges de pratiques entre évaluateurs mériteraient également d'être développées, en interne aux MDPH mais aussi entre MDPH. De tels ateliers sont menés pour les MDPH concernées par les actions de soutien de la CNSA dans le cadre de la MAOP, et semblent donner satisfaction, de même que la mise en place, dans certaines MDPH, de réunions d'harmonisation, voire d'équipes dédiées, en charge de l'harmonisation des évaluations. Une action plus générale pourrait être envisagée concernant la RSDAE, ou encore sur l'appréciation des retentissements dans l'emploi pour les maladies psychiques (en lien avec le service public de l'emploi et Chéops, la tête de réseau des Cap emploi).

Proposition 4 : Renforcer les actions de formation et d'échanges de pratiques entre MDPH par la CNSA, en ciblant notamment l'évaluation des RSDAE.

³⁹ [Article L241-10](#) du CASF : « Les membres de l'équipe pluridisciplinaire et de la commission respectivement mentionnées aux articles L. 146-8 et L. 146-9 sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal ».

La perspective du déploiement du SI évaluation dans les MDPH constitue également un levier pour l'harmonisation des pratiques, pour l'AAH mais aussi pour les autres prestations du champ du handicap. L'intégration des référentiels (guide-barème, arbre de décision) permettra de renforcer leur utilisation, avec des propositions de décision formulées par l'outil, sur la base des éléments renseignés par les évaluateurs. Cet outil devrait également permettre de renforcer la traçabilité des évaluations, les premiers audits CNSA ayant souligné que de nombreux éléments n'étaient actuellement pas tracés.

Enfin, les pratiques sont également très variables entre les MDPH s'agissant des durées d'attribution de l'AAH. Depuis 2019, l'attribution de droits sans limitation de durée est encouragée par la réglementation pour l'AAH 1, pour les pathologies non évolutives⁴⁰. 62% des droits AAH 1 sont ouverts à vie d'après le baromètre des MDPH établi par la CNSA sur données 3^e trimestre 2024. Les pratiques sont toutefois variables selon les départements, comme l'illustre la carte ci-après. Un quart des MDPH (hors DROM) octroient entre 30 et 54% de DSLD pour l'AAH1, et ¼ des départements en attribuent plus de 72%.

Par ailleurs, la durée d'attribution des droits à l'AAH 2 varie d'un département à l'autre. Dans certaines MDPH, il existe des doctrines sur la durée d'attribution sur certaines situations, qui sont plus ou moins formalisées (ex : deux ans pour « cancer », deux ans pour « soins psychiques ») tandis que d'autres MDPH proposent, notamment compte tenu de la pression sur la tenue des délais réglementaires de traitement des dossiers, quasi-systématiquement, la durée maximum de cinq ans.

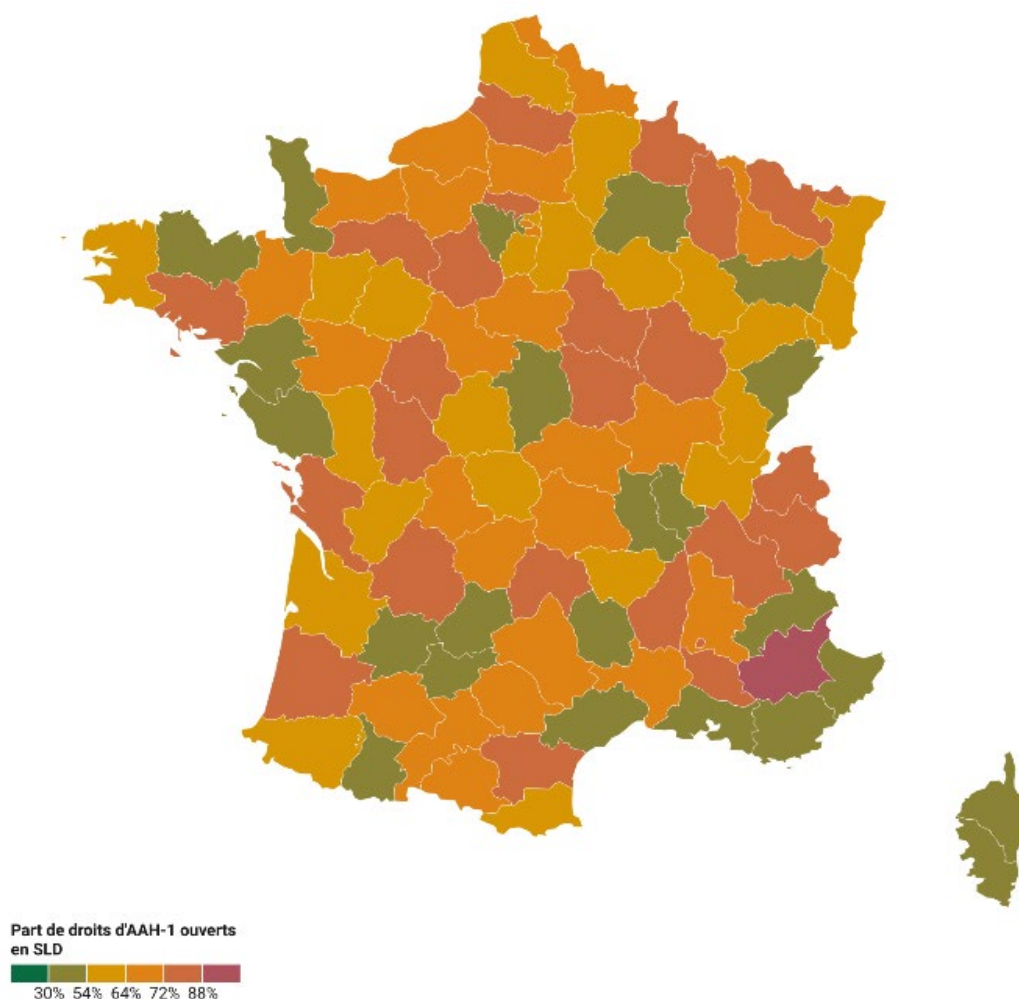
⁴⁰ [Article 1](#) de l'arrêté du 15 février 2019 fixant les modalités d'appréciation d'une situation de handicap donnant lieu à l'attribution de droits sans limitation de durée prévue par l'article R. 241-15 du code de l'action sociale et des familles et par l'article R. 821-5 du code de la sécurité sociale : « Toute situation de handicap, qu'elle soit liée à l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, à un polyhandicap ou à un trouble de santé invalidant, donne lieu à l'attribution de droits sans limitation de durée prévue par le deuxième alinéa de l'article R. 241-15 du code de l'action sociale et des familles et par l'article R. 821-5 du code de la sécurité sociale si, compte tenu des données de la science, elle remplit les deux conditions suivantes :

1° L'évaluation établit l'absence de possibilité d'évolution favorable à long terme des limitations d'activités ou des restrictions de participation sociale occasionnant une atteinte définitive de l'autonomie individuelle des personnes qui ont besoin d'une aide totale ou partielle, d'une stimulation, d'un accompagnement pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ou qui nécessitent une surveillance ;

2° Le taux d'incapacité permanente du demandeur, fixé selon le guide barème figurant en annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles, est supérieur ou égal à 80 %.

Ces deux conditions sont évaluées individuellement au regard de la situation du demandeur ».

Graphique 7 : Disparités territoriales d'attribution des droits d'AAH-1 sans limitation de durée (SLD)



Source : CNSA (2024), Baromètre des MDPH.

3.2.4. Un accompagnement des allocataires de l'AAH plus systématique par le service public de l'emploi devrait être mis en place pour améliorer leur retour à l'emploi et diminuer ainsi le recours à l'AAH

En premier lieu, une présence renforcée du service public de l'emploi au sein des équipes pluridisciplinaires des MDPH serait souhaitable. En effet, les évaluateurs des MDPH jugent positivement l'intervention du service public de l'emploi (SPE, en général incarné par Cap emploi), qui dispose d'une forte expertise en matière d'employabilité des personnes en situation de handicap, alors que certaines MDPH regrettent leur insuffisance de compétences en termes d'insertion professionnelle. La mission ne dispose pas de données objectivant les écarts de pratiques entre départements, mais, selon les départements, les ressources des Cap emploi sont très variables⁴¹, ce qui se traduit logiquement par une présence variable au sein des équipes pluridisciplinaires (EP) d'évaluation. Par ailleurs, une proportion conséquente des RSDAE sont examinés en premier niveau, sans intervention des partenaires des MDPH.

Le déploiement de la mesure portée lors de la conférence nationale du handicap 2023 puis dans la loi du 18 décembre 2023 pour le plein emploi relative à l'intervention du SPE dans le processus d'orientation en ESAT, actuellement expérimenté dans cinq départements, va se traduire par un renforcement des relations entre MDPH et SPE. Il serait souhaitable, à cette occasion, d'étudier les modalités d'une intervention renforcée, ou *a minima* harmonisée entre départements, du service public de l'emploi dans les équipes pluridisciplinaires (EP) des MDPH. La montée en expertise de France Travail sur les thématiques du handicap, grâce au rapprochement entre France Travail et Cap emploi dans des *teams* Handicap, doit permettre une plus grande intervention des personnels de France travail, lorsque les ressources de Cap emploi sont trop limitées pour une intervention régulière en EP.

Proposition 5 : Renforcer la présence du service public de l'emploi (Cap emploi et France Travail) dans les équipes pluridisciplinaires des MDPH aux fins d'approfondissement de l'évaluation de l'orientation et de l'insertion professionnelles lors des demandes d'AAH

En deuxième lieu, un accompagnement plus important du service public de l'emploi des bénéficiaires de l'AAH, et plus particulièrement de l'AAH 2, est nécessaire. En effet, les décisions d'AAH 2 supposent fréquemment des démarches de la part des allocataires de l'AAH 2, afin d'initier une formation ou de conforter leur projet professionnel (le cas échéant via un centre de rééducation professionnelle). Une bonne pratique identifiée auprès d'une des MDPH rencontrées consiste à inscrire dans la notification de décision d'AAH2 la clause d'un « *bilan des recherches d'emploi à l'issue de l'échéance des droits* », afin d'informer avec transparence le bénéficiaire qu'un suivi de ses démarches sera réalisé lors du renouvellement. Les évaluateurs constatent régulièrement, à l'issue de cette période, que les personnes concernées n'ont pas réalisé les démarches attendues (parfois faute d'avoir compris ce qui était attendu d'eux, les notifications n'étant pas très explicites). **Or les MDPH n'assurent qu'exceptionnellement un accompagnement des allocataires, et rien n'est organisé pour que le service public de l'emploi assure un accompagnement des allocataires de l'AAH 2 après l'ouverture de droits au titre de l'AAH (ou de son renouvellement)**⁴².

⁴¹ Voir sur ce point le rapport IGAS de 2025 « La gouvernance de la politique d'emploi des personnes en situation de handicap », 2024-053R. Le rapport appelle à une harmonisation des ressources entre Cap emploi, dans le cadre de la future convention quinquipartite (entre l'État, l'Agefiph, le FIPHFP, France travail et Chéops) signée en 2017 pour trois ans, prorogée depuis.

⁴² Voir notamment le rapport IGAS de 2024 « Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers », 2023-098R

Proposition 6 : Proposer systématiquement un accompagnement par le service public de l'emploi aux nouveaux allocataires de l'AAH 2 et généraliser la clause d'un « bilan à l'issue » dans les notifications d'AAH-2, pratiquée par certaines MDPH/CDAPH.

Ainsi, la proposition d'un accompagnement plus systématique des allocataires de l'AAH 2 par le service public de l'emploi permettrait de leur expliciter les motivations de la décision d'attribution d'AAH 2, de préciser les démarches attendues, de les accompagner dans l'élaboration d'un projet professionnel, le cas échéant en mobilisant les prestations de l'Agefiph et du FIPHFP⁴³. Cette proposition suppose un flux d'information des MDPH vers le service public de l'emploi, ce qui devrait être rendu possible par la quasi-généralisation des échanges d'information entre ces organismes début 2025.

Une telle proposition devrait être positivement perçue par les allocataires de l'AAH : une expérimentation menée dans 25 départements entre 2011 et 2016 sur un tel accompagnement, dans le cadre de l'expérimentation Potentiel Emploi⁴⁴ (à l'époque externalisé) avait montré que 85% des bénéficiaires⁴⁵ avaient confirmé que l'accompagnement leur avait permis de mieux comprendre les attendus et de les remobiliser vers l'insertion professionnelle. Le dispositif avait également été reconnu comme très utile pour disposer d'éléments utiles à la prise de décision par les EP et les CDAPH.

Cette proposition requiert toutefois une mobilisation accrue des moyens du service public de l'emploi (ou un investissement financier, si la solution d'une externalisation est retenue). En 2016, dans une note de bilan de l'expérimentation Potentiel Emploi évoquée précédemment, le coût de la généralisation du dispositif était évalué entre 20 et 25 M€. Toutefois, l'expérimentation avait également montré que, pour les MDPH concernées par l'expérimentation, le taux d'attribution de l'AAH était inférieur au taux national pour les primo-demandeurs (38 % dans le cadre de Potentiel emploi, contre 45 % au niveau national- données sans valeur statistique robuste, compte tenu des faibles volumes concernés). **Compte-tenu de la forte dynamique sur l'AAH 2, on peut supposer que les économies générées par ce moindre recours à l'AAH 2 seraient significativement supérieures à l'investissement nécessaire en termes d'accompagnement, tout en améliorant la qualité et l'équité des décisions des CDAPH.**

⁴³ Le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) est financé par les contributions annuelles des employeurs publics d'au moins vingt agents qui ne respectent pas le taux d'emploi de 6 % de travailleurs handicapés. Cette contribution est calculée à proportion des effectifs de travailleurs handicapés manquants. Le FIPHFP a pour mission de favoriser l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans les trois versants de la fonction publique (territoriale, hospitalière, État).

⁴⁴ Ce dispositif visait à

1/ répondre, via une évaluation médico-psycho-socio-professionnelle de l'employabilité, à un besoin d'information de l'équipe pluridisciplinaire pour améliorer la pertinence des avis rendus et des orientations prononcées dans des situations jugées complexes ;

2/ apporter aux bénéficiaires un éclairage sur leurs aptitudes, inaptitudes, freins et potentialité au regard de l'emploi, dans le cadre d'une évaluation accompagnée, comportant en particulier une période de mise en situation professionnelle (PMSMP) ;

3/ Renseigner les acteurs chargés, en aval, de poursuivre le suivi de la personne handicapée.

Source des éléments relatifs à Potentiel Emploi : note ministre de la DGCS du 12 avril 2016 « Point d'étape et scénarios techniques de pérennisation du dispositif Potentiel emploi ».

⁴⁵ Sur 491 sortants interrogés dans le cadre d'une enquête à 3 mois.

Par ailleurs, une piste explorée pour la généralisation de l'expérimentation en 2016 consistait à mobiliser les financements de l'Agefiph et du FIPHFP. Cette piste pourrait également être réétudiée actuellement, dans un contexte de négociations sur le renouvellement de la convention État-Agefiph. Si les perspectives financières de l'association sont actuellement dégradées, une hausse de ses recettes à compter de 2025 et surtout 2026 n'est pas à exclure, compte-tenu de la fin des mesures transitoires de la réforme de l'OETH⁴⁶ entamée en 2020. Ceci pourrait donc conduire à de nouvelles marges de manœuvre financières pour un tel financement par l'Agefiph. En outre, la situation financière du FIPHFP, nettement plus favorable, pourrait permettre de financer les premières étapes de cette intensification de la mobilisation du SPE.

Au-delà des questions de financement évoquées *supra*, la mise en œuvre de cette recommandation pourrait être prévue dans la convention quinquartite (État, France travail, Chéops pour les Cap emploi, Agefiph, FIPHFP) actuellement en renégociation (sous l'égide de la DGEFP).

3.2.5. Les pratiques des CDAPH concernant l'AAH sont également variées

Plusieurs pratiques relatives aux CDAPH varient également selon les départements :

- ◆ les pratiques de convocation des demandeurs sont variables selon les départements. Certains départements proposent à l'ensemble des demandeurs de l'AAH susceptibles de connaître une révision des droits à la baisse d'être entendus en CDAPH. D'autres n'entendent quasiment aucun demandeur ;
- ◆ selon les départements, la présence de l'État en CDAPH est variable. C'est particulièrement le cas des DDEETS, dont la présence est aléatoire, et dont les agents n'ont pas toujours l'expertise suffisante pour intervenir sur l'employabilité des personnes en situation de handicap. **L'organisation de sections de CDAPH spécialisées notamment pour les demandes adultes et les demandes enfants⁴⁷ est toutefois de nature à faciliter la présence des DDEETS, et mériterait d'être généralisée, en l'attente d'une décision arbitrant sur le maintien ou non de la présence des DDEETS au sein des CDAPH⁴⁸ ;**

⁴⁶ L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) est un dispositif qui incite les employeurs privés et publics, de 20 salariés et plus, à embaucher des travailleurs handicapés, à hauteur de 6 % du total de leurs salariés. Depuis le 1^{er} janvier 2020, tous les employeurs, y compris ceux occupant moins de 20 salariés, doivent déclarer les travailleurs handicapés qu'ils emploient, quels que soient le type d'emploi : CDI, CDD, stages, intérim, contrat d'apprentissage... Seuls les employeurs de 20 salariés et plus sont toutefois assujettis à l'obligation d'emploi de 6 % de personnes en situation de handicap et doivent verser une contribution en cas de non atteinte de cet objectif.

⁴⁷ La mise en place de sections locales ou spécialisées au sein de la CDAPH, sous réserve de décision en ce sens de la Comex de sa MDPH, est une faculté ouverte par l'article R241-25 du CASF : « La commission exécutive de la maison départementale des personnes handicapées peut décider d'organiser la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées en sections locales ou spécialisées telles que prévues à l'article L. 241-5. Ces sections comportent au moins un tiers de représentants des associations de personnes handicapées et de leurs familles ».

⁴⁸ La mission IGAS d'évaluation des MDPH de 2024 précédemment citée a appelé à un tel arbitrage.

- ♦ dans une CDAPH, la mission a constaté une pratique de relèvement de taux d'incapacité en CDAPH sur l'AAH et la prise en compte de freins non liés au handicap dans le raisonnement évaluatif présenté par l'équipe d'instruction (cf. tableau 4 ci-après), **contrairement à ce que prévoit la réglementation**. S'agissant d'une unique CDAPH, la mission n'est pas en mesure d'évaluer s'il s'agit d'une situation isolée ou d'un cas plus générique (la situation ne s'est pas présentée dans l'autre CADPH à laquelle la mission a assisté). Ce point mériterait d'être investigué par la mission d'audit et de contrôle de la CNSA, et pourrait le cas échéant donner lieu à un rappel de la réglementation auprès des MDPH, si cette pratique était généralisée.

Proposition 7 : Investiguer sur les éventuelles pratiques de rehaussement de taux d'incapacité en CDAPH (mission d'audit de la CNSA) et, le cas échéant, procéder à un rappel de la réglementation auprès des CDAPH.

Fiche AAH

Tableau 4 : Échantillon de décisions d'AAH dans deux CDAPH

	Statut de la demande	Age	Taux d'incapacité	Attribution d'une RSDAE	Durée d'attribution
Département 1	Primo-demande	25 ans	TI >=50 % et < 80 %	Oui (Freins liés au handicap: isolement. Freins non liés au handicap: interruption d'études)	5 ans + RQTH SLD
	Transition AEEH/AAH	20 ans	TI >= 80 %	N.A.	10 ans + RQTH SLD
	Nouvelle demande après rejet	26 ans	TI >=50 % et < 80 %	Oui (Freins liés au handicap: pathologie invalidante source d'absentéisme. Freins non liés au handicap: faible niveau scolaire; freins psycho-sociaux)	2 ans
	Renouvellement	58 ans	TI >=50 % et < 80 %	Oui (Freins liés au handicap : Freins non liés au handicap: barrière de langue)	5 ans + RQTH SLD
	Nouvelle demande après rejet	24 ans	TI >=50 % et < 80 %	Oui (Freins liés au handicap: longue maladie avec traitements agressifs. Freins non liés au handicap: désinsertion professionnelle)	5 ans
Département 2	Renouvellement	45 ans	TI <50%	Des démarches pour retravailler en milieu ordinaire (inscription à France travail) ; rejet de la demande d'orientation vers un ESMS ; demande de pension d'invalidité	Pas de renouvellement
	Renouvellement	27 ans	TI >=50 % et < 80 %	Oui (changement de décision lié à des restrictions médicales qui n'avaient pas été prises en compte dans l'évaluation initiale)	NC
	Renouvellement	28 ans		Pas de renouvellement de l'AAH 2 du fait d'une évolution favorable de la situation de l'allocataire	Pas de renouvellement

Source : Mission, déplacements. Lecture : Sans limitation de durée (SLD).

3.3. Le versement de l'AAH par les CAF donne lieu à une problématique d'indus qui pourrait en partie être résolue par l'extension du DRM à l'AAH, source de simplification pour les usagers et de fiabilisation pour les administrations

À l'issue de la décision de la CDAPH relative à l'AAH, celle-ci est transférée aux CAF (ou aux MSA), qui procèdent ensuite à leur propre instruction, puis à la mise en paiement des prestations. Les échanges d'information entre les MDPH et les CAF se sont progressivement améliorés ces dernières années, à travers le déploiement des flux 3 et 4 (*cf.* annexe V, paiement à bon droit, contrôle et lutte contre la fraude).

Une problématique plus spécifique à l'AAH a été relevée par les CAF : des indus significatifs sont générés par le processus actuel. Or, compte-tenu de la situation sociale souvent précaire des allocataires de l'AAH, le taux de recouvrement de ces indus est très limité. Dans l'Yonne (0,6% des allocataires de l'AAH), les remises de dette relatives à ces indus d'AAH s'élevaient 545 000€ en 2024 (sur 678 000€ de remises de dettes demandées, soit 80% de remises de dette accordées).

Ces indus sont générés par deux situations distinctes :

D'une part, les délais de traitement auprès des MDPH, qui peuvent être élevés dans certains départements, tout comme les dépôts de dossiers de renouvellement tardifs par les allocataires, se traduisent par des décisions de renouvellement tardives par rapport à la date de fin de droit. Ainsi, les décisions peuvent fréquemment intervenir 3 à 6 mois après la fin de droit. Dans la période de latence, la CAF poursuit le versement de l'allocation, sous forme d'avance, en attente de la décision de renouvellement, pendant une période qui varie selon les départements (en général 3 à 6 mois). Si la décision de renouvellement n'est pas confirmée par la MDPH, il est alors demandé à l'allocataire de rembourser la somme perçue, ce qui se traduit par des indus d'un montant élevé (qui font le plus souvent l'objet de demandes de remises gracieuses par les allocataires, généralement accordées, *cf. supra*).

Dans un département visité, les dossiers concernés par l'arrivée en fin de droits d'AAH faisaient l'objet de points de situation entre la CAF et la MDPH, avec un accent mis sur les dossiers concernés par des avances de paiement. Cette bonne pratique mériterait d'être développée dans les autres départements. Par ailleurs, une règle homogène mériterait d'être fixée concernant la durée des avances versées en attente de décision de renouvellement d'AAH.

Proposition 8 : Développer les réunions conjointes Caf/ MDPH relatives à l'anticipation des fins de droit d'AAH, et fixer une règle nationale concernant la durée de versement d'avances versées en l'attente de la décision relative au renouvellement de l'AAH.

D'autre part, les bénéficiaires de l'AAH doivent déclarer trimestriellement leurs ressources auprès des CAF (ou auprès des organismes de la MSA). Or les CAF ont signalé que cette déclaration pouvait se traduire par des erreurs de déclaration des allocataires, notamment concernant le bénéfice d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail, qui n'est pas déclaré à temps. Les CAF disposent ensuite de données correctives de la DGFIP, mais les recoupements entre les deux ne sont faits qu'annuellement, ce qui peut se traduire par des montants d'indus importants.

Depuis mars 2025, pour le RSA et la prime d'activités, la déclaration trimestrielle des ressources a été remplacée par une déclaration préremplie des ressources disponibles via le Dispositif de ressources mensuelles (DRM). **Ce schéma est très simplificateur pour les usagers, car il évite la génération d'indus liés aux déclarations incorrectes, apparaît également souhaitable pour l'AAH. Il suppose toutefois un travail préalable sur la base ressources de l'AAH (dans une logique d'harmonisation), ainsi que des développements informatiques importants pour la CNAF, que la mission n'a pas été en mesure d'évaluer.**

Sa mise en œuvre permettrait toutefois de diminuer la génération d'indus pour l'AAH, préjudiciables aux allocataires, et de produire une économie en gestion. L'ensemble des remises de dette relatives à l'AAH peut être estimée très grossièrement à 40 Mi€ (sachant que la DRM ne pourra pas supprimer l'ensemble des indus, mais seuls ceux liés aux erreurs de déclaration).

Proposition 9 : Étudier la mise en œuvre du DRM pour l'AAH.

Enfin, une précédente mission IGAS/IGF, dans un rapport de février 2024 sur la « convergence des droits des travailleurs handicapés en établissement et services d'aide par le travail (ESAT) vers un statut de quasi-salarié », a préconisé une mesure de contemporanéisations des ressources pour les personnes qui travaillent exclusivement en ESAT. Actuellement, ce sont les ressources de l'avant-dernière année (N-2) qui sont prises en compte pour ces personnes. La contemporanéisation consiste à prendre en compte leurs ressources du dernier trimestre (trimestre précédent le trimestre de droit), comme c'est déjà le cas pour les bénéficiaires de l'AAH qui travaillent en milieu ordinaire, ou ceux qui travaillent à temps partiel en milieu ordinaire et en ESAT. L'économie associée a été chiffrée à hauteur de 40,8 M€ par la mission IGAS-IGF.

Dans une logique d'harmonisation des situations entre bénéficiaires de l'AAH, la mission préconise également la mise en œuvre de cette mesure (qui nécessite un décret en Conseil d'État mais aussi des développements informatiques pour la CNAF et la CCMSA).

Proposition 10 : Contemporanéiser les ressources des allocataires de l'AAH qui travaillent exclusivement en ESAT.

4. Des mesures paramétriques ont également été étudiées par la mission

Au-delà des propositions d'évolution évoquées précédemment, la mission a également étudié d'autres mesures destinées à maîtriser l'évolution des dépenses. Sur le champ spécifique de l'AAH, deux séries de mesures ont été étudiées.

4.1. Mesures de révision des règles d'abattement actuels relatifs à l'AAH

Des mesures de révision des règles d'abattements actuels relatifs à l'AAH pourraient être mises en œuvre, avec deux volets distincts :

- ♦ une réduction ou une suppression du cumul intégral de six mois de l'AAH et des revenus d'activité professionnelle en milieu ordinaire (applicable pour ceux qui commencent ou reprennent une activité en milieu ordinaire). Ce dispositif se traduit par un important effet seuil à l'issue des six mois. D'après une fiche transmise par la DGCS, environ 6 000 bénéficiaires seraient concernés pour une économie estimée par la CNAF à 24 M€ en mai 2024. Elle estime le délai de mise en œuvre à neuf mois à compter de la transmission du cahier des charges métiers. Cette mesure nécessite un décret simple (art. D. 821-9 du Code de la sécurité sociale).
- ♦ une révision à la baisse de l'abattement 80/40 sur les revenus d'activité professionnelle en milieu ordinaire (par ex. 60/20 ou abattement unique). La mission ne dispose pas de chiffrage pour cette mesure, qui concernerait environ 120 000 bénéficiaires au deuxième trimestre 2023. Comme la précédente, elle aurait un impact SI sur les logiciels métiers de la CNAF (et de la CCMSA), et nécessite un décret simple (art. D. 821-9 CSS).

Ces deux mesures auraient toutefois pour inconvénient de ne pas s'inscrire dans la logique de renforcement de l'incitation à l'activité des bénéficiaires de l'AAH qui a prévalu ces dernières années.

4.2. Mesure de non-revalorisation ou de sous-indexation de l'AAH

Dans une logique de maîtrise des dépenses, une mesure de non-revalorisation ou de sous-revalorisation de l'AAH pourrait être adoptée en loi de finances (avec un impact au 1^{er} avril 2026). D'après la DGCS, le gel de l'AAH se traduirait par une économie de 232 à 252 M€ en 2025. Une revalorisation inférieure d'un point à l'indice des prix à la consommation aurait un impact financier de 95 à 115 M€.

D'une grande sensibilité politique, une telle mesure ne conduirait toutefois pas à une diminution faciale du montant de l'AAH perçue. La cohérence d'une telle mesure serait à apprécier avec l'évolution des autres prestations. Un ciblage d'une telle mesure sur l'AAH conduirait à réduire l'écart entre l'AAH et le RSA ; en revanche, cela pourrait conduire à une hausse de l'écart avec l'ASPA, dont le montant est aujourd'hui quasi-équivalent à celui de l'AAH, ce qui se justifie pour les bénéficiaires de l'AAH 2 qui basculent à l'ASPA lors du passage à la retraite.

Elle pourrait également s'inscrire dans un renforcement de la territorialisation de l'AAH, en fonction en particulier du pouvoir d'achat départemental : ce minimum social unifié sur l'ensemble du territoire donnant lieu à des dépenses territorialisées dont les prix peuvent varier d'un département à l'autre.

4.3. Les règles de perception de l'AAH en cas d'incarcération sont différentes de celles du RSA

En cas d'incarcération, la perception des règles de l'AAH obéit à des règles distinctes de celle du RSA (*cf. infra*, tableau 5). En particulier, dans le cas d'un allocataire sans enfant, la perception de l'AAH est maintenue (dans une limite de 30% du taux plein), quand le droit au RSA est interrompu à compter de la deuxième révision trimestrielle suivant l'incarcération.

Une harmonisation des conditions de perception de ces deux allocations en cas d'incarcération se justifierait avec, en particulier, une suspension du droit à l'AAH, pour les allocataires sans enfants.

Tableau 4 : Règles de maintien de l'AAH et du RSA en cas d'incarcération, selon la situation de l'allocataire

AAH		RSA	
Allocataire sans enfant	Le montant est limité à 30% de l'AAH à taux plein, à compter du mois suivant le 60 ^e jour d'incarcération, sans pouvoir excéder celui dû, si l'allocataire n'était pas incarcéré.	Allocataire isolé avec ou sans enfant	Le droit est interrompu, à compter de la 2 ^e révision trimestrielle suivant l'incarcération.
Allocataire avec un enfant ou un ascendant à charge	Absence de réduction de taux	Allocataire en couple avec ou sans enfant	À compter de la 2 ^e révision trimestrielle suivant l'incarcération, le droit est versé sur la base d'une personne isolée (votre conjoint) sous réserve que les conditions administratives soient remplies.

Source : CNAF

FICHE AEEH

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

- Monographie -

SOMMAIRE

1. L'AAEH EST UNE PRESTATION FAMILIALE MONÉTAIRE VISANT À COMPENSER LES CHARGES ET PERTES DE RESSOURCES LIÉES AU HANDICAP DE L'ENFANT ..2	
1.1. Une prestation composée d'une allocation de base forfaitaire, de six compléments et d'une majoration pour parent isolé (MPI), qui vise à prendre en compte des situations familiales diverses	2
1.1.1. <i>Des conditions d'attribution liées à la charge financière d à la prise en charge de l'enfant handicapé, ainsi que de la nécessité du recours à une tierce personne ou à une réduction d'activité.....</i>	2
1.1.2. <i>Des montants forfaitaires qui évoluent chaque année en fonction de la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) et qui sont attribués de deux à cinq ans ou sans limitation de durée.....</i>	3
1.1.3. <i>Des conditions d'éligibilité qui dépendent principalement du taux d'incapacité.....</i>	5
1.2. Des règles de cumul ou d'option complexes à exercer pour les familles et difficiles à appréhender pour les MDPH.....	6
1.2.1. <i>Un droit d'option avec la PCH dont la complexité est régulièrement évoquée.....</i>	6
1.2.2. <i>Une possibilité de cumul encadré avec l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).....</i>	7
1.2.3. <i>Une possibilité de cumul entre les compléments de l'AAEH et la prime d'activité.....</i>	8
2. DES DÉPENSES D'AAEH PORTÉES PAR LA DYNAMIQUE DES ALLOCATAIRES ET ASSOCIÉES À DES DISPARITÉS IMPORTANTES.....8	
2.1. Des dépenses dont l'augmentation est de 57% entre 2017 et 2023, expliquée quasi exclusivement par l'effet volume.....	8
2.2. Des bénéficiaires plus âgés et issus de familles aux revenus plus faibles que la population générale	10
2.3. Des disparités territoriales qui ne s'expliquent pas principalement par les caractéristiques socio-démographiques	11
3. UNE LOGIQUE DE SOUPLESSE VOULUE DANS LA RÉGLEMENTATION QUI FAVORISE LA DIVERSITÉ DES PRATIQUES..... 12	
3.1. Attribuée au titre du handicap de l'enfant, l'AAEH est instruite par les MDPH et accordée par la CDAPH	12
3.2. L'AAEH est versée par les CAF et les MSA avec une faculté de réaliser un contrôle d'effectivité limité	15
3.2.1. <i>Un examen relativement simple des conditions de recevabilité administratives.....</i>	15
3.2.2. <i>Les caisses ne connaissent pas systématiquement les changements de situation de l'enfant handicapé.....</i>	15
3.2.3. <i>Un contrôle d'effectivité non obligatoire et diversement mis en place.....</i>	15

4. D'AUTRES MESURES VISANT À DIMINUER LES DISPARITÉS TERRITORIALES ET GÉNÉRER DES ÉCONOMIES BUDGÉTAIRES ONT ÉTÉ IDENTIFIÉES PAR LA MISSION	18
4.1. Des mesures visant à l'harmonisation des pratiques, communes à l'ensemble des prestations sous revue.....	18
4.2. Des mesures paramétriques.....	19

LISTE DES PROPOSITIONS RELATIVES À L'AEEH

Proposition n° 1 : Établir une étude d'impact de l'intégration de l'AEEH dans la base ressources prise en compte pour le calcul de la prime d'activité.

Proposition n° 2 : Préciser dans la réglementation les catégories de dépenses (activités, soins, etc.) qui peuvent être prises en charge ou non par l'AEEH.

Proposition n° 3 : Favoriser les échanges d'information automatisés entre les MDPH et les CAF, à un niveau permettant d'identifier précisément les frais pris en charge.

Proposition n° 4 : Renforcer le contrôle d'effectivité par les CAF des dépenses d'AEEH prises en charge pour la compensation de la réduction d'activité à travers un formulaire annuel renseigné par l'employeur, à l'instar de la PREPARE

Proposition n° 5 : Mettre en place un financement direct des dépenses de soins par l'assurance maladie des professionnels de santé et des autres frais aux professionnels, évitant l'avance des frais par le bénéficiaire et permettant de sécuriser les flux financiers.

Proposition n° 6 : Ouvrir la possibilité de réduire à un an la durée des droits pour les compléments d'AEEH.

1. L'AEEH est une prestation familiale monétaire visant à compenser les charges et pertes de ressources liées au handicap de l'enfant

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, l'AEEH est une prestation familiale, régie par les articles L. 541-1 et suivants du Code de la sécurité sociale (CSS). Elle s'est substituée à l'allocation d'éducation spéciale (AES) dont elle a conservé la structure générale. Elle est revalorisée chaque année lors de la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF)¹.

Il s'agit d'une prestation monétaire, visant à compenser les coûts de l'éducation, les charges et les pertes de ressources liées au handicap de l'enfant jusqu'à 20 ans. Sans condition de ressources, elle n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu et n'est pas prise en compte pour le calcul d'autres prestations sous conditions de ressources (à la différence de la PCH).

Instruite par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), son financement a été transféré de la branche famille, qui continue d'en assurer les versements², à la branche autonomie en 2021³.

1.1. Une prestation composée d'une allocation de base forfaitaire, de six compléments et d'une majoration pour parent isolé (MPI), qui vise à prendre en compte des situations familiales diverses

L'AEEH, composée d'une allocation de base, de six compléments et d'une majoration pour parent isolé⁴ (MPI), couvre un panel de prestations diverses. Elle conjugue une logique forfaitaire, avec une approche de compensation individualisée, qui se traduit par une augmentation des compléments en fonction de la charge financière pour les familles.

1.1.1. Des conditions d'attribution liées à la charge financière d à la prise en charge de l'enfant handicapé, ainsi que de la nécessité du recours à une tierce personne ou à une réduction d'activité

Le bénéfice de l'AEEH de base n'est pas conditionné à un niveau de dépenses des familles pour compenser le handicap de l'enfant, il dépend du taux d'incapacité de l'enfant. En revanche, le montant du complément, forfaitaire, varie en fonction de six catégories et augmente en fonction de la situation des familles, de l'importance des dépenses qu'elles engagent (« dépenses particulièrement couteuses ») et du degré de permanence de l'aide (recours plus ou moins important à une tierce personne). Le complément est ainsi fixé forfaitairement en fonction des besoins que doivent couvrir les familles, dans une logique de compensation. L'utilisation de l'allocation et de ses compléments est relativement libre pour les familles, la nature des dépenses prises en charge n'étant pas précisément fixée par la réglementation.

¹ [Article D541-2](#) du CSS : la majoration pour parent isolé « est égale au montant de la majoration pour tierce personne accordées aux invalides de 3^e catégorie définis à l'article [L. 341-4](#) » du même code.

² Le cas échéant, les versements sont effectués par la MSA.

³ [Article 32](#) de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, et notamment « L'allocation et son complément éventuel mentionnés à l'article L. 541-1 sont servis et contrôlés par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, contre remboursement ».

⁴ [Article L541-4](#) du CSS.

Les dépenses liées au handicap recouvrent potentiellement des dépenses de soins notamment les bilans ou des thérapies (sophrologie, psychologie, ergothérapie, psychomotricité) non pris en charge par l'assurance maladie et dont certains ne font pas l'objet d'une validation scientifique (par une étude montrant leur bénéfice dans la prise en charge ou par un référentiel de la Haute Autorité de Santé). Il peut s'agir aussi de frais de transports vers les professionnels de santé ou professionnels paramédicaux. Les compléments sont attribués sur présentation de devis par les familles.

S'agissant du recours à une tierce personne, celui-ci peut consister en une réduction d'activité d'un ou des parents, appréciée selon les modalités prévues à l'article R. 541-2 du Code de la sécurité sociale⁵ : « *L'importance du recours à une tierce personne (...) est appréciée (...) 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* ». À partir du complément de 2^e catégorie, le taux de réduction d'activité est pris en compte.

L'attribution du 6^e complément suppose que le handicap de l'enfant « *d'une part, contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein et, d'autre part, (...) impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille* »⁶. Ces contraintes ont été précisées dans l'arrêté du 24 avril 2002 relatif aux conditions d'attribution des six catégories de complément d'allocation d'éducation spéciale (AES) et s'appliquent désormais à l'AEEH.

Par ailleurs, pour les parents assumant seuls la charge de leur enfant handicapé, une majoration spécifique pour parent isolé (MPI) peut s'ajouter à l'AEEH de base et à son complément. Elle répond aux mêmes conditions d'attribution que celles de l'allocation de base et des compléments. Le montant de cette majoration varie en fonction de la catégorie de complément attribuée. La notion d'isolement retenue est celle applicable pour les prestations familiales. La MPI est accordée à partir du 2^e complément, qui suppose une réduction d'activité du parent de 20 % au moins.

1.1.2. Des montants forfaitaires qui évoluent chaque année en fonction de la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) et qui sont attribués de deux à cinq ans ou sans limitation de durée

À partir du 1^{er} avril 2025, le montant mensuel net de l'AEEH de base est de 151,80 €. Les montants mensuels nets du complément AEEH et de la majoration pour parent isolé (MPI) se déclinent à cette même date comme indiqué au tableau 1.

Tableau 1 : Liste des compléments AEEH et critères d'accessibilité (à compter du 1^{er} avril 2025)

Catégorie du complément	Critères	Montant (€)	Majoration pour parent isolé (€)
1 ^{re}	Enfant dont le handicap entraîne par sa nature ou sa gravité des dépenses mensuelles d'au moins 265,65 euros	113,55	Pas de majoration

⁵ Premier alinéa de l'article R541-2 du CSS.

⁶ 6^o du même article R. 541-2 du (CSS).

Fiche AEEH

Catégorie du complément	Critères	Montant (€)	Majoration pour parent isolé (€)
2 ^e	Enfant dont le handicap soit : ▪ oblige l'un de ses parents à exercer une activité à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à un temps plein ; ▪ nécessite le recours à une tierce personne au moins 8 heures par semaine ; ▪ entraîne des dépenses mensuelles d'au minimum 460,14 euros par mois.	308,34	61,67
3 ^e	Enfant dont le handicap soit : ▪ soit oblige l'un de ses parents à exercer une activité à mi-temps ou nécessite le recours à une tierce personne au moins 20 heures par semaine ; ▪ soit oblige l'un de ses parents à exercer une activité à temps partiel réduite d'au moins 20% par rapport à un temps plein ou nécessite le recours à une tierce personne au moins 8 heures par semaine et entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 279,88 euros par mois ; ▪ soit entraîne des dépenses mensuelles d'au minimum 588,22 euros par mois.	436,42	85,39
4 ^e	Enfant dont le handicap soit : ▪ oblige l'un de ses parents à cesser toute activité professionnelle ou nécessite le recours à une tierce personne à temps plein ; ▪ oblige l'un de ses parents à exercer une activité à mi-temps ou nécessite le recours à une tierce personne au moins 20 heures par semaine et entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 391,69 € ; ▪ oblige l'un de ses parents à réduire son activité professionnelle d'au moins 20 % ou nécessite le recours à une tierce personne au moins 8 heures par semaine et entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 519,77 € ; ▪ entraîne des dépenses égales ou supérieures à 828,11€ par mois.	676,31	270,39
5 ^e	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 entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 339,84 euros.	864,35	346,29

Fiche AEEH

Catégorie du complément	Critères	Montant (€)	Majoration pour parent isolé (€)
6 ^e	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.	1 288,13	507,58

Source : [Site Monparcourshandicap](#).

- ◆ l'article R. 541-4 du Code de la sécurité sociale fixe la durée d'attribution de l'AEEH.
 - ◆ lorsque le taux d'incapacité de l'enfant est au moins égal à 80 % et que le certificat médical ne mentionne pas de perspectives d'amélioration de l'état de l'enfant (stabilité ou aggravation), l'allocation peut être attribuée sans limitation de durée jusqu'à l'âge limite du bénéfice des prestations familiales ou, le cas échéant, jusqu'au basculement à l'allocation d'adulte handicapé lorsque l'ouverture de ce droit est consécutive au droit à l'AEEH. Cet allongement des durées des droits⁷ a concerné l'AEEH, au même titre que d'autres prestations du champ du handicap⁸ (cf. également fiches monographiques relatives à l'AAH et PCH établies par la mission) ;
 - ◆ en cas de perspectives d'évolution favorable, l'allocation est attribuée pour une période de trois à cinq ans ;
 - ◆ lorsque le taux d'incapacité se situe entre 50 % et 79 %, les droits sont attribués pour une durée de deux à cinq ans.

1.1.3. Des conditions d'éligibilité qui dépendent principalement du taux d'incapacité

L'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale précise que l'AEEH est attribuée « *si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux déterminé* ». Deux niveaux de taux sont fixés dans la réglementation :

- ◆ un taux d'incapacité d'au moins 80 % ;
- ◆ un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %, dès lors que l'enfant handicapé est scolarisé dans un établissement d'enseignement adapté (ou que son état exige le recours à des soins à domicile).

Deux conditions administratives d'éligibilité sont par ailleurs prévues :

- ◆ l'âge : l'enfant ou l'adolescent a moins de 20 ans ;
- ◆ la résidence en France de manière stable et permanente (au moins neuf mois par année civile ou de date à date) et régulière en France (titre de séjour).

⁷ [Article 1](#) du décret n° 2018-1294 du 27 décembre 2018 relatif à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

⁸ [Décret n° 2018-1222 du 24 décembre 2018 portant diverses mesures de simplification dans le champ du handicap](#).

1.2. Des règles de cumul ou d'option complexes à exercer pour les familles et difficiles à appréhender pour les MDPH

1.2.1. Un droit d'option avec la PCH dont la complexité est régulièrement évoquée

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008⁹, qui a ouvert le droit à la PCH aux enfants, a prévu un droit d'option entre la PCH et l'AEEH à titre transitoire, dans la mesure où les travaux pilotés par la délégation interministérielle au handicap avant cette date pour assurer une articulation entre les deux prestations n'avaient pas abouti au moment du vote de la loi. Par la suite, le droit d'option a été maintenu.

Le droit d'option est ouvert aux bénéficiaires de l'AEEH avec un complément, et non aux bénéficiaires de la seule allocation de base. L'exercice du droit d'option suppose en outre que le bénéficiaire soit éligible à la PCH (cf. fiche monographique sur la PCH).

Les familles exercent leur choix entre les prestations qui sont (sauf pour les aides relatives à l'aménagement du logement ou du véhicule, ou la prise en charge des surcoûts liés aux transports) exclusives l'une de l'autre sur la base des propositions formulées par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH dans le plan personnalisé de compensation. Ces propositions doivent préciser les montants respectifs de l'AEEH, de son complément, ainsi que ceux proposés pour la PCH.

Le rapport de l'IGAS « *Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants. Clarifier l'articulation entre l'AEEH et la PCH* »¹⁰ a montré que **ce droit d'option reste assez théorique au regard de la complexité d'appréhension des logiques des deux prestations**. Elles couvrent chacune des besoins pour partie d'entre eux identiques (recours à une aide humaine, couverture de frais matériels liés au handicap) mais obéissent à des modalités d'évaluation (guide-barème pour la PCH, condition générale d'éligibilité liée au taux d'incapacité pour l'AEEH), de même qu'à des règles fiscales différentes. Les payeurs ne sont par ailleurs pas les mêmes (conseil départemental pour la PCH et CAF ou MSA sur financement par la branche autonomie pour l'AEEH *cf. infra*), ce qui est un élément de complexité supplémentaire. Dès lors, les familles ne sont pas toujours en mesure d'exercer un choix éclairé et les MDPH peuvent, en fonction des situations individuelles, difficilement les orienter et les conseiller.

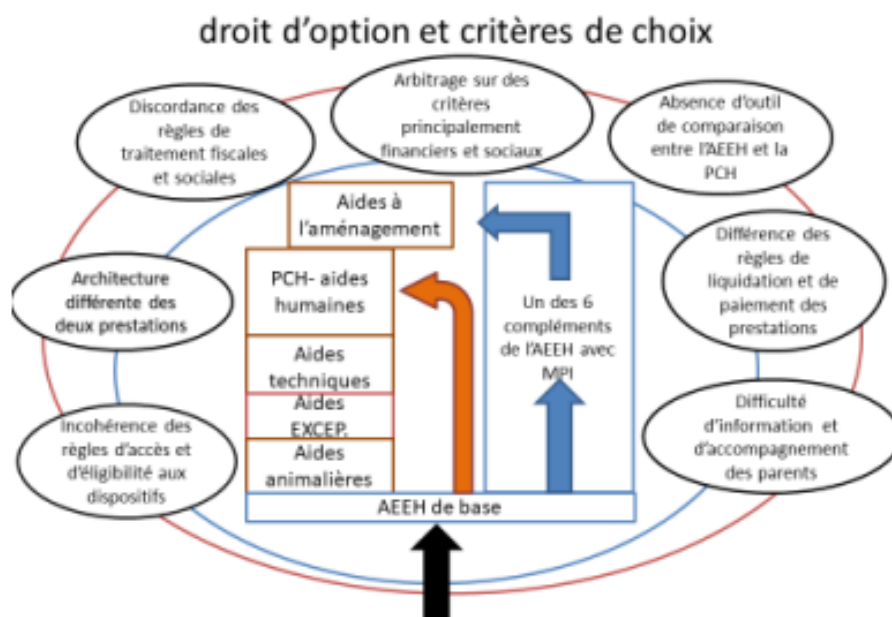
Cette situation a été rapportée à la mission par les MDPH rencontrées lors de ses déplacements. Certaines MDPH font elles-mêmes le choix à la place des familles, notamment au regard du retentissement du handicap de l'enfant sur sa vie quotidienne et celle de sa famille, ou du besoin plus ou moins important d'une aide humaine. Les familles peuvent en outre préférer une prestation en espèce qui apparaît « à leur main » et donc plus simple à utiliser.

Le graphique 1 met en lumière les complexités de l'exercice d'un droit d'option pour les familles et l'impossibilité en pratique pour les MDPH de les conseiller et orienter vers l'une des deux prestations.

⁹ [LOI n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2008](#) complétée par les [décret n° 2008-450 du 7 mai 2008 relatif à l'accès des enfants à la prestation de compensation](#) et [décret n° 2008-451 du 7 mai 2008 relatif à l'accès des enfants à la prestation de compensation](#).

¹⁰ Rapport N°2018-126R.

Graphique 1 : Droit d'option entre PCH et AEEH



Source : Rapport IGAS N°2018-126R.

Selon le rapport IGAS mentionné ci-dessus, il n'est pas possible d'établir de profil-type de famille optant pour l'une ou l'autre des prestations, faute de données dans les systèmes d'information décrivant les bénéficiaires et les modalités d'exercice de leur droit d'option.

Les personnes qui optent pour la PCH peuvent bénéficier de la MPI, à condition qu'elles ouvrent droit (en théorie, car elles ont fait le choix de la PCH) au deuxième complément de l'AEEH.

1.2.2. Une possibilité de cumul encadré avec l'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

L'allocation journalière de présence parentale (AJPP), qui a remplacé en 2006, l'allocation de présence parentale créée en 2001, est versée dans la suite de l'obtention d'un congé tel que prévu à l'article L. 122-28-9 du code du travail, sur demande adressée à l'employeur, aux parents qui s'occupent d'un enfant de moins de 20 ans, gravement malade, accidenté ou handicapé, pour chaque journée passée auprès de l'enfant (dans la limite de 22 jours par mois et de 310 jours sur la période entière de l'AJPP) au cours d'une période de trois ans maximum.

Le montant de l'AJPP est de 65,80 € par journée. Elle est cumulable avec l'AEEH de base mais pas avec son complément ni sa majoration (article L. 544-9 du Code de la sécurité sociale).

Lorsque la maladie, le handicap ou l'accident de l'enfant occasionnent directement des dépenses mensuelles supérieures ou égales à un montant fixé à 27,19 % de la BMAF, un complément forfaitaire mensuel à l'AJPP pour frais actuellement de 111,78 € est attribué. Ce complément est une prestation forfaitaire en espèces destinée à compenser les charges supplémentaires occasionnées par l'état de santé de l'enfant et qui ne sont pas remboursés par les caisses d'assurance maladie ni par les organismes d'assurance maladie complémentaire.

L'article L. 544-9 du Code de la sécurité sociale précise que l'« organisme débiteur des prestations familiales est tenu d'informer le demandeur ou le bénéficiaire de l'allocation journalière de présence parentale des critères et des conditions d'attribution ainsi que des modalités de demande de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de la prestation de compensation du handicap. ».

Cette prestation n'entrant pas dans le périmètre de la mission, celle-ci n'a pas examiné la mise en œuvre effective de ce cumul. Cette problématique n'a pas fait l'objet de remarques de la part des interlocuteurs rencontrés lors des déplacements. La mission note à cet égard que l'AEEH et l'AJPP ont la même philosophie : prendre en charge des frais occasionnés par la situation de l'enfant et de l'impact de cette situation sur l'activité professionnelle.

1.2.3. Une possibilité de cumul entre les compléments de l'AEEH et la prime d'activité

Les compléments ne sont pas pris en compte dans la base ressources de la prime d'activité, ce qui permet un cumul des deux prestations, qui ont des objets proches, mais différents : la prime d'activité vise à compenser un revenu professionnel modeste (souvent liée à l'exercice d'un temps partiel) alors que l'AEEH compense la réduction d'activité liée au besoin de prise en charge d'un enfant handicapé au foyer.

Toutefois, en pratique, l'indemnisation permettant dans les deux situations de compenser un moindre niveau d'activité, il serait légitime que l'AEEH soit prise en compte dans la base ressource de la prime d'activité. Les CAF liquidant les deux prestations, elles disposent des données permettant le calcul de la prime d'activité. Cette mesure suppose en amont que les CAF puissent distinguer dans leur système d'information la part de l'AEEH versée au titre de la réduction d'activité (les CAF ayant une visibilité uniquement sur le montant versé, sans savoir quelles dépenses il recouvre) et de contrôler l'effectivité de la cessation ou de la réduction d'activité des bénéficiaires de l'AEEH pouvant prétendre à la prime d'activité. La mission n'a pas été en mesure d'étudier l'impact financier ni la faisabilité opérationnelle de cette mesure, qui nécessite un vecteur réglementaire.

Proposition n° 1 : Établir une étude d'impact de l'intégration de l'AEEH dans la base ressources prise en compte pour le calcul de la prime d'activité.

2. Des dépenses d'AEEH portées par la dynamique des allocataires et associées à des disparités importantes

2.1. Des dépenses dont l'augmentation est de 57 % entre 2017 et 2023, expliquée quasi exclusivement par l'effet volume

Depuis la création de la prestation, les dépenses ont plus que doublé pour atteindre 1,6 Md € en 2024, soit 3,9 % du budget de la branche autonomie et 6 % de l'assiette des prestations sous revue.

Les dépenses liées d'une part à l'allocation de base et d'autre part aux compléments ont connu une évolution différenciée : les dépenses des compléments sont supérieures à celles de l'allocation de base de 2009 à 2014. À partir de 2015, l'inverse est constaté.

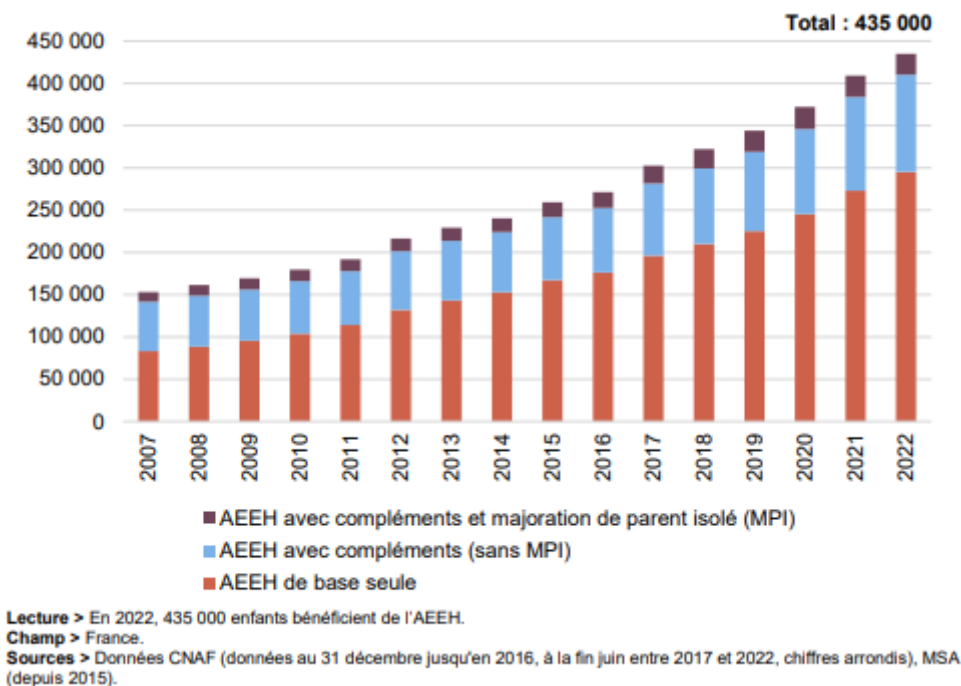
Entre 2017 et 2023, la croissance des dépenses d'AEEH s'est élevée à 57 %, dont 56 % par l'effet volume (évolution du nombre de bénéficiaires) et 1 % par l'effet prix (évolution du montant par bénéficiaire).

- ♦ le très faible impact de l'effet-prix tient au fait que la prestation n'a pas fait l'objet de mesure de revalorisation comme l'AAH, sa revalorisation étant liée uniquement à celle de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF)¹¹.

¹¹ La revalorisation de la BMAF a été inférieure à l'évolution de l'inflation ces dernières années. HCFEA, Conseil de la famille, 2025, note sur l'[évolution du pouvoir d'achat des prestations familiales et de solidarité](#), 9 p.

- ◆ s'agissant de l'effet-volume, en 2023, 463 885 enfants bénéficient de l'AEEH. C'est deux fois plus qu'en 2012 (216 400 bénéficiaires), soit une augmentation de 7,2 % en moyenne annuelle sur dix ans¹².

Graphique 2 : Évolution du nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH par type d'allocation perçue (effectifs)



Source : DREES, 2025, Le handicap en chiffres. Édition 2024.

En 2022, 32 % des allocataires de l'AEEH bénéficient de compléments : 26 % ont des compléments sans MPI et 6 % des compléments avec MPI. La part de bénéficiaires bénéficiant de compléments diminue régulièrement, passant de 46 % des bénéficiaires en 2007 à 35 % en 2015 et 32 % en 2022, ce qui traduit le fait que l'élargissement du nombre de bénéficiaires au fil du temps conduit à toucher un public dont la sévérité du handicap est plutôt moindre¹³.

L'augmentation du nombre d'enfants et adolescents bénéficiaires est nettement plus rapide que celle de la population de moins de 20 ans, quelle que soit la tranche d'âge. Entre 2009 et 2019, la population des 0-20 ans croît de 1 % contre 106 % pour les bénéficiaires de l'AEEH du régime général¹⁴.

Tableau 2 : Evolution de la population entre 2009 et 2019

	Population 0-9 ans	Population 10-14 ans	Population 15-19 ans	Population 0-20 ans
Population générale	-2%	6%	4%	1%
Bénéficiaires AEEH	95%	125%	100%	106%

Note : les bénéficiaires du régime agricole ne sont pas inclus

Source : INSEE, Cnaf – traitement DSS

Source : Sécurité sociale, Les comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

¹² Source : DREES, 2024, Le handicap en chiffres. Edition 2024.

¹³ DREES, 2024, Le handicap en chiffres. [Fiche 7.3 - L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.](#)

¹⁴ Source : les comptes de la sécurité sociale. Septembre 2022.

Cette hausse des effectifs de bénéficiaires s'explique par une meilleure détection du handicap, plus précoce, ainsi qu'un développement des réponses médico-sociales apportées à celui-ci. Elle s'explique en outre par une plus grande acceptabilité sociale des enfants handicapés, traduite notamment par une scolarisation accrue en milieu ordinaire. Ainsi, pour l'année scolaire 2024-2025, 500 000 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire, contre 321 000 en 2017 et 117 000 en 2000. Parmi les 500 000 élèves scolarisés actuellement, 320 000 sont accompagnés¹⁵. Cette hausse marque aussi une certaine maturité de la prestation, mieux connue des familles et appréhendée par les MDPH.

Dans certains départements, la hausse du nombre de demandes relatives à l'accompagnement du handicap de l'enfant auprès des MDPH (AEEH mais aussi accompagnant des élèves en situation de handicap – AESH) interroge les acteurs, certains troubles parfois relativement légers (par exemple certains troubles « dys ») paraissant pouvoir être pris en charge sans compensation importante, avec si besoin un aménagement scolaire. Les associations ou certaines équipes scolaires inciteraient certaines familles à déposer des demandes auprès des MDPH, afin de favoriser une demande de compensation ou la présence d'un AESH (environ 80 000 AESH sont actuellement employés¹⁶). Il y aurait ainsi dans certains cas un « déport » des aménagements scolaires ou adaptations pédagogiques vers les dispositifs de compensation, alors que la situation de l'enfant ne le justifierait pas.

Depuis la rentrée scolaire 2024, suite à la décision prise lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023, les pôles d'appui à la scolarité (PAS), issus de la transformation progressive des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL) ont été mis en place dans quatre départements préfigurateurs (Aisne, Côte-d'Or, Eure-et-Loir et Var). Ils ont pour objectif d'évaluer en première intention (mais sans être une étape préalable à l'accès à la MDPH), la situation de l'enfant, de conseiller et d'orienter les familles. Il s'agit de mieux identifier les besoins spécifiques de l'enfant, d'évaluer si des aménagements scolaires sont envisageables et ainsi de ne pas orienter vers les MDPH les enfants dont la situation ne le justifierait pas. En février 2025, 3 000 élèves ont été reçus par les PAS, 87% ne sont pas en situation de handicap¹⁷.

Par ailleurs, la DGESCO accompagne les inspecteurs éducation inclusive pour qu'ils accompagnent les personnels comme les enseignants référents. Ils ont aussi pour rôle de former les personnels des MDPH et les membres des CDAPH sur les différents dispositifs d'aménagement scolaire. L'objectif est qu'ils soient mieux en mesure de décider de l'orientation la plus adaptée à l'enfant handicapé.

2.2. Des bénéficiaires plus âgés et issus de familles aux revenus plus faibles que la population générale

Les bénéficiaires de l'AEEH sont plus âgés que la population générale. Les enfants de moins de 10 ans représentent un tiers des bénéficiaires de l'AEEH en 2022. Cette part est largement inférieure à celle de cette tranche d'âge dans la population des moins de 20 ans en France (47 %). Les très jeunes en particulier (0 à 4 ans), représentent 5 % des bénéficiaires de l'AEEH mais 22 % des jeunes de moins de 20 ans en France. Les jeunes de plus de 15 ans représentent 28 % des bénéficiaires de l'AEEH, et à peu près la même proportion dans la population générale entre 0 et 20 ans¹⁸.

¹⁵ Source : DGESCO.

¹⁶ 78 816 agents en 2023 en équivalents temps plein. Cour des comptes, 2024, [L'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap](#), Rapport public thématique d'évaluation de politique publique, sollicitation citoyenne, 159 p.

¹⁷ Source : DGESCO.

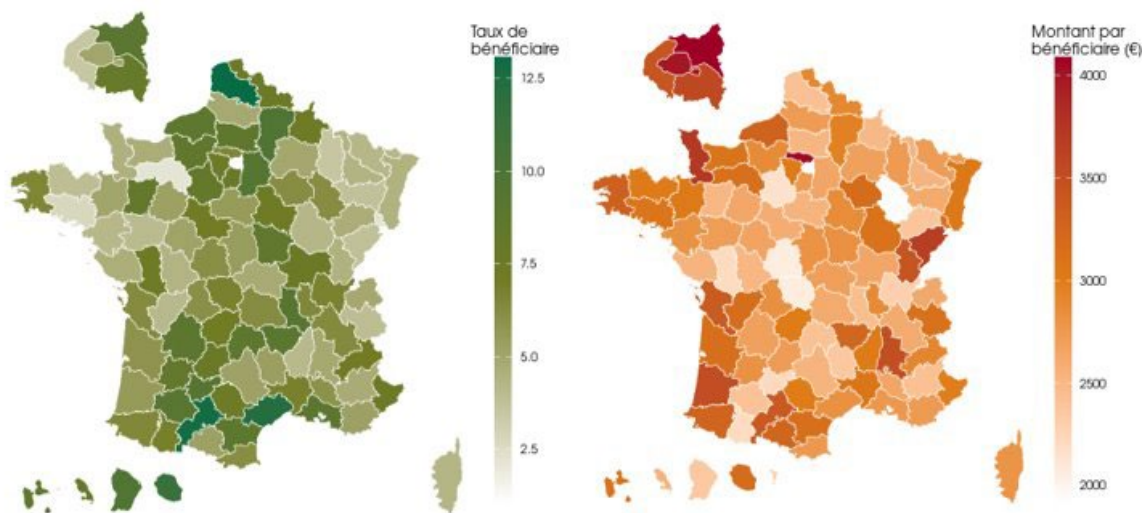
¹⁸ Source : Le handicap en chiffres. Édition 2024. DREES

Une famille sur trois bénéficiant de l'AEEH est une femme isolée avec ses enfants. Cette part est en 2021 supérieure de huit points à celle observée en population générale qui est de 25%. En 2019, un parent référent sur cinq est un homme. 3% sont des pères isolés. L'âge moyen du bénéficiaire est légèrement plus élevé chez les familles monoparentales. Il est de 12 ans et un mois dans ces familles, 11 ans et quatre mois chez les couples et 11 ans et sept mois pour l'ensemble des familles¹⁹.

2.3. Des disparités territoriales qui ne s'expliquent pas principalement par les caractéristiques socio-démographiques

Les éléments présentés dans cette sous-partie sont développés de manière plus approfondie, notamment s'agissant des méthodologies utilisées, dans l'annexe III.

Graphique 3 : Cartographie des disparités territoriales en termes de taux de bénéficiaire par habitant et de montant par bénéficiaire



Source : Données DREES et CNAF. Calcul du pôle « science des données » de l'IGF.

Le graphique 3 montre les écarts de taux de bénéficiaires de l'AEEH et de montants par bénéficiaire entre les départements en 2023. Hors Mayotte, le taux de bénéficiaires de l'AEEH varie de 2,2 ‰ (dans l'Orne) à 13,1 ‰ (dans le Pas-de-Calais), soit une « densité » de l'aide en bénéficiaires rapportés à la population générale qui varie de un à six selon les départements. La part des disparités expliquée par les caractéristiques des populations (prévalences du handicap, niveau de vie, taux de pauvreté, taux d'urbanisation, structure socio-professionnelle, etc.) s'élève respectivement à 32 % s'agissant du taux de bénéficiaires et à 40 % s'agissant du montant moyen versé par bénéficiaire.

En termes de taux de bénéficiaires, les disparités territoriales sont plus importantes que pour les autres prestations étudiées si l'on examine le rapport interquartile, qui s'élève à 1,63 contre 1,30 pour l'AAH, 1,32 pour la PCH, 1,38 pour l'APA et 1,45 pour l'ASH. Entre 2017 et 2023, la dynamique des disparités territoriales en termes de taux de bénéficiaires d'AEEH est la plus importante parmi les prestations sous revue.

¹⁹ Les comptes de la sécurité sociale. Septembre 2022.

La part des disparités expliquée par les caractéristiques des populations ainsi que par les caractéristiques des départements (potentiel fiscal, taux d'équipement en structures d'accueil, prix moyen hébergement...) est de 34 % pour le taux de bénéficiaires et de 41 % pour le montant par bénéficiaire. Il s'agit des taux d'explication par les caractéristiques des populations et des départements les plus faibles parmi les prestations étudiées par la mission.

Globalement, moins de la moitié des disparités départementales s'explique par les caractéristiques départementales retenues dans les modèles économétriques développés par la mission pour l'ensemble des aides sous revue. Une partie de la part non expliquée par ces caractéristiques est probablement liée à la disparité des pratiques, sans qu'il soit possible de l'estimer plus précisément, les facteurs de cette part inexpliquée étant, par nature, inobservables d'un point de vue statistique.

3. Une logique de souplesse voulue dans la réglementation qui favorise la diversité des pratiques

La logique de souplesse présidant à l'architecture de l'appréciation et à sa réglementation laisse une marge d'appréciation juridique aux instructeurs et aux payeurs qui facilite les pratiques diverses.

3.1. Attribuée au titre du handicap de l'enfant, l'AEEH est instruite par les MDPH et accordée par la CDAPH

L'AEEH étant une prestation attribuée au titre du handicap de l'enfant, son instruction et son évaluation relèvent de la MDPH²⁰ ; son attribution relève quant à elle de la CDAPH.

La demande suppose le renseignement puis le dépôt du formulaire unique de demande à la MDPH, qui permet d'indiquer les besoins de l'enfant et d'expliquer en quoi le handicap est la cause de dépenses ou de besoins spécifiques. Est joint à la demande d'AEEH le certificat médical précisant l'état de santé de l'enfant, les besoins médicaux et incluant les volets spécifiques concernant les troubles auditifs ou visuels si besoin. Lui sont également joints les justificatifs d'identité, du domicile ainsi qu'une attestation de jugement en protection juridique si cela est pertinent.

La partie « vie quotidienne » du formulaire a pour vocation de décrire les besoins spécifiques de l'enfant en matière d'aide humaine, d'accompagnement, de soins, ou d'aménagements. Bien que cette partie ne soit pas obligatoire, elle permet à la MDPH d'évaluer plus précisément les besoins de compensation.

Au sein des MDPH, en fonction des organisations, le dossier peut être évalué par une équipe pluridisciplinaire dédiée aux dossiers des enfants (« pôle enfants ») car ces derniers nécessitent des personnels spécialisés. Ainsi, des médecins scolaires sont présents pour contribuer à l'évaluation des besoins. Des professeurs détachés en MDPH participent aussi à l'évaluation, les directions académiques des services de l'éducation nationale (DASEN) siègent en CDAPH. 262 ETP sont mis à disposition en MDPH par les services de l'éducation nationale²¹.

²⁰ [Article R541-3](#) du CSS : « La demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de son complément et de la majoration mentionnés aux [articles L. 541-1](#) et [L. 541-4](#), 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 ».

²¹ Source : Ministère de l'éducation nationale, DGESCO.

De l'avis des MDPH rencontrées par la mission, ces services sont les plus présents, à l'étape d'instruction et de décision, par rapport aux autres services de l'État. Le rapport d'activité thématique de juin 2024 conforte ce constat : en 2022, les mises à disposition de personnels à titre gratuit dans les MDPH par les services de l'Éducation nationale représentent 16 M€ en 2022, celles des services de cohésion sociale à 3 M€ et celles des services du travail et de l'emploi à moins d'1 M€ sur la même période²².

L'évaluation de la situation de l'enfant en vue de l'attribution de l'AEEH repose principalement sur deux guides :

- ◆ le guide barème (mentionné à l'article R. 541-1 du code de la sécurité sociale et figurant à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles) en particulier pour la détermination du taux d'incapacité et donc de l'éligibilité à l'allocation de base ;
- ◆ le guide d'évaluation (article R. 541-2 du code de la sécurité sociale) défini par arrêté pour la détermination de l'éligibilité au complément. Les MDPH utilisent aussi le guide d'évaluation des besoins de compensation des besoins des personnes handicapées (GEVA), comme pour l'attribution des autres prestations.

Plus précisément, s'agissant des enfants, la MDPH utilise la partie du GEVA consacrée aux besoins de compensation en matière de scolarisation, à savoir le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-sco). Il rassemble les informations concernant un élève en situation de handicap afin de faciliter l'évaluation des besoins spécifiques de l'élève en vue de l'élaboration de son projet personnalisé de scolarisation (PPS) : évaluation succincte de son niveau scolaire, emploi du temps, grille d'observation ; évaluation de ses compétences, et dans le cas d'un réexamen un bilan de la période écoulée, les perspectives pour la suite de la scolarité. Deux versions sont disponibles, respectivement pour une première demande et un réexamen. Les MDPH rencontrées par la mission n'ont pas fait part de difficulté liée à l'utilisation de ce guide.

La marge d'appréciation prévue par les textes complexifie l'instruction et *in fine* contribue aux disparités territoriales.

Lors de ses déplacements, la mission a pu constater des pratiques souples de fixation du taux d'incapacité pouvant favoriser l'accès du demandeur à une prestation, notamment l'AEEH.

L'examen de l'éligibilité au complément soulève quant à elle différentes difficultés d'appréciation. S'agissant du recours à une tierce personne, l'arrêté du 24 avril 2002 ainsi que la circulaire du 3 mai 2002²³ précisent qu'elle est analysée :

- ◆ « *par référence à un enfant du même âge sans déficience* » ;
- ◆ sur la base du certificat médical et d'une analyse des besoins selon cinq axes : aide directe aux actes de la vie quotidienne, accompagnement aux soins, mise en œuvre par la famille ou le jeune de mesures éducatives et/ou pédagogiques spécifiques, surveillance du jeune en dehors des heures de prise en charge.

Des MDPH ont signalé la difficulté d'apprécier la référence à un enfant d'un âge identique sans déficience, notamment compte-tenu de la faible autonomie des jeunes enfants nécessitant de fait un besoin de surveillance. Les équipes pluridisciplinaires appréhendent en pratique la situation familiale globalement, compte-tenu des besoins identifiés et des devis présentés, aboutissant à une « appréciation moyenne ».

²² Source : CNSA. Rapport d'activité thématique. Juin 2024. Synthèse des rapports d'activité 2022 des MDPH.

²³ 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).

L'évaluation de la cessation ou de la réduction de l'activité professionnelle en raison de l'état de santé de l'enfant pose aussi question pour les MDPH : il est difficile d'apprécier en quoi la cessation d'activité des parents est la conséquence exclusive de l'état de l'enfant, indépendamment de tout choix de vie de leur part ou d'un choix qui leur serait imposé par le marché du travail. Les MDPH tentent d'estimer le niveau de réduction d'activité raisonnable et acceptable, compte tenu du handicap de l'enfant.

Par ailleurs, l'absence de précision dans la réglementation des catégories de dépenses supplémentaires engagées conduit les MDPH à s'interroger sur l'opportunité de la prise en charge de certaines dépenses. Plusieurs MDPH ont ainsi fait part à la mission de leur interrogation sur la prise en charge des dépenses d'équithérapie, ou d'ergothérapie, pratiques en outre, pour certaines d'entre elles, non validées scientifiquement. Parmi les MDPH rencontrées, certaines prennent en charge par exemple les frais d'équithérapie (notamment si le médecin a renseigné dans le certificat médical la nécessité pour l'enfant de cette activité), en totalité ou uniquement pour le surcoût lié au handicap, d'autres non. L'AEEH finance parfois en pratique des dépenses liées à l'emploi d'un accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH) dans des établissements privés ou bien des frais de scolarisation dans des établissements scolaires hors contrat prenant en charge des enfants ayant un handicap lourd (cette pratique a été présentée comme historique, la MDPH étant en difficulté vis-à-vis des familles pour arrêter la prise en charge lorsque celle-ci a été accordée par le passé). Par ailleurs, certains soins font désormais l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie (par exemple le soutien psychologique à travers le dispositif « Mon soutien psy »²⁴). Or, la réglementation n'interdit pas la prise en charge de tels soins, ce qui peut conduire certaines MDPH à les prendre en charge.

Dès lors, une meilleure définition des catégories de dépenses susceptibles d'être prises en charge par l'AEEH semble indispensable pour aider les MDPH dans leur instruction, favoriser des pratiques plus homogènes entre MDPH et renforcer l'équité de traitement entre les demandeurs.

Proposition n° 2 : Préciser dans la réglementation les catégories de dépenses (activités, soins, etc.) qui peuvent être prises en charge ou non par l'AEEH.

Ces précisions apporteraient un cadrage d'instruction et de décision aux MDPH et permettraient de ne plus prendre en charge de prestations non reconnues scientifiquement et/ou inadaptées aux besoins des personnes handicapées. Ce cadrage pourrait également permettre d'encadrer les tarifs de prise en charge pour chacune des prestations. En effet, les évaluateurs ont témoigné des tarifs très variés des devis présentés par les familles, et un nombre de séances annuelles proposées qui ne tient pas compte des vacances scolaires.

Les économies permises par un tel encadrement semblent significatives, mais non chiffrables en l'absence de remontées nationales sur la nature des dépenses financées par l'allocation.

Ces informations relatives à la nature des dépenses prises en charge mériteraient également d'être précisées dans les notifications adressées aux familles (à l'heure actuelle figure uniquement l'octroi de la prestation et de ses compléments, sans que soit précisé quelles dépenses l'AEEH et les compléments sont censés couvrir).

Proposition n° 3 : Favoriser les échanges d'information automatisés entre les MDPH et les CAF, à un niveau permettant d'identifier précisément les frais pris en charge.

²⁴ Toutefois, le déploiement de ce dispositif n'est pas abouti et « Mon soutien psy » n'est pas forcément adapté aux prises en charge spécialisées, telles que le handicap de l'enfant.

3.2. L'AEEH est versée par les CAF et les MSA avec une faculté de réaliser un contrôle d'effectivité limité

3.2.1. Un examen relativement simple des conditions de recevabilité administratives

Cet examen commence dès lors que l'organisme de sécurité sociale concerné a reçu une copie de la notification de la décision rendue par la CDAPH. L'AEEH n'étant pas soumise à condition de ressources et les données étant essentiellement déclaratives, l'examen de la recevabilité administrative repose sur la vérification de différents éléments dont les CAF et MSA disposent dans les bases allocataires : situation administrative de l'allocataire et de l'enfant (rattachement à la caisse), charge effective et permanente de l'enfant (présence de l'enfant au domicile) et condition d'âge, situation d'isolement. Le montant de l'allocation est ensuite notifié à l'allocataire et liquidé.

3.2.2. Les caisses ne connaissent pas systématiquement les changements de situation de l'enfant handicapé

Par ailleurs, l'article R. 541-7 du code de la sécurité sociale précise que « *lorsque l'organisme débiteur des prestations familiales est informé par le président du conseil départemental de l'attribution d'une prestation de compensation en application de l'article R. 245-36 du code de l'action sociale et des familles, celui-ci suspend le versement du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé dû à la famille au titre de l'enfant handicapé concerné à compter de la date d'attribution fixée par le président du conseil départemental.* »

Les caisses ne disposent pas toujours de l'information leur permettant de procéder à la suspension de l'AEEH, elles ne savent pas non plus systématiquement si l'allocataire a exercé son droit d'option au bénéfice de la PCH.

Elles ne sont pas non plus informées à chaque fois par les caisses d'assurance maladie d'un changement de la situation de l'enfant handicapé (placement en internat, hospitalisation) qui ont normalement pour conséquence une suspension ou une réduction de l'allocation.

En effet, les textes ne précisent pas le circuit d'information vers les caisses. Dès lors, seule la famille peut dans les faits les informer, ce qui n'est pas toujours le cas.

3.2.3. Un contrôle d'effectivité non obligatoire et diversement mis en place

L'article R. 541-4 du code de la sécurité sociale précise que l'« *organisme débiteur des prestations familiales peut contrôler l'effectivité du recours à une tierce personne ou de la réduction ou cessation de l'activité professionnelle d'un ou des parents ou de la renonciation à exercer une telle activité. S'il constate que ce recours n'est pas effectif dans les conditions prévues pour les différentes catégories, il saisit la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Celle-ci réexamine le droit au complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé à partir du moment où l'organisme prestataire a constaté que les conditions liées à l'activité professionnelle ou en matière de recours à la tierce personne ne sont plus remplies.* »

La réglementation prévoit la faculté d'un contrôle d'effectivité, limité soit au recours à une tierce personne, soit à la réduction (voire cessation) d'activité du ou des parents.

La CNAF a diffusé le 5 décembre 2024 une instruction²⁵ à son réseau modifiant les « *consignes applicables en matière d'ordonnancement des accords d'AEEH afin de sécuriser le versement de droits conformes à la réglementation* ». Elle vise à clarifier le processus de contrôle à chaque étape du versement de l'allocation. Il est demandé à l'ensemble du réseau :

- ♦ à chaque décision de la CDAPH (ouverture de droit, renouvellement, révision), d'opérer un contrôle systématique des compléments de l'AEEH versés au titre de la réduction ou cessation d'activité ;
- ♦ en cours de droit, en présence d'un changement de situation professionnelle ou du recours à tierce personne, de verser le complément lié à la situation constatée dans la limite du complément attribué dans la dernière décision de la CDAPH.

Pour autant, l'instruction précise qu'**aucune pièce justificative n'est exigée et que le contrôle s'appuie sur la déclaration de l'allocataire quelle que soit la situation professionnelle**. Dès lors, les caisses dépendent de l'envoi des déclarations par les allocataires, notamment pour informer des changements de situation professionnelle, ce qui ne garantit pas l'efficacité du contrôle.

En pratique, des CAF ont précisé à la mission lors de ses déplacements qu'elles ne procèdent pas à ce contrôle, du moins pas de manière systématique, notamment car elles estiment ne pas toujours disposer des informations nécessaires. Certains organismes ont toutefois des échanges avec les MDPH pour vérifier l'effectivité de la réduction ou de la cessation d'activité et, en cas d'information divergente, prennent l'attache de l'allocataire. Dans une CAF visitée, un contact était systématiquement établi avec l'allocataire, en cas de complément pour réduction d'activité, afin de vérifier sa situation. En revanche, aucun contrôle régulier n'est réalisé auprès de l'allocataire, pour vérifier qu'il n'y ait pas de changement de situation. **Une déclaration annuelle de l'employeur attestant de la réduction d'activité, comme pour le bénéfice de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARE) faciliterait ce contrôle d'effectivité.**

Pour les frais liés au handicap, la réglementation ne prévoit pas de contrôle d'effectivité par les CAF. Ils sont remboursés, lors du renouvellement de la prestation, sur la base de devis, qui dans certains cas ont des montants très différents pour une même prestation. Les caisses ne peuvent dès lors pas vérifier l'effectivité de la dépense en l'absence de facture.

De plus, l'alignement de la périodicité du contrôle sur celle du renouvellement est génératrice de lourds indus, dans la mesure où un à trois ans peuvent s'écouler avant que la MDPH ne puisse vérifier la consommation réelle des soins pour lesquels un complément a été engagé. Or, l'interruption des soins au terme de quelques mois de prise en charge a été décrite comme relativement fréquente par les MDPH, en particulier pour les soins de psychomotricité ou d'ergothérapie pour lesquels des améliorations notables peuvent survenir dans ces laps de temps.

L'entrée au collège et la difficulté logistique des parents à honorer des consultations régulières sur le temps long, de même que les difficultés à accéder à un professionnel compétent, ont également été cités par les MDPH rencontrés comme des facteurs d'interruption des soins. Celles-ci ont en outre signalé à la mission des pratiques de ces professionnels qui consisteraient à survaloriser leurs devis (s'agissant de la durée de la prise en charge utile et de la fréquence des séances) en fonction des seuils de dépenses des différents compléments, afin de s'assurer de leur prise en charge au titre de l'AEEH et donc de la solvabilisation de leur offre.

²⁵ Instruction n° IT 2024-233.

Un modèle de fonctionnement alternatif a été mis en place, pour la rémunération de professionnels libéraux non conventionnés avec l'assurance maladie (ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, ...), dans le cadre des bilans et interventions précoces réalisés dans les plateformes de coordination et d'orientation pour les troubles du neurodéveloppement (PCO-TND). Depuis juin 2024, les caisses d'assurance maladie leur versent les rémunérations correspondantes. Pour pouvoir bénéficier de ce paiement direct, les professionnels libéraux doivent s'inscrire au préalable au fichier national des professionnels de santé (FNPS) de l'Assurance maladie.

La mission préconise d'étudier un mécanisme de financement en tiers payant, en s'inspirant de ce schéma, qui conduirait à réviser de manière profonde l'architecture de l'AEEH. Une telle évolution permettrait de garantir que les sommes versées sont bien allouées au financement de soins, tout en constituant une mesure de simplification pour les familles. Cela suppose une compensation de la branche autonomie à la branche famille.

Par ailleurs, la réduction de la durée de versement des compléments à un an permettrait d'éviter les indus sur une longue période et de s'adapter à la réalité du besoin de prise en charge, souvent rapidement évolutif, de l'enfant.

L'absence ou la diversité des contrôles constituant en soi une inégalité de traitement, la mise en place de contrôles permettant de vérifier la réalité de la réduction d'activité est indispensable.

Proposition n° 4 : Renforcer le contrôle d'effectivité par les CAF des dépenses d'AEEH prises en charge pour la compensation de la réduction d'activité à travers un formulaire annuel renseigné par l'employeur, à l'instar de la PREPARE

Proposition n° 5 : Mettre en place un financement direct des dépenses de soins par l'assurance maladie aux professionnels de santé et des autres frais aux professionnels, évitant l'avance des frais par le bénéficiaire et permettant de sécuriser les flux financiers.

Proposition n° 6 : Ouvrir la possibilité de réduire à un an la durée des droits pour les compléments d'AEEH.

Ces mesures permettraient de renforcer le paiement à bon droit de la prestation, dans une logique d'équité de traitement des allocataires. Elles mettraient fin à une partie des dépenses indues. Dans un certain nombre de cas, les familles n'ont pas mis en place les prestations de soins pour lesquelles elles ont sollicité l'AEEH (ou les soins se sont interrompus après un an), sans que la prestation ne soit interrompue ; c'est au moment du renouvellement de l'AEEH que le financement n'est pas renouvelé. Le financement direct aux professionnels de santé (tout en maintenant le principe d'une décision MDPH pour ouvrir l'accès au financement) éviterait cet écueil, tout en simplifiant les procédures à effectuer par les familles.

Elles seraient en revanche plus lourdes en gestion pour les CAF, s'agissant du contrôle sur la réduction d'activité. La mission a estimé approximativement que les économies liées à ces mesures devraient être comprises entre 20 à 50 M€ (soit 1 à 3 % des dépenses d'AEEH).

Plus globalement, l'AEEH a été conçue, dans la suite de l'allocation d'éducation spéciale (AES), dans une logique de compensation, son attribution sous forme de forfait facilitant tant son utilisation par les familles que sa gestion d'une part de son instruction par les MDPH et d'autre part son paiement par les CAF. La création de la PCH a nécessité aussi de laisser une marge de « calage » aux MDPH et aux familles pour s'approprier le nouveau droit, et ainsi de favoriser sa montée en charge.

Toutefois, depuis la création de l'AEEH, l'offre sanitaire et médico-sociale a évolué : certaines prestations sont prises en charge par l'assurance maladie, la rééducation des enfants handicapés est engagée plus précocement, ce qui justifie potentiellement moins le recours à des prestations de compensation telle que l'AEEH. Par ailleurs, une compensation forfaitaire semble moins adaptée à des parcours d'enfants handicapés qui sont moins linéaires, avec des frais évolutifs.

La prestation s'avère désormais « mature » et les difficultés de gestion et de contrôle liées à la souplesse juridique de la prestation interrogent l'opportunité d'un réexamen de l'architecture de l'AEEH, voire, plus globalement, de l'ensemble des modalités de compensation du handicap chez l'enfant. S'il n'entrait pas dans le champ de la mission de proposer des recommandations en ce sens, la mission considère qu'un tel réexamen serait opportun au regard des difficultés persistantes d'articulation entre l'AEEH et la PCH, avec des conséquences tant de lisibilité pour les familles que de gestion pour les CAF et MDPH.

4. D'autres mesures visant à diminuer les disparités territoriales et générer des économies budgétaires ont été identifiées par la mission

4.1. Des mesures visant à l'harmonisation des pratiques, communes à l'ensemble des prestations sous revue

Plusieurs mesures sont développées en annexe IV relative aux disparités de gestion des cinq aidés sociaux légaux sous revue. Elles portent en premier lieu sur l'harmonisation des pratiques, qui doit être systématisée : application plus stricte des guides (par exemple guide barème), déploiement de formations par la CNSA, échanges de pratiques internes aux MDPH, entre MDPH, organisation des CDAPH (sections adultes/ enfants) notamment. Tout comme pour l'AAH et la PCH, la mission recommande à la CNSA d'inclure la durée d'attribution au rang de ses indicateurs, pour disposer d'un suivi fin des disparités dans ce champ, et mener des actions ciblées de convergence auprès des MDPH si nécessaire.

Des démarches de formation et d'harmonisation existent mais elles sont hétérogènes et ne sont pas toujours partagées entre MDPH. Cela correspond aux attentes des évaluateurs. Elles nécessitent toutefois des ressources en évaluateurs pour les animer et ne sont pas nécessairement compatibles avec l'objectif de réduction des délais de traitement. L'impact financier, difficile à chiffrer, n'est pas immédiat.

La mission recommande en outre l'abandon des pièces justificatives à transmettre à l'appui du formulaire de demande dès lors que celles-ci peuvent être obtenues par voie automatisée (justificatif d'identité, de domicile, avis d'impôt et foncier, dans la logique du « dites-le nous une fois »). Nécessitant une disposition réglementaire, cette recommandation a un objectif de simplification, de réduction du risque de fraude aux faux documents officiels et de simplification des travaux d'examen de la recevabilité des demandes par les MDPH. Pour autant, elle suppose des coûts de développement des API, dans un univers logiciel encore très fragmenté entre les éditeurs et selon les contrats des MDPH avec leurs fournisseurs de systèmes d'information.

Les recommandations transverses aux prestations sous revue proposées par la mission portent enfin sur les contrôles et la lutte contre la fraude. Il s'agit notamment de déployer un plan relatif au certificat médical MDPH impulsé par la CNSA, en collaboration avec l'assurance maladie (*cf. supra*, annexe V relative au paiement à bon droit, au contrôle et à la lutte contre la fraude).

4.2. Des mesures paramétriques

Dans une logique d'économie budgétaire, une mesure de non-revalorisation ou de sous-revalorisation de l'AEEH pourrait être adoptée en loi de financement de la sécurité sociale (avec un impact au 1^{er} avril 2026).

Il s'agit d'une mesure sensible d'un point de vue politique, notamment car elle touche de manière uniforme l'ensemble des bénéficiaires. Elle ne conduirait toutefois pas en tant que telle à une diminution du montant de l'AEEH perçue, mais altérerait son pouvoir d'achat. La cohérence d'une telle mesure serait à apprécier avec l'évolution des autres prestations.

L'économie liée à cette mesure serait de 20 M€ en 2026.

FICHE APA

Allocation personnalisée pour l'autonomie

- Monographie -

SOMMAIRE

1. PENSÉE POUR GARANTIR LE RECOURS DES PERSONNES ÂGÉES À LA PRISE EN CHARGE DE LEUR PERTE D'AUTONOMIE, L'APA CONSTITUE AUJOURD'HUI LE PRINCIPAL DISPOSITIF DE FINANCEMENT PUBLIC DE LA DÉPENDANCE.....	1
1.1. L'APA est un dispositif désormais mature, qui a rencontré son public en solvabilisant de manière universelle la demande de prise en charge de la perte d'autonomie.....	1
1.2. Les évolutions législatives qui ont façonné la montée en charge de l'APA ont eu pour objectif de faciliter l'accès à la prestation et de réduire le reste à charge des bénéficiaires, ainsi que de rééquilibrer les comptes départementaux.....	5
1.3. L'APA se singularise comme la prestation universelle de la perte d'autonomie par ses critères larges, articulés toutefois avec un schéma dégressif.....	8
1.3.1. <i>À la différence de la PSD et de l'ASH, le législateur a cherché à garantir l'universalité de l'APA.....</i>	<i>8</i>
1.3.2. <i>L'APA est conditionnée à un degré de perte d'autonomie, mesuré par la grille « AGGIR ».....</i>	<i>9</i>
1.3.3. <i>Un dispositif d'urgence vient renforcer la réactivité de la prestation face aux situations de vulnérabilité.....</i>	<i>10</i>
1.3.4. <i>Le périmètre de prise en charge de l'APA s'est progressivement élargi aux besoins de l'aidant, mais l'application de ces dispositions législatives par les départements est encore hétérogène</i>	<i>11</i>
1.4. L'interaction de l'APA avec le crédit d'impôt à la personne présente un risque de double financement.....	12
1.5. Le montant du plan d'aide croît avec le degré de perte d'autonomie, tandis que le taux de participation du demandeur croît proportionnellement aux revenus de ce dernier.....	14
1.5.1. <i>L'APA présente un schéma de participation progressif dont les modalités peuvent aujourd'hui être interrogées, à l'aune de la maturité de la prestation</i>	<i>14</i>
1.5.2. <i>La dérogation de l'APA au principe d'obligation alimentaire interroge quant à la portée du Code Civil ainsi qu'à l'équité avec les bénéficiaires de l'ASH.....</i>	<i>21</i>

1.6. Le financement de l'APA repose d'une part sur les ressources départementales, et d'autre part sur deux compensations de la CNSA régies par des règles peu lisibles. Cette complexité excessive a vocation à être simplifiée dans le cadre de la réforme de la fusion des concours	24
2. APRÈS UNE MONTÉE EN CHARGE DYNAMIQUE LA PREMIÈRE DÉCENNIE SUIVANT SON LANCEMENT, L'APA CONNAÎT AUJOURD'HUI UNE PHASE DE STABILISATION QUI NE DOIT PAS OCCULTER LE PIC DÉMOGRAPHIQUE À VENIR À PARTIR DE 2030	25
2.1. La dynamique actuelle de l'APA, témoin de la maturité du dispositif, suit de près les évolutions démographiques	25
2.2. La prévalence de l'APA s'explique aux trois quarts par les caractéristiques démographiques des populations des départements	30
2.3. Outre un effet-volume peu marqué, les dépenses d'APA sont poussées par le rehaussement des plafonds d'aide ainsi que par les revalorisations des tarifs d'aide humaine.....	33
2.4. Bien que l'aide ait rencontré son public, la sous-consommation chronique ou à l'inverse, la saturation des plans d'aide, suggèrent que l'APA est un dispositif qui peut encore être ajusté	37
3. LES DISPARITÉS LOCALES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'APA RÉSULTENT DE LA DYNAMIQUE DES BESOINS DES POPULATIONS AINSI QUE D'UNE INTERACTION AVEC LE VOLET « OFFRE », DONT LA TARIFICATION EST ÉGALEMENT À LA MAIN DES DÉPARTEMENTS.....	39
3.1. L'instruction de l'APA est relativement standardisée et laisse des marges de manœuvre limitées aux départements	39
3.2. L'évaluation de la perte d'autonomie, par principe individualisée, concentre les risques d'appréciation subjective, en particulier s'agissant de la définition du plan d'aide	41
3.2.1. <i>Les dépenses d'APA à domicile correspondent quasi-exclusivement à des aides humaines, dont le versement limite les possibilités de contrôle d'effectivité</i>	<i>44</i>
3.2.2. <i>Prometteuse, l'expérimentation Home + mérite d'être poursuivie.....</i>	<i>46</i>
3.3. La complémentarité de l'APA par des dispositifs extra-légaux apparaît circonscrite à quelques départements atypiques et tend à se réduire	48
3.4. Le contrôle de l'APA à domicile présente encore des marges d'amélioration.....	49

RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'APA

Proposition n° 1 : Réformer le barème de l'APA pour en renforcer la dégressivité, le cas échéant en tenant compte des ressources patrimoniales et en adaptant les critères du crédit d'impôt « services à la personne ».

Proposition n° 2 : Étudier dans plusieurs départements une mesure visant à introduire une obligation alimentaire pour l'APA pour simuler les effets (coût de gestion, délais de traitement, enjeux et transferts financiers).

Proposition n° 3 : Systématiser les flux de données entre services départementaux et administrations afin de faciliter l'instruction des demandes, pour les services comme pour les demandeurs, suivant le principe du « *Dites-le nous une fois* » et l'accompagnement des bénéficiaires de l'APA, en particulier :

Proposition n° 4 : Simplifier la détermination du domicile de secours sur la base du domicile déclaré sur l'avis d'impôt de l'année n-1 précédant la demande.

Proposition n° 5 : Mettre en place un référentiel national d'évaluation pour les aides techniques [CNSA].

Proposition n° 6 : Généraliser des réunions *a minima* mensuelles d'harmonisation entre les différentes équipes médico-sociales départementales.

Proposition n° 7 : Relancer et généraliser le projet de crédit d'impôt contemporain pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH afin de renforcer le contrôle d'effectivité automatisé, de fiabiliser les données intégrées dans le calcul de l'IR et de simplifier les démarches de l'usager [Urssaf, DGCS, ACOSS]. Assortir la généralisation de la télégestion d'une limite du taux de correction des heures effectuées et télétransmises.

Proposition n° 8 : Rendre obligatoire le contrôle d'effectivité de l'aide humaine et technique lors du renouvellement de l'APA [services évaluateurs et comptables départementaux].

Proposition n° 9 : Prévoir, dans le cadre de la conception du SI-APA, des requêtes natives de vérification des règles de cumul avec les autres prestations, en intégrant des API avec le RNCPS [CNSA].

1. Pensée pour garantir le recours des personnes âgées à la prise en charge de leur perte d'autonomie, l'APA constitue aujourd'hui le principal dispositif de financement public de la dépendance

1.1. L'APA est un dispositif désormais mature, qui a rencontré son public en solvabilisant de manière universelle la demande de prise en charge de la perte d'autonomie

Entrée en vigueur en 2002¹ et substantiellement réformée par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), **l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est le principal dispositif de financement public dédié aux personnes âgées dépendantes**. L'APA sert à payer, en totalité ou en partie, les dépenses nécessaires pour rester à domicile (*APA à domicile, dite « APA-D »*), ou bien les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance en établissement médico-social, c'est-à-dire le tarif dépendance de ce dernier (*APA en établissement, dite « APA-E »*).

Elle a remplacé la prestation spécifique de dépendance² (PSD), dont les paramètres et notamment la possibilité de recours sur succession avaient limité le recours³. **Sans condition de ressources mais mobilisant une participation proportionnelle aux revenus**, l'APA s'inscrit dans une logique de **compensation universelle de la perte d'autonomie liée à l'âge et de solvabilisation de la demande de prise en charge de celle-ci**. L'allocation compte 1,36 million de bénéficiaires en 2023, dont 60 % résident à domicile, pour un montant total de **6,99 Md€**. Les principes régissant l'APA, de même que ses critères et modalités d'attribution, sont définis aux articles L.232-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

La mise en place de l'APA en 2002 a entraîné des changements majeurs dans l'aide sociale aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, entre 2002 et 2022, le nombre moyen annuel d'aides à domicile attribuées a doublé, tandis que celui des aides à l'accueil a été multiplié par 1,5. Les dépenses associées étaient de 3,4 milliards d'euros en 2002 ; elles ont été multipliées par deux⁴. Ces dynamiques confirment le succès de l'APA, qui a participé localement à structurer et solvabiliser une offre en services, à domicile et en établissement.

¹ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

² Instaurée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

³ Au-delà et par comparaison avec la PSD à laquelle elle se substitue, l'APA porte notamment un élargissement des conditions d'accès, la prise en compte du GIR 4 et une plus grande souplesse du plan d'aide.

⁴ DREES, 2024, [L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Édition 2024](#). Cf. également *supra*, annexe III.

L'attribution de l'APA relève de la compétence exclusive des conseils départementaux.

Ainsi, les services du conseil départemental assurent l'instruction, l'évaluation, la liquidation ainsi que la mise en paiement et le cas échéant, le contrôle d'effectivité et le recouvrement des indus. Tout comme la PCH, elle est financée par les budgets départementaux, et partiellement compensée par concours⁵ versé par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le taux de couverture de ce concours s'élève en moyenne à 43 %, mais présente des disparités marquées d'un département à l'autre : ainsi, le taux de couverture de Paris s'élevait à 16 % en 2023, tandis que celui de Mayotte était de 80 %⁶.

Bien que les modalités d'attribution de l'APA soient définies au niveau national, les départements, en tant que chefs de file de l'action sociale, disposent *in fine* de trois principales marges de manœuvre :

- ◆ l'ouverture des droits (influant sur le nombre de bénéficiaires sur la base d'une évaluation globale et individualisée à partir des grilles et barèmes nationaux, et sur le montant individuel des plans personnalisés d'aide dans la limite des plafonds règlementaires) ;
- ◆ la régulation des services d'aide humaine, dans le cas de l'APA-D (service autorisé, prestataire, mandataire ou gré à gré) comme pour l'offre d'accueil et d'hébergement en établissement (en lien avec l'ARS) au titre de l'APA-E ;
- ◆ les tarifs de référence de l'aide à domicile, fixés par le règlement départemental d'action social (RDAS) ou par arrêté du Conseil départemental.

Si la dynamique récente de l'APA présente un profil d'évolution désormais stabilisé (environ 1 % d'augmentation annuelle moyenne du nombre de bénéficiaires depuis 2015, contre 5 % les années suivant son lancement), le pic démographique à venir dès 2030, lié à l'arrivée des « *babyboomers* » aux âges de la dépendance, met en exergue les enjeux suivants :

- ◆ la pérennisation du modèle de financement de l'aide renouvelle le débat sur l'appréciation de la faculté contributive des bénéficiaires (au travers de leur patrimoine notamment), et de la mobilisation des solidarités familiales. En effet, contrairement à l'ASH et à la PSD, l'APA bénéficie d'une disposition dérogatoire au principe d'obligation alimentaire des descendants posé par l'article 205 du code civil⁷. À ce titre, un bénéficiaire reçoit l'APA, sans que ne soient recherchés au préalable ses obligés alimentaires⁸ ;

⁵ Le concours versé par la CNSA aux départements au titre de l'APA se scinde en deux parts : le concours « APA 1 » originel (2,2 Md€ en 2023) et le concours « APA 2 » (481 M€ en 2023), créé par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015. Cf. *infra*, 1.6.

⁶ CNSA, 2024, Notification des concours définitifs PCH et APA au titre de l'année 2023.

⁷ Également posé par l'[article L132-6](#) du CASF pour les aides sociales : « *Les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 205 et suivants du code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer aux postulants et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais* ». Cf. *infra*, 1.2.

⁸ [Article L232-24](#) du CASF : « *L'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du code civil* ».

- ♦ l'effet de rétroaction entre le choix des bénéficiaires entre établissement ou domicile et la structuration locale de l'offre de soins devrait se renforcer avec les inflexions du « virage domiciliaire » longtemps⁹ encouragé. L'APA peut en effet se lire comme un dispositif « double face » qui participe d'un côté à solvabiliser la demande, et d'un autre à solvabiliser l'offre de soins à domicile et en établissement. Le dispositif interagit en particulier avec la faculté confiée aux départements de déterminer localement en partie la tarification¹⁰ des Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ainsi que celle des services d'aide à domicile (SAAD)¹¹ ;
- ♦ le respect de l'expression de la volonté des personnes âgées, qui aspirent principalement au maintien à domicile, peut être mis en regard des coûts cumulés d'aide humaine et technique à engager une fois atteint un degré élevé de perte d'autonomie, dans une réflexion plus large sur la solidarité nationale ;
- ♦ enfin, le relais de la prise en charge à domicile par les aidants familiaux risque lui aussi d'être mis en tension. Il s'agit d'anticiper tant les effets d'épuisement que d'étiollement de cette population.

⁹ Le rapport IGAS, 2024, [Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit](#) propose toutefois une inflexion à cet égard.

¹⁰ Le schéma de financement de l'APA, dont une partie de la dépense incombe directement aux départements, induit des arbitrages entre ces deux objectifs : des tarifs élevés d'EHPAD ou de soins à domicile participeront à solvabiliser l'offre, qui connaît par ailleurs des tensions dans l'attractivité de ses métiers, mais induira un montant de plan d'aide unitaire plus élevé, et proportionnellement, des restes à payer plus importants, pour le bénéficiaire comme pour le département.

¹¹ Dans le même esprit, il est également loisible de citer l'émergence des restes à charge extralégaux et la pratique des financements sous forme de dotations, qui a vocation à concilier également enjeux de financement des SAAD et maîtrise des tarifs.

Fiche APA

**Tableau 1 : Bénéficiaires, dépense annuelle nationale et montant moyen par bénéficiaire pour l'APA
2005-2023.**

	Année							Taux d'évolution annuel moyen			
	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023	2005/ 2010	2010/ 2015	2015/ 2020	2020/ 2023
Nombre de bénéficiaires, en milliers											
Total	939	1 176	1 265	1 305	1 317	1 325	1 354	5 %	2 %	1 %	1 %
Dont APA-D	547	713	748	773	782	785	807	5 %	1 %	1 %	1 %
Dont APA-E	392	463	517	532	535	541	547	3 %	3 %	1 %	1 %
Part de l'APA-D dans le total	58 %	61 %	59 %	59 %	59 %	59 %	60 %				
Part de l'APA-E dans le total	42 %	39 %	41 %	41 %	41 %	41 %	40 %				
Dépenses annuelles, en millions d'euros courants											
Total	4 019	5 264	5 601	6 230	6 345	6 612	6 986	6 %	2 %	2 %	3 %
Dont APA-D	2 671	3 314	3 263	3 730	3 802	4 025	4 293	4 %	0 %	2 %	4 %
Dont APA-E	1 348	1 950	2 338	2 500	2 543	2 587	2 693	8 %	4 %	1 %	2 %
Part de l'APA-D dans le total	66 %	63 %	58 %	60 %	60 %	61 %	61 %				
Part de l'APA-E dans le total	34 %	37 %	42 %	40 %	40 %	39 %	39 %				
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire, en euros courants											
Total	357	378	375	403	407	423	439	1 %	0 %	1 %	3 %

Source : Source : DREES, Enquête aide sociale 2024. Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.

1.2. Les évolutions législatives qui ont façonné la montée en charge de l'APA ont eu pour objectif de faciliter l'accès à la prestation et de réduire le reste à charge des bénéficiaires, ainsi que de rééquilibrer les comptes départementaux

L'APA a remplacé la PSD (Prestation Spécifique de Dépendance) et a connu une montée en charge rapide. Créée par la loi du 24 janvier 1997, la PSD avait pour objectif de prendre en compte l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, corollaire de l'accroissement de l'espérance de vie, et d'y apporter une réponse en termes de solvabilisation des dépenses de prise en charge. Ce dispositif avait néanmoins été considéré comme insuffisant à plusieurs égards : conditions de ressources, règles de calcul de participation complexes, limitation aux situations de dépendance les plus lourdes, et possibilité de recours sur succession. Si, fin 2001, 156 000 personnes bénéficiaient de la PSD, l'APA comptait en 2022 1,35 million de bénéficiaires.

Tableau 2 : Comparaison des dispositions de la PSD et de l'APA

PSD	APA
▪ Réservée aux personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 3)	▪ Extension aux personnes moyennement dépendantes (GIR 4)
▪ Sous condition de ressources : maximum 973,69 €/mois pour une personne seule et 1 622,67 € pour un couple, en 2001.	▪ Sans conditions de ressources : aide universelle dont la participation est proportionnelle des ressources, participation limitée à 90 % du plan d'aide total.
▪ Récupération sur succession	▪ Pas de récupération sur succession
▪ Mobilisation des obligés alimentaires	▪ Pas de mobilisation des obligés alimentaires ¹²
▪ Barème propre à chaque département	▪ Barème national fixant le montant maximal du plan d'aide
▪ Financement fléché vers l'aide humaine intervenant à domicile (seuls 10 % du montant du plan d'aide pouvait servir à d'autres dépenses).	▪ Financement de dépenses de toute nature consignées dans le plan d'aide (humaine, technique).

Source : Mission.

Plusieurs évolutions réglementaires, législatives ou organisationnelles ont marqué depuis le régime de l'APA. Parmi ces évolutions :

- ♦ la création de la CNSA¹³ en 2004 qui inscrit parmi ses charges le versement du concours aux départements, destiné à prendre en charge une partie du coût de l'APA et en précise les modalités d'acomptes ;
- ♦ la création des chèques CESU¹⁴ en 2005, qui constituent une des options de règlement de l'aide humaine pour les bénéficiaires;

¹² Contrairement non seulement aux articles 205 et suivants du code civil et [article L132-6](#) du CASF aux termes duquel « la proportion de l'aide consentie par les collectivités publiques est fixée en tenant compte du montant de la participation éventuelle des personnes restant tenues à l'obligation alimentaire ». L'[article L232-24](#) du même code prévoit en effet que « l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du code civil ».

¹³ [Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées](#) et en particulier son article 12.

¹⁴ Chèques emploi-service universel, destinés à simplifier la relation des usagers au réseau des URSSAF pour déclarer la rémunération des salariés à domicile (hors assistants maternels qui dépendent de Pajemploi). Ils constituent également un moyen de paiement utilisé dans les emplois de services à la personne.

- ◆ la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 (Loi ASV – Adaptation de la Société au Vieillessement)¹⁵, qui, dans une logique de limitation du reste à charge des bénéficiaires, a relevé les plafonds d'aide à domicile. Elle a également introduit l'évaluation multidimensionnelle ainsi que le droit au répit de l'aidant. S'agissant des démarches, elle a simplifié l'attribution de l'APA en supprimant l'obligation pour les départements de tenir une commission de proposition et de conciliation. Cette mesure visait à alléger les procédures et à réduire les délais d'attribution de la prestation ;
- ◆ en 2018, le Premier Ministre a lancé une concertation nationale dénommée « Grand âge et autonomie » dont l'objectif était de refonder les politiques publiques menées en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie. Le pilotage de la concertation a été confié à M. Dominique Libault. **Le rapport Libault** qui en découle (2019)¹⁶ propose ainsi des orientations pour une réforme de la prise en charge des personnes fragilisées par l'avancée en âge. Une des préconisations consiste notamment à « Remplacer l'APA à domicile par une nouvelle prestation autonomie séparée en 3 volets : aide humaine, aide technique, répit ». Il recommandait également de privilégier le maintien à domicile (EHPAD hors les murs, adaptation du logement, réseau de professionnels développé) et de rendre les prestations plus lisibles et plus justes (reste à charge, équité entre départements). L'ensemble de ces réformes avait vocation à s'intégrer dans un service public départemental de l'autonomie¹⁷ (SPDA) rassemblant le volet personnes âgées et personnes handicapées en un guichet unique, en cours d'expérimentation ;
- en 2021, l'avenant 43 à la convention collective de la branche de l'aide à domicile (BAD) a revalorisé les salaires des personnels de ce secteur (environ +13 % en moyenne). L'objectif était d'éviter que cette revalorisation ne pèse uniquement sur les départements qui financent l'aide à domicile, via l'APA, mais également la PCH. Cet avenant prévoit une dotation spécifique de la CNSA, laquelle est versée aux départements pour prendre en charge tout ou partie du surcoût de la revalorisation. Elle s'articule par ailleurs avec les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) susceptibles d'être conclus par les départements avec les services concernés en vue de donner de la visibilité sur plusieurs années sur l'évolution des tarifs, sans toutefois constituer un engagement, ni une garantie, de financement ;

¹⁵ [Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement](#) qui prévoit notamment un concours additionnel au concours initial mis en place par la loi de 2001 destiné à financer notamment les actions de prévention coordonnées, notamment, par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

¹⁶ Libault (dir.), 2019, [Rapport de la Concertation Grand âge et autonomie](#).

¹⁷ Le service public départemental de l'autonomie Le service public départemental de l'autonomie vise à mettre en cohérence et à permettre la coordination des différents acteurs de terrain, bien au-delà des seuls acteurs du secteur médico-social, pour apporter une réponse globale et garantir la continuité du parcours de la personne, y compris dans une approche de prévention. Les acteurs territoriaux qui le composent partagent la co-responsabilité d'une réponse sur quatre blocs d'actions obligatoires, qui en constitue le « socle de missions » :

1. L'accueil, l'information, l'orientation et la mise en relation ;
2. L'instruction des demandes de prestations et l'accès aux droits ;
3. L'appui aux solutions concrètes et la construction d'un continuum de prise en charge ;
4. Le repérage des fragilités, la prévention de la perte d'autonomie et les actions « d'aller vers ».

Faisant suite à une mission « Parcours et autonomie » coordonnée par D. Libault (2020-2022), un AMI ouvert à 10 départements a permis une expérimentation de ce dispositif en 2024. Cette préfiguration a finalement concerné 18 *consortia*, avec les parties prenantes territoriales (ARS, Conseil départemental, MDPH ou MDA *a minima*) : les Alpes-Maritimes, l'Aveyron, la Corrèze, le Finistère, la Gironde, l'Hérault, le Loir-et-Cher, la Mayenne, Meurthe-et-Moselle, le Nord, le Pas-de-Calais, la Sarthe, la Seine-Maritime, les Yvelines, la Somme, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis, la Guyane. La généralisation du SPDA est prévue en 2025. Sur les cinq départements visités par la mission, deux (Gironde, Nord) faisaient partie de cette expérimentation.

- ◆ l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 (loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021) prévoit une dotation complémentaire de la CNSA aux départements à compter de septembre 2022. Ce dispositif a pour objectif de soutenir et de financer des actions visant à améliorer la qualité du service rendu aux usagers des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Complémentaire aux financements existants, mais conditionnée à la signature d'un CPOM (*cf. supra*), cette dotation vise à promouvoir des initiatives structurées autour de six axes prioritaires :
 - l'accompagnement des personnes aux besoins spécifiques,
 - l'élargissement des horaires d'intervention,
 - le renforcement de la couverture territoriale,
 - le soutien aux aidants,
 - l'amélioration des conditions de travail des intervenants
 - et la lutte contre l'isolement des bénéficiaires.
- Entre 2022 et 2023, le dispositif a connu un déploiement rapide : le nombre de départements engagés a presque doublé, passant de 50 à 88. En 2024, 98 départements étaient engagés dans la démarche. À la fin de l'année 2023, plus de 100 millions d'heures, soit plus de la moitié (53 %) des heures d'APA et de PCH éligibles, bénéficiaient de la dotation complémentaire. De plus, 1 432 SAAD étaient bénéficiaires de la dotation complémentaire en 2023, soit un peu plus de 22 % des SAAD autorisés¹⁸ ;
- ◆ en 2022, la LFSS a également instauré un tarif horaire minimal à 22 € pour les services d'aide à domicile en mode d'emploi prestataire, 23 € en 2023, et 23,50 € en 2024, conduisant à une augmentation du montant des plans d'aide (à l'exception des plans déjà au plafond et sauf ajustement des volumes des plans personnalisés d'autonomie) ;
 - ◆ en janvier 2024, dans la suite des annonces gouvernementales dans le cadre de la stratégie « Bien Vieillir », des heures de lien social ont été instituées pour permettre un accompagnement pour les personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile pour lutter contre leur isolement et favoriser la détection de fragilités¹⁹. Ces heures permettent également d'améliorer les conditions de travail des professionnels et de valoriser leur rôle.
 - ◆ à l'été 2024, un concours exceptionnel de 150 M€ a été versé par la CNSA aux départements, dans le cadre de la LFSS pour 2024 (article 86), afin de pallier des difficultés de financement, tout en posant le principe de la couverture à 50% des dépenses nouvelles des départements au titre de l'autonomie. Les modalités de ce concours ont été précisés par décret²⁰ ;
 - ◆ la loi « bien vieillir » ²¹ du 8 avril 2024 a créé un service public départemental de l'autonomie (SPDA) pour les personnes âgées et handicapées et les proches aidants. Il a vocation à simplifier le parcours des usagers et améliorer leur accompagnement.

¹⁸ CNSA, 2025, [Évaluation de la mise en œuvre de la dotation complémentaire pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Bilan et recommandations – Exercices 2022-2023](#).

¹⁹ L'article L232-6 du CASF créé par l'article 75 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit, pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), « un temps consacré au lien social concourant à prévenir la perte d'autonomie ». Cette mesure s'inscrit dans les missions de lutte contre l'isolement et de repérage des fragilités des personnes accompagnées par les services autonomie à domicile définies par le CASF. Le [décret n° 2023-1431 du 30 décembre 2023 relatif au temps consacré au lien social concourant à prévenir la perte d'autonomie](#) précise que ce temps consacré au lien social ne peut excéder neuf heures par mois.

²⁰ [Décret n° 2024-726 du 6 juillet 2024 relatif au complément de financement versé aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale du 26 décembre 2023 pour 2024](#), JORF du 7 juillet 2024.

²¹ [Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie](#).

- ♦ enfin, est toujours attendu pour 2026 à la date de la mission, le déploiement d'un système d'information unique « SI-APA » par la CNSA, auprès des départements, aura vocation à garantir l'harmonisation des procédures d'attribution de l'APA à l'échelle des départements, à organiser les remontées d'informations vers la CNSA, ainsi qu'à simplifier le transfert des dossiers d'un département à l'autre, qui s'effectue aujourd'hui de manière manuelle au format papier.

Il est par ailleurs notable que la réintroduction du recours sur succession, en vigueur pour la PSD, proposée par des parlementaires par deux fois, en 2006 puis en 2012, a été écarté.

1.3. L'APA se singularise comme la prestation universelle de la perte d'autonomie par ses critères larges, articulés toutefois avec un schéma dégressif

1.3.1. À la différence de la PSD et de l'ASH, le législateur a cherché à garantir l'universalité de l'APA

L'APA peut être considérée comme une prestation à vocation universelle. La prestation est ainsi ouverte à toute personne âgée de plus de 60 ans et en situation d'incapacité, comme le précise l'article L. 232-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : « *Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins* ». L'éligibilité administrative des demandeurs, vérifiée lors de l'instruction par les équipes départementales, repose donc deux critères :

- ♦ un critère d'âge (avoir au moins 60 ans) ;
- ♦ un critère de lieu de résidence (résider en France depuis au moins 3 mois).

L'APA n'est pas soumise à condition de ressources mais les revenus perçus permettent de déterminer le taux de prise en charge qui varie selon que la personne vit à domicile ou en établissement.

Par ailleurs, il n'est pas possible de cumuler l'APA avec les aides suivantes :

- ♦ l'allocation simple d'aide sociale pour les personnes âgées ;
- ♦ les aides des caisses de retraite liées au maintien à domicile ;
- ♦ toute aide financière visant à rémunérer une aide à domicile ;
- ♦ la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- ♦ la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

Il est notable que pour les personnes âgées de plus de 60 ans et dont le handicap a été reconnu avant ce seuil d'âge, si le cumul des deux prestations est impossible, un droit d'option existe entre la PCH et l'APA pour les personnes éligibles aux deux aides légales (*cf.* fiche PCH également jointe au présent rapport).

Tableau 3 : Typologie des ressources prises en compte dans le calcul de l'APA

<i>Ressources prises en compte</i>	<i>Ressources exclues</i>
▪ Revenus déclarés figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition ▪ Produits des placements financiers soumis au prélèvement libératoire (par exemple, les bons du Trésor) ▪ Patrimoine immobilier (hors résidence principale) ▪ Capitaux ni exploités, ni placés	▪ Remboursement de soins liés à la maladie, la maternité, l'invalidité, à un accident du travail ou accordées par la protection universelle maladie (Puma) ▪ ALF : allocation de logement familial ou ALS : Allocation de logement sociale ou APL : Aide personnalisée au logement ▪ Prime de déménagement ▪ Indemnité en capital, prime de rééducation et prêt d'honneur versés à la victime d'un accident du travail ▪ Prise en charge des frais funéraires par la CPAM en cas d'accident du travail suivi de mort ▪ Capital décès ▪ Rentes viagères constituées par un ou plusieurs des enfants, ou par le bénéficiaire ou le conjoint de ce dernier ▪ Apports financiers des enfants pour votre prise en charge liée à la perte d'autonomie ▪ Allocation de reconnaissance du combattant et pensions liées aux distinctions honorifiques

Source : [Article R232-5](#) du CASF.

1.3.2. L'APA est conditionnée à un degré de perte d'autonomie, mesuré par la grille « AGGIR »

Outre les critères administratifs précités, l'éligibilité à l'APA est conditionnée par le niveau de perte d'autonomie mesuré par la grille « *Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources* » (AGGIR). Cette grille nationale sert à déterminer si le demandeur a droit à la prestation et le cas échéant, le niveau d'aide dont il a besoin. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en six « *Groupe Iso Ressources* » (Gir), des plus dépendants (Gir 1) aux plus autonomes (Gir 6). À chaque Gir correspond un niveau de besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Seule une personne classée en Gir 1, Gir 2, Gir 3 ou Gir 4 peut obtenir l'APA. Les Gir 5 et 6 sont éligibles aux aides des caisses de retraite.

Par ailleurs, les équipes départementales rencontrées par la mission ont soulevé les insuffisances de la prise en compte des troubles cognitifs, type maladie d'Alzheimer, par la grille AGGIR.

La durée d'attribution n'est pas définie par le CASF et est à la proposition des équipes évaluatrices. Entre 1 et 5 ans, elle croît en pratique à mesure que la perte d'autonomie s'aggrave.

Tableau 4 : Degrés de dépendance pour chaque Gir et prestation associée

Gir	Aide associée	Degrés de dépendance
Gir 1	APA	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants
Gir 2	APA	• Soit personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante • Soit personne dont les fonctions mentales sont altérées, qui est capable de se déplacer, mais qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	APA	Personne ayant conservé tout ou partie de son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	APA	• Soit personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, mais qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage • Soit personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Aide ménagère ou aide auprès de la caisse de retraite	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Aide ménagère ou aide auprès de la caisse de retraite	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : [Code de l'action sociale et des familles, articles R232-1 et R232-6.](#)

1.3.3. Un dispositif d'urgence vient renforcer la réactivité de la prestation face aux situations de vulnérabilité

L'article L. 232-12 du CASF prévoit qu'en cas d'urgence attestée, d'ordre médical ou social, le président du conseil départemental attribue l'APA à titre provisoire, et pour un montant forfaitaire, à dater du dépôt de la demande et pendant deux mois. Il s'agit de pallier les situations où un délai de prise en charge ferait peser un risque pour le bénéficiaire. Les critères sont essentiellement les suivants :

- ♦ pas de droit ouvert à l'APA domicile ou à d'autres aides de type « aide-ménagère légale » ;
- ♦ ressources insuffisantes pour faire face à l'avance de frais ;
- ♦ maintien à domicile impossible ou dangereux en l'absence d'intervention d'un service d'aide ;
- ♦ épuisement des aidants, rupture récente de l'aide habituelle ;
- ♦ pathologie grave rapidement évolutive ;
- ♦ perte d'autonomie permanente évaluable sur pièce en GIR entre 4 et 1, c'est-à-dire ouvrant droit à l'APA à domicile.

Le montant de l'APA forfaitaire est fixé à l'échelle nationale, et s'élevait à 1 022,78 € en 2024 ;

Parmi les départements visités et sondés au travers du questionnaire, la mission a également relevé différents aménagements de mise en œuvre de l'APA d'urgence, qui prenaient notamment les formes suivantes :

- ♦ mise en place d'une APA d'urgence équivalente au nombre d'heures maximal du plan d'un demi GIR 1, soit près de 1 000 €. L'aide est attribuée durant deux mois sur la base d'un rapport social. La réalisation de cette APA d'urgence est de préférence fléchée vers les prestataires agréés en télégestion, car elle permet de suivre la consommation exécutée du plan. Cette disposition aurait divisé par deux la participation du département à cette APA d'urgence, soit une économie de 160 000 € ;
- ♦ mise en place d'une procédure d'APA accélérée qui aboutit à l'attribution de l'APA selon le barème générique dans un délai de 72h. La visite à domicile est alors remplacée par un appel téléphonique, puis est réalisée lors de la pérennisation de l'aide qui intervient à l'issue de trois mois.

1.3.4. Le périmètre de prise en charge de l'APA s'est progressivement élargi aux besoins de l'aidant, mais l'application de ces dispositions législatives par les départements est encore hétérogène

La loi ASV de 2015 a renforcé la reconnaissance et le soutien des proches aidants. À cette fin, leur rôle et leur situation doivent être systématiquement pris en compte lors d'une demande d'APA ou d'une révision ; leurs besoins doivent être évalués si nécessaire concomitamment à l'évaluation des besoins de la personne âgée afin de leur proposer les aides, conseils, dispositifs de répit et de relais leur permettant de mieux assurer leur rôle auprès de leur proche et de prévenir leur épuisement. **Afin de soutenir plus particulièrement les proches aidants** dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie à domicile des bénéficiaires de l'APA, la loi leur reconnaît un **droit au répit**, se traduisant par la possibilité de dépasser le plafond du plan d'aide de l'APA lorsque celui-ci est atteint, pour financer le recours à des dispositifs de répit. Elle prévoit en outre, également dans le cadre de l'APA, une possibilité de prise en charge de la personne aidée lorsque son aidant est hospitalisé et a besoin d'être relayé par des structures professionnelles.

Le montant du plan d'aide prévoit dès lors une majoration en cas de présence indispensable d'un aidant. C'est le cas lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- ♦ le demandeur est en situation de danger sans la surveillance du proche aidant ;
- ♦ aucune autre personne (excepté un professionnel) ne peut remplacer le proche aidant.

Cette majoration ponctuelle du plan d'aide en cas d'hospitalisation d'un aidant peut se monter à 1 139€ par hospitalisation, aux fins de financement d'hébergement temporaire ou de relais à domicile. Par ailleurs, le financement des dispositifs de répit (accueil de jour, hébergement temporaire...) sous plafond (fixé, pour une année, à **573,77 €**, montant 2025) doit être utilisé dans l'année qui suit son attribution.

Cependant, l'APA à domicile reste peu mobilisée pour du répit, notamment en raison de divergence d'interprétation de la réglementation. **D'après l'enquête sociale de la DREES, seuls 68 départements sur 100 avaient mis en place un module droit au répit des proches aidants en 2019.**²²

²² IGAS, 2022, *Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit*.

1.4. L'interaction de l'APA avec le crédit d'impôt à la personne présente un risque de double financement

Les dépenses d'aide humaine qui n'ont pas été couvertes par le plan d'aide sont éligibles à un crédit d'impôt au titre des services à la personne (SAP). Ces dépenses découlent principalement du reste à charge pour les bénéficiaires aux revenus élevés, des coûts horaires ou forfaitaires supérieurs au tarif départemental y compris en mode gré-à-gré, ou bien d'une sollicitation d'heures supplémentaires au plan d'aide par le bénéficiaire. Le montant du **crédit d'impôt est égal 50 % des dépenses engagées dans l'année**, dans la limite d'un plafond de 12 000 euros par an²³. Plusieurs activités sont éligibles, notamment l'assistance aux personnes âgées ou aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile (hors soins).

Le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile est cependant un dispositif fiscal dont les objectifs dépassent le seul cadre de la perte d'autonomie. Conçu pour développer les emplois de service à la personne et favoriser le travail déclaré dans un domaine où l'emploi informel était important, il participe également au financement de l'aide aux personnes âgées dépendantes fournie dans le cadre de l'APA à domicile. En effet, le niveau de prise en charge par l'APA des services d'aide étant dégressif en fonction du niveau de revenu (le reste à charge ou ticket modérateur pouvant atteindre 90 % pour les revenus les plus élevés), et les plafonds étant élevés par rapport au niveau moyen de dépenses, **ce crédit revient dans les faits à réduire de moitié le reste à charge effectif** sous plafond : ce crédit d'impôt a donc pour effet induit de réduire la dégressivité brute introduite dans l'APA qui repose sur la progressivité des taux de restes à charge en fonction des revenus.

Du côté des départements, la « déshabilitation » d'un SAAD ou leur absence d'habilitation dès l'origine permet à ce dernier de pratiquer des restes à charge dits « extra légaux » (*cf. supra*, allant au-delà du ticket modérateur prévu par la loi), autrement dit, de facturer au-delà des tarifs de référence fixés par les départements pour le calcul des plans d'aide. L'intérêt pour le département de ce schéma est d'induire un transfert de ses dépenses vers la fiscalité : les restes à charge extra-légaux sont pris en charge partiellement, pour le bénéficiaire, dans les dépenses d'APA déclarées au titre du crédit d'impôt ; celui-ci devient dès lors un élément majeur de la solvabilisation de la perte d'autonomie en complément de l'APA. À la date de la mission, certains départements avaient déjà entrepris cette opération pour une partie de l'offre de services d'aides à domicile.

Par ailleurs, le caractère anti-redistributif²⁴ de ce dispositif fiscal a été atténué par la réforme de 2017, qui a étendu le bénéfice de ce dernier aux inactifs qui ne bénéficiaient jusque-là que d'une réduction d'impôt. Sur le champ des bénéficiaires de l'APA à domicile, la DREES estime à **437 M€** le montant de ce crédit d'impôt, contre 200 M€ environ avant 2017, lorsqu'il s'agissait d'une réduction d'impôt²⁵, **soit un surcôt d'environ 240 M€ pour l'État**.

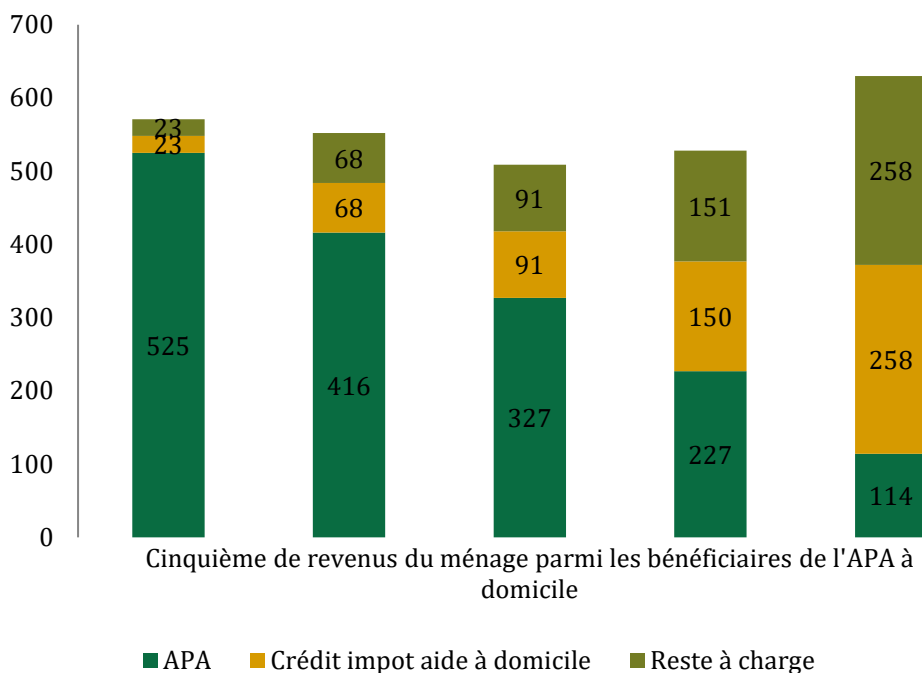
²³ Le plafond du crédit d'impôt peut dans certains cas atteindre 20 000 euros par an selon l'âge et le degré d'invalidité. Il est encadré par l'article 99 sexdecies du Code général des impôts.

²⁴ Lequel « découle » arithmétiquement de la combinatoire d'une APA dont le taux est dégressif avec le revenu, compensable, sous plafond annuel, par le crédit d'impôt à 50% des dépenses réellement exposées, hors prise en charge par l'APA.

²⁵ La transformation en crédit d'impôt a été votée dans la loi de finances pour 2017 (n° 2016-1917 du 29 décembre 2016). Voir Boneschi et Miron de l'Espinay, DREES, 2022.

Il y a finalement lieu de s'interroger sur l'articulation de ce crédit d'impôt, qui suit des finalités différentes et d'autres objectifs, loïsibles, de politiques publiques²⁶ avec le barème de l'APA. Peu mobilisé pour les personnes aux plus faibles ressources qui bénéficient de l'APA à taux plein, il permet en pratique surtout de diminuer le reste à charge des bénéficiaires les plus aisés, qui ont toutes choses égales par ailleurs plus intérêt à y recourir, dans la logique de l'articulation actuelle entre APA dégressive, reste à charge progressif et crédit d'impôt compensateur dégressif par différence, et hors restes à charges « extralégaux » (supérieurs pour les SAAD non habilités).

Graphique 1 : Décomposition du financement du plan d'aide APA à domicile, par cinquième de distribution des revenus (montants mensuels moyens en euros)



Source : DREES, 2020, Modèle Autonomix (DREES-IPP), basé sur les données des enquêtes Care (DREES) et Aide Sociale 2017 (DREES).

Lecture : Chaque barre verticale représente 20 % de la population des bénéficiaires de l'APA à domicile. Un bénéficiaire de l'APA vivant dans un ménage dont les revenus sont inférieurs à 1081 € par mois a un plan d'aide de 571 € par mois en moyenne. Sur ces 571 €, 525 € sont payés par l'APA, 23 € par le crédit d'impôt et 23 € restent à sa charge.

Champ : Bénéficiaires de l'APA à domicile vivant en France métropolitaine au 31 décembre 2019.

Une autre difficulté tient au fait que les bénéficiaires doivent, lorsqu'ils renseignent leur avis d'imposition, déclarer le montant d'aide humaine soustrait de celui déjà pris en charge au titre de l'APA. Cette opération est susceptible de concentrer des risques d'erreur – y compris de bonne foi –, dans la mesure où les bénéficiaires ne savent pas toujours exactement combien ils reçoivent au titre de l'APA (dans le cas où leur demande a été instruite par un proche, par exemple, mais surtout car les factures qu'ils reçoivent de leur prestataire ou employé expriment le plus souvent la dépense globale non « nettee » de l'APA)²⁷.

Enfin, les sommes reçues au titre de l'APA sont exonérées de l'impôt sur le revenu. D'après le projet annuel de performance du programme 157 « Handicap et dépendance », la dépense fiscale liée à cette exonération s'élève à 125 M€ en 2024, stable depuis 2022.

²⁶ Encouragement du secteur des services à la personne, lutte contre le travail dissimulé.

²⁷ Cf. notamment case 7DB « Dépenses d'emploi à domicile » de la [déclaration de revenus dite « 2042 »](#), renvoyant sur ce point à la page 1 de la 2042 RICI le montant correspondant à chaque type de dépenses d'emploi à domicile, et ce même si la case 7DR prévoit le service des informations relatives aux « Aides perçues pour l'emploi à domicile (APA, PCH, CESU préfinancé...) ».

1.5. Le montant du plan d'aide croît avec le degré de perte d'autonomie, tandis que le taux de participation du demandeur croît proportionnellement aux revenus de ce dernier

1.5.1. L'APA présente un schéma de participation progressif dont les modalités peuvent aujourd'hui être interrogées, à l'aune de la maturité de la prestation

Le CASF (articles R.232-1 à R.232-6) prévoit qu'une part du coût du plan d'aide éligible reste à la charge du bénéficiaire et fixe le taux de participation du bénéficiaire en fonction de son revenu : de 0 % pour les personnes les plus modestes à 90 % pour les plus aisées. Le montant perçu par le bénéficiaire dépend donc à la fois de son degré de dépendance, de son revenu, mais aussi du choix de prise en charge (à domicile ou en établissement)²⁸. À chaque GIR correspond un plafond de financement revalorisé chaque année au 1^{er} janvier (cf. tableau 5).

Le plan d'aide est proposé par l'équipe médico-sociale du département et peut notamment prévoir :

- ◆ la rémunération d'une aide à domicile, d'une aide concernant le transport, la livraison de repas ;
- ◆ des aides techniques et l'adaptation du logement ;
- ◆ l'accueil de jour en établissement.

Tableau 5 : Plafonds réglementaires d'APA selon le GIR (2025)

<i>GIR</i>	<i>Montant</i>	<i>Équivalent-heures mensuel (pour un tarif égal au plancher de 24,58€)</i>
<i>Gir 1</i>	Au maximum 2 045,56 € par mois	83,2
<i>Gir 2</i>	Au maximum 1 654,18 € par mois	67,3
<i>Gir 3</i>	Au maximum 1 195,67 € par mois	48,6
<i>Gir 4</i>	Au maximum 797,96 € par mois	32,5

Source : Article R.232-10 du CASF, décret n° 2024-2 du 2 janvier 2024 relatif au montant minimal mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles, et CNSA, 2025, Montants applicables à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à compter du 1er janvier 2025.

²⁸ Ainsi que du montant du plan d'aide pour les plans les plus « importants », correspondant aux situations de dépendance les plus sévères.

APA-D

Les articles R232-10 à D232-11-1 du CASF précisent que le montant de l'APA à domicile est égal au montant de la fraction du plan d'aide utilisée, auquel on soustrait un reste à charge qui dépend du niveau de revenu. Des montants plafonds sont définis en fonction des niveaux de GIR (entre 798 € pour le GIR4 et 2 046 € par mois pour le GIR 1). Le montant de l'APA à domicile peut être majoré de 573 €/an en cas de proche aidant indispensable (MPA).

L'article R232-9 du CASF pose par ailleurs que la valorisation des heures d'aide à domicile est opérée en fonction de tarifs arrêtés par le président du conseil départemental, notamment selon qu'il y ait recours à un prestataire, un mandataire ou un emploi direct. Ces tarifs tiennent compte des statuts publics, des conventions collectives ou accords d'entreprise applicables aux salariés concernés.

Enfin, bien que l'APA-D soit plafonnée en termes de montant financier pour chaque GIR, il n'existe pas de nombre d'heures d'aide humaine défini ou proposé au niveau national. Le nombre d'heures d'aide accordées dépend du besoin, lequel est formalisé au travers du plan d'aide personnalisé, et dans la limite du plafond de financement exprimé en euros : ainsi le nombre d'heures maximal varie selon le tarif horaire départemental correspondant aux modalités de mise en œuvre prévues (prestataire, mandataire, emploi direct). Le nombre d'heures d'aide humaine pouvant être financées dépend donc du coût horaire de l'intervention choisie (*cf.* Tableau 5). Ce « *design* » de l'APA et des plans personnalisés d'aide à l'autonomie conduit fréquemment les équipes médico-sociales, d'après celles rencontrées, à encourager les options au coût horaire unitaire le moins élevé, pour répondre aux besoins d'aide humaine les plus importants dans la limite du plafond.

APA-E

Les articles R. 232-18 et R. 232-19 précisent que l'APA en établissement sert à payer une partie du tarif dépendance facturé par l'établissement. Le pourcentage resté à charge dépend du niveau de revenu, du niveau de GIR, et le cas échéant du tarif dépendance de l'EHPAD. Le tarif lié aux soins est pris en charge par l'assurance maladie. Les frais d'hébergement de l'EHPAD (tarif hébergement), qui sont payés par le résident, peuvent être couverts pour tout ou partie par des aides au logement (APL ou ALS) ou par l'aide sociale à l'hébergement (ASH), cumulables avec l'APA²⁹.

Les modalités de calcul de la participation des bénéficiaires de l'APA D et de l'APA E sont définies à l'article R. 232-11 du CASF (*cf.* tableau 6).

²⁹ À titre d'exemple, pour une personne âgée de Gir 2 est accueillie en établissement, le tarif dépendance appliqué est de 624,30 euros par mois. Ses ressources mensuelles sont de 2 250 euros. Le tarif dépendance pour les Gir 5 et 6 est de 168 euros par mois que le bénéficiaire doit prendre à sa charge. L'aide accordée est la différence entre le tarif dépendance du bénéficiaire et le tarif applicable pour les Gir 5 et 6, soit 456,30 euros par mois.

Fiche APA

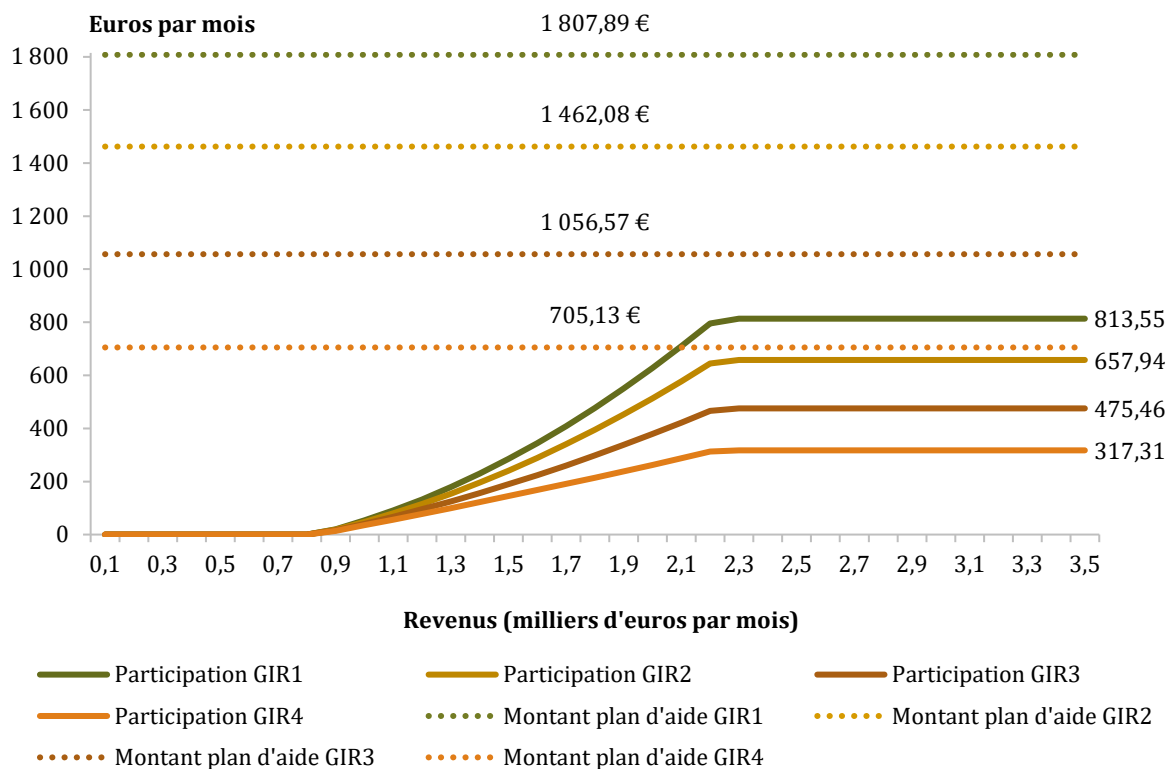
Tableau 6 : Schéma de participation financière des bénéficiaires à l'APA (2024)

APA-D				APA-E			
Personne seule		Couple		Personne seule		Couple	
Montant total des ressources par mois	Part du reste à charge par mois	Montant total des ressources par mois	Part du reste à charge par mois	Montant total des ressources par mois	Reste à charge par mois	Montant total des ressources par mois	Reste à charge par mois
Jusqu'à 918,28 €	Aucune	Jusqu'à 1561,08 €	Aucune	Jusqu'à 2 799,19 €	Tarif dépendance des Gir 5 et 6 de l'Ehpad	Jusqu'à 4758,62 €	Tarif dépendance des Gir 5 et GIR 6 de l'Ehpad
Supérieur à 918,28 € et jusqu'à 3 381,82 €	Le reste à charge varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide accepté	Supérieur à 1561,08 € et jusqu'à 5749,09 €	Le reste à charge varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide accepté	Supérieur à 2 799,19 € et jusqu'à 4 306,44 €	Tarif dépendance des Gir 5 et Gir 6 de l'Éhpad, auquel est ajouté un montant qui varie de 0 % à 80 % de la différence entre le tarif dépendance du Gir et le tarif dépendance des Gir 5 et Gir 6	Supérieur à 4758,62 € et jusqu'à 7320,95	Tarif dépendance des Gir 5 et Gir 6 de l'Éhpad, auquel est ajouté un montant qui varie de 0 % à 80 % de la différence entre le tarif dépendance du Gir et le tarif dépendance des Gir 5 et Gir 6
Supérieur à 3 381,82 €	Le reste à charge est égal à 90 % du montant du plan d'aide accepté	Supérieur à 5749,09 €	Le reste à charge est égal à 90 % du montant du plan d'aide accepté	Supérieur à 4 306,44 €	Tarif dépendance des Gir 5 et Gir 6, auquel est ajouté 80 % de la différence entre le tarif dépendance du Gir et le tarif dépendance des Gir 5 et Gir 6	Supérieur à 7320,95 €	Tarif dépendance des Gir 5 et Gir 6, auquel est ajouté 80 % de la différence entre le tarif dépendance du Gir et le tarif dépendance des Gir 5 et Gir 6

Source : Article R.232-11 du CASF.

Ainsi, d'après les plafonds présentés *supra*, un bénéficiaire en GIR 2 au revenu mensuel de 1 700 € devra déboursier environ 340 € par mois, pour un plan d'aide maximum plafonné à 1 462,08 € (en 2023), soit un taux de participation de 23 %.

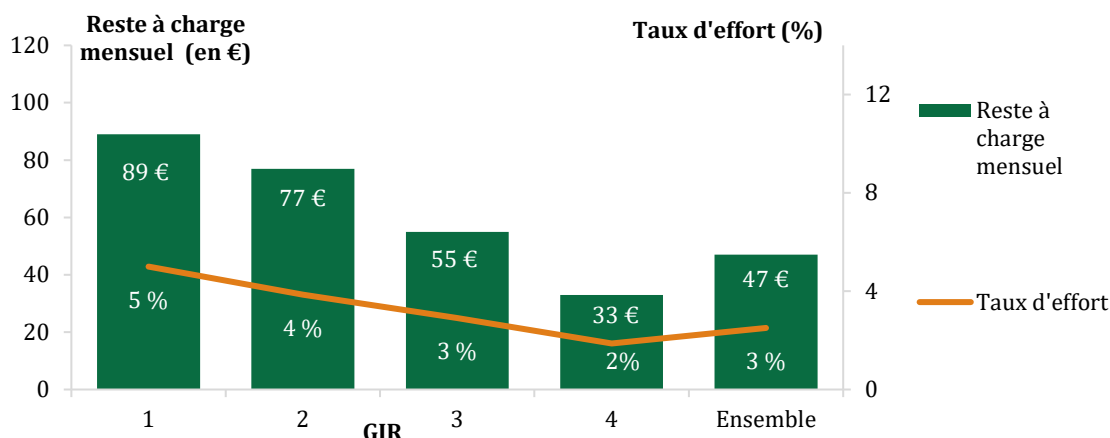
Graphique 2 : Montant du plan d'aide (APA-D) laissé à la charge du bénéficiaire, en fonction de son niveau de revenu, par GIR, pour un plan d'aide au plafond (hors crédit d'impôt)



Source : Sécurité sociale, CNSA, 2023, PLACSS.

Par ailleurs, le taux d'effort, qui correspond au reste à charge rapporté aux ressources de l'individu, est simulé par la DREES d'après son modèle Autonomix. Ce taux d'effort est compris entre 2 % (pour les pertes d'autonomie les moins sévères) et 5 % (pour les pertes d'autonomies les plus avancées) (cf. graphique 3). Il s'élève en moyenne à 2,5 %, soit 47 €/mois et par bénéficiaire.

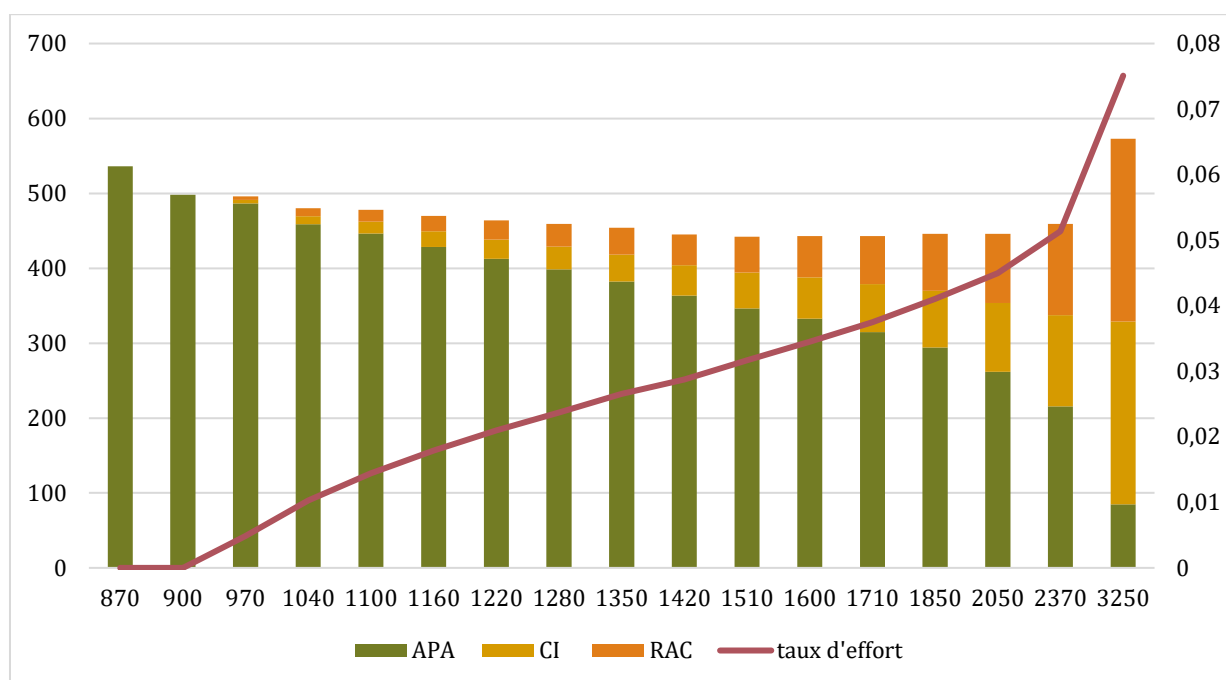
Graphique 3 : Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance à domicile selon le GIR du bénéficiaire



Source : Remontées individuelles sur l'APA et l'ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix, DREES, 2019 et 2022, [Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?](#)

Si la pertinence d'une aide universelle était sans équivoque lors de la mise en extinction de la PSD au profit de l'APA en 2002, la montée en charge réussie du dispositif invite à interroger aujourd'hui les modalités de son barème et la prise en compte des facultés contributives. La persistance d'une tranche marginale associée à un taux d'effort de 90 % peut poser question quant à l'efficacité générale de la délivrance de la prestation pour les services départementaux (même si la visite à domicile n'a pas seulement la fonction de délivrer la prestation, mais surtout d'apporter un conseil médico-social de proximité). En outre les ménages les plus aisés bénéficient le plus souvent du crédit d'impôt relatif aux services à la personne (voir ci-dessus) qui en divise par deux le reste à charge effectif (sous plafond). De premières options de réforme pourraient consister à moduler à la baisse les seuils de revenus des dernières tranches. Ci-dessous, la mission a modélisé la dégressivité actuelle de l'APA, ainsi que différents scénarios comparatifs.

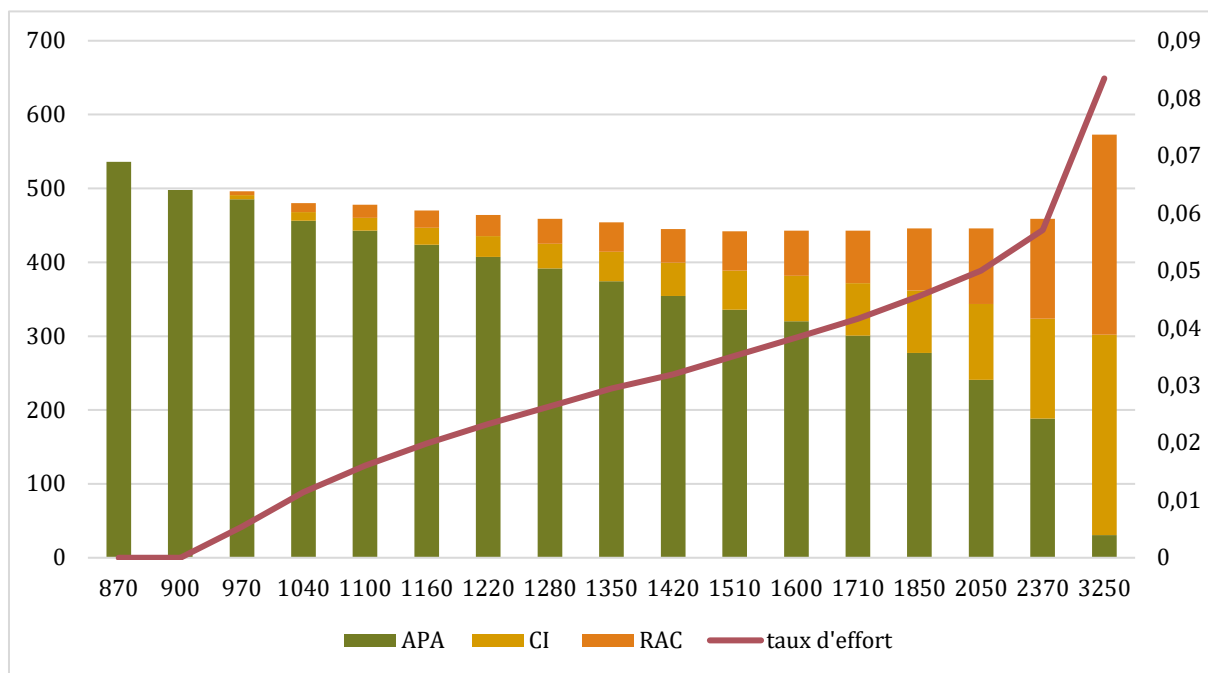
Graphique 4 : Scenario 1 (actuel), répartition des dépenses inscrites et réalisées dans le plan APA à domicile en fonction des ressources du bénéficiaire



Source : Mission, sur base DREES, 1999 mis à jour en 2022, [Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?](#)

- ◆ À titre de comparaison, un premier scénario de réforme pourrait envisager un taux de prise en charge par l'APA à 100 % jusqu'à 918 € de revenu individuel, puis décroissant linéairement jusqu'à atteindre 0 % à 3 382 €. Le crédit d'impôt de 50 % continuerait de s'appliquer sur le reste à charge, dans la limite de 12 000 € de dépenses annuelles³⁰. Ce scénario aurait donc pour conséquence d'augmenter le reste à charge pour les bénéficiaires, d'augmenter le coût pour l'État via le crédit d'impôt, et de diminuer le coût pour les départements. L'économie toutes administrations publiques est estimée à 47 M€.

Graphique 5 : Scénario 2, répartition des dépenses inscrites et réalisées dans le plan APA à domicile en fonction des ressources du bénéficiaire



Source : Évaluation de la mission. Ordres de grandeur.

La mission a examiné cinq scénarios, en observant pour chacun l'effet sur les finances publiques (tableau 7) et l'évolution du taux d'effort pour les bénéficiaires en fonction de leur revenu (graphique 6). En l'absence de données individuelles, ces estimations ont été réalisées par vingtile de revenu, en les supposant homogènes en termes de ressources et de situation familiale. Ces estimations mériteraient donc d'être complétées par des simulations plus fines, par exemple sur la base du modèle Autonomix. Les cinq scénarios étudiés à titre indicatifs sont les suivants :

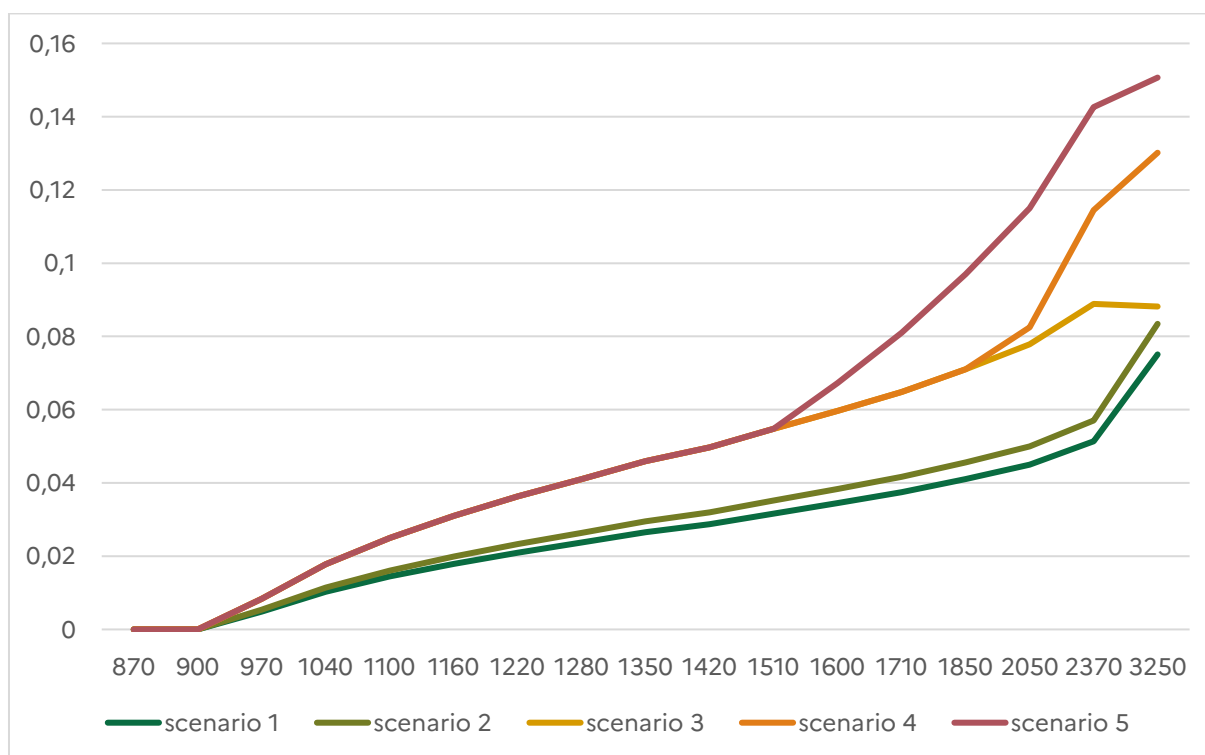
- ◆ scénario 1 (actuel) : taux de prise en charge par l'APA à 100 % jusqu'à 918 € de revenu individuel, puis décroissant linéairement jusqu'à atteindre 10 % à 3 382 €, et stable après. Crédit d'impôt de 50 % sur le reste à charge, plafonné à 12 000 € de dépenses annuelles.

³⁰ La mission a repris les chiffres présentés dans le graphique B de la publication de la DREES « Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? » de 2019 (mise à jour en 2022) pour établir les tranches de ressources équilibrées en nombre de bénéficiaires. Ces tranches ont été construites de façon à représenter une proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile d'environ 5 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Afin de pouvoir évaluer le taux d'APA, le crédit d'impôt et le reste à charge, la valeur médiane de la tranche a été considérée, sauf pour la dernière, ouverte vers l'infini, pour laquelle le montant choisi permet de reconstruire la répartition indiquée par la DREES dans la publication. Au vu de la date ancienne de la publication, ces tranches mériteraient néanmoins d'être réactualisées. Les critères indiqués dans les scénarios sont ensuite appliqués à cette valeur médiane de revenu, en faisant l'hypothèse qu'elle était représentative des revenus du vingtile, et sans tenir des éventuelles différences en termes de composition familiale (qui peuvent notamment influencer sur le plafond de crédit d'impôt). **En tout état de cause, les simulations réalisées ne sauraient constituer que des ordres de grandeurs. Une évaluation plus fine doit être réalisée, par exemple en utilisant le modèle Autonomix.**

Fiche APA

- ◆ scénario 2 : taux de prise en charge par l'APA à 100 % jusqu'à 918 € de revenu individuel, puis décroissant linéairement jusqu'à atteindre 0 % à 3 382 €, et stable après. Crédit d'impôt de 50 % sur le reste à charge, plafonné à 12 000 € de dépenses annuelles.
- ◆ scénario 3 : taux de prise en charge par l'APA à 100 % jusqu'à 918 € de revenu individuel, puis décroissant linéairement jusqu'à atteindre 0 % à 2 500 €, et stable après. Crédit d'impôt de 50 % sur le reste à charge, plafonné à 12 000 € de dépenses annuelles.
- ◆ scénario 4 : taux de prise en charge par l'APA à 100 % jusqu'à 918 € de revenu individuel, puis décroissant linéairement jusqu'à atteindre 0 % à 2 500 €, et stable après. Crédit d'impôt de 50 % sur le reste à charge, plafonné à 3 600 € de dépenses annuelles.
- ◆ scénario 5 : taux de prise en charge par l'APA à 100 % jusqu'à 918 € de revenu individuel, puis décroissant linéairement jusqu'à atteindre 0 % à 2 500 €, et stable après. Crédit d'impôt de 50 % sur le reste à charge, plafonné à 2 000 € de dépenses annuelles.

Graphique 6 : Taux d'effort consacré aux dépenses réalisées dans le cadre du plan APA en fonction du niveau de ressources



Source : Évaluation de la mission. Ordres de grandeur.

Tableau 7 : Effet en termes de dépenses des différents scénarios

	Collectivités	État	Toutes APU
Scénario 1	0	0	0
Scénario 2	-94 M€	+47 M€	-47 M€
Scénario 3	-490 M€	+245 M€	-245 M€
Scénario 4	-490 M€	+146 M€	-345 M€
Scénario 5	-490 M€	+8 M€	-482 M€

Source : Évaluation de la mission. Ordres de grandeur.

Ces scénarios permettent notamment de montrer qu'en jouant sur les deux paramètres que sont la prise en compte des revenus et le plafond du crédit d'impôt, il est possible de baisser les dépenses départementales sans variation du taux de prélèvement obligatoire, en faisant porter l'effort essentiellement sur les plus aisés des bénéficiaires de l'APA à domicile.

Une meilleure appréciation de la faculté contributive des bénéficiaires dans le barème de l'APA pourrait également passer par une prise en compte majorée du patrimoine : sur ce point, le régime de l'APA pourrait être aligné à celui de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées. Actuellement, seuls les revenus et rendements effectifs du patrimoine intègrent en droit, en pratique de manière différente selon les équipes, notamment en fonction des informations mobilisables, le calcul de la base ressources. Pour l'ASPA, certains éléments du patrimoine mobilier et immobilier (hors résidence principale) du bénéficiaire sont fictivement convertis en ressources annuelles par l'application, sur l'assiette obtenue, d'un taux forfaitaire de 3 %³¹. Par exemple, pour un bénéficiaire disposant d'une résidence secondaire de 250 000 €, l'évaluation fictive du rendement s'élèverait à 7 500 € annuels, ce qui correspondrait à une majoration des ressources mensuelles prises en compte pour le calcul de l'APA de 625€. L'article R.132-1 du CASF prévoit en outre que : *« les biens non productifs de revenu, à l'exclusion de ceux constituant l'habitation principale du demandeur, sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis et à 3 % du montant des capitaux »*.

Proposition n° 1 : Réformer le barème de l'APA pour en renforcer la dégressivité, le cas échéant en tenant compte des ressources patrimoniales et en adaptant les critères du crédit d'impôt « services à la personne ».

La mission a estimé qu'une telle réforme pourrait générer un rendement entre 50 et 250 M€ selon le scénario de « barémisation » retenu, voire jusqu'à 500 M€ en l'articulant avec une réforme du crédit d'impôt des services d'aide à domicile.

Cette mesure gagnerait à s'accompagner de la généralisation d'Home +, ainsi que sur la construction d'un flux de données de déclaration d'aide humaine qui en résulterait vers la DGFIP, afin que les avis fiscaux puissent être préremplis pour les bénéficiaires.

1.5.2. La dérogation de l'APA au principe d'obligation alimentaire interroge quant à la portée du Code Civil ainsi qu'à l'équité avec les bénéficiaires de l'ASH

Aujourd'hui et de manière dérogatoire à l'article 205 du Code Civil³², l'APA est versée sans que ne soient recherchés ni mis à contribution les obligés alimentaires des bénéficiaires, à l'inverse de l'ASH, avec laquelle elle se cumule dans la moitié des cas pour les bénéficiaires de l'APA-E. Cette dérogation de portée législative³³, qui existe pour quasiment toutes les autres prestations sociales (elle subsiste uniquement pour l'ASH), avait pour objectif lors de la création de l'APA de favoriser le recours à cette prestation, le recours à la PSD ayant été limité par la possibilité de recours sur succession, et de rendre cette prestation universelle. Cette disposition toutefois crée une forme de « double gain virtuel » pour les demandeurs et leur entourage :

- ♦ **un premier gain « d'éligibilité par défaut »** relatif au versement inconditionnel de l'aide pour le bénéficiaire. La prise en compte des ressources financières des obligés pour estimer la capacité du demandeur et de sa famille à prendre en charge sa perte d'autonomie n'est par essence pas questionnée ;

³¹ Article R. 815-22 du Code de la sécurité sociale.

³² « Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin ».

³³ [Article L232-24](#) du CASF : « L'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du code civil ».

- ♦ **un second gain de montant**, relatif à l'absence de participation financière des obligés proportionnellement à leurs ressources ; si une obligation alimentaire était introduite, les obligés dont le parent serait toujours éligible à l'APA seraient tenus de participer à la prise en charge de la perte d'autonomie de ce dernier, qu'il s'agisse d'un maintien à domicile ou d'une prise en charge de la dépendance en établissement.

Réciproquement, la dérogation de l'APA au Code civil et au principe général posé par le code de l'action sociale et des familles³⁴ induit une perte de recettes équivalentes pour les départements, de même qu'une charge administrative au titre du traitement complet de demandes pour lesquelles les solidarités familiales auraient pu être mobilisées en première intention.

L'introduction d'une obligation alimentaire pourrait se justifier dès lors par les enjeux suivants :

- ♦ l'effectivité de la portée des dispositions du Code civil. En effet, la dérogation de l'APA ainsi que de la quasi-totalité des prestations sociales va jusqu'à poser la question du maintien de l'obligation alimentaire comme obligation civile générale ;
- ♦ l'équité entre les bénéficiaires de l'APA-D et ceux de l'ASH (certes pour le seul tarif hébergement). En effet, une personne hébergée en établissement disposant de faibles ressources verra ses obligés alimentaires mobilisés, alors que les descendants de la même personne à domicile ne sera pas soumis à l'obligation alimentaire Cette équité est sous-tendue par l'article L.116-1 CASF qui garantit le principe d'égalité et de continuité de traitement « *Toute personne a droit à une prise en charge adaptée de ses besoins dans le respect de l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire* » ;
- ♦ la garantie d'un « filet de sécurité » des solidarités familiales, dans la mesure où la décohabitation géographique entre enfants et parents ³⁵peut limiter la capacité de ces premiers à intervenir physiquement en tant qu'aidants. La mise en place d'une obligation alimentaire contribuerait de la sorte à maintenir le principe moral et légal de secours des enfants envers leurs parents, ainsi qu'à garantir la mobilisation équitable des membres d'une fratrie, que ces derniers soient en mesure ou non de porter secours comme aidants.

À l'inverse, l'introduction de l'obligation alimentaire présenterait plusieurs limites :

- ♦ elle reviendrait sur un des fondements de l'APA, conçue comme une prestation universelle, sans obligation alimentaire, à la différence de la PSD ;
- ♦ elle risquerait d'accroître le non-recours à l'aide, tandis que l'objectif global de la politique de l'autonomie est d'encourager la prévention et la prise en charge la plus précoce et large afin de limiter d'importants coûts évités une fois atteint un niveau de dépendance avancé. A titre d'illustration, la DREES estime actuellement que le taux de non-recours à l'ASH est de 73% . Il faut toutefois souligner que ce non-recours s'agissant de l'ASH n'est pas uniquement lié à l'obligation alimentaire, mais aussi au principe de recours sur succession, et plus généralement au manque de lisibilité de cette aide. Par ailleurs, il est pour partie choisi ;
- ♦ elle serait susceptible d'induire pour les départements des coûts de gestion supplémentaires significatifs. L'exemple de l'ASH montre en effet que la recherche des obligés alimentaires est coûteuse en gestion (*cf. supra*, annexe VIII). Toutefois, ces coûts, tout comme ceux de l'ASH, pourraient être largement rationalisés par l'automatisation des flux de données fiscales et bancaires, par ailleurs recommandée par la mission et déjà partiellement en cours de déploiement parmi les départements.

³⁴ Article L132-6 du CASF : « Les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 205 et suivants du code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer aux postulants et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais ».

³⁵ IPP, 2023, Vieillir à domicile.

En tout état de cause, si elle venait à être mise en œuvre, l'introduction d'une obligation alimentaire devrait être **assortie d'un cadre juridique** permettant d'informer et de protéger le demandeur et ses obligés, tout comme les services départementaux. Ce cadre devrait notamment prévoir :

- ♦ **un échange pérennisé de flux fiscaux élargis**, comprenant l'avis d'impôt, de taxe foncière et d'accès à la base FICOBA (comptes bancaires) du demandeur ainsi que ceux de ses obligés alimentaires. L'article L. 158 du livre des procédures fiscales prévoit à ce titre une dérogation au secret fiscal pour les informations nécessaires à l'admission ou à la radiation d'une quelconque forme d'aide sociale ;
- ♦ **un barème national³⁶, qui serait cohérent avec celui que la mission propose pour l'ASH, afin de déterminer de manière transparente la contribution des obligés.** Pour l'heure, chaque département a établi s'agissant de l'ASH son propre barème pour déterminer la somme due par les obligés alimentaires. S'il peut figurer au RDAS, la mission a constaté que ce barème n'est parfois ni formalisé, ni communiqué auprès du public, ce qui alimente les recours contentieux. Un barème cohérent et national, défini de manière réglementaire pour les deux aides, en cohérence, rétablirait l'égalité entre citoyens entre les deux aides et sur l'ensemble du territoire. De même, il réduirait le risque et la charge contentieuse pesant sur les départements. Dans un objectif de simplicité de la procédure, ce barème pourrait seulement prendre en compte les revenus des OA, auxquels seraient appliquées des charges forfaitaires. Le montant de participation décidé par le département sur la base de ce barème serait directement exécutoire, à la date d'ouverture du droit à l'aide sociale, l'OA conservant bien entendu la possibilité de recours gracieux devant le département, ou contentieux devant le juge.

Proposition n° 2 : Étudier dans plusieurs départements une mesure visant à introduire une obligation alimentaire pour l'APA pour simuler les effets (coût de gestion, délais de traitement, enjeux et transferts financiers).

³⁶ Le cas échéant complété par des dispositions extralégales (au sens de l'[article L121-4](#) du CASF : « *Le conseil départemental peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations mentionnées à l'article L. 121-1. Le département assure la charge financière de ces décisions* » qui permettent d'utiliser des barèmes départementaux moins stricts, à la décision et sur le budget du département.

1.6. Le financement de l'APA repose d'une part sur les ressources départementales, et d'autre part sur deux compensations de la CNSA régies par des règles peu lisibles. Cette complexité excessive a vocation à être simplifiée dans le cadre de la réforme de la fusion des concours

Deux principales sources de financement couvrent les dépenses d'APA. **Les concours de la CNSA sont eux-mêmes subdivisés en un concours APA 1 originel et un concours APA 2**, créé par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) ;

- ◆ **le concours « APA 1 » est financé à hauteur de 7,7 % de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), par la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), et par une fraction du produit de la contribution sociale généralisée.** Les règles de versement conduisent à des taux de couverture, soit des ratio concours CNSA/dépenses d'APA, hétérogènes entre les départements. Elles reposent sur la prise en compte des critères suivants :
 - le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans dans le département (variable entrant pour 100 % dans le calcul de la dotation du département),
 - la dépense d'APA du département (40 %) ;
 - le potentiel fiscal corrigé du département (-50 %) ;
 - le nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active dans le département (10 %).
 - le critère dit « correctif » : l'application de ce critère est déclenchée lorsque la part des dépenses (nettes du concours) dans le potentiel fiscal est supérieure à 30 %. Dans ce cas, la part des dépenses dépassant le seuil de 30 % est répartie entre les autres départements.
 - Pour les collectivités d'outre-mer, une quote-part est instaurée par la loi ASV et déterminée en fonction du nombre de bénéficiaires de l'APA. Le calcul ne tient pas compte du potentiel fiscal. En contrepartie, le critère population est pondéré à hauteur de 50 %, celui des dépenses d'APA à 20 % et le critère du nombre de foyers bénéficiaires du RSA dans la collectivité est pondéré à hauteur de 30 %.
- ◆ **le montant du concours « APA 2 » est déterminé selon les dispositions de l'article R. 178-8, par la différence entre le montant des dépenses sur le périmètre de la France entière d'APA à domicile 2015 et celui des dépenses du même périmètre au titre de l'année de répartition (2022), augmentées de 25,65 M€.** La répartition entre les départements est calculée en appliquant la part de chaque département dans la charge nouvelle, estimée ex-ante par le ministre chargé des personnes âgées (décret n°2016-212 du 26 février 2016).

Pour chacun des deux concours APA, la CNSA verse chaque mois un acompte aux départements, dont la totalité correspond à 90 % du concours prévisionnel par département. Les acomptes sont versés en année N. Les soldes de chaque département sont calculés une fois mis à jour les critères de calcul des deux concours. Ils sont donc versés en septembre de l'année suivante (N+1). En 2022, le concours « APA 1 » s'élevait à 2,165 milliards d'euros et le concours APA II s'élevait à 472,59 millions d'euros. En 2023, le concours « APA 1 » est estimé à 2,212 milliards d'euros. La prévision pour le concours « APA 2 » est de 481 millions d'euros³⁷.

³⁷ CNSA, www.cnsa.fr.

En outre, la LFSS 2025 prévoit que le calcul du niveau de compensation des départements s'appuie sur les dépenses constatées et non plus sur les recettes de la branche. Il s'agit, selon la CNSA, de proposer « *une meilleure visibilité pour les collectivités territoriales et un taux de couverture qui n'a plus vocation à s'éroder* »³⁸. Ainsi, l'augmentation de 200 millions d'euros des concours devrait permettre de maintenir le taux de compensation des dépenses des départements à son niveau de 2024. Par ailleurs, une des avancées majeures de la loi est la fusion des sections soins et dépendance en Ehpad. Cette expérimentation, qui a lieu dans 23 départements, doit courir jusqu'à fin 2026, est copilotée avec les Départements de France. Afin de faire face à cette dépense, la CNSA doit percevoir **une nouvelle recette, à savoir une fraction de taxe sur les conventions d'assurance dès 2025. Le budget prévisionnel 2025 de la CNSA prévoit enfin un fonds de soutien à la mobilité à destination des professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile, à hauteur de 100 millions d'euros, ainsi qu'un fonds d'urgence pour accompagner les Ehpad et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en difficulté à hauteur de 300 millions d'euros.**

L'autre partie du financement provient des ressources départementales (de l'ordre de 3,5 à 4 Md€ en 2022), via de la fiscalité locale (DMTO), des transferts de fiscalité (TVA notamment) et des dotations de l'État. Le reste à payer des départements au titre de l'APA, net des concours de la CNSA, représente dès lors, en valeur médiane, plus de 9 % des dépenses de ces derniers en 2023.

Tableau 8 : Part des dépenses d'APA parmi les dépenses nettes des départements (2023)

Médiane	Q1	Q3	Q3/Q1
9,3 %	8 %	10,7 %	1,34

Source : Données DREES pour la partie relative aux aides ; données DGCL pour la partie relative aux finances locales. Calculs de la mission.

À titre d'exemple, dans l'Orne, l'APA représente environ 10 % des dépenses du département (équivalent RSA), soit 46 M€. Sur ces 46 M€, 20 M€ sont couverts par des dotations de la CNSA.

2. Après une montée en charge dynamique la première décennie suivant son lancement, l'APA connaît aujourd'hui une phase de stabilisation qui ne doit pas occulter le pic démographique à venir à partir de 2030

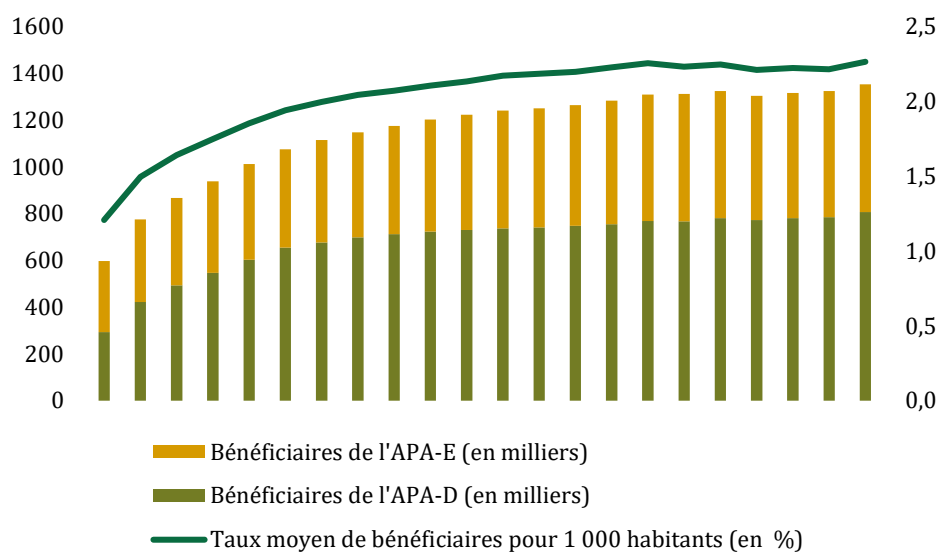
2.1. La dynamique actuelle de l'APA, témoin de la maturité du dispositif, suit de près les évolutions démographiques

Depuis 2015, le recours à l'APA apparaît stable, après une première décennie de montée en charge soutenue (+ 4 % de croissance annuelle moyenne depuis 2002). Le nombre de bénéficiaires de l'APA a connu une baisse inédite lors de la crise sanitaire en 2020 (-1,5 % entre 2019 et 2020) ; il évolue depuis de nouveau à la hausse (+0,8 % en 2021, +0,6 % en 2022). L'APA représente plus de 90 % des aides sociales aux personnes âgées. En décembre 2022, plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficient de l'APA., et 7,2 % s'agissant de la population âgée de 60 ans. En comparaison, 3,1 millions de personnes de plus de 60 ans vivant à domicile déclarent présenter au moins une limitation fonctionnelle sévère³⁹. On peut donc estimer que l'APA à domicile rencontre aujourd'hui 42 % de son public cible.

³⁸ CNSA, 2025, [Communiqué du Conseil de la CNSA du 27 03 2025](#).

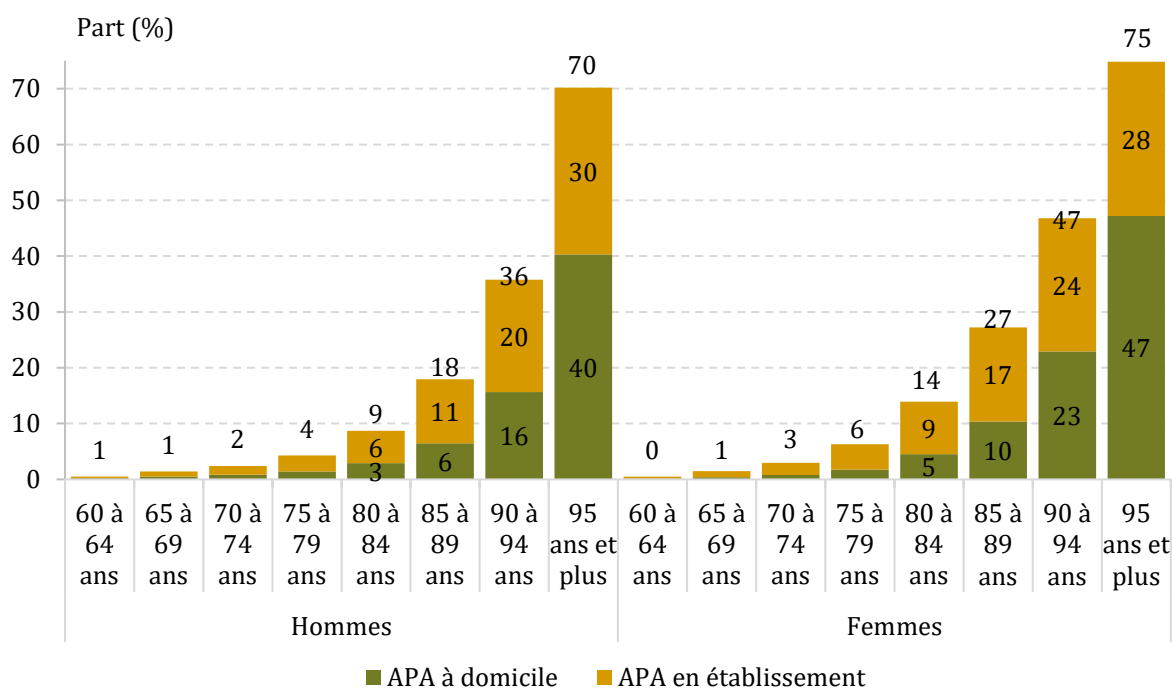
³⁹ DREES, 2024, Enquête Aide sociale.

Graphique 7 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA (2002-2023)



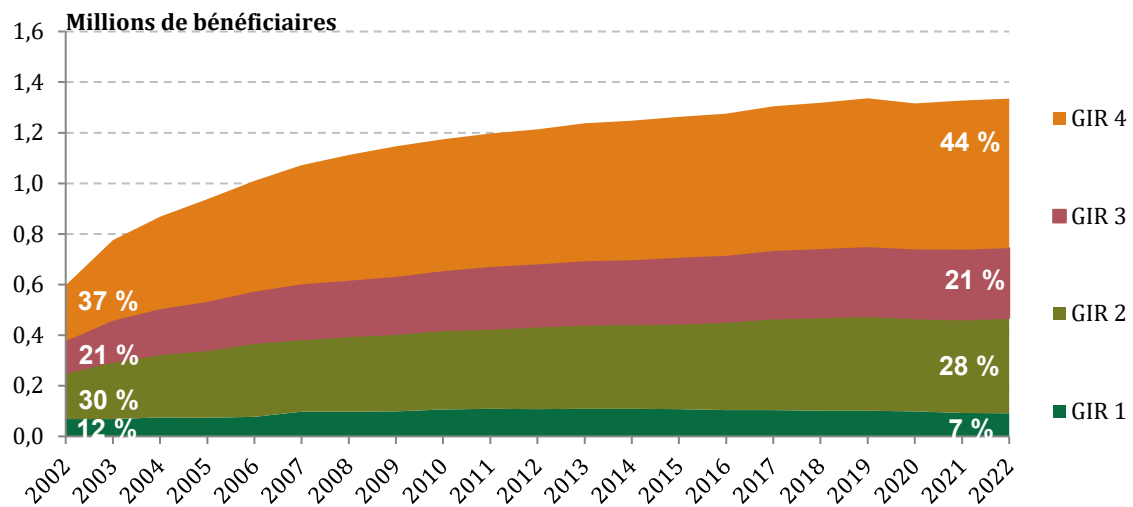
Source : Mission, d'après DREES, Enquête Aides sociales.

Graphique 8 : Part des bénéficiaires de l'APA dans la population de plus de 60 ans, en 2022



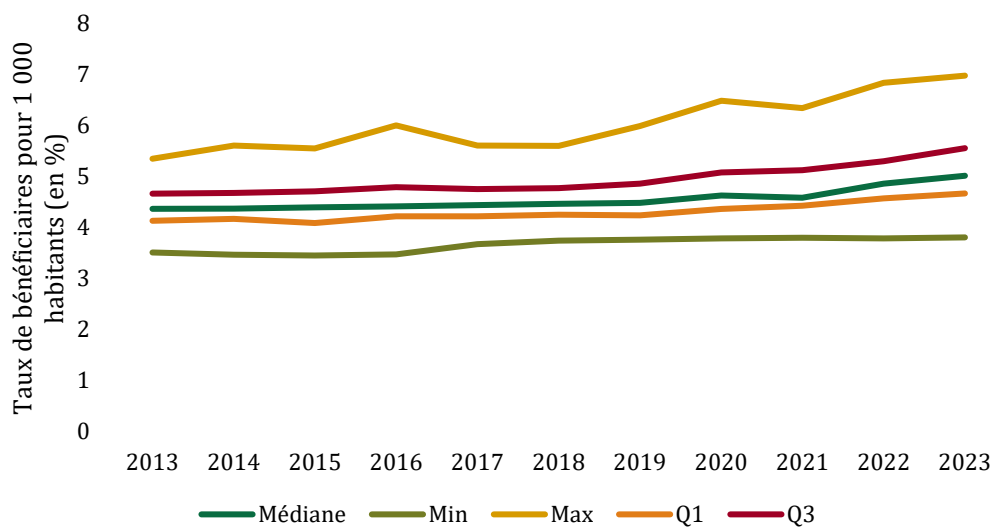
Source : Sécurité sociale, CNSA, 2023, PLACSS.

Graphique 9 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA par GIR



Source : CNSA, 2023, PLACSS.

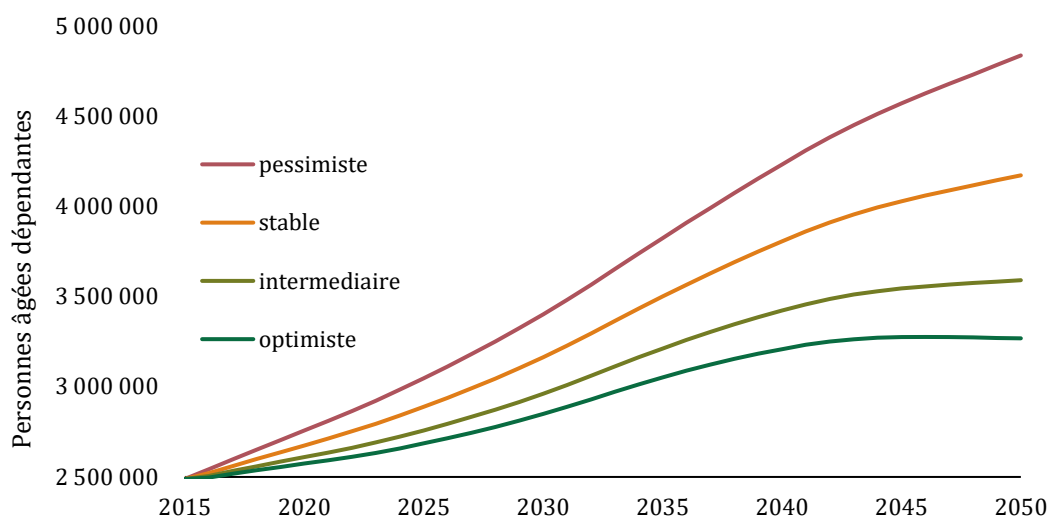
Graphique 10 : Évolution du taux de bénéficiaires par habitant (densité de l'aide)



Source : DREES, 2024, Enquête Aide sociale.

La stabilité actuelle de l'APA ne doit pour autant pas occulter le pic démographique attendu pour la décennie 2030, poussé par le vieillissement des « babyboomers ». En 2025, la France compte plus de 19 millions de personnes âgées de 60 ans et plus, dont 2 790 000 considérées comme en situation de perte d'autonomie, soit 4 % de la population nationale. En 2030, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait atteindre, d'après les prévisions de la DREES, plus de 3 millions dans un scénario stable, plus de 3,8 millions en 2040, et près de 4,2 millions en 2050.

Graphique 11 : Scénarios de la perte d'autonomie à horizon 2050



Source : DREES-INSEE, 2024, Nombre de seniors dépendants de 2015 à 2050 - modèle EP24.

Les modèles de projection et de microsimulation de la DREES sur les seniors en perte d'autonomie permettent de fournir une estimation de l'évolution des montants d'APA entre 2023 (dernier millésime disponible pour l'enquête Aide sociale de la DREES) et 2030 : **le montant d'APA versé (à domicile et en établissement) augmenterait de 17,2 %, soit une augmentation de 1 198 millions d'euros⁴⁰.**

En poursuivant les tendances récentes en termes d'évolution de l'espérance de vie (scenario pessimiste de l'Insee) et en suivant l'hypothèse selon laquelle les gains d'espérance de vie sont entièrement des gains d'espérance de vie sans incapacité, hypothèse « intermédiaire » du modèle Livia), **le nombre de seniors en perte d'autonomie augmenterait de 9,9 % entre 2023 et 2030.** La perte d'autonomie est estimée ici à partir d'une définition « épidémiologique » et ne se traduit pas automatiquement par le bénéfice de l'APA.

De plus, dans un contexte de virage domiciliaire, c'est-à-dire en considérant que le nombre de créations de places en hébergement pour personnes âgées est limité (+0,7 % par an), mais en faisant l'hypothèse que les seniors en perte d'autonomie (en particulier, sévère) sont accueillis en priorité en établissement, et que tous les seniors en perte d'autonomie accueillis en établissement sont bénéficiaires de l'APA, **le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement augmenterait de 8,2 %**, sous réserve que des places y soient disponibles. En effet, sous contrainte de places en établissement (gel, latences entre décisions d'équipement et mise à disposition en vue de l'accueil), une partie des seniors en perte d'autonomie (modérée) restent à domicile ou sont accueillis en habitat intermédiaire (résidence autonomie) où ils sont éventuellement bénéficiaires de l'APA à domicile. La proportion de seniors bénéficiaires de l'APA parmi les seniors en perte d'autonomie (déclinée par région) est supposée constante dans le temps. **La proportion de seniors en perte d'autonomie sévère (GIR 1 ou 2) dans l'ensemble des bénéficiaires de l'APA resterait inchangée entre 2023 et 2030 : 36 % des bénéficiaires de l'APA seraient en perte d'autonomie sévère (19 % à domicile, et 61 % en établissement).**

⁴⁰ DREES, 2025, modèle Livia.

Tableau 9 : Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en 2030

	2023	2030	Évolution 2023-2030
Nombre de bénéficiaires de l'APA	1 351 000	1 479 000	+9,5 %
En perte d'autonomie sévère (GIR 1 et 2)	473 000	516 000	+9,2 %
En perte d'autonomie modérée (GIR 3 et 4)	878 000	963 000	+9,7 %
À domicile	805 000	889 000	+10,5 %
En perte d'autonomie sévère (GIR 1 et 2)	161 000	177 000	+10,2 %
En perte d'autonomie modérée (GIR 3 et 4)	644 000	712 000	+10,5 %
En établissement	546 000	590 000	+8,2 %
En perte d'autonomie sévère (GIR 1 et 2)	312 000	339 000	+8,7 %
En perte d'autonomie modérée (GIR 3 et 4)	234 000	251 000	+7,5 %

Source : DREES, 2024, enquête Aide sociale, modèle Livia.

En 2023, les dépenses d'APA s'élèvent à 6 986 millions d'euros (4 293 millions d'euros pour l'APA à domicile, et 2 693 millions d'euros pour l'APA en établissement). Sous l'effet - principalement - de la hausse du nombre de bénéficiaires, **ces dépenses augmenteraient progressivement pour atteindre 8 184 millions d'euros pour l'année 2030 (soit une augmentation de 1 198 millions d'euros).**

La croissance des montants versés (+17,2 %) résulte de la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA (+9,5 %), ainsi que de celle du coût moyen de l'APA versé à chaque bénéficiaire (+5,3 % à domicile ; +9,5 % en établissement) due à la hausse des prix et des seuils réglementaires :

- ♦ en établissement, la hausse du coût moyen est due à l'augmentation des tarifs des établissements (en particulier dans le secteur privé commercial) dont la tendance récente est prolongée jusqu'en 2030 ;
- ♦ à domicile, la hausse du coût moyen est liée à l'augmentation des tarifs d'intervention des aides à domicile dont les tendances récentes sont prolongées jusqu'en 2030. Les tarifs plancher des heures d'intervention, et les plafonds des plans d'aide augmentent avec la majoration tierce personne (MTP) dont l'évolution est indexée sur une prévision d'inflation. La croissance du coût moyen est limitée par le fait que la croissance prévue des pensions (et donc de la participation des seniors au financement de leur plan d'aide) est supérieure à celle de l'inflation (et donc des plans d'aide).

Les simulations sont assises sur l'observation des plans d'aide accordés en 2017 (remontées individuelles des bénéficiaires de l'APA de 2017 fournies par les conseils départementaux) et sur une enquête auprès des résidents des établissements pour personnes âgées en 2016 (enquête CARE, DREES). Les simulations n'intègrent pas de changement de comportements qui pourraient avoir eu lieu (modification dans la composition des plans d'aide accordés par les départements ou dans la gamme des établissements fréquentés).

Tableau 10 : Projection des montants d'APA versés en 2030

	Montant 2023 (en millions d'euros courants)	Montant 2030 (en millions d'euros courants)	Evolution 2023- 2030 (%)	Évolution 2023-2030 (en millions d'euros courants)
APA total	6 986	8 184	+17,2 %	+1 198
APA à domicile	4 293	4 993	+16,3 %	+700
APA en établissement	2 693	3 191	+18,5 %	+498

Source : DREES, 2024, enquête Aide sociale, modèle Livia.

Sur la période 2017-2023, l'estimation d'évolution du montant total de l'APA simulée à partir des modélisations utilisées **(+17,4 %)** sous-estime l'évolution réellement observée (+18,8 %). En particulier, l'évolution du coût moyen à domicile est sous-estimée (+12,4 % simulé contre +16,4 % observé). L'évolution du nombre de bénéficiaires a – au contraire – été surestimée : les créations de places ont été moins importantes que prévu par le modèle et la baisse du taux d'occupation des établissements ne pouvait pas être anticipée.

Tableau 11 : Évolutions 2017-2023 et estimations issues des modèles

	Évolutions observées			Évolutions simulées, issues des modèles		
	Nombre de bénéficiaires	Coût moyen par bénéficiaire	Montant d'APA total	Nombre de bénéficiaires	Coût moyen par bénéficiaire	Montant d'APA total
APA total	+4,1 %	+14,0 %	+18,8 %	+6,6 %	+10,1 %	+17,4 %
APA à domicile	+6,1 %	+16,4 %	+23,5 %	+7,1 %	+12,4 %	+20,4 %
APA en établissement	+1,3 %	+9,3 %	+10,8 %	+5,9 %	+6,8 %	+13,1 %

Source : DREES, 2024, enquête Aide sociale, modèle Livia.

2.2. La prévalence de l'APA s'explique aux trois quarts par les caractéristiques démographiques des populations des départements

Les bénéficiaires de l'APA à domicile sont 20 % à être très dépendants, c'est-à-dire évalués en GIR 1 ou 2. Au 31 décembre 2019, 10 600 structures médicosociales d'hébergement pour personnes âgées proposent 760 000 places d'accueil. L'augmentation des capacités d'accueil constatée depuis 2007 est plus modérée après 2015, sauf pour les résidences autonomie (+4 % au cours des quatre dernières années). Entre 2015 et 2019, les personnes accueillies sont aussi nombreuses, mais plus âgées et plus dépendantes en moyenne. Fin 2019, 85 % des résidents sont en perte d'autonomie évaluée au sein des GIR 1 à 4.

La répartition hommes/femmes des bénéficiaires de l'APA montre une surreprésentation des femmes sur l'ensemble du territoire. La répartition par tranche d'âge et par GIR montre quant à elle la logique du lien entre avancée en âge et perte d'autonomie.

L'entrée dans l'APA se fait majoritairement après 70 ans, et notamment après 75 ans, qui semble être l'âge le plus fréquent pour le début de la perte d'autonomie. Toutefois, les GIR 4, les plus autonomes, restent majoritaires quelle que soit la tranche d'âge. L'aggravation de la perte d'autonomie peut donc survenir très tardivement.

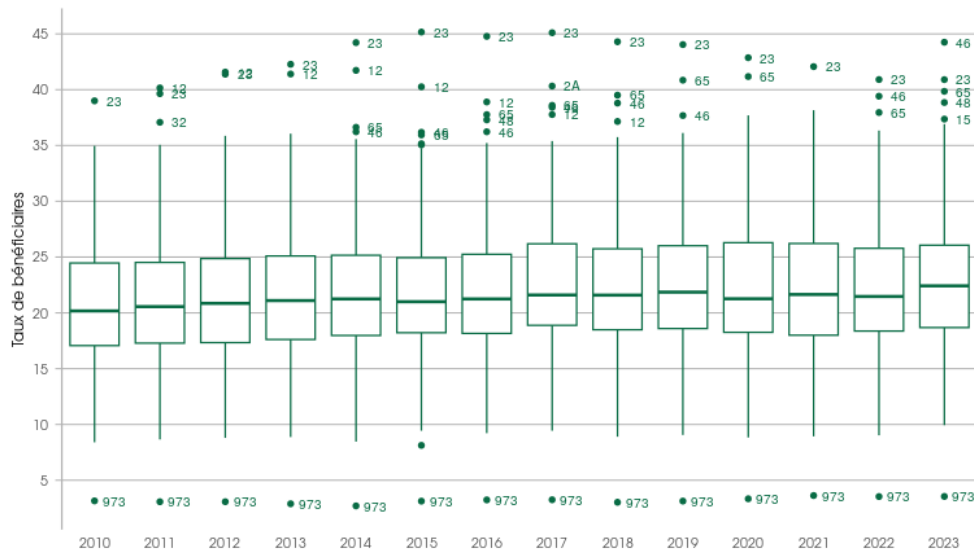
Le maillage des commerces, des transports et la possibilité d'aides de voisinage peut constituer une alternative à l'APA. Les territoires ruraux, moins denses et avec moins de services accessibles à proximité sans véhicule incitent à recourir à une aide qui permet de compenser ces manques. De même, pour des personnes isolées, il est plus facile de conserver du lien social et des activités permettant le maintien de l'autonomie à Paris qu'en zone rurale.

Enfin, la prévalence de l'APA au regard des caractéristiques socio-économiques des populations illustre un phénomène de non-recours choisi lié aux revenus : pour les personnes dont les taux de participations sont supérieurs à 90 %, l'intérêt financier de l'APA devient résiduel en regard des démarches à accomplir. Une partie des plus riches choisissent donc d'assurer le maintien à domicile de leurs proches eux-mêmes, dans des foyers qui pour la plupart recourraient déjà à des aides à domicile.

La distribution départementale des bénéficiaires de l'APA en volume ainsi que rapportés à 1 000 habitants est par ailleurs relativement dispersée. Le taux de bénéficiaires varie de 9 pour 1 000 habitants dans les Hauts-de-Seine à 44 pour 1 000 habitants dans le Lot, pour une moyenne nationale de 20.

De plus, d'après l'analyse statistique présentée en annexe III, 71 % des disparités dans le taux de bénéficiaires s'expliquent par les caractéristiques sociodémographiques des populations, et 53 % de ces disparités, s'agissant du montant par bénéficiaire. Ces proportions augmentent légèrement (respectivement 77 % et 58 %) lorsqu'on y ajoute les caractéristiques des départements, ce qui signifie que le niveau général de richesse d'un département influe peu sur l'intensité comme sur la densité de l'aide. Celles-ci sont par ailleurs stables au cours du temps. Néanmoins, les évolutions sont divergentes entre départements, certains comme l'Aveyron tendant à se rapprocher de la moyenne nationale tandis que d'autres comme le Lot et les Hautes-Pyrénées tendant à s'en écarter.

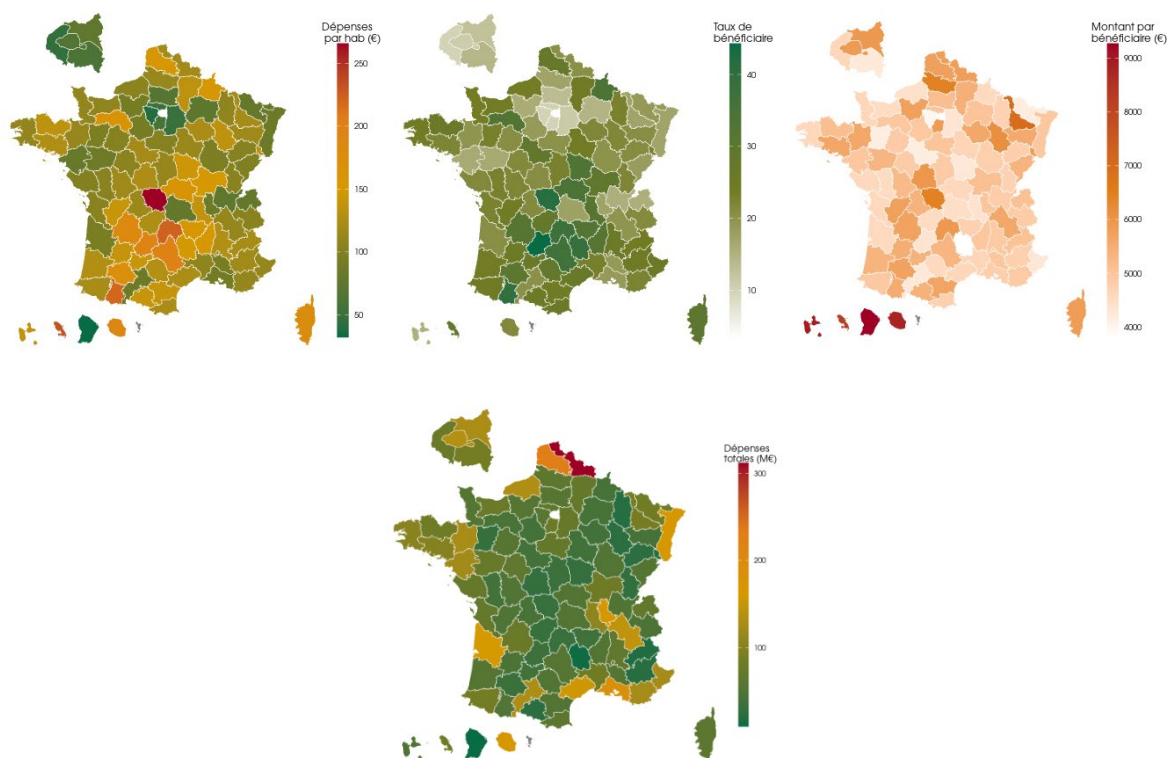
Graphique 12 : Évolution de la densité départementale des bénéficiaires de l'APA (‰)



Source : Mission, d'après DREES, 2024, Enquête Aides sociales. Densité définie comme le nombre de bénéficiaires de l'APA (APA-D et APA-E) rapportée à la population générale du département et exprimée en ‰.

Comme pour l'AAH, les disparités entre départements sont plus faibles dans le cas de l'APA en termes de montant moyen par bénéficiaire qu'en termes de nombre de bénéficiaires, et a fortiori de dépenses totales.

Graphique 6 : Décomposition des disparités territoriales (APA)



Source : Mission, d'après DREES, 2024, Enquête Aides sociales.

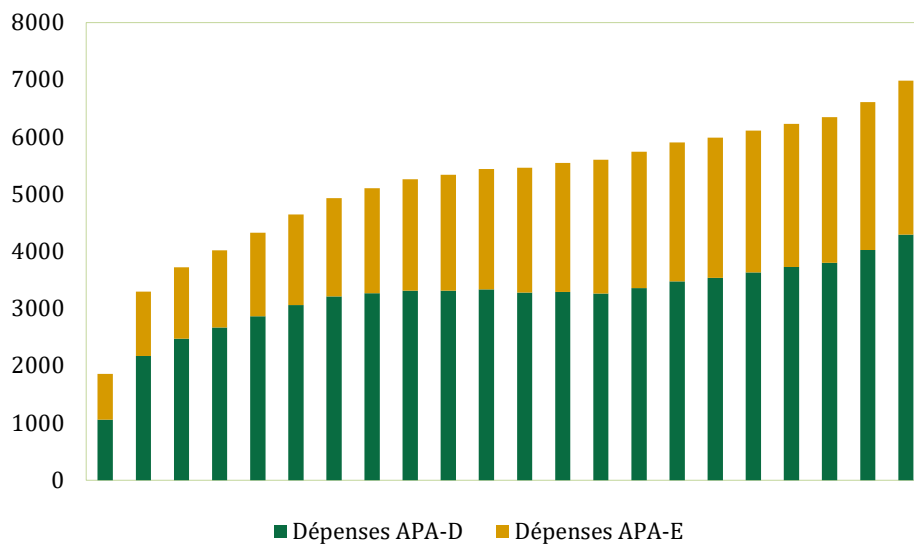
L'analyse des disparités de taux de bénéficiaires (cf. supra) fait ressortir que :

- ◆ **les variables socio-démographiques et d'offre de soins intégrées dans le modèle expliquent 77 % des disparités de taux de bénéficiaires de l'APA.** Ces disparités s'expliquent principalement par la structure démographique : une hausse de 10 points de l'indice de vieillissement (soit une hausse de 10 points de pourcentage de la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus relativement à la proportion de personnes âgées de 20 ans ou moins) augmente le nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 1,13 (pour rappel, le taux moyen est de 23 bénéficiaires pour 1000 habitants) ;
- ◆ le niveau de vie médian tend en revanche à diminuer le taux de bénéficiaires de l'APA : un niveau de vie médiane de 1000 € supplémentaire se traduit par une baisse de 1 point du taux de bénéficiaire de l'APA ;
- ◆ la prévalence de la perte d'autonomie est approximée par des variables traduisant les conditions de vie, telles que l'espérance de vie des hommes à la naissance ou la part des agriculteurs retraités dans la population. Ces variables ont un impact modeste et non significatif sur les disparités territoriales, tout comme la part des personnes âgées vivant seules ;
- ◆ la structuration de l'offre de soins sur le territoire influence également le taux de bénéficiaires de l'APA : une augmentation de 10 places du taux d'équipement en EHPAD augmente en moyenne le nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 1,2 ;
- ◆ le potentiel financier par habitant des départements, ainsi que la part de personnes âgées recevant de l'aide informelle semblent avoir un effet significatif léger sur la marge extensive de l'APA.

2.3. Outre un effet-volume peu marqué, les dépenses d'APA sont poussées par le rehaussement des plafonds d'aide ainsi que par les revalorisations des tarifs d'aide humaine

L'évolution des dépenses entre 2002 et 2023 est principalement corrélée à l'évolution du nombre de bénéficiaires (effet-volume). Toutefois, un effet-prix s'observe également, poussé par les évolutions législatives : la loi ASV de 2015 a augmenté les plafonds par GIR et minoré le taux de participation des plus gros plans d'aide. Le Ségur de la santé de 2020 a quant à lui majoré le coût de l'aide humaine qui constitue le premier poste de dépense des plans d'aide. Les dépenses d'APA-D ont progressé, depuis 2020, en moyenne de 4 % par an, tandis que les dépenses d'APA-E ont progressé de 2 %. Ces évolutions contrastent avec la hausse de 14 % des dépenses observée entre 2017 et 2023.

Graphique 13 : Évolution des dépenses d'APA, en millions d'euros (courants)



Source : Mission, d'après DREES, 2024, Enquête Aides sociales.

Hors DROM, les montants moyens par bénéficiaire varient d'un facteur 2, pour une moyenne nationale de 5 100 € annuels. Les disparités départementales de dépenses d'APA proviennent donc principalement des disparités de taux de bénéficiaires, plus que de montant moyen par bénéficiaire. Malgré le caractère fortement individualisé des plans d'aides, leur montant moyen est relativement homogène entre les départements. **Néanmoins, les disparités de montants d'aide par bénéficiaire sont moins bien expliquées par les caractéristiques socio-démographiques des populations et des départements (elles le sont à hauteur de 58 %), relativement aux taux de bénéficiaires (cf. supra).**

La différence dans le montant individuel du plan d'aide peut se justifier par plusieurs facteurs, tels que :

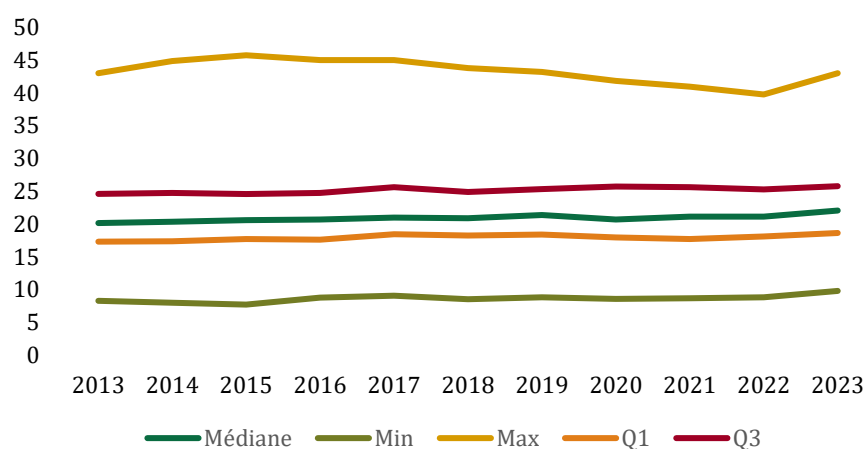
- ◆ le montant de financement horaire accordé par chaque département (ex : 19,67 €/heure sur Paris pour du prestataire⁴¹) ;
- ◆ la répartition des dépenses d'APA selon la proportion prestataire, mandataire et emploi direct (ou les niveaux de financements différents) ;
- ◆ par l'existence ou non de barèmes extra légaux dans les départements ;
- ◆ le niveau moyen de ressources des usagers ;

⁴¹ Montant avant la mise en place des tarifs-planchers.

- ◆ le niveau moyen de dépendance évalué ;
- ◆ la disponibilité de l'offre, en particulier en milieu rural, joue négativement sur le taux de consommation individuel du plan d'aide et partant, son montant ;
- ◆ contrôlé des autres caractéristiques, le nombre de bénéficiaires de l'APA est négativement corrélé au montant par bénéficiaire, ce qui suggère une contrainte budgétaire pesant sur les départements : 10 bénéficiaires de l'APA en plus pour 1000 habitants est associé à un montant moyen par bénéficiaire inférieur de 8 %.

Certains des départements ruraux et en tension rencontrés par la mission confirment intégrer une contrainte budgétaire, en proposant « *au plus juste* » les aides techniques ou en fixant des plafonds d'heures pour des types d'aide humaine qu'ils jugent moins prioritaires. Ainsi, un département visité a introduit un forfait ménage maximum limité à 8 heures.

Graphique 14 : Évolution du montant d'APA par bénéficiaire en k€ (intensité de l'aide)



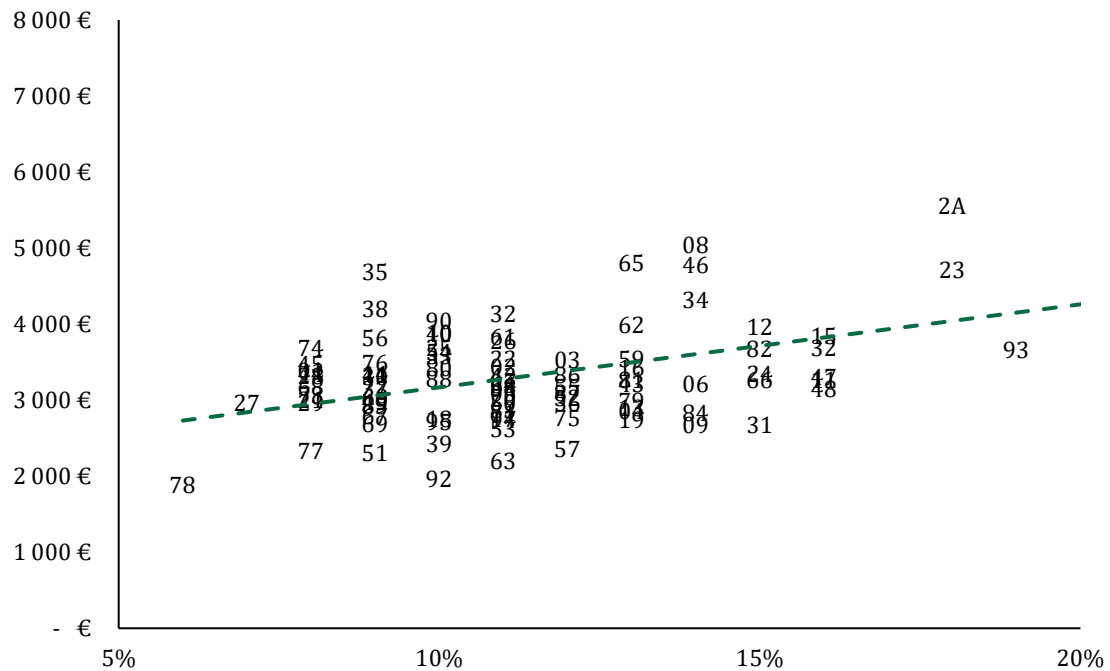
Source : DREES, 2024, Enquête Aide sociale.

L'analyse des disparités de montants moyens versés par bénéficiaire fait ressortir que :

- ◆ le modèle spécifié pour expliquer les disparités de montants moyens d'APA⁴² par bénéficiaire performe un peu moins bien que pour le taux de bénéficiaires : 58 % des disparités sont expliquées par les variables retenues. Le calcul des montants d'APA notifiés tenant compte de caractéristiques individuelles, il n'est pas étonnant que les données agrégées utilisées au niveau départemental ne permettent pas de rendre compte de tous les critères pris en compte dans le calcul des montants par bénéficiaire ;
- ◆ le montant d'APA étant conditionné aux revenus, le taux de pauvreté des personnes âgées est un déterminant très significatif, bien que d'effet modeste, du montant moyen d'APA par bénéficiaire : une augmentation de 1 point de pourcentage du taux de pauvreté se traduit par une augmentation du montant moyen par bénéficiaire de 1 % (soit en moyenne 52 €) ;

⁴² APA-D et APA-E confondues. Une analyse séparant l'APA à domicile et l'APA en établissement est présentée *infra* dans l'annexe.

Graphique 15 : Dépenses d'APA par bénéficiaire (GIR 1 à 4) et taux de pauvreté des 75 ans et plus



Source : CNSA, 2024.

- ♦ le taux d'équipement en EHPAD n'a pas d'effet sur le montant moyen par bénéficiaire. Néanmoins, l'effet attendu n'est pas clair car d'une part, un taux d'institutionnalisation plus élevé pourrait pousser à augmenter la dépense par bénéficiaire du fait d'une prise en charge plus coûteuse, et d'autre part, pourrait diminuer la dépense moyenne par bénéficiaire à enveloppe totale constante ;
- ♦ de même, l'intensité de la perte d'autonomie, mesurée par la part des bénéficiaires de l'APA classés en GIR 1 ou 2 ne semble pas influencer le montant moyen par bénéficiaire ;

Contrôlé des autres caractéristiques, le nombre de bénéficiaires de l'APA est négativement corrélé au montant par bénéficiaire, ce qui suggère une contrainte budgétaire pesant sur les départements : 10 bénéficiaires de l'APA en plus pour 1000 habitants est associé à un montant moyen par bénéficiaire inférieur de 8 %.

Tableau 12 : Résultats des régressions pour l'APA

Variable	Taux de bénéficiaires APA	Taux de bénéficiaires APA	Log montant par bénéficiaire APA	Log montant par bénéficiaire APA
(Constante)	-20,62	-48,52	10,15***	10,59***
Espérance de vie pour les hommes à la naissance	0,66	0,76	-0,02	-0,03°
Indice de vieillissement 2021	0,14***	0,11***	n.s.	n.s.
Part des personnes de 60 ans et plus vivant seules ISD 2022	0,36*	0,18	0,01	-0,01
Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021	-0,07**	-0,09***	-0,001	-0,002
Part des agriculteurs retraités dans la population ISD 2021	0,24	0,49	0,01	0,03*
Médiane du niveau de vie 2021 (k€)	-1,32***	-1,08**	0,00	-0,02
Taux de pauvreté >75 ans	-0,15	-0,08	0,02***	0,01*

Fiche APA

Variable	Taux de bénéficiaires APA	Taux de bénéficiaires APA	Log montant par bénéficiaire APA	Log montant par bénéficiaire APA
Taux de bénéficiaires de l'APA	-	-	-0,01°	n.s.
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 ou 2 parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile	-	-	0,003	0,003
APL aux médecins généralistes	-	0,71	-	0,04*
Potentiel financier par habitant OFGL 2023	-	0,01°	-	n.s.
Part de personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant recevoir de l'aide de leur entourage	-	0,48*	-	0,01
Prix moyen par jour en hébergement permanent d'une chambre seule non ASH	-	-0,03	-	0,004
Taux d'équipement en EHPAD (Nombre de places pour 1000 PA 65+)	-	0,12*	-	n.s.
R ²	0,71	0,77	0,53	0,58
R ² ajusté	0,69	0,73	0,47	0,51
Note : *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, ° p < 0,1. n.s. : non-significatif (<10-3)				

Source : Drees enquêtes Aides sociales et VQS 2021, CNSA Portrait des territoires, Insee RP, ISD, OFGL. Calculs : Pôle science des données.

Note : La population départementale est utilisée comme pondération des observations. Les écarts-types sont corrigés de biais d'hétéroscédasticité par la méthode de correction de White. Lecture : l'augmentation d'un point de pourcentage du taux de pauvreté des personnes âgées de plus de 75 ans contribue à augmenter de 1%, soit 52€ en moyenne, le montant moyen d'APA par bénéficiaire.

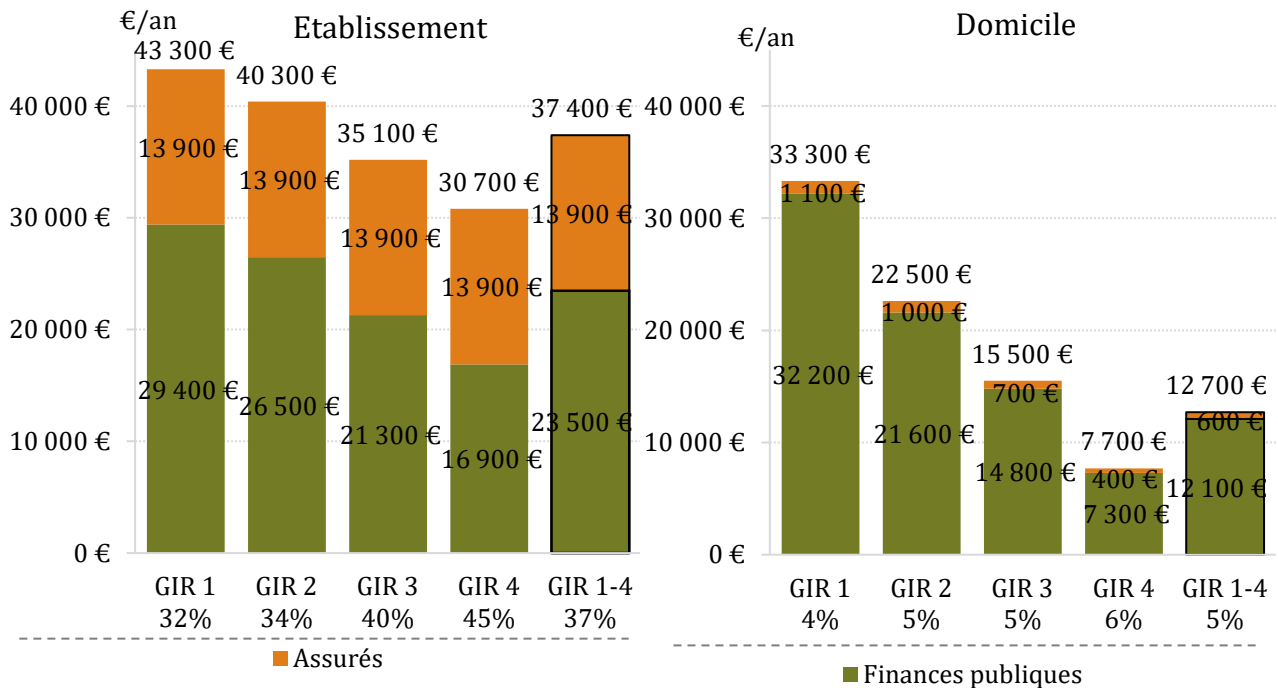
S'agissant de la dynamique de dépenses de l'APA, les dépenses associées s'élèvent à 6,7 milliards d'euros en 2022. L'accroissement des dépenses d'APA à domicile entre 2015 et 2017 est pour l'essentiel un effet de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV), qui a rehaussé les plafonds légaux associés à chaque GIR : +31 % pour les plafonds des GIR 1, +22 % pour ceux des GIR 2, +18 % pour ceux des GIR 3 et GIR 4. Les montants des plans notifiés aux bénéficiaires ont augmenté, en particulier ceux aux individus en GIR 2 et en GIR 1. **Les ressources des conseils départementaux consacrées à l'APA à domicile semblent donc avoir été réallouées au bénéfice des personnes âgées les plus dépendantes**⁴³. Le questionnaire soumis aux départements a fait ressortir plusieurs facteurs de hausse des dépenses d'APA :

- ◆ la revalorisation des plafonds d'aide humaine ;
- ◆ un effet-volume ;
- ◆ la part de GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires du département.

En effet, la dépense individuelle moyenne pour le financeur public croît avec le degré de dépendance et le mode choisi, en établissement ou à domicile (cf. Graphique 16).

⁴³ Louis Arnault (DREES, 2019), *Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants*

Graphique 16 : Comparaison établissement/domicile du coût annuel moyen par personne et par GIR



Source : Sécurité sociale, CNSA, 2023, PLACSS.

2.4. Bien que l'aide se soit stabilisée en nombre de bénéficiaires, la sous-consommation chronique ou à l'inverse, la saturation des plans d'aide, suggèrent que l'APA est un dispositif qui peut encore être ajusté

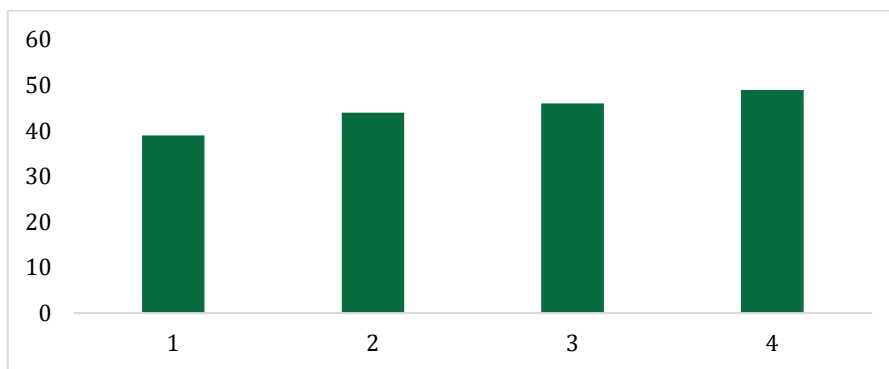
En 2017, un plan d'aide d'APA notifié sur huit est saturé, c'est-à-dire que son montant est égal ou presque au plafond maximal d'aide⁴⁴. Cette proportion est nettement plus faible qu'en 2011 (-9 points), sans doute en raison de la forte revalorisation des plafonds maximaux de l'APA consécutive à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015⁴⁵. La baisse est d'autant plus marquée que le besoin d'aide à l'autonomie est important, la revalorisation du plafond ayant été plus élevée pour les bénéficiaires les plus dépendants.

Par ailleurs, en 2017, près d'un bénéficiaire sur deux (47 %) ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine qui lui a été notifié⁴⁶. D'après la DREES, le taux moyen de consommation du plan d'aide croît à mesure que la dépendance s'intensifie, s'agissant de l'APA.

⁴⁴ Louis Arnault (DREES, 2019), *Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants*.

⁴⁵ DREES, 2023, *L'aide et l'action sociale en France, édition 2022 – L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)*

⁴⁶ Louis Arnault, 2020, *Une comparaison des plans d'aide notifiés et consommés des bénéficiaires de l'APA en 2011*, DREES.

Graphique 17 : Part des allocataires sous-consommant leur plan d'aide selon le Gir (en %)

Source : DREES, 2020, « [Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié](#) », Études et résultats n°1153.

Tableau 13 : Montant moyen du plan d'aide consommé selon le GIR et taux d'utilisation en 2017

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Montant moyen	1 050 €	785 €	536 €	294 €	450 €
Taux d'utilisation	61%	57%	54%	44%	49%

Source : DREES, 2017, Remontées individuelles.

D'après une enquête menée par la DREES en 2016⁴⁷, le non-recours à l'APA à domicile est lié à quatre principaux freins :

- ◆ la méconnaissance du dispositif ;
- ◆ des démarches complexes ;
- ◆ des choix personnels ;
- ◆ le taux de participation.

Il faut ajouter à ces critères individuels celui, plus structurel, de la disponibilité de l'offre de SAAD, en particulier dans les zones rurales. De plus, le mode de versement de l'aide humaine ressort comme un facteur additionnel influant sur le taux de consommation. Les départements qui ont déployé totalement ou partiellement la télégestion pour fiabiliser le versement de l'aide humaine des plans de PCH et d'APA ont indiqué à la mission avoir constaté des taux de consommation inférieurs suite à ce nouveau mode de gestion. Un écart moyen de 11,2 points de pourcentage de taux de consommation s'observe entre le mode prestataire et l'emploi direct.

Tableau 14 : Taux moyens de consommation des plans d'aide en fonction du mode de prestation

	CESU Paris (DOMISERVE)	Moyenne CESU Domiserve France
APA Emploi direct	91,6%	90%
APA Mandataire	80,3%	85,8%
APA Prestataire	75,7%	78,8%

Source : Ville de Paris, 2024, Direction de l'autonomie.

⁴⁷ DREES, 2016, *Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain*.

3. Les disparités locales dans la mise en œuvre de l'APA résultent de la dynamique des besoins des populations ainsi que d'une interaction avec le volet « offre », dont la tarification est également à la main des départements

Les modalités d'attribution de l'APA sont encadrées par les articles R. 232-1 et R. 232-6 du CASF. Par ses déplacements et son questionnaire, la mission a cherché à recenser les disparités de pratiques qui ont lieu à l'échelle des départements. La totalité du traitement de la demande d'APA mobilise pour l'ensemble des départements interrogés *a minima* trois services différents :

- ◆ un service d'instruction, généralement composé d'agents d'accueil et de secrétariat de catégorie C ;
- ◆ les équipes pluridisciplinaires d'évaluation (équipes médico-sociales), chargées de l'évaluation ;
- ◆ un service comptable payeur, chargé de la liquidation, du contrôle ainsi que du recouvrement des indus.

3.1. L'instruction de l'APA est relativement standardisée et laisse des marges de manœuvre limitées aux départements

La demande d'APA repose sur l'envoi du formulaire unique n° Cerfa 16301*01, en format papier ou dématérialisé. D'après les entretiens réalisés par la mission lors de ses déplacements, la mise en place du *Cerfa* unique (pour les services départementaux et les caisses de retraite) a été unanimement saluée par les équipes instructrices de l'APA. Tous les départements ne disposent cependant pas d'un branchement au téléservice APA. : seuls 35 % ont déclaré en bénéficier en 2022 à l'occasion du diagnostic préparatoire au SI APA lancé par la CNSA. De plus, d'après la même enquête, seuls 8 % d'entre eux assortissent le traitement d'instruction d'un outil automatique de pré-tri ou de détection automatique des pièces manquantes.

Les justificatifs demandés lors de l'instruction sont les suivants :

- ◆ photocopie de la carte d'identité (recto et verso), du passeport ou du livret de famille, ou, photocopie de la carte de résident ou du titre de séjour en cours de validité ;
- ◆ photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu ;
- ◆ relevé d'identité bancaire (Rib) ;
- ◆ photocopie du dernier avis d'imposition de taxe foncière ;
- ◆ certificat médical (dans certains départements).

Les services du département ont dix jours pour accuser réception du dossier. Si celui-ci est incomplet, les services du département notifient le demandeur de la liste des documents manquants. La mission a constaté un degré strict de vigilance des équipes dans le refus des dossiers incomplets. L'absence d'une pièce justificative entraîne le blocage de l'avancée du traitement de la demande, de manière native dans le système d'information.

L'article R232-7 du CASF dispose que « *la demande d'allocation personnalisée d'autonomie est instruite par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social.* ». La mission a pu constater par ses déplacements et son questionnaire que la notion « d'équipe » se traduit le plus souvent par la désignation d'un agent référent par dossier.

En matière d’instruction, les principales divergences observées par la mission ont trait à :

- ◆ la prise en compte des ressources des demandeurs (à titre d’exemple, un répondant au questionnaire a indiqué que la fin de la prise en compte des revenus d’assurance vie avait été décidée par son département afin de limiter le taux de participation des demandeurs) ;
- ◆ la prise en compte des APL parmi les revenus ;
- ◆ l’opérationnalité partielle ou résiduelle des flux de données prévus avec les autres administrations (pour certains départements, à l’image de Paris, le flux est effectif avec la DGFIP s’agissant des avis fiscaux et fonciers, mais seulement pour les renouvellements) (cf. Tableau 15) ;
- ◆ la présence ou non de règles de non-cumul natives au sein de chaque SI.

À ce jour, la transmission automatisée d’un flux fiscal entre la DGFIP et les services départementaux est permise par l’article 158 du Livre des procédures fiscales (LPF) qui précise que « *Conformément au premier alinéa de l’article L. 133-3 du code de l’action sociale et des familles et par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations fiscales sont habilités à communiquer aux commissions prévues aux chapitres Ier et IV du titre III du livre Ier du code précité et aux autorités administratives compétentes les renseignements qu’ils détiennent et qui sont nécessaires pour instruire les demandes tendant à l’admission à une forme quelconque d’aide sociale ou à la radiation éventuelle du bénéficiaire de l’aide sociale.* ». **La communication des données fiscales des demandeurs aux départements** est le fruit d’un décret du 4 décembre 2018, lui-même pris en application de l’article L.153 A du Livre des procédures fiscales, introduit par la loi du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement. Cet article prévoit en effet que « *les administrations fiscales transmettent chaque année aux départements, dans des conditions prévues par décret en Conseil d’État pris après avis de la Commission nationale de l’informatique et des libertés, les informations nécessaires à l’appréciation des ressources des bénéficiaires de l’allocation personnalisée d’autonomie* ».

Le décret du 4 décembre 2018 insère les articles R.153 A-1 et R.*53 A-2 dans le LPF, détaillant :

- ◆ R.153 A-1 : Les demandes d’informations nominatives doivent être transmises par voie électronique et contenir les éléments nécessaires à l’identification des personnes concernées ;
- ◆ R.153 A-2 : Les informations communiquées par l’administration fiscale sont limitées aux traitements, salaires, pensions, rentes, revenus d’activités non salariées, plus-values de cessions de biens mobiliers, revenus des valeurs et capitaux mobiliers, et revenus fonciers.

Tableau 15 : État des lieux des flux de données interconnectés avec les SI APA des départements

Flux	Part des départements disposant d’une interface
DGFIP	59 %
SNGI	16 %
URSSAF	18 %
GIE Sésame-Vitale	0 %
Caisses de retraite	4 %
Imprimerie nationale (CMI)	71 %
Paierie départementale	90 %
SAAD et SSIAD	71 %

Source : CNSA, 2022, Diagnostic SI-APA.

Proposition n° 3 : Systématiser les flux de données entre services départementaux et administrations afin de faciliter l'instruction des demandes, pour les services comme pour les demandeurs, suivant le principe du « Dites-le nous une fois » et l'accompagnement des bénéficiaires de l'APA, en particulier :

- ◆ DGFIP (feuille d'impôts et taxe foncière), pour la première demande comme pour le renouvellement ;
- ◆ SNGI⁴⁸ (identité).

Enfin, une piste de simplification relevée par la mission consisterait à déterminer le domicile de secours sur la base du domicile fiscal, afin de pouvoir cesser de demander celui-ci au bénéficiaire. En effet, la compétence financière du département est définie par la règle du « domicile de secours » qui « *s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département* » (article L.122-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF)). Pour déterminer quel département sera chargé de verser l'aide sociale, il est donc demandé au postulant à l'aide sociale de fournir des pièces justificatives telles que ses trois dernières quittances de loyer ou relevés de charges de copropriété. Ces pièces sont source de complexité pour l'usager comme pour les services départementaux.

Pour rendre la règle de la compétence financière départementale plus lisible par l'usager et plus efficace, une piste pourrait être d'établir le **domicile de secours à l'adresse figurant sur le dernier avis d'imposition** du postulant avant son entrée en établissement médico-social. La mise en place du partage d'informations fiscales exonèrerait le postulant de la fourniture d'un justificatif, qui serait transmis directement au département par l'administration fiscale. Les API « SFIP » permettent un accès automatique à l'adresse du domicile fiscal pour les départements. Cette simplification de la règle du domicile de secours pourrait s'appliquer à l'instruction de toutes les aides qui la mobilisent : ASL hébergement, APA et PCH.

Proposition n° 4 : Simplifier la détermination du domicile de secours sur la base du domicile déclaré sur l'avis d'impôt de l'année n-1 précédant la demande.

3.2. L'évaluation de la perte d'autonomie, par principe individualisée, concentre les risques d'appréciation subjective, en particulier s'agissant de la définition du plan d'aide

L'article R. 232-7 du CASF définit les modalités d'évaluation de la demande d'APA. L'évaluation est réalisée par une équipe départementale pluridisciplinaire (équipe médico-sociale) composée d'infirmiers, de conseillers en économie sociale et familiale, de travailleurs sociaux, de gérontologues, etc. L'organisation du traitement des demandes varie cependant d'un département à l'autre (Gramain, 2015). La nature des guichets organisés pour recueillir les demandes, la mise en œuvre d'une pré-évaluation, le déroulement des visites à domicile, l'articulation entre visiteurs et instructeurs, la place des médecins employés par le conseil départemental dans la procédure, le rôle respectif du siège et des antennes décentralisées, sont autant d'éléments sur lesquels les différents départements se distinguent les uns des autres.

⁴⁸ Système National de Gestion des Identifiants, géré par la CNAV. Il est alimenté quotidiennement par le RNIPP (INSEE) pour les personnes nées en France et alimente en sens opposé le RNIPP pour les personnes nées hors de France. Il est régi par le [décret n° 2018-390 du 24 mai 2018 relatif à un traitement de données à caractère personnel dénommé « système national de gestion des identifiants »](#).

Pour l'évaluation des besoins des personnes sollicitant l'APA, une visite au domicile (VAD) de la personne est prévue. L'objet de cette visite est d'étudier la situation globale du demandeur (mode et conditions de vie, caractère adapté du logement, implication de l'entourage...). Son caractère systématique a été réaffirmé dans le cahier des charges applicable aux services autonomie à domicile (SAD), examiné par le Conseil de l'âge en mai 2023 : *« Lorsqu'une personne s'adresse au service pour des prestations d'aide et d'accompagnement ou pour des prestations de soins, sa demande fait l'objet d'une évaluation à son domicile par l'encadrant, en présence des personnes de son choix »*. Lors de cette visite, le professionnel détermine le degré de perte d'autonomie sur la base de la grille Aggir. Si le demandeur est classé en Gir 1, Gir 2, Gir 3 ou Gir 4, le professionnel de l'EMS propose un plan d'aide. Ce plan d'aide peut prévoir, par exemple, les prestations suivantes :

- ◆ rémunération d'une aide à domicile ou d'un accueillant familial ;
- ◆ aides concernant le transport, livraison de repas ;
- ◆ aides techniques et des mesures d'adaptation du logement ;
- ◆ accueil temporaire (en établissement ou famille d'accueil).

Dans un délai de **trente jours** à compter de la date du dépôt du dossier de demande complet, l'équipe médico-sociale adresse une proposition de plan d'aide à l'intéressé, qui indique notamment la nature des aides accordées, le volume d'heures d'aide à domicile, le montant du plan d'aide, le taux et le montant de la participation financière du bénéficiaire ainsi que le montant de son allocation. L'intéressé dispose d'un délai de dix jours à compter de la date de réception de la proposition pour présenter ses observations et en demander la modification ; dans ce cas, une proposition définitive lui est adressée dans les huit jours. En cas de refus exprès ou d'absence de réponse de l'intéressé à cette proposition dans le délai de dix jours, la demande d'allocation personnalisée d'autonomie est alors réputée refusée.

La proposition définitive de plan d'aide est assortie de l'indication des autres aides utiles au soutien à domicile du bénéficiaire et de son aidant mentionnées, notamment les aides techniques et les travaux d'adaptation du logement susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge financière dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ou par l'Agence nationale de l'habitat.

L'équipe médico-sociale transmet, sous réserve de l'accord du bénéficiaire et le cas échéant de son aidant, les éléments relatifs à l'évaluation des besoins et aux aides préconisées.

Lorsque l'évaluation conclut que le demandeur relève d'un Gir 5 ou 5, celui-ci n'est pas éligible à l'APA mais peut toutefois bénéficier d'aides extra-légales émanant des caisses de retraite. L'article R232-7 du CASF prévoit à son IV que *« Lorsque le degré de perte d'autonomie de l'intéressé ne justifie pas l'établissement d'un plan d'aide, un compte-rendu de visite est établi. Il est transmis, si l'équipe médico-sociale le juge opportun et sous réserve de l'accord du demandeur, à la caisse de retraite dont celui-ci relève, assorti des éléments sur l'appréciation de son degré dépendance, et le cas échéant l'évaluation de ses besoins »* (principe de reconnaissance mutuelle des évaluations).

En matière d'évaluation, les principales divergences observées par la mission ont trait à :

- ◆ la durée d'attribution de l'APA, comprise entre 2 et 5 ans ;
- ◆ la réalisation effective des visites à domicile, qui apparaissent systématiques seulement à l'occasion d'une première demande ou d'un changement de Gir ;
- ◆ la mobilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle mis au point par la CNSA ;

- ♦ la prise en compte ou non parmi le plan de certaines activités en aide humaine, ou d'aides techniques, et le montant de ces dernières. Les départements rencontrés ont exprimé le besoin d'un référentiel national sur les activités et aides prises en charge par l'APA. *A minima*, un parangonnage des prix pratiqués serait accueilli favorablement ;
- ♦ la prise en compte de l'aidant dans l'évaluation des besoins : certains départements tendent à considérer ce dernier comme une ressource et retranchent des heures d'aide humaine, tandis que d'autres considèrent les besoins indépendamment de la présence d'un entourage ;
- ♦ la prise en compte des soins de ville déjà engagés auprès du demandeur dans le nombre d'heures du plan d'aide humaine. À l'occasion de son enquête auprès des acteurs de l'APA à domicile en 2023, le HCFEA a posé aux équipes évaluatrices la question suivante : « *Compensation par soins de ville : Vous arrive-t-il de préconiser le recours à des interventions en soins infirmiers (IDEL ou SSIAD) pour diminuer le volume d'heures prescrites dans le plan d'aide ?* ». 41 % des répondants ont répondu « Oui, souvent » ;
- ♦ la prise en compte, dans les devis des SAAD, des temps de transports des aides à domicile ;
- ♦ la tenue de temps d'harmonisation entre plusieurs équipes évaluatrices d'un même département, ou bien l'existence d'un visa interne par le responsable autonomie du pôle territorial ;
- ♦ le mode de saisie lors des visites à domicile, le plus souvent au format papier, et source de pertes d'efficience (l'agent évaluateur doit ensuite retranscrire dans le SI à son retour l'entièreté de l'évaluation à laquelle il a procédé).

Cas des renouvellements : quand la personne ne change pas de Gir, les équipes proposent un renouvellement par téléphone. Une personne âgée classée en Gir 5 ou en Gir 6 lors d'une précédente demande d'APA, mais dont l'état de santé nécessite désormais un classement dans un autre Gir peut déposer une nouvelle demande d'APA. Le but de la réévaluation est de réadapter le plan d'aide et de prévenir le manque d'autonomie pour éviter les dégradations brutales. La réévaluation donne également l'opportunité aux équipes de vérifier l'effectivité de la consommation du plan d'aide, en requérant les factures d'aide humaine et technique.

Cas des déménagements : quand un bénéficiaire déménage d'un autre département, le département d'accueil dispose d'un délai de 3 mois pour faire une nouvelle visite. Cette obligation a été décrite par les départements rencontrés tantôt comme source de lourdeurs, tantôt comme utile pour la réactualisation des besoins du demandeur.

S'agissant de la mise en place de référentiels internes, la mission a relevé les disparités suivantes exprimées par les départements à l'occasion du diagnostic préparatoire au SI APA :

Tableau 16 : Mise en place de référentiels complémentaires par les départements

Référentiel d'aides techniques	Référentiel d'aides humaines	Autres référentiels
65 %	58 %	28 %

Source : CNSA, 2024, Diagnostic SI-APA.

Proposition n° 5 : Mettre en place un référentiel national d'évaluation pour les aides techniques [CNSA].

Proposition n° 6 : Généraliser des réunions *a minima* mensuelles d'harmonisation entre les différentes équipes médico-sociales départementales.

3.2.1. Les dépenses d'APA à domicile correspondent quasi-exclusivement à des aides humaines, dont le versement limite les possibilités de contrôle d'effectivité

En moyenne, en 2020, 92 % des montants versés d'APA à domicile sont mobilisés pour financer le recours à un intervenant à domicile. Ces aides humaines peuvent être assurées par un service prestataire, ou par un service mandataire qui prend en charge les formalités administratives liées à l'embauche, tout en permettant au bénéficiaire de recruter lui-même un salarié. La personne âgée peut également recruter et employer directement un salarié qui intervient à son domicile.

Tableau 17 : Services financés par l'APA à domicile en 2017

Type de service	Service	Part de l'APA à domicile
Intervenant à domicile	Services prestataires	77 %
	Services mandataires	3 %
	Aide en gré-à-gré	12 %
Aides à l'autonomie	Aides techniques, portage de repas, téléalarme, transport, etc.	6 %
Autres	Accueil temporaire ou de jour en établissement et accueillants familiaux	2 %

Source : Drees, 2020.

Le montant du plan d'aide notifié (en €) est calculé en multipliant le volume d'aide notifié par le tarif horaire de l'aide notifiée : il est donc croissant avec ces deux facteurs. Les tarifs horaires sont définis au niveau départemental et varient notamment avec le type de services fournisseurs de l'aide. Dans les remontées individuelles, on distingue trois types de services :

- ◆ **les services prestataires** : dans le cadre de ce mode d'intervention, le service d'aide est l'employeur de l'aidant professionnel et choisit l'aidant pour la personne âgée. Le service gère entièrement les formalités administratives (contrat de travail et salaire de l'intervenant, notamment).
- ◆ **les services mandataires** : la personne âgée est l'employeur de l'aidant professionnel (elle le choisit donc) et le service est là pour l'aider à gérer les formalités administratives liées à l'aide ;
- ◆ **l'aide en gré-à-gré** : la personne âgée est l'employeur de l'aidant professionnel (elle le choisit). Elle et son entourage gèrent aussi les formalités administratives liées à l'aide. L'aide notifiée à la personne âgée peut être fournie via l'un de ces trois modes d'intervention uniquement, ou combiner plusieurs d'entre eux.

Le gré-à-gré est préféré pour les volumes d'aides importants, ce qui peut s'expliquer par la volonté des bénéficiaires de disposer un service dont la tarification horaire est plus faible afin de réduire le reste à charge pour les bénéficiaires mais également pour le département.

Tableau 18 : Répartition des dépenses couvertes par l'APA à domicile après déduction de la participation financière des bénéficiaires, au cours de l'année

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Rémunération d'intervenants à domicile :	92 %	91 %	92 %	92 %	92 %	92 %	90 %
...Par un service mandataire	4 %	4 %	3 %	3 %	3 %	2 %	2 %
...Par un service prestataire sous dotation	9 %	16 %	11 %	15 %	17 %	15 %	15 %
...Par un service prestataire hors dotation	67 %	60 %	66 %	62 %	66 %	68 %	67 %
...En emploi direct	13 %	12 %	12 %	12 %	15 %	14 %	15 %
Prise en charge d'aides diverses concourant à l'autonomie	6 %	7 %	6 %	7 %	7 %	6 %	7 %
Règlement des frais d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %
Règlement de l'accueil familial à titre onéreux	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %

Source : DREES, 2024, enquête Aide sociale. *Champ* : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

La diversité des modes de versement de l'APA complexifie et nuit aux possibilités d'un contrôle d'effectivité. L'APA est versée par le conseil départemental, tous les mois (pour les aides régulières) ou ponctuellement (aides techniques, par exemple adaptation du logement). La loi ASV de 2015 a élargi la possibilité de paiement direct de la prestation aux personnes ou organismes qui assurent l'aménagement du logement, fournissent les aides techniques ou assurent l'accueil temporaire ou le répit à domicile, et en supprimant l'accord préalable du bénéficiaire pour le paiement direct, et en étendant l'utilisation du chèque emploi service universel (CESU) à l'accueil familial.

Elle a également clarifié les modalités de revalorisation des plafonds et d'actualisation de la participation, qui interviennent désormais chaque année au 1er janvier, conformément à l'évolution de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP).

Les modes de versement possibles sont les suivants :

- ◆ pour l'aide humaine : CESU ou versée directement au prestataire agréé en télégestion.
- ◆ pour l'aide technique, versée sur compte ou directement au prestataire.

Le versement de l'aide humaine sur compte ainsi que l'emploi en gré à gré, en particulier intra-familial, concentrent les risques de fraude *via* la prise en charge au titre de l'APA d'heures non réalisées. La Ville de Paris a indiqué à la mission avoir dégagé 4 M€ d'économies lors de l'arrêt du versement de l'aide humaine sur compte et de la transition à la télégestion, où seul le réalisé est pris en charge au titre de l'APA.

Tableau 19 : Modalités de versement des aides techniques et humaines

Paiement de l'aide humaine				
Modalité de versement	Direct au bénéficiaire	Au SAAD/SPASAD	CESU	Autre
Part de répondants, en % du total	81 %	94 %	49 %	19 %
Paiement des aides techniques				
Modalité de versement	Direct au bénéficiaire	Au SAAD/SPASAD	CESU	Autre
Part de répondants, en % du total	93 %	29 %	1 %	8 %

Source : CNSA, 2024, Diagnostic SI APA.

Enfin, le niveau des prix est lui-même une conséquence de la tarification décidée par les départements. Pour chaque structure autorisée, les conseils départementaux sont amenés à fixer le prix qui sera facturé aux usagers du service. Le cadre national prévoit ainsi que le conseil départemental arrête un tarif horaire qui devrait correspondre à un coût de revient théorique calculé à partir des budgets prévisionnels des services. En 2015, dans les 70 départements ayant répondu à l'enquête SolvAPA et disposant de services autorisés, le tarif du plus gros service autorisé varie entre 17,6 et 24,30 euros, avec une moyenne de 21 euros. Ces variations reflètent d'abord des différences locales dans les coûts de production des services, mais aussi les choix de politique de l'autonomie des départements : certains départements assument un écart important entre le prix le plus haut et le prix le plus bas fixés sur le territoire, jusqu'à 10 euros par heure, tandis que d'autres imposent le même prix pour tous les producteurs autorisés du département, afin de lisser les coûts des services selon les zones de résidence. L'introduction d'un tarif plancher en 2022 pour l'heure d'aide humaine, revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année, a cependant permis de lisser ces écarts.

3.2.2. Prometteuse, l'expérimentation Home + mérite d'être poursuivie

Ce projet porté par l'ACOSS prévu initialement en temps qu'expérimentation (article 20 de la LFSS 2020), devait ensuite être généralisé à tous les bénéficiaires de l'APA-PCH au 31 décembre 2024 avant d'être repoussé à 2027 (article 6 PLFSS 2024). La LFSS 2025 n'en fait plus mention. L'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 relative au financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit un dispositif expérimental, ouvert aux particuliers employeurs et aux clients volontaires de prestataires ou de mandataires pour la réalisation de services mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail, après acceptation par l'ACOSS, les dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes couvertes par les aides auxquelles elles sont éligibles. Ce système, baptisé Home +, devait permettre à un usager bénéficiaire de l'APA ou de la PCH, qui passait par un emploi direct pour assurer sa prise en charge à domicile, de n'avoir qu'une seule démarche à faire tous les mois : déclarer le nombre d'heures réalisées et le salaire horaire.

Le système tout-en-un porté par l'URSSAF effectuait alors automatiquement les traitements suivants :

- ◆ calcul des charges sociales ;
- ◆ génération de la fiche de paie ;
- ◆ calcul et versement de l'impôt sur le revenu du salarié dans le cadre du prélèvement à la source ;
- ◆ facturation des financeurs d'aides sociales (département) ;

- ◆ calcul du crédit d'impôt ;
- ◆ calcul et versement des cotisations sociales ;
- ◆ prélèvement du reste à charge sur le compte de l'utilisateur, net de toutes les aides et du crédit d'impôt ;
- ◆ paiement par virement bancaire au salarié.

Un système comparable avait déjà été déployé pour le secteur de la petite enfance avec PAJEMPLOI+ et CESU + pour l'aide à domicile.

Par entretien avec les équipes d'un département expérimentateur et où la mission s'est rendue, **Home + présentait les avantages suivants :**

- ◆ pour le bénéficiaire : fin de l'avance de trésorerie, simplification des démarches ; évite la confusion entre les 2 points d'entrée CESU préfinancés et CNCESU ;
- ◆ pour le CNCESU : plus d'absence de déclaration ou de sous-déclaration sans quoi le salarié n'était pas payé ;
- ◆ pour les départements : contrôle d'effectivité fiabilisé du paiement de l'APA et de la PCH embarqué dans le dispositif (puisque le paiement se fait uniquement sur la base des seules heures déclarées à l'URSSAF). Suppression de la gestion des CESU préfinancés (pour les départements qui l'utilisent).
- ◆ pour la DGFIP : tous les salaires seraient déclarés ; côté employeur, le montant serait prérempli en vue du crédit d'impôt.

La généralisation de ce dispositif suppose toutefois un unique mode de circuit de flux financiers et d'informations entre bénéficiaires, départements et prestataires à domicile avec les administrations fiscales et sociales, alors que les circuits de gestion des départements sont variés à l'heure actuelle. Elle suppose également des développements informatiques qui mériteraient d'être articulés avec le projet de SI-APA.

Le dernier atelier de travail mené par l'ACOSS avec les départements expérimentateurs s'est tenu en 2022. La DSS a confirmé auprès de la mission la mise en parenthèse de l'expérimentation.

Proposition n° 7 : Relancer et généraliser le projet de crédit d'impôt contemporain pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH afin de renforcer le contrôle d'effectivité automatisé, de fiabiliser les données intégrées dans le calcul de l'IR et de simplifier les démarches de l'utilisateur [Urssaf, DGCS, ACOSS]. Assortir la généralisation de la télégestion d'une limite du taux de correction des heures effectuées et télétransmises.

En extrapolant les données transmises par la Ville de Paris, la mission a estimé que cette proposition pourrait générer une économie de l'ordre de 50 à 100 M€. En effet, à Paris, les cotisations appelées par l'Urssaf (ramenées en heures) ont été rapportées aux Cesu effectivement encaissés (ramenés en heures) par les bénéficiaires de l'APA et de la PCH en emploi direct sur une année⁴⁹. On constate que le nombre d'heures déclarées à l'URSSAF représenteraient 87% des heures CESU présentées à l'encaissement. Cet écart de 13 points peut résulter de deux facteurs :

- des heures de travail non déclarées ;
- des heures de Cesu encaissées pour lesquelles aucune aide réelle à la personne n'aurait été apportée (part qui avec HOME + engendrerait directement des baisses de dépenses pour les départements).

⁴⁹ Le fait de ramener en heures et le fait qu'il peut y avoir des déclarations Urssaf non encore enregistrées fait que la requête n'est peut-être pas fiable à 100%

L'emploi direct représentant plus de 30 M€ à Paris, et Paris représentant 3,1% de la population française (données INSEE, 2021), l'extrapolation de 13 points d'heures non déclarées représenterait 125 M€. Pour tenir compte du fait qu'une partie de l'écart peut également provenir d'heures de travail non déclarées, et des incertitudes liées à l'extrapolation (la part de l'emploi direct pouvant varier selon les départements), la mission retient un ordre de grandeur de 50 à 100 M€.

3.3. La complémentation de l'APA par des dispositifs extra-légaux apparaît circonscrite à quelques départements atypiques et tend à se réduire

Selon le principe de libre administration et leur qualité de chef de file en matière sociale rappelée à l'article L. 113-2 du CASF, les départements peuvent mettre en place des aides extra-légales qui viennent compléter de manière subsidiaire l'APA légale. Ces aides peuvent prendre diverses formes :

- ◆ bonification des barèmes d'aides ;
- ◆ modification des paramètres légaux (de plafond, de critères de ressources) ;
- ◆ prise en charge d'aides techniques ou humaine spécifiques (coiffeur, accueil de jour, aide aux transports, portage de repas...).

La complémentation de l'APA par des aides extra-légales et sa gestion par les départements est peu lisible : pour l'usager tout d'abord, pour le département ensuite, en raison d'une faible opérabilité des SI sur ces modules spécifiques et hétérogènes, et enfin, d'un point de vue comptable. En premier lieu, les aides extralégales visant le maintien à domicile sont, le cas échéant, notifiées à l'usager parfois au travers du même document notifiant le plan d'aide d'APA « légale », ce qui les rend difficilement identifiables comme tel pour celui-ci.

De plus, seul un département sur deux est en mesure de distinguer, au sein de son système d'information, APA légale et aides extra-légales, et seul un sur deux également a fait mention de son panel d'aides extra-légales au sein de son RDAS⁵⁰. Enfin, elles ne font pas non plus l'objet d'un traitement comptable propre, ce qui en fait des dépenses particulièrement opaques et peu pilotables. L'impossibilité de retracer et de mesurer, pour le département comme pour la CNSA, la combinaison d'aides légales et extra-légales concourant au maintien à domicile d'un bénéficiaire, dénote d'une vision globale du parcours de droits de la personne âgée encore très partielle.

À cette faible traçabilité structurelle s'ajoute une impossibilité supplémentaire d'identifier et d'isoler, pour un département, ses dépenses d'APA extra-légales dans le cas où elles prennent la forme de tranches intermédiaires au barème légal. Cette indistinction aboutit à la compensation globale par la CNSA, lors du calcul annuel du concours APA, des dépenses extra-légales. Un département visité par la mission a par exemple mis en place deux tranches extra-légales supplémentaires au barème légal national, pour un surcoût annuel estimé supérieur à 1 M€⁵¹.

⁵⁰ CNSA, 2022, Diagnostic SI APA.

⁵¹ Ville de Paris, 2022, *L'Allocation Personnalisée d'Autonomie, 20 ans déjà ...*

Graphique 18 : Barème des conditions de ressources à l'APA, Département 75

	Barème légal	Barème extra-légal parisien	Barème extra-légal parisien	Barème légal	Barème légal
Revenu moyen mensuel	Inférieur à 815,84 €	Entre 815,84 € et 1 035,27 €	Entre 1 035,27 € et 1 294,08 €	Entre 1 294,08 € et 3 004,52 €	Supérieur à 3 004,52 €
Taux de participation	Exonération de toute participation	Exonération de toute participation à Paris	Participation proportionnelle aux revenus du bénéficiaire et dégressive en fonction de l'importance de son plan d'aide, <u>minorée à Paris par rapport au barème national</u>	Participation proportionnelle aux revenus du bénéficiaire et dégressive en fonction de l'importance de son plan d'aide, et jusqu'à 90% du montant du plan d'aide	Participation équivalente à 90% du montant du plan d'aide

« Les sommes servies au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire. » (article L. 232-19 du Code de l'action sociale et des familles)
Par ailleurs, il n'y a pas de recours à l'obligation alimentaire, ni de retour à meilleure fortune.

Source : Ville de Paris, 2022, Direction de l'autonomie.

3.4. Le contrôle de l'APA à domicile présente encore des marges d'amélioration

Dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision d'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit déclarer au PCD le ou les salariés qu'il emploie, même en cas d'utilisation du Chèque emploi service universel (CESU) ou le service d'aide à domicile qu'il utilise. Tout changement ultérieur de salarié ou de service doit également être déclaré. S'agissant des aides techniques, certains départements pratiquent le paiement sur facture, ce qui permet de fait un contrôle d'effectivité contemporain du versement.

Afin de vérifier l'utilisation effective de l'APA, le bénéficiaire doit adresser tout justificatif de dépenses :

- ♦ attestations de chèques emploi service ou bulletin de salaire ;
- ♦ factures nominatives acquittées pour les changes, le portage repas, la téléalarme, et autres aides techniques ;
- ♦ factures acquittées pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire en établissement ;
- ♦ factures d'intervention des résidences services, le cas échéant.

Ce contrôle est en principe trimestriel ; en cas de trop perçu, le Département procède alors à une récupération. Le versement de l'APA peut être suspendu si le bénéficiaire n'effectue pas ces déclarations et ne produit pas ces justificatifs ou si un rapport de l'équipe médico-sociale fait état du non-respect du plan d'aide. La mission a identifié les principales sources d'indus suivants, détectés à l'occasion de ces contrôles :

- ♦ dans le cadre de l'APA-E comme de l'APA-D, les établissements ainsi que les bénéficiaires eux-mêmes ne déclarent pas systématiquement les absences. De plus, le caractère autodéclaratif tend à pénaliser ceux qui déclarent, qui se verront notifier d'un indu ;
- ♦ sous-consommation des aides ;
- ♦ surfacturation de la part des SAAD ;
- ♦ décès.

Au demeurant, la mission a constaté au travers des réponses des services autonomie au questionnaire que le contrôle d'effectivité n'est pas systématiquement mis en place, et en pratique, est en tout état de cause tributaire des moyens humains alloués en priorité au traitement du flux de demandes.

Proposition n° 8 : Rendre obligatoire le contrôle d'effectivité de l'aide humaine et technique lors du renouvellement de l'APA [services évaluateurs et comptables départementaux].

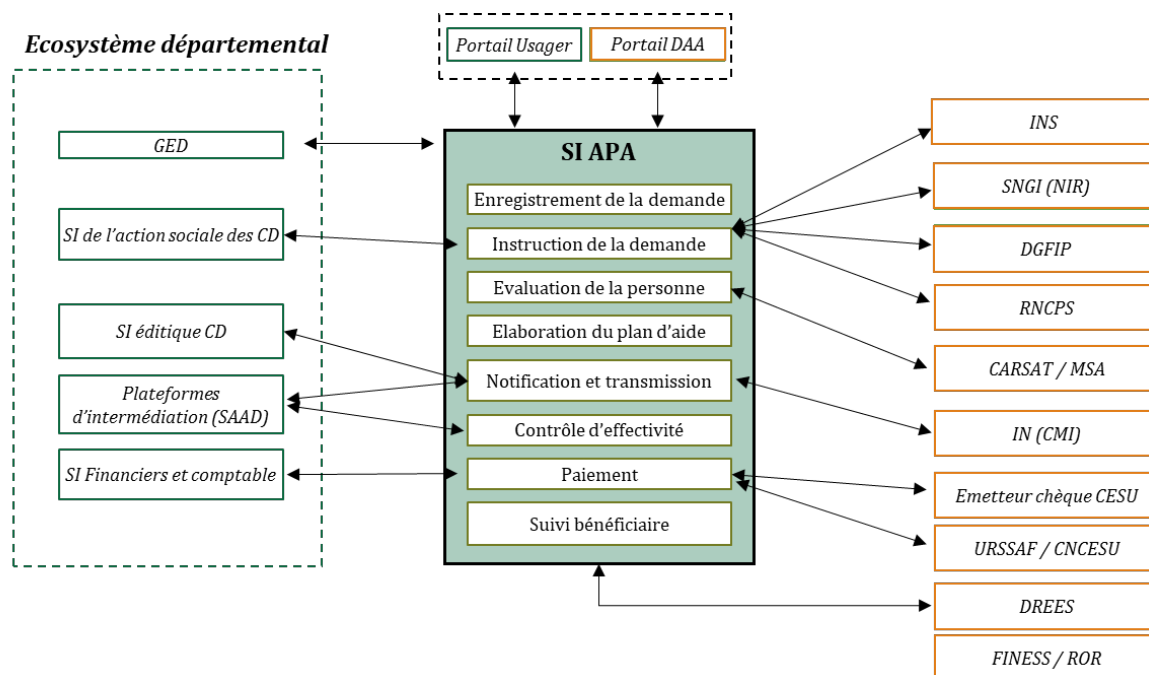
La mise en place de la télégestion pour l'aide humaine constitue une piste de rationalisation du versement de l'APA et de généralisation du contrôle d'effectivité. Les départements peuvent inciter les opérateurs de SAAD à mettre en place la télégestion en fléchant par exemple l'APA urgence uniquement vers ces-derniers, afin d'encourager un passage à l'échelle.

Le déploiement du SI unique APA auprès des départements, en remplacement de la diversité de solutions logicielles existantes, préfigure également un gain d'harmonisation et de renforcement du contrôle considérable. À ce jour par exemple, seuls 80 % des SI départementaux disposent d'une fonctionnalité de contrôle automatique des anomalies (par exemple, en cas de dépassement du plafond de l'enveloppe de Gir)⁵².

D'après l'étude préparatoire au SI APA, établie en 2021 conjointement par l'agence du numérique de santé (ANS) et la CNSA, la mise en œuvre du programme SI APA était estimée à 65M€ pour la période 2021 – 2025. Ce montant intègre :

- ♦ une année de mise en œuvre opérationnelle (2025) estimée à 8,6M€ ;
- ♦ la valorisation financière des ETP internes CNSA estimés à 6,8M€ (soit 14 ETP internes CNSA sur les 3 années pleines de construction et déploiement).

Graphique 19 : Écosystème préfiguratif du SI APA (2027)



Source : CNSA, 2025, Présentation du programme SI APA.

Proposition n° 9 : Prévoir, dans le cadre de la conception du SI-APA, des requêtes natives de vérification des règles de cumul avec les autres prestations, en intégrant des API avec le RNCPS [CNSA].

⁵² CNSA, 2022, Diagnostic SI-APA.

FICHE ASH

Aide sociale à l'hébergement

- monographie -

SOMMAIRE

1. L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT EST UNE PRESTATION DUALE AUX FONCTIONNEMENTS TRÈS DIFFÉRENTS SELON QU'ELLE BÉNÉFICIE AUX PERSONNES ÂGÉES OU AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	1
1.1. L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées est une prestation subsidiaire et récupérable sur succession.....	3
1.2. Alors qu'elle représente un volume financier significativement plus important que pour les personnes âgées, l'aide sociale à l'hébergement des personnes en situation de handicap présente des critères de récupérabilité plus contraignants ...	7
2. LES DÉPENSES AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT SONT PEU DYNAMIQUES MAIS LES DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES SONT MAL EXPLIQUÉES PAR LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES DÉPARTEMENTS.....	10
2.1. Le niveau de dépense de l'ASH pour les personnes âgées est contenu, mais des disparités départementales importantes et non expliquées statistiquement sont constatées.....	10
2.2. Le niveau de dépense de l'ASH pour les personnes en situation de handicap est en hausse et des disparités départementales importantes et non expliquées statistiquement sont constatées	17
3. L'INSTRUCTION DES DEMANDES D'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EST AVANT TOUT ADMINISTRATIVE, MAIS APPRÉCIÉE SELON DES CONDITIONS DIFFÉRENTES	24
3.1. La demande d'aide sociale à l'hébergement est réalisée auprès des centres communaux d'action sociale avant d'être instruite sur base documentaire par les conseils départementaux	24
3.2. L'évaluation des ressources du bénéficiaire, la prise en compte des obligés alimentaires et les pratiques concernant les recours sur succession constituent les trois sources de disparités départementales au titre de l'ASH pour les personnes âgées.....	26
3.2.1. <i>Des disparités dans l'évaluation des revenus du patrimoine, des revenus financiers et des charges obligatoires sont à l'origine de différences dans les montants d'aide attribués.....</i>	<i>26</i>
3.2.2. <i>En l'absence de barème commun, les conseils départementaux évaluent la contribution des obligés alimentaires selon des critères définis localement</i>	<i>28</i>
3.2.3. <i>Les recours sur succession apparaissent quasi systématiques mais la capacité à recouvrer est différente en fonction des départements</i>	<i>30</i>
3.3. La base ressource de l'ASH-PH pourrait être élargie pour mieux prendre en compte le patrimoine des bénéficiaires.....	33
3.4. Les départements peuvent verser l'aide sociale à l'hébergement selon deux modalités	34

LISTE DES PROPOSITIONS RELATIVES À L'ASH

Proposition n° 1 : Dans une logique de subsidiarité, inscrire dans le Code de l'action sociale et des familles le principe de liquidation préalable du patrimoine liquide, en instaurant un seuil de liquidité à laisser au bénéficiaire. En parallèle, codifier la jurisprudence du Conseil d'État concernant les charges obligatoires à déduire pour évaluer les ressources nettes du bénéficiaire.

Proposition n° 2 : Mettre en place un barème national pour le calcul de l'ASH. Donner aux conseils départementaux la compétence pour fixer unilatéralement, dans le cadre de ce barème, le montant de l'obligation alimentaire en faveur des demandeurs de l'ASH, sans faire dépendre le montant de cette obligation d'une décision du juge aux affaires familiales (*cf.* PJ pour le chiffrage).

Proposition n° 3 : Renforcer les échanges de données avec les services des finances publiques et les caisses d'allocation familiales pour faciliter le calcul de l'obligation, ou, de manière privilégiée, permettre l'accès des départements au DRM pour accéder à ces données.

Proposition n° 4 : Généraliser les partages de données visant à fluidifier le processus de recours sur succession (avec les établissements d'accueil, la CAF, les notaires, la DGFIP), que ce soit au niveau de l'identification des décès ou de l'évaluation de l'actif net successoral. Permettre un accès pour les services départementaux à FICOBA et aux données bancaires (dont assurance vie) dans le cas des successions sans notaire. Généraliser les outils métiers permettant d'établir de façon automatique la créance au décès du bénéficiaire afin de limiter les coûts de gestion.

Proposition n° 5 : Élargir la base ressource prise en compte dans le calcul de l'ASH-PH au patrimoine mobilier, immobilier, financier (assurance vie notamment), le cas échéant en élargissant l'application de l'article R. 132-1 du CASF aux bénéficiaires de l'ASH-PH (*cf.* PJ pour le chiffrage).

1. L'aide sociale à l'hébergement est une prestation duale aux fonctionnements très différents selon qu'elle bénéficie aux personnes âgées ou aux personnes en situation de handicap

L'aide sociale à l'hébergement est une prestation sociale financée et gérée par les conseils départementaux. Elle vise à **solvabiliser le coût du tarif hébergement pour les personnes âgées dépendantes et pour les personnes en situation de handicap** prises en charge en établissement ou chez un accueillant familial, et qui ne disposent pas de ressources propres suffisantes¹.

Dans certains cas et par exception, l'État prend en charge les dépenses d'aide sociale et les compétences confiées au président du conseil général sont exercées par le préfet du département (article R.132-7 du Code de l'action sociale et des familles). C'est notamment le cas pour « *les personnes dont la présence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles et qui n'ont pu choisir librement leur lieu de résidence, ou les personnes pour lesquelles aucun domicile fixe ne peut être déterminé* », en particulier les personnes sans domicile fixe.

Cette prestation a conservé les **caractéristiques historiques de l'aide sociale, notamment la subsidiarité (elle ne finance que la partie qui ne peut être supportée par le bénéficiaire, une fois déduites les autres sources de revenus) la possibilité de récupération, et, pour l'ASH-PA, la prise en compte des obligés alimentaires**. Les conditions de recours sur succession sont néanmoins distinctes selon qu'il s'agisse de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées ou pour les personnes en situation de handicap (*cf.* 1.1 et 1.2).

¹ L'accueillant familial héberge une personne âgée et/ou handicapée à son domicile contre récupération. Il doit être agréé par les services du département. L'accueillant familial ne doit pas avoir de lien de parenté avec la personne hébergée (jusqu'au 4^e degré).

Alors même que 60 % à 75 % des résidents en EHPAD qui n'ont pas les ressources courantes suffisantes pour couvrir ses frais ne demandent pas l'ASH², l'impact psychologique de la récupération sur succession et de l'obligation alimentaire semble constituer un frein au recours à l'aide sociale à l'hébergement (volet personnes âgées). Pour autant, Bertrand Fragonard, président honoraire du HCFEA, souligne qu'« *il est légitime, normal et fréquent que les gens qui ont peu de ressources hésitent, réfléchissent, et ne demandent pas l'ASH, parce qu'ils vont gérer la situation « à leur main », par le recours à leur patrimoine ou avec l'aide de leurs enfants* »³. **Le fait de ne pas demander l'ASH résulterait en partie d'un choix socio-économique de la personne âgée, arbitrante entre une mobilisation immédiate ou au moment de son décès de son patrimoine** (sauf pour celles qui ne sont pas en mesure d'évaluer rationnellement leur situation financière et patrimoniale). Le bénéfice de l'ASH contraint par ailleurs le choix de l'établissement. **Le faible taux de recours à l'ASH (évalué à 27 % par la Drees en 2018⁴) pourrait également être lié à la faible lisibilité de la prestation** (il n'existe aucun ou très peu de simulateur pour cette prestation, dont les critères diffèrent entre les départements, cf. 3.2)⁵.

Tableau 1 : Caractéristiques et principales différences entre l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap

	ASH PA	ASH PH
Critères d'attributions		
Age d'entrée dans le dispositif	65 ans ⁶	20 ans
Prise en compte des obligés alimentaires	Oui	Non
Recours sur succession	Oui	Partiel
Volet financier		
Dépenses totales 2023 en Mds€, après mobilisation des bénéficiaires, des obligés alimentaires et du recours sur succession	1,204	5,757
Dynamique des dépenses totales (par an entre 2017 et 2023)	-1%	+2%
Nombre de bénéficiaires (2023)	115 874	160 876
Montant annuel moyen par bénéficiaire en € (2023)	10 513	36 840

Source : Mission, d'après dépenses d'aides sociales, séries longues, DREES ; CNAF.

² Selon Boneschi et Miron de l'Espinay, parmi les 598 000 résidents en EHPAD ou USLD en 2016, 349 000 avaient un taux d'effort supérieur à 100 % sans pour autant bénéficier de l'ASH à laquelle ils auraient pu prétendre (2022, DREES, aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi, tableau 9). Le rapport du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge de 2020 « L'obligation alimentaire, la récupération sur succession et leur mise en œuvre dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement » évalue quant à lui le taux de recours à 27 %.

³ Entretien avec Bertrand Fragonard, réalisé par Arnaud Campéon (EHESP), Melina Ramos Goran (université de Lorraine), Philippe Warin (université de Grenoble Alpes).

⁴ Source : rapport du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge « L'obligation alimentaire, la récupération sur succession et leur mise en œuvre dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement », 2020

⁵ Rapport IGAS, « Habilitation à l'aide sociale et aide sociale à l'hébergement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », n°2018-095R, 2019

⁶ Ou plus de 60 ans en cas d'incapacité au travail dûment reconnue.

Si l'aide sociale sert à financer l'hébergement des bénéficiaires, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap, les conditions, règles applicables et, partant, les montants versés sont différents, parfois substantiellement. En particulier, les obligés alimentaires ne sont pas recherchés dans le cas de l'ASH PH, et les recours sur succession très limités (cf. tableau 1 et 1.2). En revanche, les montants globaux attribués sont cinq fois plus importants pour l'ASH-PH que pour l'ASH-PA du fait d'un coût moyen d'hébergement par bénéficiaire significativement plus élevé dans les établissements pour personnes handicapées que dans les établissements pour personnes âgées, et dans une moindre mesure de la mise à contribution du bénéficiaire et de ses obligés alimentaires pour l'ASH-PA. Les disparités territoriales sont comparables entre les deux prestations, avec des écarts interquartiles respectifs pour l'ASH-PA et pour l'ASH-PH de 1,54 et de 1,42 en 2023 (cf. 2.1 et 2.2).

1.1. L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées est une prestation subsidiaire et récupérable sur succession

Les personnes âgées doivent remplir les conditions cumulatives suivantes⁷ pour prétendre à l'aide sociale à hébergement (ASH-PA) :

- ♦ avoir plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si elle a été reconnue inapte au travail) ;
- ♦ vivre en France de façon stable et régulière au regard des droits au séjour. Pour les personnes de nationalité étrangère, justifier d'un titre de séjour en cours de validité⁸ ;
- ♦ être hébergée dans un établissement (EHPAD, résidence autonomie ou USLD) qui a des places réservées aux bénéficiaires de l'aide sociale dont le tarif est défini par le conseil départemental⁹, ou chez un accueillant familial agrémenté. À titre dérogatoire, l'ASH peut également être attribuée aux personnes âgées résidant depuis plus de cinq ans dans un établissement non conventionné, lorsque ses ressources ne lui permettent plus d'assurer son entretien¹⁰.

L'aide est accordée sous condition de revenu aux personnes qui ne sont pas en mesure de s'acquitter des frais d'hébergement facturés par l'établissement. Les deux autres volets de la tarification en établissement n'ont pas vocation à être couverts par l'ASH :

- ♦ la partie soins, arrêtée par le directeur général de l'ARS, est financée par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation globale ou de forfait¹¹ ;
- ♦ la partie dépendance, arrêtée par le président du conseil départemental, est quant à elle en partie couverte par l'APA en établissement. L'ASH prend néanmoins en charge la participation résiduelle du résident, dite ticket modérateur¹².

⁷ [Site](#) service public, consulté le 6 avril 2025.

⁸ [Article L111-1](#) du CASF : « Sous réserve des dispositions des articles L. 111-2 et L. 111-3, toute personne résidant en France bénéficie, si elle remplit les conditions légales d'attribution, des formes de l'aide sociale telles qu'elles sont définies par le présent code » et [article L111-2](#) du CASF : « Elles bénéficient des autres formes d'aide sociale, à condition qu'elles justifient d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France ».

⁹ [Site](#) service public, consulté le 6 avril 2025.

¹⁰ Article L.231-5 du Code de l'action sociale et des familles : « Le service d'aide sociale aux personnes âgées peut participer aux frais de séjour d'une personne âgée dans un établissement d'hébergement avec lequel il n'a pas été passé de convention lorsque l'intéressé y a séjourné à titre payant pendant une durée de cinq ans et lorsque ses ressources ne lui permettent plus d'assurer son entretien. Le service d'aide sociale ne peut pas, dans cette hypothèse, assumer une charge supérieure à celle qu'aurait occasionnée l'admission de la personne âgée dans un établissement public délivrant des prestations analogues, selon les modalités définies par le règlement départemental d'aide sociale. »

¹¹ Une fusion des sections soins et des sections dépendance est actuellement expérimentée dans plusieurs départements.

¹² Correspondant au tarif appliqué aux résidents autonomes (GIR 5 et 6).

L'ASH sert donc à solvabiliser la différence entre le montant des frais d'hébergement et ce que peuvent payer la personne âgée et ses *obligés alimentaires* (enfants, gendres, belles-filles). De ce fait, le montant attribué au titre de l'ASH est évalué en prenant en compte les trois éléments suivants :

- ◆ **tarif hébergement de l'EHPAD** : pour les places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce tarif est fixé par le président du conseil départemental. L'article L. 314-1 du Code de l'action sociale et des familles précise que « *la tarification des prestations fournies par les établissements et services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale du département est arrêtée chaque année par le président du conseil départemental. Le président du conseil départemental peut fixer dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens les modalités d'actualisation sur la durée du contrat des tarifs à la charge de l'aide sociale départementale* ». Le reste à charge au titre du tarif dépendance est également pris en compte ;
- ◆ **capacité de la personne** : l'article L. 132-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que « *Les ressources de quelque nature qu'elles soient à l'exception des prestations familiales, dont sont bénéficiaires les personnes placées dans un établissement au titre de l'aide aux personnes âgées ou de l'aide aux personnes handicapées, sont affectées au remboursement de leurs frais d'hébergement et d'entretien dans la limite de 90 %* ». Le reste à vivre mensuel est ensuite précisé par l'article R.231-6 : « *La somme minimale laissée mensuellement à la disposition des personnes placées dans un établissement au titre de l'aide sociale aux personnes âgées, [est fixée] à un centième du montant annuel des prestations minimales de vieillesse* ». Sauf cadrage départemental plus favorable, **la combinaison de ces deux conditions conduit à la règle suivante : le reste à vivre minimal est calculé comme la plus grande valeur entre 10 % des ressources de la personne, et le montant seuil de 124 €/mois en 2025**. Par ailleurs, lorsque l'époux ou l'épouse, partenaire de Pacs ou concubin ou concubine est resté vivre au domicile, le montant de l'ASH permet de laisser à la disposition de cette personne un montant au minimum égal à celui de l'ASPA, soit 1 034,28 € par mois¹³.

La notion de ressources a été précisée par le législateur. L'article L132-1 du CASF précise que les ressources des postulants de l'aide sociale sont évaluées en tenant compte « *des revenus professionnels et autres et de la valeur en capital des biens non productifs de revenu, qui est évaluée dans les conditions fixées par voie réglementaire*¹⁴ ». Une jurisprudence du Conseil d'État¹⁵ impose par ailleurs aux départements de **déduire les charges obligatoires** (constituant une obligation légale et exclusive de tout choix de gestion, par exemple les frais de tutelle et curatelle) des ressources du bénéficiaire. Enfin, l'article R. 132-1 du CASF y fait écho et **détaille la manière d'évaluer les revenus théoriques du capital** : « *les biens non productifs de revenu, à l'exclusion de ceux constituant l'habitation principale du demandeur, sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis et à 3 % du montant des capitaux* ».

Certains départements s'éloignent de cette règle de droit pour les personnes disposant d'un patrimoine financier. Au lieu d'appliquer un taux de rendement fictif de 3 % sur ce capital, ils exigent une liquidation de cet actif avant de verser l'aide sociale (c'est notamment le cas dans l'un des départements visités par la mission).

¹³ [Site](#) service public, consulté le 6 avril 2025

¹⁴ Certaines ressources spécifiques ne sont pas prises en compte, notamment l'allocation de reconnaissance (anciennement appelée retraite du combattant), et les pensions attachées aux distinctions honorifiques (article L.132-2 du CASF).

¹⁵ Conseil d'État, Département de Charente-Maritime, 14 décembre 2007, n°286891

Capacité des obligés alimentaires : le Code de l'action sociale et des familles précise de manière générale pour l'ensemble des aides sociales¹⁶ dans son article L.132-6 que « *la proportion de l'aide consentie par les collectivités publiques est fixée en tenant compte du montant de la participation éventuelle des personnes restant tenues à l'obligation alimentaire* ». Les personnes tenues à cette obligation alimentaire (obligés alimentaires) sont les enfants¹⁷, gendres et belles-filles. Depuis 2024, les petits enfants sont expressément exclus de l'obligation d'aliment par le même article L.132-6 du CASF, en application de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, dite loi « Bien-vieillir ».

La partie réglementaire du Code de l'action sociale et des familles prévoit à l'article R132-9 que « *le postulant fournit, au moment du dépôt de sa demande, la liste nominative des personnes tenues envers lui à l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du code civil, lorsqu'il sollicite l'attribution d'une prestation accordée en tenant compte de la participation de ses obligés alimentaires.* ». En pratique, les dossiers de demande s'accompagnent d'une copie du livret de famille. En l'absence de cadrage national concernant le calcul des règles, outils et modalités de calcul de l'obligation alimentaire des proches, les départements s'appuient sur des barèmes élaborés localement qui sont pour certains publiés dans le règlement départemental d'aide sociale, pour d'autres constituent des référentiels internes pour les équipes en charge de la gestion des droits au titre de l'ASH. **Dans l'ensemble, ces barèmes souffrent d'une faible lisibilité par les bénéficiaires potentiels, ce qui concourt au faible recours à cette prestation.**

La participation calculée sur cette base est notifiée aux obligés alimentaires « *en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le service d'aide sociale et non couverte par la participation financière du bénéficiaire* ». **Cette évaluation n'est pas, en elle-même, exécutoire.** En cas de désaccord entre les obligés ou avec le département, l'autorité judiciaire (à savoir le juge des affaires familiales) doit être saisi pour fixer le montant des obligations alimentaires respectives (article L.132-7 et R132-9 du CASF)¹⁸.

¹⁶ Sauf disposition de même niveau (législative) exonératoire de l'obligation d'aliment par prestation. C'est notamment le cas de l'APA, de la PCH ou de l'AAH.

¹⁷ Sauf dérogation prévue à l'article L.132-6 du CASF : d'une part « *Les enfants qui ont été retirés de leur milieu familial par décision judiciaire durant une période d'au moins trente-six mois cumulés au cours des dix-huit premières années de leur vie, sous réserve d'une décision contraire du juge aux affaires familiales* », d'autre part « *Les enfants dont l'un des parents est condamné comme auteur, co-auteur ou complice d'un crime ou d'une agression sexuelle commis sur la personne de l'autre parent, sous réserve d'une décision contraire du juge aux affaires familiales. Cette dispense porte uniquement sur l'aide au parent condamné* ».

¹⁸ HCFEA, Conseil de l'âge, 2020, [L'obligation alimentaire, la récupération sur succession et leur mise en œuvre dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement](#) : « *Le département n'a pas la compétence juridique pour fixer la participation à la charge des obligés alimentaires ou répartir le montant entre obligés alimentaires* », mais il réalise en revanche l'évaluation de l'obligation à la charge des débiteurs de manière globale, sous le contrôle du juge administratif. En revanche, en cas de désaccord entre obligés ou entre les obligés et les autres contributeurs, « *seul le juge aux affaires familiales en a la compétence. Certains départements saisissent cependant systématiquement le juge aux affaires familiales pour toute demande d'ASH comportant des obligés alimentaires* ».

L'aide sociale à l'hébergement est récupérable dans les conditions suivantes, au même titre que l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) mais contrairement à la majorité des prestations sociales telles que le revenu de solidarité active (RSA)¹⁹, l'allocation adulte handicapé (AAH), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH) :

- ◆ récupération sur succession : l'article 132-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que le département peut récupérer les sommes versées sur la partie de l'actif net de la succession de la personne âgée, c'est-à-dire sur le patrimoine transmis par la personne âgée à ses héritiers. À titre de garantie, la CASF prévoit que « *les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale sont grevés d'une hypothèque légale, dont l'inscription est requise par le représentant de l'État ou le président du conseil départemental* ». L'article R.132-14 précise que « *l'inscription de l'hypothèque ne peut être prise que si l'allocataire possède des biens immobiliers d'une valeur égale ou supérieure à 1 500 euros* ». Cette prise d'hypothèque n'est néanmoins pas systématique, un des départements visités par la mission a par exemple indiqué ne l'avoir mise en place que très récemment ;
- ◆ retour à meilleure fortune (du vivant de la personne bénéficiaire) : un recours est prévu pour les bénéficiaires ayant connu un retour à meilleure fortune (article 132-8 du CASF), par exemple du fait d'un héritage ;
- ◆ recours contre le bénéficiaire d'un don (du vivant de la personne bénéficiaire) : Il est également prévu (article 132-8 du CASF) que le président du conseil départemental ou le préfet du département puisse effectuer un recours à l'encontre du bénéficiaire d'un don d'un allocataire, si « *la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande* ». L'article R.132-11 du CASF précise que « *le recours est exercé jusqu'à concurrence de la valeur des biens donnés par le bénéficiaire de l'aide sociale, appréciée au jour de l'introduction du recours, déduction faite, le cas échéant, des plus-values résultant des impenses ou du travail du donataire* » ;
- ◆ recours contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale, à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de soixante-dix ans. Quand la récupération concerne plusieurs bénéficiaires, celle-ci s'effectue au prorata des sommes versées à chacun de ceux-ci.

Contrairement à d'autres aides sociales comme l'ASPA (récupérable à partir d'un seuil d'actif net fixé en 2025 107 616 €²⁰), **l'ASH est récupérable au premier euro d'actif net, dans la limite du montant des prestations allouées au bénéficiaire de l'aide sociale et de l'actif successoral**. En d'autres termes, le montant de la récupération ne peut dépasser d'une part le montant des sommes versées au titre de l'aide sociale ; et d'autre part le montant de l'actif net successoral. L'article R.132-11 du CASF précise que « *le président du conseil général ou le préfet fixe le montant des sommes à récupérer. Il peut décider de reporter la récupération en tout ou partie* ».

¹⁹ Le versement du RSA est néanmoins subordonné à la contribution des obligés alimentaires, selon l'article L.262-10 du CASF : « *il est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits : 1° Aux créances d'aliments qui lui sont dues au titre des obligations instituées par les articles 203, 212, 214, 255, 342 et 371-2 du code civil ainsi qu'à la prestation compensatoire due au titre de l'article 270 du même code* ».

²⁰ Sauf dans les départements ultramarins pour lesquels le seuil est plus élevé.

Le président du conseil départemental dispose pour cela d'une **période de cinq années pour entamer la procédure de récupération, démarrant** à la date du jour où le prestataire est informé du décès de l'allocataire²¹. Une fois ce délai révolu, la créance devient caduque. Ce délai de prescription ne s'applique pas en cas de fraude avérée ou en présence de nouveaux éléments (découverte de nouveaux actifs dans la succession ou de l'existence cachée d'une donation par exemple). Plusieurs départements ont signalé que ce délai de prescription de 5 ans (autrefois 30 ans) était trop court, compte-tenu de la longueur des procédures de succession, et pouvaient conduire à des pertes financières importantes pour les départements, ce délai pouvant être dépassé.

Cumul avec d'autres aides sociales. L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées est cumulable avec d'autres prestations sociales, et notamment :

- ◆ l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA). Cette dernière rentrant dans le calcul des revenus au titre de l'article L. 132-3 du CASF, l'ASH est calculé de façon différentielle vis-à-vis de l'aide sociale à l'hébergement ;
- ◆ l'aide personnalisée au logement (APL) ou l'allocation de logement à caractère sociale (ALS). Ces dernières rentrant dans le calcul des revenus au titre de l'article L. 132-3 du CASF, elles possèdent un caractère différentiel vis-à-vis de l'aide sociale à l'hébergement. En pratique, ces prestations sont directement versées à l'établissement et viennent en déduction de la facture d'hébergement ;
- ◆ l'aide personnalisée pour l'autonomie (cumul intégral, non pris en compte dans la base ressource) ;
- ◆ la réduction d'impôt au titre des frais de séjour, qui porte sur les dépenses liées à la dépendance et à l'hébergement effectivement supportées (hors APA, ASH et APL notamment) ;
- ◆ les chèques énergie. Ces derniers sont comptabilisés de manière différentielle, *a minima* par certains départements²².

1.2. Alors qu'elle représente un volume financier significativement plus important que pour les personnes âgées, l'aide sociale à l'hébergement des personnes en situation de handicap présente des critères de récupérabilité plus contraignants

Les dispositions régissant l'ASH-PH diffèrent de celles de l'ASH-PA (absence de participation des obligés alimentaires, critères de recours sur succession, etc.) du fait de leur situation différente de celles des personnes en perte d'autonomie en termes de durée de séjour en établissement, capacité à épargner au cours de son existence, impossibilité d'anticipation du handicap notamment.

Les critères d'éligibilité à l'aide sociale pour l'hébergement des personnes en situation de handicap sont les suivants :

- ◆ être âgé de 20 ans ou plus ;

²¹ [Site aides sociales](#), consulté le 6 avril 2025.

²² Voir notamment le RDAS de la Seine-Maritime.

- ♦ avoir un taux d'incapacité au moins égal à 80 % reconnu avant l'âge de 65 ans (ou inférieur en cas de bénéfice de l'allocation adulte handicapé (AAH-2) au titre de la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi), ou avoir été accueillie dans un établissement ou accompagnée par un service pour personnes handicapées adultes²³ avant d'avoir été accueillie en établissement pour personnes âgées, y compris en établissement pour personnes âgées le cas échéant²⁴ ;
- ♦ faire l'objet de la part de la MDPH d'une décision d'orientation vers un établissement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Il peut s'agir (Art L312-1, 5° bis et 7) : de foyers d'hébergement, de foyers d'accueil médicalisés (FAM), de foyers de vie, de centres d'initiation au travail et aux loisirs, de services d'accompagnement avec une prise en charge médical, mais également d'un accueil familial²⁵. Certains établissements ne relèvent pas de l'aide sociale à l'hébergement : c'est notamment le cas de l'hébergement en maison d'accueil spécialisée (MAS, article L.344-1 du CASF) et de l'hébergement des enfants et adolescents en situation de handicap (article L.242-10 du CASF) qui relèvent de l'assurance maladie ;
- ♦ vivre en France de façon stable et régulière (si la personne âgée est étrangère, elle doit avoir un titre de séjour en cours de validité).
- ♦ être accueilli dans un établissement habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes en situation de handicap (ASH PH) constitue une aide subsidiaire, au même titre que l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées (ASH PA). Ainsi, **le montant de l'aide est calculé en prenant en compte le tarif hébergement de l'établissement et les ressources du bénéficiaire, mais pas celui des obligés alimentaires :**

- ♦ ressources propres du bénéficiaire : l'article L.344-5 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que les frais d'hébergements sont à la charge de l'intéressé « *sans toutefois que la contribution qui lui est réclamée puisse faire descendre ses ressources au-dessous d'un minimum fixé par décret* ». Pour les établissements assurant un hébergement et un entretien complet²⁶, ce minimum est fixé à l'article D.344-35 du CASF comme suit :

²³ Établissements d'accueil non médicalisés : foyer d'hébergement, foyer de vie, établissements d'accueil médicalisés : foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisée (MAS), service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH), service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service d'aide et d'accompagnement à domicile. Cette condition n'est pas satisfaite si la personne a travaillé en ESAT (établissement et service d'aide par le travail) ou a été accueillie en IME (institut médicoéducatif) sans avoir été accompagnée par d'autres établissements ou services pour personnes handicapées. ([Site](#) officiel d'information pour les personnes âgées et leurs aidants, consulté le 6 avril 2024)

²⁴ Dispositions de l'article L. 344-5 du code de l'action sociale et des familles (*cf. infra* sur le caractère subsidiaire de l'ASH et l'absence de subordination à l'obligation d'aliment pour les personnes handicapées) vues ensemble de l'article L. 344-5-1 du même code : « *L'article L. 344-5 du présent code s'applique également à toute personne handicapée accueillie dans un établissement ou service mentionné au 6° du 1 de l'article L. 312-1 (...), et dont l'incapacité, reconnue à la demande de l'intéressé avant l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 113-1, est au moins égale à un pourcentage fixé par décret* », décret codifié à l'article D. 344-40 du même code : « *Pour l'application du second alinéa de l'article L. 344-5-1, le taux d'incapacité permanente (...) est d'au moins 80 %* ». Voir notamment sur ces points, Conseil d'État, 29.5.2024, [n° 473502](#), notamment pour la date d'entrée en vigueur de l'ASH pour les personnes handicapées en fonction du dépôt de la demande d'ASH ou de l'entrée dans la structure d'accueil et d'hébergement.

²⁵ L'accueillant familial héberge une personne âgée et/ou handicapée à son domicile contre récupération. Il doit être agréé par les services du département. L'accueillant familial ne doit pas avoir de lien de parenté avec la personne hébergée (jusqu'au 4^e degré).

²⁶ Les articles D.344-36 à D.344-38 précisent le reste à vivre minimal dans le cas des établissements « demi-pension », des foyers logements et des pensionnaires devant assumer l'entretien d'une famille.

- s'il ne travaille pas, l'intéressé doit pouvoir disposer de 10 % de l'ensemble de ses ressources mensuelles et, au minimum, de 30 % du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés ;
- s'il travaille, du tiers des ressources garanties résultant de sa situation ainsi que de 10 % de ses autres ressources, sans que ce minimum puisse être inférieur à 50 % du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés.
- ♦ contrairement à l'ASH personnes âgées, **la contribution des obligés alimentaires n'est pas prise en compte dans le calcul de l'ASH PH**. L'article L.344-5 du Code de l'action sociale et des familles précise que « *les frais d'hébergement et d'entretien des personnes handicapées accueillies, [...] dans les établissements [...] sont à la charge : 1° à titre principal, de l'intéressé lui-même [...] 2° Et, pour le surplus éventuel, de l'aide sociale sans qu'il soit tenu compte de la participation pouvant être demandée aux personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard de l'intéressé* »

L'aide versée au titre de l'ASH PH est récupérable sous certaines conditions, beaucoup plus restrictives que dans le cas de l'ASH PA. En effet, les articles L.241-4 et L.344-5 du CASF réduisent fortement le champ de la récupération, en exemptant les cas suivants :

- ♦ recours sur succession à l'encontre du conjoint, des enfants, des parents ou de la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge de la personne handicapée ;
- ♦ recours contre le bénéficiaire d'un don ou d'un contrat d'assurance-vie ;
- ♦ les recouvrements à l'encontre du bénéficiaire lorsque celui-ci est revenu à meilleure fortune.

Dans les faits, les seuls recours possibles portent sur les successions à destination de personnes éloignées, n'ayant jamais assuré la charge de la personne handicapée.

Cumul avec d'autres aides sociales. L'aide sociale à l'hébergement des personnes handicapée est cumulable avec d'autres prestations sociales, et notamment :

- ♦ l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA). Cette dernière rentrant dans le calcul des revenus au titre de l'article L. 132-3 du CASF, elle possède un caractère différentiel vis-à-vis de l'aide sociale à l'hébergement ;
- ♦ l'aide personnalisée au logement (APL) ou l'allocation de logement à caractère sociale (ALS). Ces dernières rentrant dans le calcul des revenus au titre de l'article L. 132-3 du CASF, elles possèdent un caractère différentiel vis-à-vis de l'aide sociale à l'hébergement ;
- ♦ la prestation de compensation du handicap en établissement²⁷ ;
- ♦ la réduction d'impôt au titre des frais de séjour, qui porte sur les dépenses liées à la dépendance et à l'hébergement effectivement supportées (hors APA, ASH et APL notamment) ;
- ♦ les chèques énergie. Ces derniers sont comptabilisés de manière différentielle, *a minima* par certains départements réduction d'impôt au titre des frais de séjour.

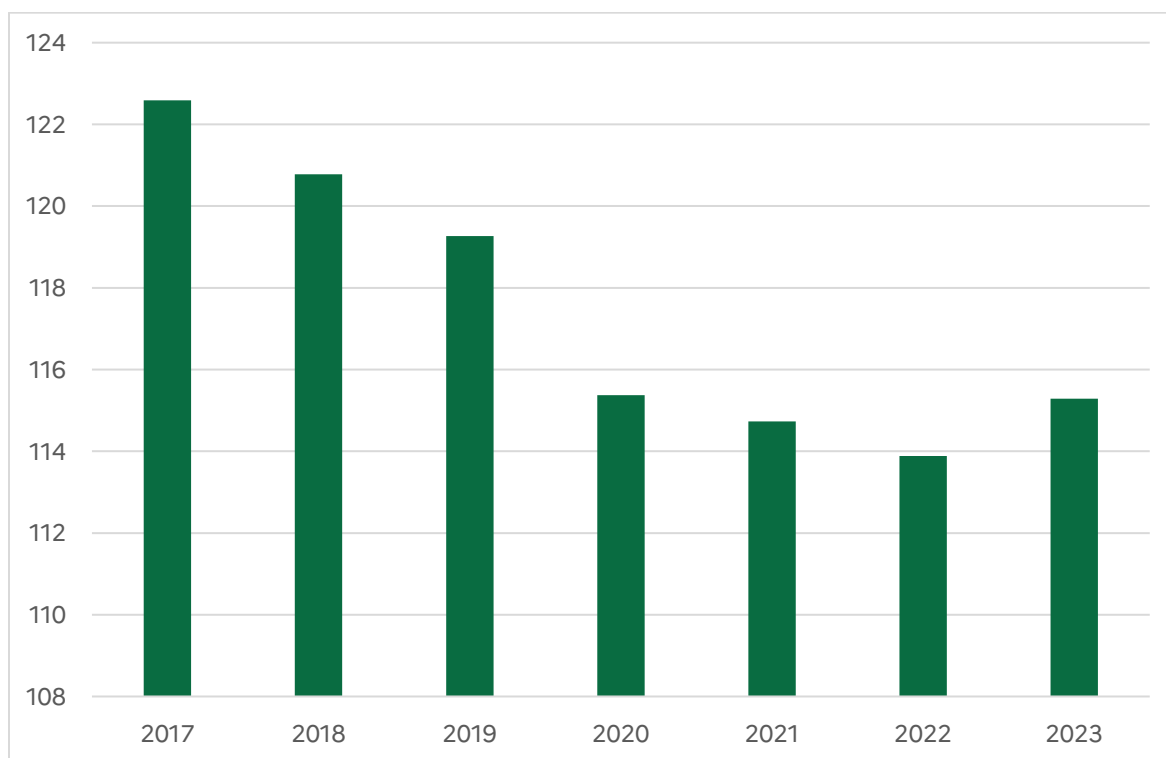
²⁷ la personne conserve 10% du montant qu'elle percevait avant son entrée en établissement.

2. Les dépenses au titre de l'aide sociale à l'hébergement sont peu dynamiques mais les disparités départementales sont mal expliquées par les caractéristiques socio-démographiques des départements

2.1. Le niveau de dépense de l'ASH pour les personnes âgées est contenu, mais des disparités départementales importantes et non expliquées statistiquement sont constatées

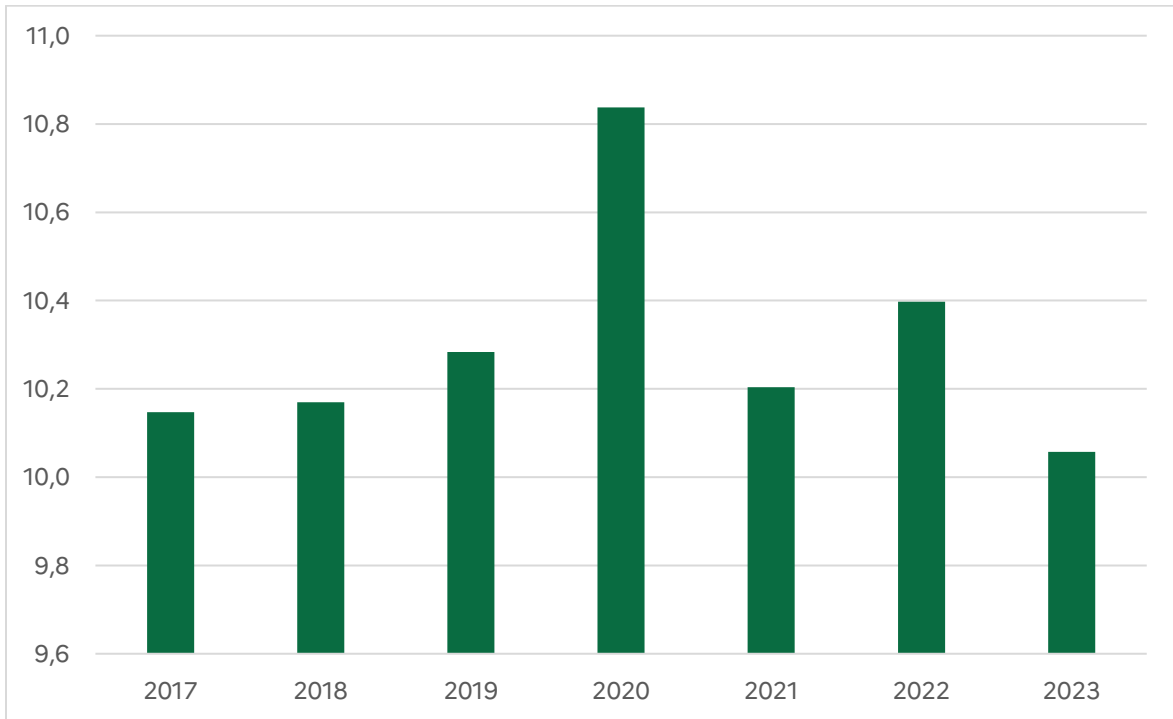
Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées connaît une légère tendance à la baisse sur la période 2017-2023 (-1 % par an en moyenne), avec une chute plus marquée au moment de la pandémie de COVID (-3 % sur un an, cf. graphique 1). Le montant moyen par bénéficiaire quant à lui quasiment stable autour de 10,5 k€ par bénéficiaire et par an.

Graphique 1 : Nombre de bénéficiaires de l'ASH PA, en milliers, France métropolitaine



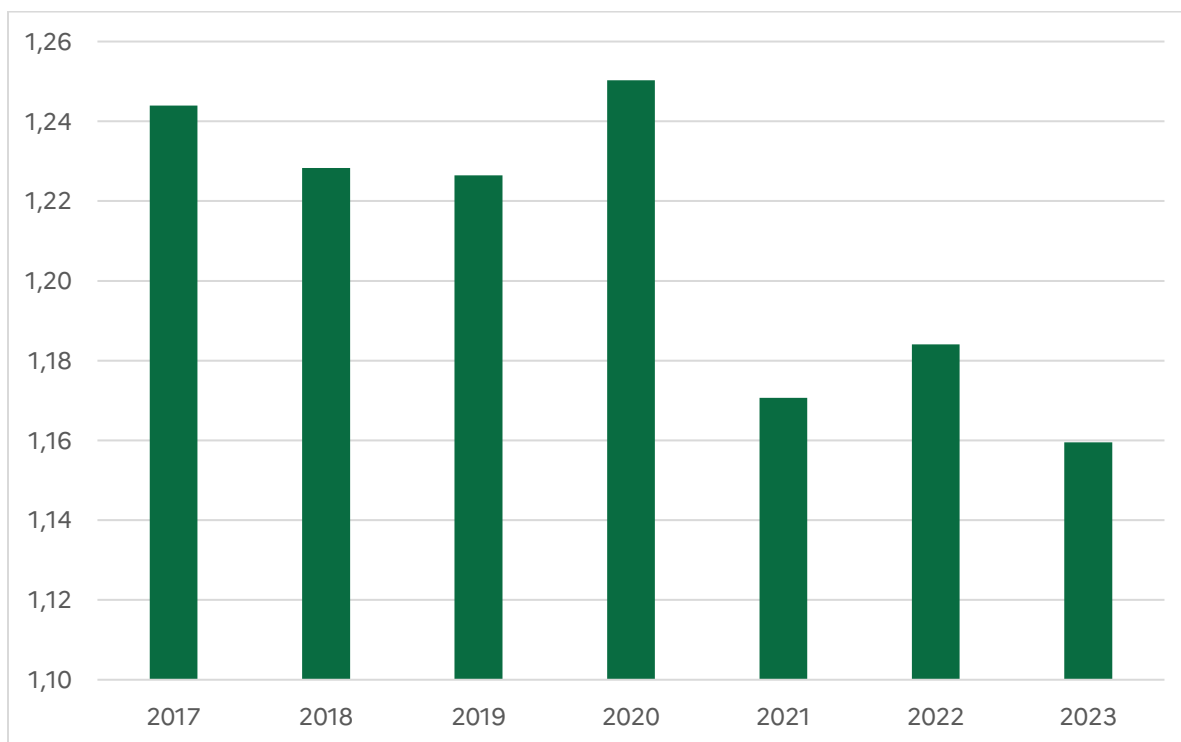
Source : DREES, enquête aide sociale.

Graphique 2 : Montant moyen de l'ASH PA, en k€ par bénéficiaire après récupération, France métropolitaine



Source : DREES, enquête aide sociale.

La combinaison d'un effet volume en légère baisse et d'un effet prix proche de zéro conduit à **un volume global de dépense contenu, en baisse moyenne de 1 % par an sur la période 2017-2023**. En 2023, les dépenses départementales au titre de l'ASH PA se sont élevées à 1,2 Md €.

Graphique 3 : dépenses brutes d'ASH-PA après récupération²⁸ en Mds €, France métropolitaine

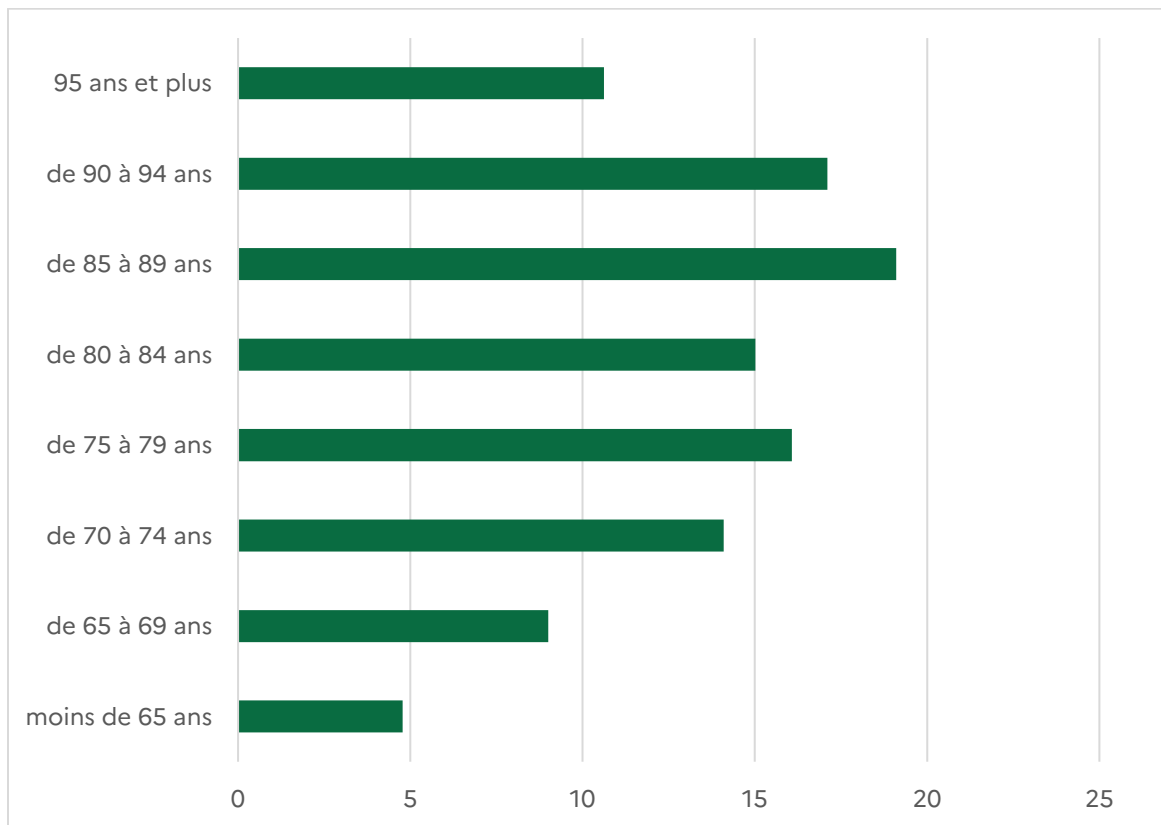
Source : DREES, enquête aide sociale

Caractéristiques des bénéficiaires²⁹. La répartition des bénéficiaires de l'ASH PA est fortement genrée : 35 % des bénéficiaires sont des hommes et 65 % des femmes. Par ailleurs, si les cohortes de bénéficiaires sont presque uniformément réparties par tranche d'âge de 5 ans à partir de 70 ans (environ 15 000 bénéficiaires par tranche), le ratio de bénéficiaires rapporté à la population vivante croît continuellement avec l'âge, pour atteindre 4,5 % de la population pour les 95 ans et plus. La part de bénéficiaires parmi les personnes de moins de 70 ans est quant à elle résiduelle (moins de 2 pour mille).

²⁸ Au titre de la participation du bénéficiaire, des obligés alimentaires et des recours sur succession.

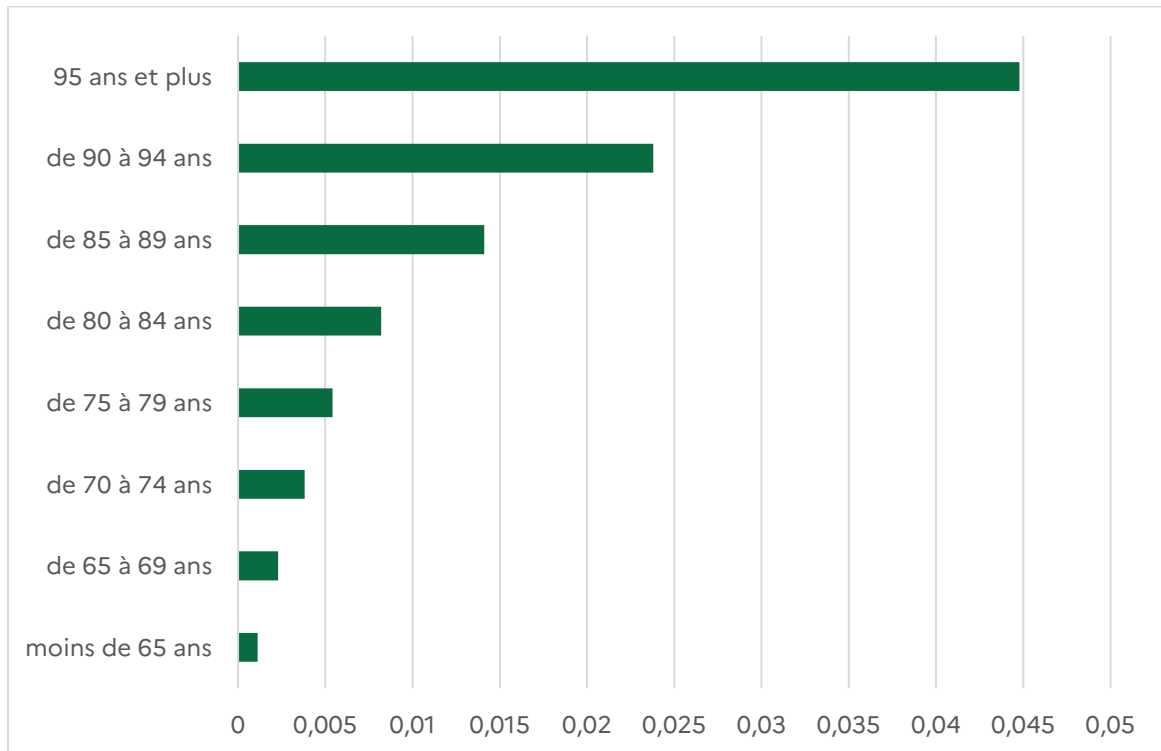
²⁹ Les bénéficiaires potentiels, qui pourraient prétendre à l'ASH mais qui ne la demandent pas, ne sont pas décrits dans ce paragraphe.

Graphique 4 : Nombre de bénéficiaires de l'ASH PH par tranche d'âge, en milliers, France métropolitaine



Source : DREES, enquête aides sociale

Graphique 5 : Nombre de bénéficiaires de l'ASH PA rapporté au nombre de personnes par tranche d'âge, France métropolitaine

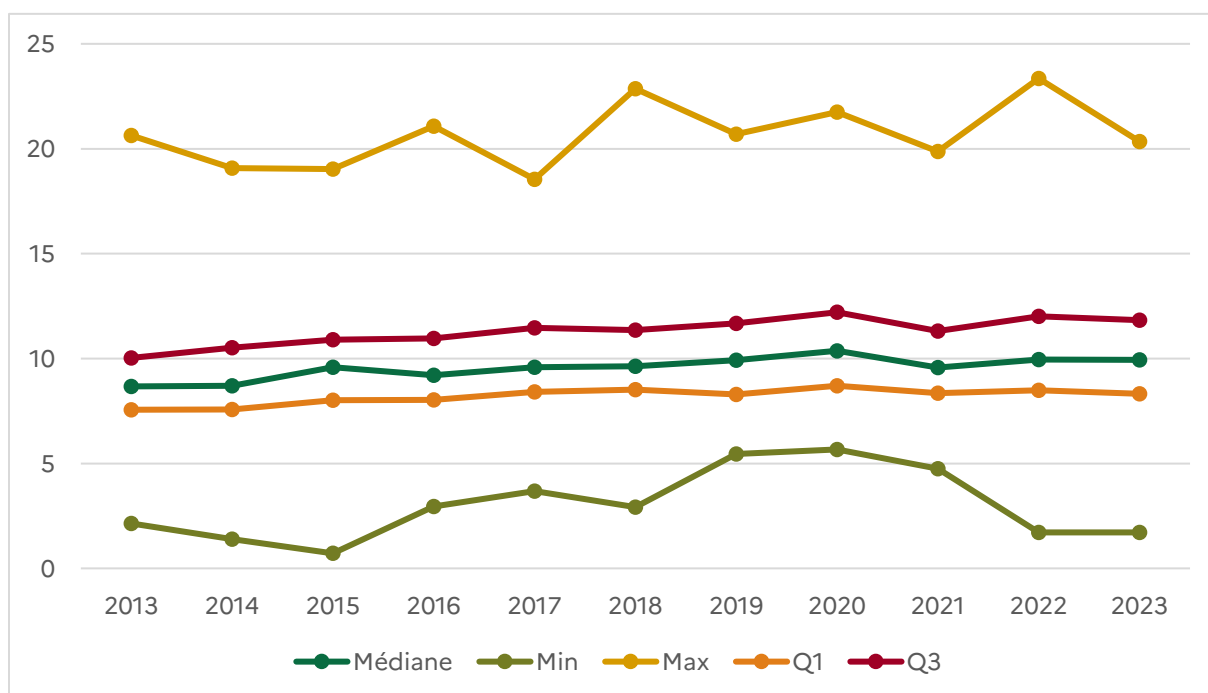


Source : DREES, enquête aides sociale, INSEE, estimation de population.

Disparités territoriales. L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées est une aide qui comporte des disparités départementales fortes, tant en termes de montant par bénéficiaire que de nombre de bénéficiaires par habitant.

- ♦ **aide par bénéficiaire** (cf. graphique 6) : si la moitié des départements accordent des aides dans une fourchette assez ramassée autour de la médiane, entre 8,3 et 11,8 k€ par bénéficiaire³⁰, les valeurs extrêmes s'en éloignent très fortement. La Corrèze accorde ainsi 20,3 k€ par bénéficiaire en 2023, tandis que l'Aveyron accorde en moyenne seulement 1,7 k€ par bénéficiaire.
- ♦ **nombre de bénéficiaires** (cf. graphique 7) : la variance en termes de densité de bénéficiaire par habitant est encore plus élevée. La moitié des départements comportent une densité de bénéficiaires comprise entre 1,30 et 2,16 bénéficiaires pour 1000 habitants. La densité est minimale dans les Yvelines avec 0,62 bénéficiaires pour 1000 habitants, et maximale dans le Nièvre avec 4,82 bénéficiaires pour 1000 habitants.

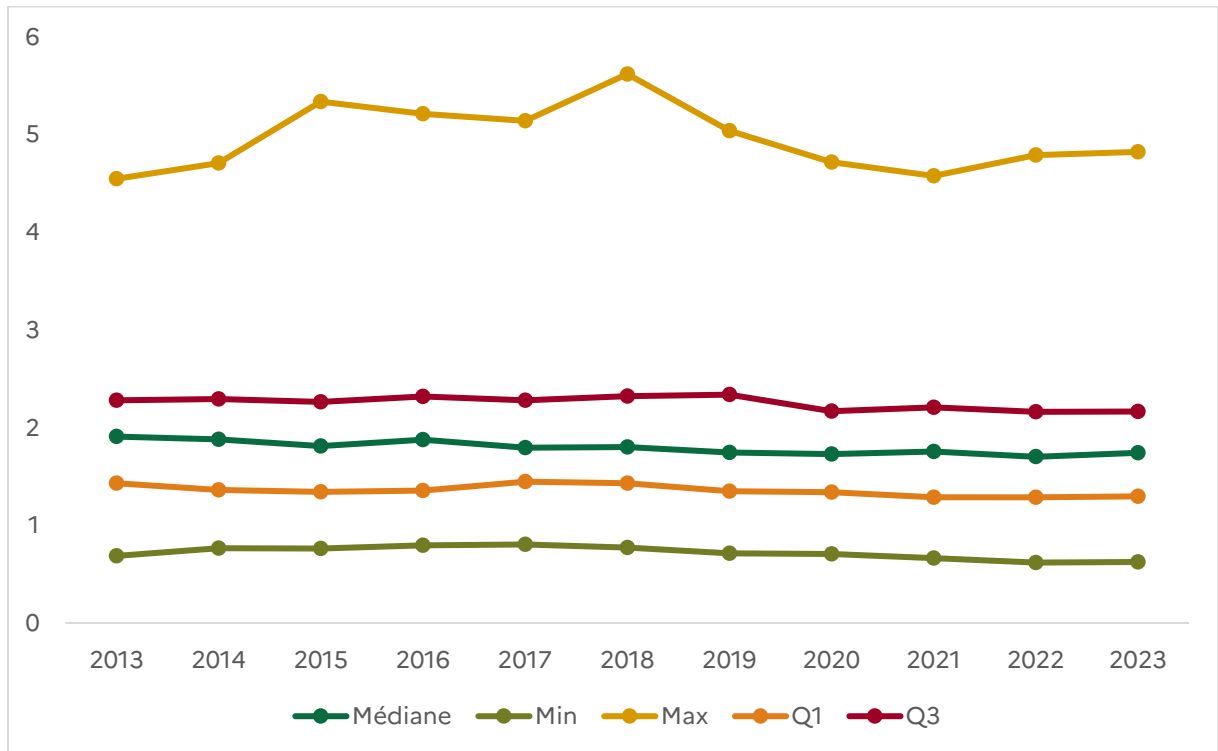
Graphique 6 : Montant de l'aide par bénéficiaire de l'ASH PA, en k€, France métropolitaine



Source : DREES, enquête aide sociale.

³⁰ Cet chiffres sont nets de la participation des bénéficiaires, des obligés alimentaires et des récupérations sur succession.

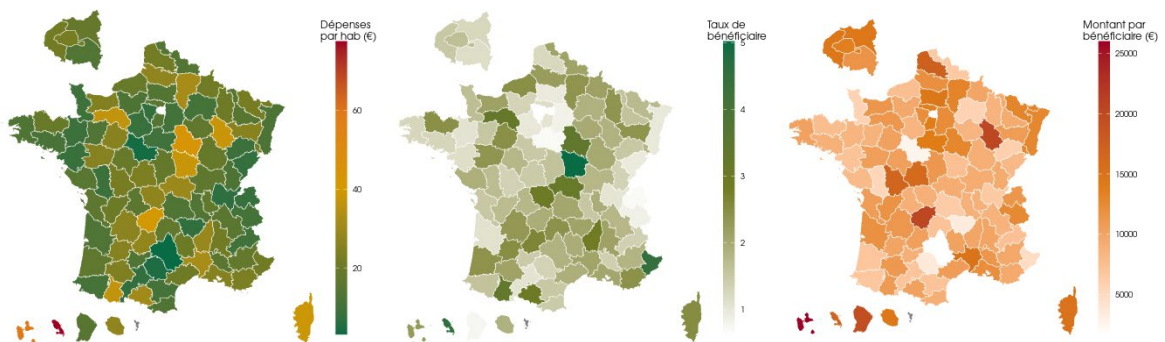
Graphique 7 : Nombre de bénéficiaires de l'ASH PA par habitant, France métropolitaine



Source : DREES, enquête aide sociale.

Les disparités départementales ne présentent pas de colocalisation évidente, que ce soit en termes de taux de bénéficiaire ou de montant par bénéficiaire. Deux départements se distinguent par des taux de bénéficiaires particulièrement élevés : la Nièvre et les Alpes Maritimes. D'autres par des montants par bénéficiaires importants : la Marne, la Corrèze et le Pas de Calais (cf. graphique 15).

Graphique 8 : Disparités départementales, ASH-PA



Source : DREES, enquête aide sociale.

La moitié des disparités départementales en termes de taux de bénéficiaires de l'ASH-PA est expliquée par les caractéristiques départementales retenues dans le cadre de l'étude statistique (cf. Annexe III). Les principaux critères explicatifs des différences sont la part de vieillissement des populations par département, le taux de pauvreté, le taux d'équipement en EHPAD (cf. tableau 3) et les tarifs d'hébergement des établissements. Ainsi, des départements dont la population est plus âgée, où la densité d'établissement est plus élevée et où le taux de pauvreté est plus fort, dépensent plus au titre de l'ASH-PA afin d'assurer des frais d'hébergement des personnes âgées en établissement ne pouvant pas subvenir eux-mêmes (ou leur famille) à leurs besoins d'hébergement³¹.

Les disparités de montants annuels d'ASH-PA par bénéficiaire entre les départements s'expliquent globalement mal par les caractéristiques des populations retenues dans le cadre de l'étude (part expliquée de seulement 26 %). L'intensité de la perte de dépendance apparaît comme un facteur important des dépenses d'ASH-PA par bénéficiaire car, en moyenne et *toutes choses égales par ailleurs*, un département présentant un taux de sénior en GIR 1 ou 2 supérieurs de 0,1 point de pourcentage à un autre attribue des montants d'ASH par bénéficiaire plus élevés de 280 € (cf. tableau 3).

Tableau 2 : Part des disparités de taux de bénéficiaires et de montant par bénéficiaire en 2023 expliquées par les variables introduites dans le modèle économétrique (R²)

		ASH PA	ASH PH
Part expliquée par les caractéristiques des populations	Taux de bénéficiaires	40%	31%
	Montant par bénéficiaire	26%	37%
Part expliquée par les caractéristiques des populations et des départements	Taux de bénéficiaires	49%	44%
	Montant par bénéficiaire	37%	41%

Source : Drees, CNAF, Insee, ISD. Calculs : Pôle science des données.

Dans le champ du grand âge, les disparités départementales de taux d'équipement en EHPAD sont un facteur de disparités de taux de bénéficiaires de l'ASH PA, et ce même si les bénéficiaires ne sont pas nécessairement hébergés dans leur département d'origine. En moyenne, un département avec un taux d'équipement en EHPAD supérieur d'un écart-type à la moyenne nationale présente un nombre de bénéficiaires de l'ASH-PA pour 1 000 habitants supérieur de 0,4.

En termes de montants par bénéficiaire, les caractéristiques de l'offre (le prix moyen par jour en hébergement permanent d'une chambre seule) sont des déterminants importants du montant d'ASH-PA par bénéficiaire puisqu'un département avec un prix plus élevé de 10 € dépense en moyenne 2200 € d'ASH de plus par bénéficiaire et par an *toutes choses égales par ailleurs*. Cette variable n'explique qu'au plus 10 % des disparités départementales de montant d'ASH par personne âgée bénéficiaire.

Par ailleurs, une partie des disparités résiduelles pourrait s'expliquer par des taux de recours différenciés à cette prestation selon les départements, sans qu'il soit possible de l'objectiver dans la mesure où il n'existe pas de statistique départementale portant sur cette métrique.

³¹ À noter néanmoins que la règle du domicile de secours peut conduire à financer des séjours dans d'autres départements.

Tableau 3 : Résultats des régressions pour l'ASH-PA

Variable	Taux de bénéficiaires ASH-PA	Taux de bénéficiaires ASH-PA	Log montant par bénéficiaire ASH-PA	Log montant par bénéficiaire ASH-PA
(Constante)	3,38	-0,55	8,38*	13,432**
Espérance de vie pour les hommes à la naissance	-0,05	-0,04	-0,002	-0,05
Indice de vieillissement 2021	0,02***	0,01***	0,002	0,003
Part des personnes de 60 ans et plus vivant seules ISD 2022	0,05	0,05	0,01	-0,02
Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021	-0,001	-0,003	0,003	n.s.
Part des agriculteurs retraités dans la population ISD 2021	-0,02	-0,08	-0,07°	-0,08*
Part_proprio_65+_RP_Insee_2021	-0,01	n.s.	0,004	-0,01
Taux de pauvreté	0,03°	0,07**	0,02°	0,01
Taux de seniors en situation de dépendance sévère (GIR 1 et 2)	0,16	0,17	0,21*	0,21°
Taux de bénéficiaires de l'ASH-PA	-	-	-0,15*	-0,11
Potentiel financier par habitant OFGL 2023	-	0,002°	-	0,00
Part de personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant recevoir de l'aide de leur entourage	-	-	-	-0,03
Prix moyen par jour en hébergement permanent d'une chambre seule ASH	-	-0,01	-	0,02**
Taux d'équipement en EHPAD (Nombre de places pour 1000 PA 65+)	-	0,03**	-	-0,002
R ²	0,40	0,49	0,26	0,37
R ² ajusté	0,34	0,41	0,18	0,26

Note : *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, ° p < 0,1. n.s. : non-significatif (<10⁻³)

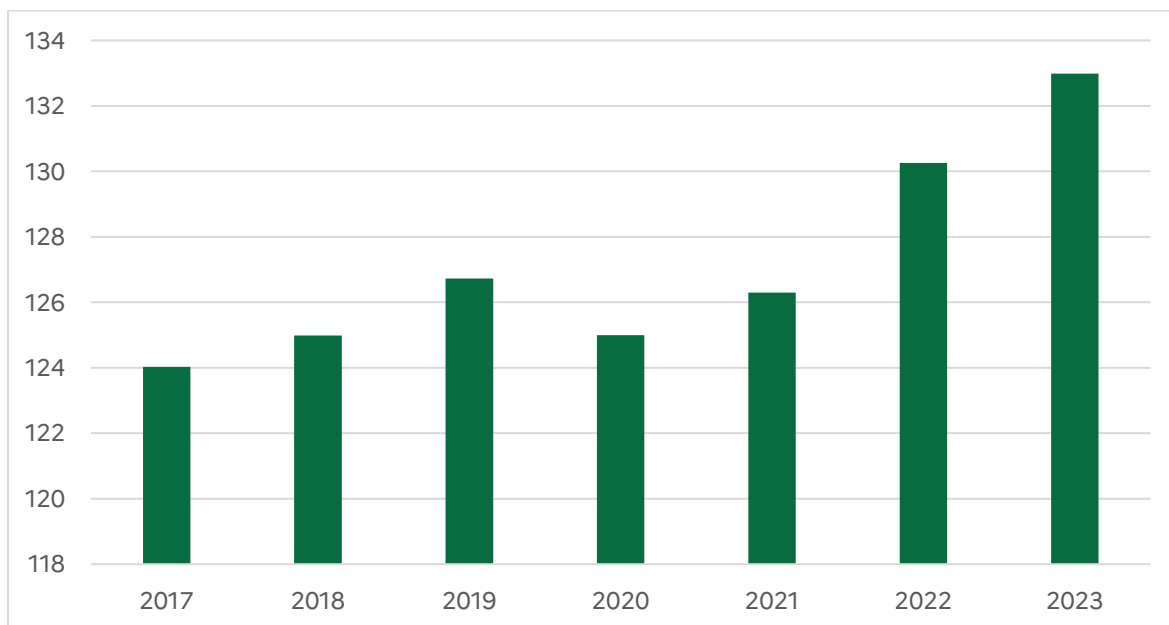
Source : Drees enquêtes Aides sociales et VQS 2021, CNSA Portrait des territoires, Insee RP, ISD, OFGL. Calculs : Pôle science des données.

Note : La population départementale est utilisée comme pondération des observations. Les écarts-types sont corrigés de biais d'hétéroscédasticité par la méthode de correction de White. Les résultats des colonnes 2 et 4 portent sur des régressions réalisées uniquement sur critères sociodémographiques ; ceux des colonnes 3 et 5 sur des régressions comprenant également des critères structurels.

2.2. Le niveau de dépense de l'ASH pour les personnes en situation de handicap est en hausse et des disparités départementales importantes et non expliquées statistiquement sont constatées

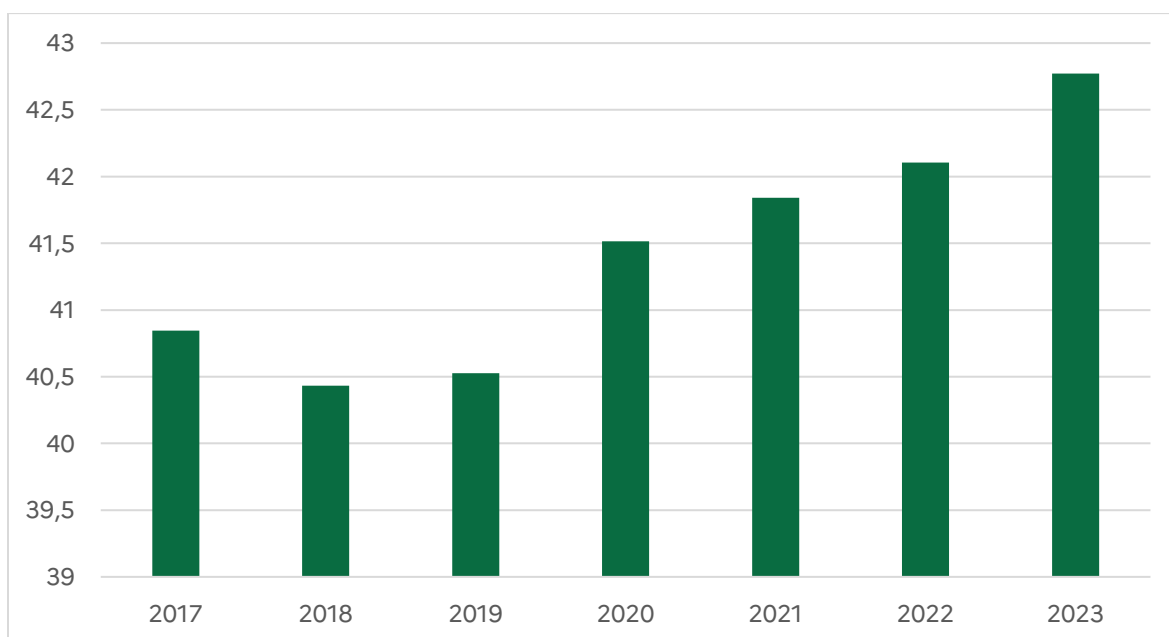
Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes en situation de handicap connaît une légère tendance à la hausse sur la période 2017-2023 (+1,5 % par an en moyenne), avec une chute au moment de la pandémie de COVID (-2 % sur un an) avant un rebond à partir de 2021 (cf. graphique 9). Le montant moyen par bénéficiaire a quant à lui légèrement augmenté sur la même période (moins de 1% par an en moyenne en euro courant) pour atteindre 42,8 k€ en moyenne par bénéficiaire et par an en 2023.

Graphique 9 : Nombre de bénéficiaires de l'ASH PH, en milliers, France métropolitaine



Source : DREES, enquête aide sociale.

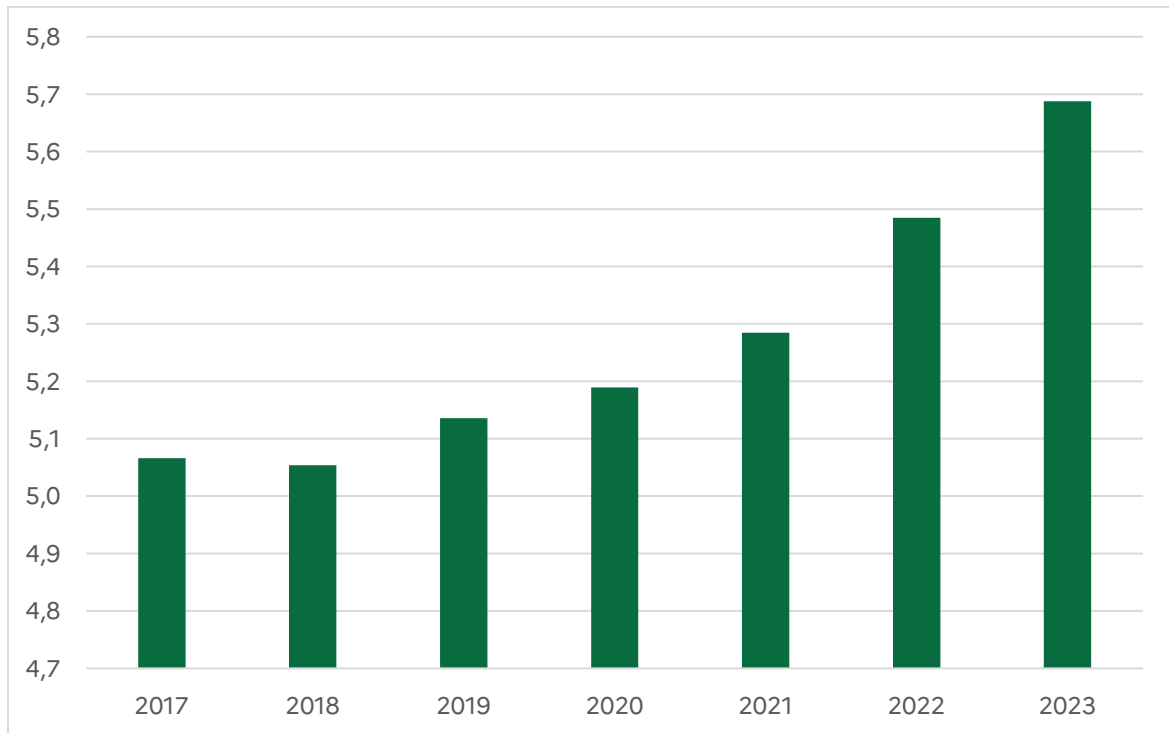
Graphique 10 : Montant moyen de l'ASH PH, en k€ par bénéficiaire, France métropolitaine



Source : DREES, enquête aide sociale.

La combinaison d'un effet volume et d'un effet prix en respectivement en légère hausse conduit à **un volume global de dépense en hausse moyenne de près de 2 % par an sur la période 2017-2023**. En 2023, les dépenses départementales au titre de l'ASH PH se sont élevées à 5,7 Mds €.

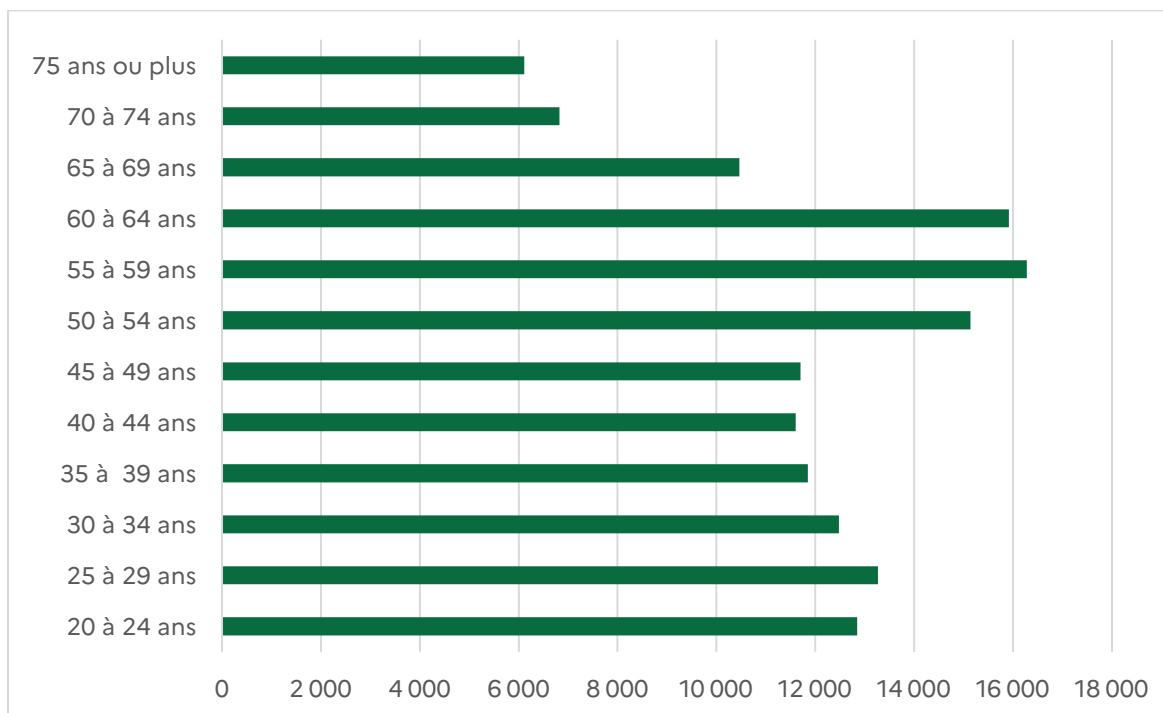
Graphique 11 : Dépenses brutes d'ASH-PH après récupération³² en Mds €, France métropolitaine



Source : DREES, enquête aide sociale

Caractéristiques des bénéficiaires. La répartition des bénéficiaires de l'ASH PH est genrée : 57 % des bénéficiaires sont des hommes et 43 % des femmes. Les cohortes de bénéficiaires sont presque uniformément réparties par tranche d'âge de 5 ans entre 20 ans et 65 ans (entre 12 000 et 16 000 bénéficiaires par tranche de 5 ans), avant de chuter après 65 ans (cf. graphique 12).

³² Au titre de la participation du bénéficiaire, des obligés alimentaires et des recours sur succession.

Graphique 12 : Nombre de bénéficiaires de l'ASH PH par tranche d'âge, France métropolitaine

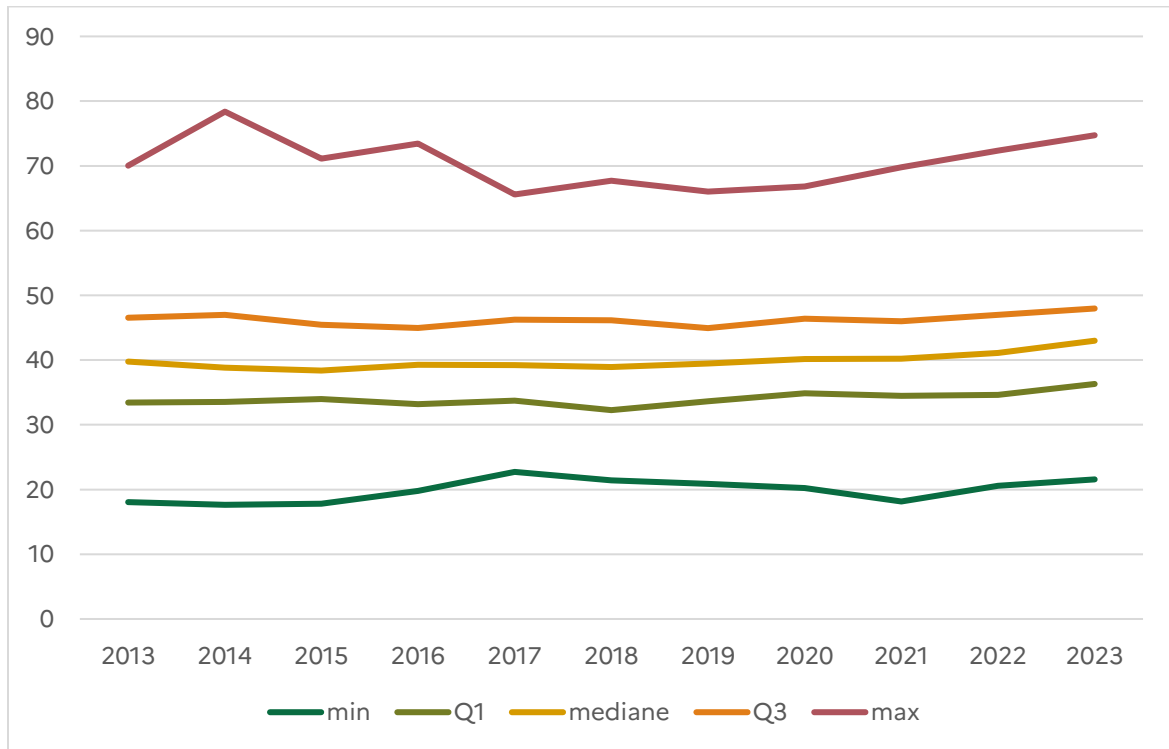
Source : DREES, enquête aides sociale.

L'aide sociale à l'hébergement des personnes en situation de handicap est une aide qui comporte des disparités départementales fortes, tant en termes de montant par bénéficiaire que de nombre de bénéficiaires par habitant (*cf.* graphique 13 et graphique 14) :

- ◆ **montant d'aide par bénéficiaire (intensité)** : si la moitié des départements accordent des aides dans une fourchette assez ramassée autour de la médiane, entre 36,3 et 48,0 k€ par bénéficiaire, les valeurs extrêmes s'en éloignent très fortement. Le Val d'Oise accorde ainsi 74,7 k€ par bénéficiaire en 2023, tandis que la Mayenne accorde seulement 21,6 k€ par bénéficiaire³³ ;
- ◆ **nombre de bénéficiaires (densité)** : la variance en termes de densité de bénéficiaire par habitant est du même ordre de grandeur. La moitié des départements comportent une densité de bénéficiaires comprise entre 1,78 et 2,53 bénéficiaires pour 1 000 habitants. La densité est minimale dans le Territoire de Belfort avec 1,13 bénéficiaires pour 1 000 habitants, et maximale dans le Cantal avec 4,6 bénéficiaires pour 1 000 habitants.

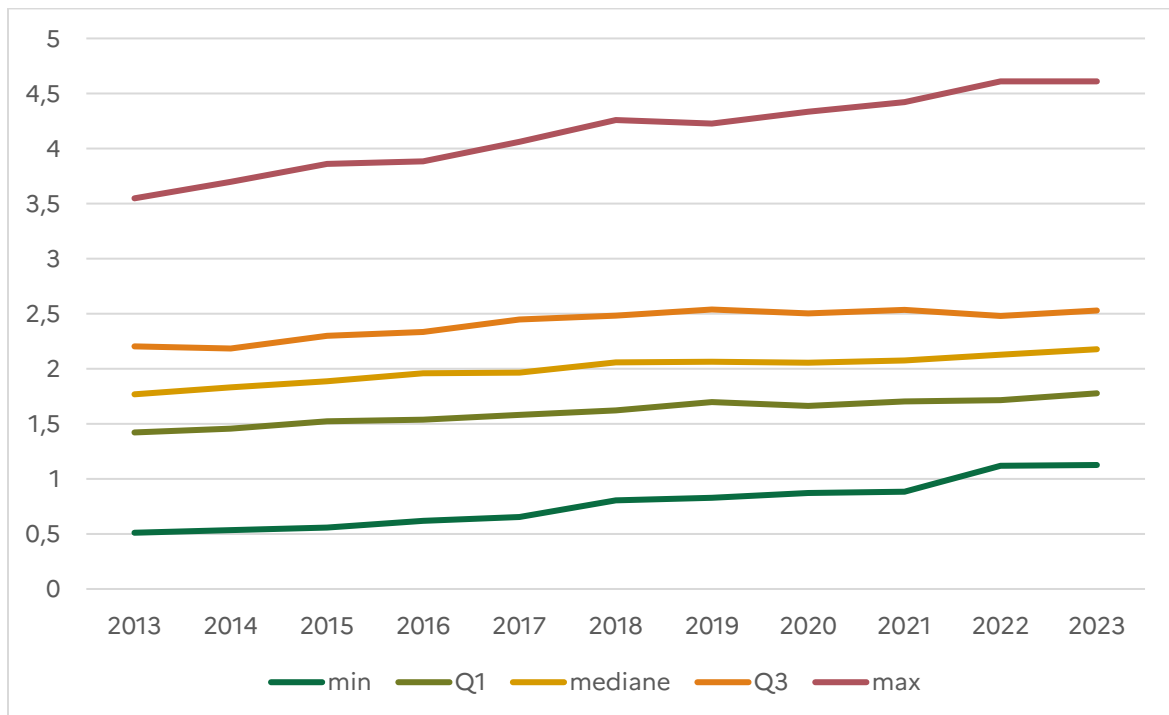
³³ Sur ces deux départements, des différences dans la typologie des aides sociales à l'hébergement sont identifiées : le nombre de bénéficiaires en foyer d'hébergement et foyer médicalisé est proportionnellement plus important dans le Val d'Oise ; à l'inverse, le nombre de bénéficiaires en unités de soin de longue durée est plus important en Mayenne. Ces différences ne sont néanmoins pas directement interprétables comme étant à l'origine des disparités constatées dans les montants d'ASH par bénéficiaire.

Graphique 13 : Montant de l'aide par bénéficiaire de l'ASH PH, en k€, France métropolitaine



Source : DREES, enquête aide sociale

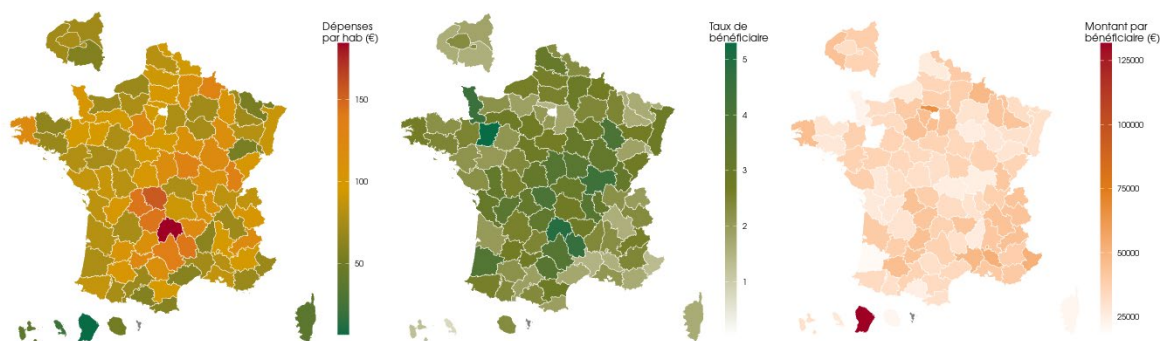
Graphique 14 : Nombre de bénéficiaires de l'ASH PH pour 1000 habitants, France métropolitaine



Source : DREES, enquête aide sociale

Les disparités départementales ne présentent pas de colocalisation évidente, que ce soit en termes de taux de bénéficiaire ou de montant par bénéficiaire. Certains départements, très ruraux, se distinguent par des taux de bénéficiaires particulièrement élevés : le Cantal, la Lozère, la Mayenne. D'autres par des montants par bénéficiaires importants : le Val d'Oise, les Alpes Maritimes ou encore le Vaucluse, hors DROM (cf. graphique 15).

Graphique 15 : Disparités départementales, ASH-PH



Source : DREES, enquête aide sociale

Les variables retenues pour décrire les caractéristiques socio-économico-démographiques des populations n'expliquent qu'environ un tiers des disparités de taux de bénéficiaire et de montant moyen par bénéficiaire de l'ASH-PH. La prévalence du handicap chez les personnes âgées de 25 à 59 ans (apprécié par les limitations déclarées dans l'enquête vie quotidienne et santé de la DREES) et la part des ouvriers et agriculteurs dans la population sont associées au niveau de significativité statistique le plus élevé parmi les variables socio-démographiques utilisées pour expliquer les disparités de taux de bénéficiaires entre les départements. La magnitude de leur effet est similaire puisqu'un point de pourcentage supérieur de ces variables se traduit par une augmentation du taux de bénéficiaires de l'ASH-PH entre 0,1 et 0,2. L'effet de la part des ouvriers et agriculteurs dans la population peut s'expliquer par un effet indirect via la prévalence de l'invalidité née des conditions de travail.

Par ailleurs, le niveau de significativité de ces mêmes caractéristiques socio-démographiques des populations apparaît comme moins marqué dans l'explication des disparités de montant moyen par bénéficiaire. Le taux de bénéficiaires de l'ASH pour les personnes en situation de handicap est le facteur le plus significatif, *toutes choses égales par ailleurs*, pour expliquer le montant moyen par bénéficiaire : un taux de bénéficiaires supérieur d'un point se traduit par un montant moyen par bénéficiaire inférieur d'environ 20 %. Ainsi, les montants attribués aux bénéficiaires de l'ASH-PH semblent principalement et significativement conditionnés au nombre de personnes en situation de handicap ayant recours à cet aide dans un département.

Dans le champ du handicap, la prise en compte des disparités départementales de taux d'équipements en établissements spécialisés permet d'expliquer 11 points de pourcentage supplémentaires de la variance de taux de bénéficiaires de l'ASH PH par rapport à la seule prise en compte des critères sociodémographiques. Concernant le montant moyen d'ASH par bénéficiaire, un département avec 10 places en plus présente un montant moyen par bénéficiaire supérieur de 2 %.

Tableau 4 : Résultats des régressions pour l'ASH-PH

Variable	Taux de bénéficiaires ASH-PH	Taux de bénéficiaires ASH-PH	Log montant par bénéficiaire ASH-PH	Log montant par bénéficiaire ASH-PH
(Constante)	-5,02	-11,06	11,1441***	9,4812***
Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant un handicap	0,12**	0,18***	-0,02	-0,01
Espérance de vie pour les hommes à la naissance	0,03	0,07	0,01	0,02
Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021	0,003	n.s.	n.s.	0,001
Part des ouvriers et agriculteurs dans la population ISD 2021	0,11**	0,12**	1*10 ⁻³	0,01
Médiane du niveau de vie 2021	0,11	0,16°	-0,02	-3*10 ⁻³
Taux de pauvreté	0,003	0,05	-0,01	n.s.
Taux de bénéficiaires de l'ASH-PH	-	-	-0,19***	-0,23***
Potentiel financier par habitant OFGL 2023	-	n.s.	-	0
Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant recevoir de l'aide de leur entourage	-	-0,07	-	0,001
Taux d'équipement des structures adultes (place pour 1000 habitants en limitation sévère d'activité de 20 à 59 ans)	-	0,01***	-	0,002**
R ²	0,31	0,44	0,37	0,41
R ² ajusté	0,26	0,37	0,31	0,34
Note : *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, ° p < 0,1. n.s. : non-significatif (<10 ⁻³)				

Source : Drees enquêtes Aides sociales et VQS 2021, CNSA Portrait des territoires, Insee RP, ISD, OFGL. Calculs : Pôle science des données.

Note : La population départemental est utilisée comme pondération des observations. Les écarts-types sont corrigés de biais d'hétéroscédasticité par la méthode de correction de White. Les résultats des colonnes 2 et 4 portent sur des régressions réalisées uniquement sur critères sociodémographiques ; ceux des colonnes 3 et 5 sur des régressions comprenant également des critères structurels.

3. L'instruction des demandes d'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap est avant tout administrative, mais appréciée selon des conditions différentes

3.1. La demande d'aide sociale à l'hébergement est réalisée auprès des centres communaux d'action sociale avant d'être instruite sur base documentaire par les conseils départementaux

Qu'il s'agisse de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, le dossier d'aide sociale à l'hébergement doit être retiré auprès de la mairie ou du centre communal d'action sociale (CCAS) du lieu de résidence de la personne hébergée. Une fois rempli, le formulaire de demande de l'aide sociale accompagné des pièces justificatives est déposé à la mairie ou au CCAS³⁴, qui le transfère au conseil départemental sous un mois. Au vu des caractéristiques différentes entre l'ASH-PA et l'ASH-PH concernant les obligés alimentaires et les recours sur successions, **certaines pièces sont distinctes entre personnes âgées et personnes en situation de handicap** (cf. tableau 5, exemple des Hauts-de-Seine). C'est notamment le cas des pièces relatives à la situation des obligés alimentaires.

Il est notable que **la plupart des documents justificatifs demandés sont de simples copies non authentifiées**, ce qui est aisément compréhensible sur le plan opérationnel mais qui pose question en termes de maîtrise des risques, dans un contexte où la falsification de documents est à la portée de tout un chacun *via* des outils d'intelligence artificielle en libre accès. Pour certains documents, par exemple avis de taxe foncière, il serait souhaitable que **le document soit envoyé directement par le service émetteur pour limiter les risques de fraude**.

Tableau 5 : Pièces justificatives demandées par le conseil départemental des Hauts-de-Seine pour l'instruction de l'ASH PA et de l'ASH PH

Pièce justificative	ASH PA	ASH PH
Copie d'une pièce d'identité du demandeur	Oui, pour les personnes étrangères, ainsi que la copie du titre pour les personnes non issues de l'Union européenne	Oui, pour les personnes étrangères, ainsi que la copie du titre pour les personnes non issues de l'Union européenne
Copie d'un justificatif de domicile	Oui	Oui
Copie intégrale du livret de famille	Oui	Oui
Avis d'imposition du demandeur et de son partenaire	Oui	Oui
Justificatif de ressource de la personne et de son conjoint	Oui	Oui
Justificatif bancaire de tous les comptes courants, intérêts des capitaux, relevé de situation des contrats d'assurance vie, compte titre, portefeuille	Oui	Oui
Attestation d'entrée dans un établissement sur une place habilitée à l'aide sociale	Oui	Oui
Notification d'orientation vers un établissement	Non	Oui

³⁴ Article L. 131-1 du code de l'action sociale et des familles, selon lequel les demandes d'admission au bénéfice de l'aide sociale à l'hébergement sont déposées au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie de résidence de l'intéressé. Ces demandes donnent lieu à l'établissement d'un dossier par les soins du centre communal ou intercommunal d'action sociale avant transmission, dans le mois de leur dépôt, au président du conseil départemental qui les instruit avec l'avis du centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, du maire et celui du conseil municipal, lorsque le maire ou le centre communal ou intercommunal d'action sociale a demandé la consultation de cette assemblée.

Fiche ASH

Piece justificative	ASH PA	ASH PH
Copie de reconnaissance du taux d'invalidité de 80 % ou plus reconnu avant l'âge de 65 ans	Non	Oui
Pièces à fournir le cas échéant		
Copie intégrale du dernier avis de taxe foncière (propriétaire)	Oui	Oui
Justificatif de charges de copropriété pour les biens loués (propriétaire)	Oui	Oui
Photocopie du dernier relevé annuel pour chaque contrat d'assurance vie	Oui	Oui
Attestation de paiement de la CAF (allocataire CAF)	Oui	Oui
Agrément, contrat de séjour et dernier bulletin de salaire (accueil en famille)	Oui	Oui
Acte de décès (veuf) ou jugement (divorcé)	Oui	Oui
Jugement établissant la mesure de protection	Oui	Oui
Pour chaque obligé alimentaire		
Copie intégrale du dernier avis d'imposition	Oui	Non
Copie intégrale du livret de famille	Oui	Non
Dernier justificatif de ressources en cas de changement de situation notable et récent	Oui	Non
Certificat de scolarité des enfants de plus de 16 ans	Oui	Non
Le cas échéant, le jugement de condamnation du parent demandeur pour violence intrafamiliale ou le jugement de retrait de l'autorité parentale	Oui	Non

Source : Mission, sur la base des dossiers disponibles sur le site du département.

Les services du conseil départemental ne réalisent pas d'évaluation de l'autonomie du bénéficiaire comme dans le cadre de la PCH ou de l'APA, dans la mesure où il s'agit d'une aide financière liée à l'insuffisance de ressources pour couvrir les frais d'hébergement en établissement. Ils réalisent en revanche une instruction administrative (complétude du dossier) et un calcul du montant à verser, sur la base des ressources prises en compte ressortant des éléments du dossier et du tarif d'hébergement (cf. 3.2.1 et 3.2.2. pour le détail des disparités dans les modalités de calcul du montant de l'aide).

La décision du président du conseil départemental est ensuite notifiée au demandeur ou à son représentant légal. Si la demande d'aide sociale est rejetée, le demandeur peut déposer un recours gracieux auprès du président du conseil départemental, qui a deux mois pour donner suite. Le cas échéant, il peut ensuite réaliser un recours contentieux devant un tribunal administratif.

3.2. L'évaluation des ressources du bénéficiaire, la prise en compte des obligés alimentaires et les pratiques concernant les recours sur succession constituent les trois sources de disparités départementales au titre de l'ASH pour les personnes âgées

Les dépenses des départements au titre de l'aide sociale à l'hébergement étant partiellement recouvrées ou diminuées, il existe pour l'ASH une différence entre dépenses avant récupération et dépenses après récupération. Cette différence est imputable aux trois éléments suivants, qui représentent une différence totale d'environ 40 % entre brut et net³⁵ :

- ◆ la participation des bénéficiaires : de l'ordre de 25 % ;
- ◆ la récupération auprès des obligés alimentaires : de l'ordre de 5 % ;
- ◆ les recours sur succession : de l'ordre de 10 %.

Des disparités départementales sont constatées pour chacun de ces éléments.

3.2.1. Des disparités dans l'évaluation des revenus du patrimoine, des revenus financiers et des charges obligatoires sont à l'origine de différences dans les montants d'aide attribués

L'évaluation des ressources nettes du bénéficiaire constitue avec l'évaluation de l'obligation alimentaire l'un des deux facteurs de variabilité identifiés comme étant à l'origine de disparités dans les montants attribués. En effet, des pratiques départementales différentes sont observées, que ce soit dans l'évaluation des ressources brutes du bénéficiaire ou dans celles des charges obligatoires.

Évaluation des ressources brutes. Les ressources brutes sont composées d'une part de l'ensemble des ressources personnelles (retraite, rente, revenus immobiliers) à l'exclusion des prestations familiales, de la retraite du combattant et des pensions attachées aux distinctions honorifiques ; et d'autre part aux revenus théoriques du capital. L'article R.132-1 du CASF précise la manière de les évaluer : « *les biens non productifs de revenu, à l'exclusion de ceux constituant l'habitation principale du demandeur, sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis et à 3 % du montant des capitaux* ». Cette règle ne semble néanmoins pas uniformément appliquée. Certains départements ne prennent pas compte des revenus soumis à prélèvement libératoire tandis que d'autres ne procèdent pas à une évaluation forfaitaire du capital dormant (par exemple les Hauts de Seine)³⁶.

³⁵ Selon les derniers chiffres disponibles dans l'enquête aide sociale de la DREES de 2017

³⁶ Juillet 2020, HCFEA, « l'obligation alimentaire, la récupération sur succession et leur mise en œuvre dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement ».

L'évaluation du patrimoine financier fait également l'objet de pratiques hétérogènes. Des rapports anciens³⁷ pointaient notamment que certains conseils départementaux appliquent à des produits d'épargne (livret A, produits de placement) une évaluation forfaitaire d'un revenu annuel de 3 % du capital. Or, l'article R.132-1 du CASF ne prévoit une évaluation forfaitaire que pour les seuls biens non productifs de revenu. D'autres départements (c'est notamment le cas de l'Oise) imposent aux demandeurs de **mobiliser leur patrimoine liquide pour régler leurs frais d'hébergement avant l'admission à l'aide sociale à l'hébergement**. Si cette pratique est conforme avec l'esprit de l'ASH PA, conçue pour rendre liquides des actifs qui ne le sont pas (notamment le patrimoine immobilier), elle apparaît contestable en droit, aucun article du CASF n'obligeant les demandeurs à liquider leur patrimoine financier³⁸. Elle présente également un avantage en termes de gestion et de maîtrise des risques, en anticipant le recours sur succession et en évitant que les héritiers organisent la fuite des capitaux. Elle a toutefois une sensibilité politique forte.

Proposition n° 1 : Dans une logique de subsidiarité, inscrire dans le Code de l'action sociale et des familles le principe de liquidation préalable du patrimoine liquide, en instaurant un seuil de liquidité à laisser au bénéficiaire. En parallèle, codifier la jurisprudence du Conseil d'État concernant les charges obligatoires à déduire pour évaluer les ressources nettes du bénéficiaire.

Évaluation des charges. Les charges obligatoires doivent être déduites des ressources brutes pour évaluer les ressources nettes dont dispose le bénéficiaire. Cette déduction s'impose aux conseils départementaux pour certaines dépenses par une jurisprudence du Conseil d'État qui a jugé que les ressources devant permettre de « *subvenir aux dépenses qui sont mises à leur charge par la loi et sont exclusives de tout choix de gestion* » (Conseil d'État, Département de Charente-Maritime, 14 décembre 2007, n°286891) devaient être exclues. En particulier, les charges suivantes doivent être déduites des ressources brutes, car ressortissant d'obligations légales :

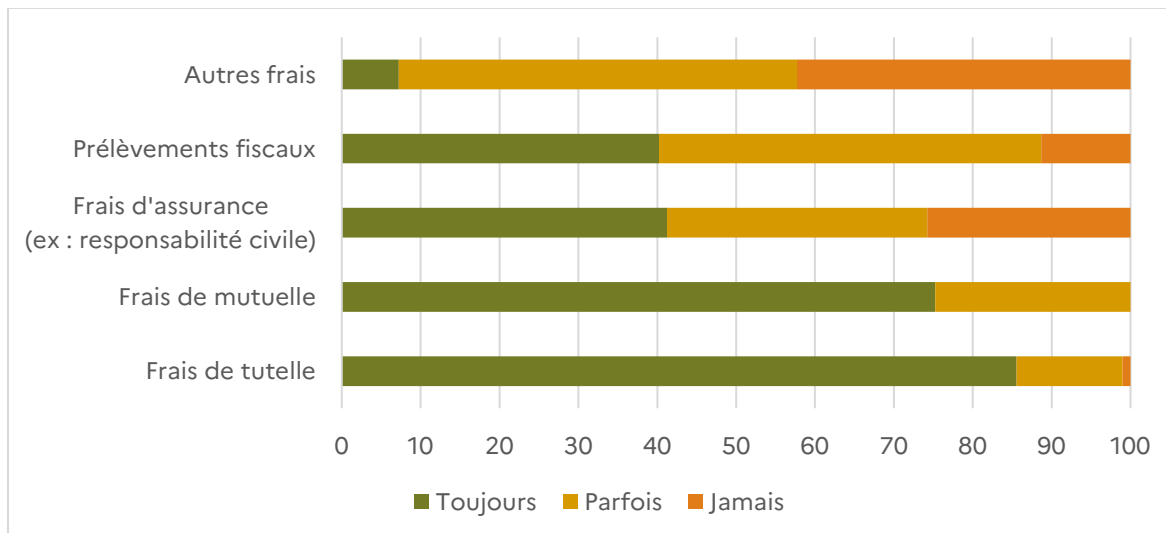
- ◆ l'impôt sur le revenu doit être déduit des ressources, mais pas l'impôt lié à la détention d'un patrimoine, telles que la taxe foncière ou l'impôt sur la fortune immobilière, dans la mesure où le patrimoine à l'origine de l'impôt peut être liquidé ;
- ◆ les frais de tutelle et de curatelle ;
- ◆ les cotisations d'assurance maladie complémentaire, en vertu du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui prévoit que la nation garantit à tous la protection de la santé ;
- ◆ les frais relatifs au tarif dépendance (prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'animation de la vie sociale de l'établissement et les autres prestations et fournitures nécessaires au bien-être de la personne par ailleurs), dès lors qu'ils ne sont pas liés à son état de santé ou à son état de dépendance des personnes âgées en établissement (notamment les GIR 5 et 6) ;

³⁷ Déjà pointées dans le rapport IGAS 2011 et HCFEA (Ibid.) pour le patrimoine financier

³⁸ Il existe une jurisprudence administrative contraire portant sur le versement du RSA, après qu'un département ait inscrit un seuil de patrimoine liquide ouvrant droit au versement du RSA dans son règlement départemental d'action sociale. Le tribunal administratif a jugé que : « (...) cette délibération (délibération du conseil départemental du 17 juin 2016), dont il ne résulte pas de l'instruction qu'elle figurerait dans le règlement départemental d'aide sociale, doit être regardée, eu égard à son objet, comme fixant des conditions, des critères ou des montants plus restrictifs que ceux déterminés par les textes pour l'attribution du revenu de solidarité active, en méconnaissance de l'article L. 121-4 du code de l'action sociale et des familles. Il suit de là que la décision du 13 août 2020 (suspension du RSA) a été prise sur le fondement d'une délibération du conseil départemental qui ne trouve son fondement dans aucune disposition législative ou réglementaire applicable au revenu de solidarité active et par suite en méconnaissance des articles L. 132-1 et R. 132-1 du code de l'action sociale et des familles, qui ne prévoient la prise en compte ni de la valeur des capitaux détenus par l'intéressé, ni d'un seuil de capitaux à partir duquel le droit au revenu de solidarité active ne serait plus ouvert. ».

- ◆ les primes d'assurance en responsabilité civile ne résultant pas d'une obligation sans choix de gestion, les conseils départementaux ne sont pas obligés de les déduire des ressources.

Graphique 16 : Charges et frais pris en compte dans le calcul de l'ASH par les départements en 2018



Source : DREES, enquête aide sociale

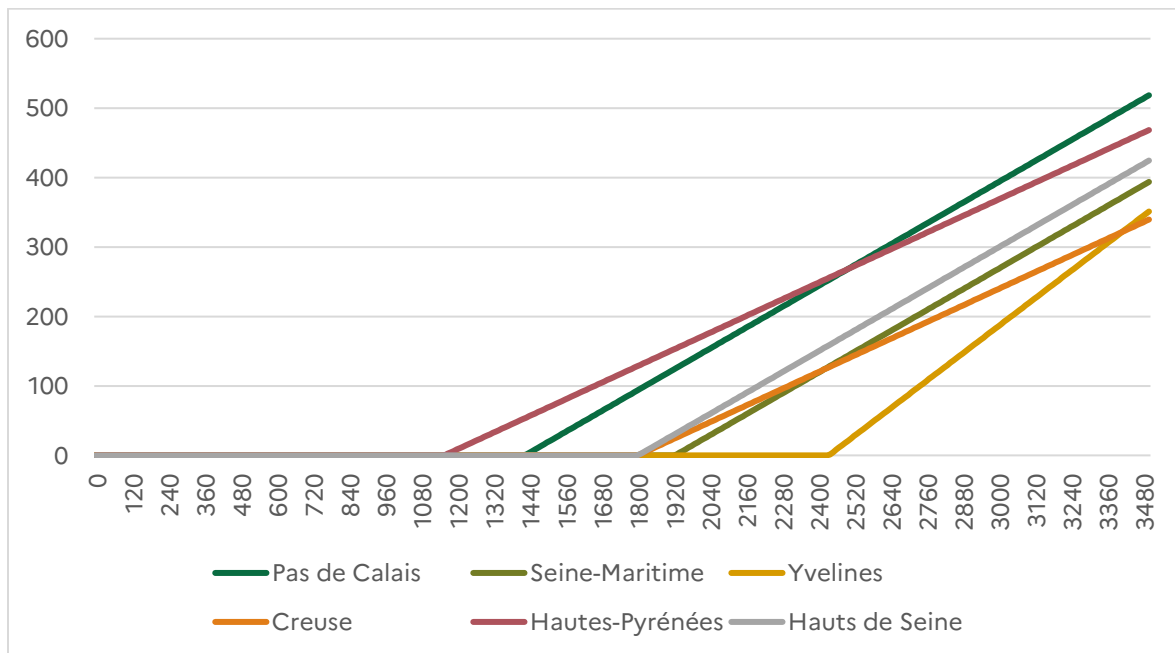
Dans les faits, l'évaluation des charges obligatoires fait l'objet de pratiques hétérogènes entre départements. Les prélèvements fiscaux, les frais de mutuelle et les frais de tutelle, qui devraient être considérés comme des charges obligatoires par la jurisprudence du Conseil d'État, ne le sont de façon systématique que dans respectivement 40 %, 75 % et 86 % des cas (enquête aide sociale de la DREES, données 2019, *cf.* graphique 16). A l'inverse, certains départements prennent toujours en compte des charges non obligatoires, telles que l'assurance en responsabilité civile, l'assurance des frais d'obsèques, les charges locatives résultant d'un logement précédant l'entrée en établissement. C'est notamment le cas de la Gironde parmi les départements rencontrés par la mission (*a minima* pour la responsabilité civile et les frais d'obsèques).

3.2.2. En l'absence de barème commun, les conseils départementaux évaluent la contribution des obligés alimentaires selon des critères définis localement

L'évaluation de la contribution des obligés alimentaires constitue le second facteur de variabilité identifié comme étant à l'origine de disparités dans les montants attribués au titre de l'aide sociale à l'hébergement à destination des personnes âgées.

Calcul de l'obligation alimentaire. En l'absence de barème national, les conseils départementaux ont défini localement des barèmes permettant de guider l'évaluation de l'obligation alimentaire par les équipes autonomie. Certains barèmes sont inscrits dans les règlements départementaux d'action sociale, d'autres non (c'est par exemple le cas dans l'Oise). En général, ces barèmes définissent un seuil de ressources à partir duquel l'obligé sera mis à contribution, et un (ou plusieurs) taux de prélèvement marginal sur les revenus au-delà du seuil.

Graphique 17 : Contribution alimentaire théorique avant réduction d'impôt, en fonction du niveau de revenu en €



Source : Mission, sur la base des RDAS disponibles sur les sites des conseils départementaux.

Note : cas type d'un obligé d'un bénéficiaire de l'ASH PA, seul et sans enfant, propriétaire de son logement et ayant fini de rembourser son emprunt.

Des différences importantes sont constatées tant sur les seuils de ressources, compris entre 1000 et 2500 € sur l'échantillon considéré, que sur les taux, compris entre 10 % et 33 %.

Gestion et exécution. Faute d'accès direct à la composition familiale, aux charges obligatoires et aux ressources propres des obligés alimentaires, l'évaluation des ressources des obligés présente également des difficultés pour les services instructeurs des conseils départementaux. Certaines données sont pourtant disponibles auprès d'autres administrations publiques, notamment la direction des finances publiques et les caisses d'allocations familiales.

Il faut également noter que l'évaluation de l'obligation alimentaire par le conseil départemental n'a pas de caractère exécutoire. En effet, le conseil départemental n'a pas de compétence juridique pour³⁹ :

- ◆ mettre une participation à la charge des obligés alimentaires par une décision exécutoire ;
- ◆ répartir le montant à la charge des obligés alimentaires entre ces derniers ;
- ◆ émettre un titre exécutoire à l'égard des obligés alimentaires en vue de recouvrer la dette à laquelle ils sont tenus, le juge judiciaire étant seul compétent pour émettre un tel titre à leur encontre.

³⁹ IGAS, rapport 2011 ; lecture du Conseil d'État N° 251727 du 16 juin 2004 : « il n'appartient qu'à l'autorité judiciaire d'assigner à chacune des personnes tenues à l'obligation alimentaire le montant et la date d'exigibilité de leur participation à ces dépenses. Ainsi, en jugeant que la participation de l'obligé alimentaire prend effet à la même date que l'admission à l'aide sociale, la commission centrale d'aide sociale a méconnu le champ de sa compétence. ».

En cas de désaccord entre le conseil départemental et un obligé alimentaire concernant le montant individuel ou la répartition des sommes entre obligés, le conseil départemental est dans la nécessité de saisir le juge aux affaires familiales (JAF) pour fixer le montant de l'obligation alimentaire. À titre d'exemple, dans le département de l'Oise, cela représente une dizaine de saisines annuelles. Dans ce cas, la mise en œuvre de l'obligation alimentaire est imposée à compter de la date de saisine du JAF et non pas de l'entrée en établissement : les obligés alimentaires ont donc tout intérêt (au moins sur le plan économique) à allonger la procédure de fixation de l'obligation.

Proposition n° 2 : Mettre en place un barème national pour le calcul de l'ASH. Donner aux conseils départementaux la compétence pour fixer unilatéralement, dans le cadre de ce barème, le montant de l'obligation alimentaire en faveur des demandeurs de l'ASH, sans faire dépendre le montant de cette obligation d'une décision du juge aux affaires familiales (cf. PJ pour le chiffrage).

Proposition n° 3 : Renforcer les échanges de données avec les services des finances publiques et les caisses d'allocation familiales pour faciliter le calcul de l'obligation, ou, de manière privilégiée, permettre l'accès des départements au DRM pour accéder à ces données.

L'application de ces propositions permettrait de renforcer l'équité de cette aide, dont on a vu précédemment des disparités importantes selon les départements. Elles permettraient également de renforcer sa lisibilité par les bénéficiaires : l'existence d'un barème national pourrait par exemple donner lieu à la mise en place d'un simulateur. Enfin, ces propositions constitueraient une source d'économie à plusieurs titres :

- ◆ la fixation d'un barème national, sur la base du barème le plus « dur » (en prenant par exemple le seuil le plus bas et le taux le plus haut) aurait pour conséquence d'augmenter la participation des obligés et donc de diminuer celle du conseil départemental ;
- ◆ la systématisation de l'accès aux données permettant le calcul de l'obligation permettrait de limiter les temps d'instruction et donc les frais de gestion ;
- ◆ rendre exécutoire la décision du conseil départemental permettrait d'accélérer les procédures, de désengorger les services judiciaires et de limiter les volumes d'indus non recouvrables liés à la prise en compte de l'obligation au moment de la saisine du juge.

3.2.3. Les recours sur succession apparaissent quasi systématiques mais la capacité à recouvrer est différente en fonction des départements

L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées est récupérable au premier euro d'actif net, dans la limite du montant des prestations allouées au bénéficiaire de l'aide sociale et de l'actif successoral. Cette récupération résulte d'une décision du président du conseil départemental, qui peut décider de reporter la récupération en tout ou partie (article R.132-11 du CASF). Il apparaît néanmoins du retour au questionnaire envoyé à l'ensemble des départements que 86% des départements (36 sur 42 répondants à la question) pratiquent le recours sur succession de manière systématique. Les disparités en termes de pratique de recours semblent donc limitées.

Disparités dans les montants récupérés. Malgré un recours annoncé comme systématique dans la majorité des cas, des différences quant au niveau de récupération effectif sont observées. Il est notable que peu de départements sont à même d'évaluer la part d'aide récupérée relativement au montant d'aide versé, et que les réponses apportées par les autres sont très diverses. En l'absence de statistiques récentes sur le sujet et d'identification de ces créances dans les comptes des collectivités, on peut estimer que la part d'aide recouvrée *via* les recours sur succession (au titre de l'ASH-PA) est comparable à celle qui était récupérée en 2017. À l'époque, l'enquête aide sociale de la DREES distinguait la participation des bénéficiaires (25 % des dépenses brutes au titre de l'ASH-PA avant récupération), les récupérations auprès des obligés alimentaires (5 %) et les recours sur succession (10 %) au sein des dépenses brutes d'ASH-PA.

Des modalités de suivi perfectibles. Très peu de départements ont été en mesure d'évaluer les « restes à encaisser » liés au recours sur succession. 43 départements sur 50 répondants indiquent ainsi ne pas avoir de visibilité sur le volume total de créance lié aux recours sur successions. Le département du Lot et Garonne est le seul à avoir indiqué un chiffre consolidé et pluriannuel⁴⁰. La plupart des autres indiquent des montants annuels, correspondant a priori aux titres émis ou aux montants recouvrés. Cette difficulté à évaluer les montants des créances restant à encaisser est en partie liée à la fragilité des outils de gestion : dans plusieurs départements, le suivi est réalisé manuellement sur un simple tableau Excel, qui n'est pas alimenté par le logiciel métier⁴¹.

Beaucoup de départements indiquent par ailleurs ne pas pouvoir évaluer la créance globale liée à l'ASH dans la mesure où l'actif net n'est pas connu avant le décès. C'est en partie vrai (les biens immobiliers ayant fait l'objet d'une hypothèque sont normalement connus des services départementaux), mais cela questionne sur le pilotage budgétaire des départements.

Une procédure de recouvrement lourde. La procédure de recouvrement est longue et complexe, ce qui est de nature à faire baisser le taux de recours :

- ◆ identifier le décès : certains départements indiquent être informés des décès des bénéficiaires par les héritiers ou les notaires. Dans d'autres cas, l'information peut venir des établissements d'accueil ;
- ◆ prendre l'attache du notaire ou de la famille pour faire opposition à la succession ;

⁴⁰ 520,7 M€ de créances départementales au titre de l'hébergement (ASH PA et ASH PH). Il s'agit des dépenses d'hébergement diminuées des recettes perçues au cours de l'aide (notamment obligation alimentaire, recouvrement sur ressources) des personnes non décédées au 31 décembre 2023

⁴¹ « Nous utilisons un tableau de suivi sous forme d'un fichier Excel qui manque de fiabilité en termes de données. Une démarche est engagée pour rechercher l'usage d'un module de notre logiciel métier pour faciliter le suivi des créances »
« il s'agit d'un suivi "extra comptable" via Excel, pas d'outil métier (progiciel), les dossiers sont traités et suivis au fil de l'eau »

- ◆ demande de transmission et évaluation de l'actif : en fonction des cas, au notaire, à la banque, au service des domaines (succession vacante). Certains départements font état de difficultés pour obtenir les informations de la part de certains établissements bancaires. Certains départements ont développé des plateformes d'échange de données avec les chambres de notaire, ce qui permet de faciliter l'identification des créances au titre de l'ASH⁴² ;
- ◆ établissement de la créance définitive : plusieurs départements indiquent ne pas disposer d'applicatif métier dédié pour établir la créance. Le chargé de recours, souvent positionné au niveau de la paierie ou de l'agence comptable, doit souvent établir la créance de manière artisanale, via Excel. A l'inverse, le Lot et Garonne dispose d'une balance dépenses/recettes sur le logiciel d'aide sociale pour chaque bénéficiaire et par aide. Au décès du bénéficiaire, le solde de la balance des aides récupérables est égal au montant de la créance départementale. Le département de la Seine-Maritime dispose également d'un logiciel (Genesis) calculant automatiquement la créance au décès du bénéficiaire et générant un courrier d'opposition ;
- ◆ établissement de la notification de récupération ;
- ◆ émission du titre de recette ;
- ◆ suivi du recouvrement pour éviter les délais de prescriptions quinquennaux : un département indique réaliser une relance annuelle auprès des notaires pour les dossiers ouverts (environ 610 dans le département en question) afin de réactualiser l'état d'avancement de la succession ;
- ◆ le cas échéant, procédure amiable puis contentieuse.

Il existe par ailleurs au moins deux cas particuliers pour lesquels la procédure de recours est complexifiée.

- ◆ Cas des successions sans notaires : lorsqu'il n'y a pas de bien immobilier et que le montant de la succession est inférieur à 5 910 €, la succession peut se faire sans notaire. Dans ce cas-là, l'évaluation de l'actif net est à réaliser en lien avec la famille du défunt ;

Cas des successions vacantes : en l'absence d'héritier connu, ou si les héritier connus ont renoncé à la succession, la curatelle de la succession est confiée au service du domaine par une ordonnance du tribunal judiciaire prise à la requête de tout créancier (article L.809-1 du Code civil et L.1379 du Code de procédure civile). Dans ce cas, le conseil départemental doit donc saisir le tribunal judiciaire pour faire déclarer la succession vacante, ce qui suppose d'avoir identifié préalablement le décès du créancier, puis prendre l'attache des domaines par lettre recommandée.

Proposition n° 4 : Généraliser les partages de données visant à fluidifier le processus de recours sur succession (avec les établissements d'accueil, la CAF, les notaires, la DGFIP), que ce soit au niveau de l'identification des décès ou de l'évaluation de l'actif net successoral. Permettre un accès pour les services départementaux à FICOBA et aux données bancaires (dont assurance vie) dans le cas des successions sans notaire. Généraliser les outils métiers permettant d'établir de façon automatique la créance au décès du bénéficiaire afin de limiter les couts de gestion.

⁴² « Plateforme dématérialisée d'échanges de données avec les notaires de la chambre interdépartementale de la Cour d'Appel de LYON permettant le titrement des successions des usagers », « Convention pour l'utilisation du logiciel département&notaire en lien avec les notaires des départements 41, 37 et 45 », « plateforme d'échange de données "Notaires 47" qui s'actualise tous les jours et qui permet aux notaires en charge de la succession d'un dossier qu'une créance départementale existe », « logiciel (interface) Département et Notaire mis en place depuis juillet 2019 », « Mise en place d'un outil développé en interne : Portail d'échanges dématérialisés avec les notaires du département des Pyrénées-Orientales : l'Extranot », « mise en place de la plateforme de consultation NOTAIDE, accessible à l'ensemble des notaires de la Seine-Maritime », « Une convention existe avec la chambre des notaires de l'Essonne relative à un extranet permettant d'accéder à des informations sur les personnes décédées »

3.3. La base ressource de l'ASH-PH pourrait être élargie pour mieux prendre en compte le patrimoine des bénéficiaires

Alors même que des différences importantes en termes de montant moyen attribué sont constatées entre départements (cf. 2.2), **les disparités relevées dans le processus d'attribution de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées ne s'appliquent pas au cas des personnes en situation de handicap.** En effet (cf. 1.2) :

- ♦ la contribution des obligés alimentaires n'est pas prise en compte dans le calcul du montant attribué au titre de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes en situation de handicap ;
- ♦ le recours sur succession est limité à certains cas spécifiques et en tout état de cause marginaux (les enfants et les plus proches parents sont notamment exclus). A titre d'exemple, la ville de Paris estime son taux de recours sur succession à 25 % pour les personnes âgées, et seulement 3 % pour les personnes en situation de handicap ;
- ♦ les revenus du bénéficiaire entrent en compte dans le calcul du montant, le reste à vivre étant une fonction des revenus de son travail, de ses autres ressources et du montant de l'AAH.

Les différences départementales dans les montants par bénéficiaire pourraient s'expliquer par des différences de tarif par les établissements d'accueil, sans que la mission ait pu objectiver ce point.

Plusieurs services instructeurs ont par ailleurs fait état de leur incompréhension face à certaines différences de critères entre l'ASH destinées aux personnes âgées et l'ASH destinée aux personnes en situation de handicap. Il existe certes des différences essentielles (liées au caractère prévisible de la perte d'autonomie du fait de l'âge, et à la difficulté pour les personnes handicapées en établissement d'épargner au cours de leur vie) et une différence financière (les coûts d'hébergement étant en moyenne supérieurs pour une personne en situation de handicap, et sur une période plus longue) entre les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. **Pour autant, les équipes d'instruction ont mis en exergue des cas *a priori* rares⁴³ mais réels de personnes en situation de handicap avec des patrimoines financiers importants qui ne sont pas mis à contribution.**

La mission considère également que si des différences objectives existent entre la dépendance liée à l'âge et les autres formes de handicap, cela n'obère pas complètement le principe de l'obligation alimentaire telle que définie dans le Code civil. Par ailleurs, si les coûts supérieurs liés à la prise en charge du handicap ne sauraient justifier une récupération totale sur succession, une récupération partielle semble justifiée au regard des frais engagés par la collectivité, pour certains patrimoines élevés.

Proposition n° 5 : Élargir la base ressource prise en compte dans le calcul de l'ASH-PH au patrimoine mobilier, immobilier, financier (assurance vie notamment), le cas échéant en élargissant l'application de l'article R. 132-1 du CASF⁴⁴ aux bénéficiaires de l'ASH-PH (cf. PJ pour le chiffrage).

⁴³ En l'absence de données individuelles portant sur le patrimoine des bénéficiaires de l'ASH PH, il n'a pas été possible d'objectiver cette distribution.

⁴⁴ « les biens non productifs de revenu, à l'exclusion de ceux constituant l'habitation principale du demandeur, sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis et à 3 % du montant des capitaux »

3.4. Les départements peuvent verser l'aide sociale à l'hébergement selon deux modalités

L'aide sociale à l'hébergement est versée par le département à l'établissement, à l'accueillant familial ou au bénéficiaire. Deux modalités de versement existent :

- ♦ le département règle la totalité des coûts d'hébergements, et récupère par ailleurs les montants acquittés par le bénéficiaire et ses obligés alimentaires ;
- ♦ le département règle uniquement le montant de l'aide, charge au bénéficiaire et à ses obligés de s'acquitter du reste à charge.

La mission n'a pas été en mesure d'évaluer la part de départements privilégiant l'un ou l'autre mode de paiement. Le versement du seul montant de l'aide paraît néanmoins le plus à même de limiter le volume d'indus et les coûts de gestion afférents à leur récupération. Du point de vue des finances publiques, cette méthode est à privilégier.

Pièce jointe : chiffrage des économies

Économies liées à la proposition n° 2 : mettre en place un barème national pour le calcul de l'ASH.

Les dépenses des départements au titre de l'aide sociale à l'hébergement étant partiellement recouvrées ou diminuées, il existe pour l'ASH une différence entre dépenses brutes et dépenses nettes. Cette différence est imputable à la participation des bénéficiaires, des obligés alimentaires et aux recours sur succession, qui représentent une différence totale d'environ 40 % entre brut et net (cf. 3.2)⁴⁵.

La récupération auprès des obligés alimentaires compte pour cinq points de pourcentage dans cette différence, et **représentait en 2018 un montant total de 118 M€⁴⁶. La mission fait l'hypothèse que ce montant a peu évolué depuis.**

Au vu de la diversité des barèmes appliqués (cf. graphique 17), et de l'écart constaté encore les départements mieux disant et les départements moins disant, **la mission fait l'hypothèse que l'application d'un barème commun, correspondant au barème le plus strict appliqué actuellement permettrait d'augmenter cette participation de 50 %.**

Cette estimation doit être affinée sur la base de la distribution réelle des revenus des obligés alimentaires dans les départements, de leur composition familiale, des barèmes actuellement appliqués (certains départements ne les indiquent pas dans leur règlement départemental d'action sociale) et du barème national finalement retenu. Il est par ailleurs possible que le durcissement de la prise en compte des obligés alimentaires amène certaines personnes à renoncer au bénéfice de l'ASH, ce qui générerait des économies supplémentaires.

Sur la base de ces hypothèses, le gisement d'économie lié à cette mesure est estimé à 60 M€.

Économies liées à la proposition n° 5 : élargir la base ressource prise en compte dans le calcul de l'ASH-PH au patrimoine mobilier, immobilier, financier (assurance vie notamment), le cas échéant en élargissant l'application de l'article R. 132-1 du CASF⁴⁷ aux bénéficiaires de l'ASH-PH.

Les dépenses brutes liées à l'ASH-PH représentaient 5,7 Mds € en 2023. La mission fait l'hypothèse que la prise en compte des revenus du patrimoine représente entre 1 % et 3 % de cette somme (à comparer aux 25 % liés à la prise en compte de l'ensemble des revenus pour les personnes âgées, cf. 3.2). Cette estimation doit être affinée sur la base de la distribution réelle des revenus du patrimoine des personnes en situation de handicap bénéficiant de l'ASH-PH.

Sur la base de cette hypothèse, le gisement d'économie est évalué à 50-150M€.

⁴⁵ Selon les derniers chiffres disponibles dans l'enquête aide sociale de la DREES de 2018, voir [fiche](#) de la DREES « L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (ASH) ».

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ « les biens non productifs de revenu, à l'exclusion de ceux constituant l'habitation principale du demandeur, sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis et à 3 % du montant des capitaux ».

FICHE PCH

Prestation de compensation du handicap

- Monographie -

SOMMAIRE

1. SUCCÉDANT À L'ACTP, TOUT EN AYANT UN PÉRIMÈTRE PLUS LARGE, LA PCH CONNAÎT UNE CROISSANCE CONTINUE ET RAPIDE DE SES BÉNÉFICIAIRES ET DES DROITS QUI LEUR SONT OUVERTS.....	4
1.1. La loi de 2005 crée la PCH dans une logique universelle et personnalisée	4
1.2. Depuis son entrée en vigueur en 2006, la PCH a connu plusieurs évolutions qui ont étendu les droits ouverts au titre de la prestation	5
1.3. Restreinte à l'origine aux personnes de 20 à 60 ans, la PCH a été progressivement étendue à la plupart des classes d'âge en même temps que les droits ouvrables ont été progressivement élargis.....	7
1.3.1. <i>Les conditions administratives portent sur l'âge, sur le lieu de résidence et la soumission d'une demande sous forme de formulaire écrit ou télétransmis.....</i>	7
1.3.2. <i>Les conditions de ressources déterminent le taux plein (100 %) ou partiel (80 %) de prise à charge du plan d'aides</i>	10
1.3.3. <i>Les conditions relatives au handicap et à son retentissement s'apprécient au regard de la difficulté à réaliser des activités importantes du quotidien</i>	13
1.4. Allouée pour une durée allant d'un à dix ans sauf exception, et universelle sous réserve d'éligibilité, la PCH porte une approche globale et individualisée de la compensation du handicap et de son retentissement sous forme d'aides différenciées.....	15
1.4.1. <i>Si la PCH n'est pas plafonnée, ses différentes composantes le sont sauf cas de handicap nécessitant une prise en charge renforcée.....</i>	15
1.4.2. <i>La PCH est normalement subordonnée au paiement effectif des quantités d'aides alloués.....</i>	17
1.4.3. <i>Inférieure ou égale à dix ans, la durée d'ouverture des droits dépend de l'évaluation et a vocation à prendre en compte l'évolution probable du handicap et de son retentissement.....</i>	18
1.4.4. <i>Le financement de la prestation de compensation du handicap relève du département, partiellement compensé à cette fin par des concours de la CNSA</i>	18
1.5. Hors aides ménagères, cumulables par ailleurs, la PCH a vocation à couvrir une large part des besoins de compensation du demandeur.....	19
1.6. Les dernières évolutions de la PCH ont introduit de nouvelles aides pour prendre en compte des besoins particuliers des bénéficiaires (parentalité, surdité et PCH dite « psy »)	20
1.6.1. <i>La PCH « parentalité » est attribuée sans contrôle de la réalité de la charge parentale et sans contrôle d'effectivité des dépenses afférentes....</i>	21
1.6.2. <i>PCH : forfait surdité.....</i>	24
1.6.3. <i>La PCH a fait l'objet d'une extension récente aux troubles « psy ».....</i>	26
1.7. Pensée et instituée en complément des autres aides existantes, en particulier l'AAH mise en place en même temps, la PCH s'articule avec les autres aides sociales ou fiscales	27
1.7.1. <i>La PCH fait l'objet de plusieurs droits d'option avec l'ACTP, l'APA ou l'AAEH</i>	27

1.7.2.	<i>La PCH peut également être cumulée avec d'autres aides, en particulier l'AAH pour la moitié de ses bénéficiaires, mais aussi des mesures fiscales spécifiques.....</i>	29
2.	LA PCH CONSTITUE UNE PRESTATION DYNAMIQUE À LA FOIS PAR LA POPULATION DES BÉNÉFICIAIRES (5 % PAR AN) ET PAR L'EXTENSION DES DROITS OUVERTS ET DE SES COMPLÉMENTS.....	31
2.1.	La mise en extinction de l'ACTP en 2006 a été plus que compensée par la montée en charge de la PCH, plus universelle, le nombre total de bénéficiaires ayant triplé entre 2005 et 2023	31
2.1.1.	<i>Ne faisant plus l'objet d'entrées dans le dispositif depuis 2006, l'ACTP est en contraction de manière homothétique dans les départements.....</i>	31
2.1.2.	<i>La montée en charge de la PCH s'est faite à des rythmes très différents entre les départements.....</i>	33
2.2.	La PCH est versée à 6 personnes sur 1000 en moyenne, le taux de bénéficiaires croissant en fonction de l'âge, jusqu'à 60 ans	37
2.2.1.	<i>À partir de 60 ans, la part des bénéficiaires diminue du fait des critères d'éligibilité aux droits de la PCH mais également du droit d'option pour l'ACTP et pour l'APA</i>	37
2.2.2.	<i>La PCH n'induit pas de différences interdépartementales spécifiques par rapport aux écarts démographiques préexistants, notamment d'âge entre hommes et femmes, en lien avec la prévalence des limitations physiques ou cognitives dans la population</i>	38
2.2.3.	<i>Représentant en moyenne nationale 7 500 € par allocataire, les montants de PCH sont en pratique très hétérogènes entre bénéficiaires car attachés aux plans personnalisés de compensation</i>	40
2.2.4.	<i>Des disparités interdépartementales significatives dans la structure des plans d'aide même si l'aide humaine en constitue quasi systématiquement la plus grande part en termes d'enjeux financiers.....</i>	44
2.3.	La dépense annuelle de PCH croît de 8 % chaque année en moyenne depuis 2008.....	48
2.4.	Si les écarts interdépartementaux s'expliquent mal par les caractéristiques socio-démographiques, les départements accordant la PCH à un plus grand nombre de personnes offrent des montants moindres à chaque bénéficiaire	50
3.	LE CARACTÈRE COMPLEXE ET INDIVIDUALISÉ DE LA PRESTATION, SUGGÈRE DE RECENTRER L'ÉVALUATION COMPLÈTE DU PLAN DE COMPENSATION SUR LES DOSSIERS LES PLUS COMPLEXES ET DE LIMITER LE PAIEMENT SUR COMPTE	53
3.1.	La PCH se distingue par un taux de refus élevé au moment de l'instruction et de la décision, lié à des demandes injustifiées qui doivent néanmoins être analysées au fond.....	53
3.2.	79 départements ne respectent pas en moyenne le délai de traitement des dossiers de demande complets de 4 mois, délai au surplus croissant, avec des stocks significatifs de demandes parfois très anciennes (1 à 2 ans)	56
3.3.	Si elle a été cadrée dans ses premières années, l'éligibilité aux aides humaines de la PCH est complexe car subjective, contingente et évolutive.....	58
3.3.1.	<i>L'éligibilité aux aides humaines de la PCH est plus complexe que pour les aides techniques</i>	58
3.3.2.	<i>L'élaboration du plan d'aide humaine repose sur une double-évaluation des besoins de la personne (et de ses aspirations) mais aussi des ressources d'aide humaine existantes ou accessibles en vue de la décision notifiée de la CDAPH.....</i>	59

3.3.3.	<i>Les outils méthodologiques pour éclairer et harmoniser les pratiques d'évaluation sont appréciés et maîtrisés, mais pâtissent de leur ancienneté</i>	63
3.3.4.	<i>Le montant des aides dépend enfin d'une confrontation entre une offre de soins et d'équipements et des besoins individualisés et territorialisés de compensation, où le conseil départemental exerce des prérogatives fortes</i>	64
3.4.	Le versement direct au prestataire ou sous forme de CESU mériterait d'être généralisé pour garantir l'effectivité de l'aide apportée.....	67

LISTE DES PROPOSITIONS RELATIVES À LA PCH

Proposition n° 1 : Pour la PCH, déduire les éventuels droits à indemnisations versés par les assurances et autres tiers, en cas de cause accidentelle, du montant des aides légales, et instaurer une obligation de notification par les assureurs des montants d'indemnisations alloués (loi).

Proposition n° 2 : Revoir les paramètres de la PCH parentalité pour revenir à une logique de compensation. *A minima*, vérifier la réalité des charges afférentes à la parentalité (notamment en fonction de la présence des enfants au foyer).

Proposition n° 3 : Encourager la télégestion pour les prestataires et les mandataires et le recours au CESU préfinancés pour l'emploi direct, pour le paiement des heures d'aide humaine au titre de l'APA et de la PCH

Proposition n° 4 : Relancer et généraliser le projet de crédit d'impôt contemporain (Home +) pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH porté par la DSS, la DGCS et l'ACOSS.

Proposition n° 5 : Réaliser une étude en vue, le cas échéant, de modifier la loi pour permettre une instruction allégée, sans évaluation systématique approfondie au domicile du demandeur, pour les dossiers manifestement hors champ de la prestation PCH.

Proposition n° 6 : Au-delà des pratiques d'harmonisation mises en place dans certaines MDPH, généraliser les contre-évaluations croisées entre équipes pluridisciplinaires voire entre MDPH sur des dossiers anonymisés, afin d'unifier les pratiques avec l'appui de la mission d'animation des MDPH par la CNSA.

Proposition n° 7 : Renforcer l'encadrement des pratiques quant à la durée des droits ouverts à la PCH, par la CNSA, dans le cadre de son rôle d'animation des MDPH pour permettre d'améliorer les conditions de prise en charge et de les harmoniser sur l'ensemble du territoire.

Proposition n° 8 : Préciser dans la réglementation ou à tout le moins les référentiels de la CNSA les dépenses qui peuvent être prises en charge ou non (activités, aides techniques, par exemple), pour alimenter les efforts d'harmonisation des travaux des MDPH.

Proposition n° 9 : Envisager l'aménagement de la PCH « établissement », soit dans ses montants, soit dans l'amodiation des délais de latence avant la réduction de l'aide humaine.

Proposition n° 10 : Poursuivre le développement de la télégestion des factures et des paiements, notamment pour l'aide humaine, en travaillant d'abord au niveau national (CNSA, URSSAF, fédérations professionnelles, voire administration fiscale au titre du crédit d'impôt) sur les outils et procédures applicables avant leur mise en œuvre dans les départements de sorte de sécuriser les paiements des aides versées au titre de la PCH et de faciliter le contrôle de leur effectivité.

Proposition n° 11 : Structurer les contrôles par une analyse des risques sur le paiement à bon droit (non recours ou sur-montants) et uniformiser, en cas de fraude, l'identification de zones de fragilité dans les processus ou les types d'aides (ou toute autre dimension, y compris pour les certificats médicaux) coordonnant la vérification des situations similaires sur l'ensemble du territoire, avec en particulier des axes de contrôle et des requêtes discutés, partagés et suivis entre la CNSA et les MDPH.

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006 suite à 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, la prestation de compensation du handicap¹ (PCH) a vocation à remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), qui était auparavant le principal dispositif d'aide humaine pour les personnes handicapées délivré par les départements. Finançant à 92 % de l'aide humaine, son montant annuel national s'élève à **3,04 Mds€**, 3,35 Mds€ en ajoutant l'ACTP résiduelle en 2023, en forte progression depuis 2005 (croissance annuelle moyenne de + 8,6 % pour l'ACTP et la PCH de manière combinée, + 9,7 % pour la seule PCH) tandis que le nombre de bénéficiaires a plus que triplé sur la période par rapport aux effectifs présents bénéficiant de l'ACTP en 2005. Si la PCH représente 10 % des dépenses des cinq aides sociales légales du champ de la mission (cf. rapport de synthèse, tableau 1), c'est avec l'AAEH, celle dont la dynamique d'évolution est la plus rapide (dépense annuelle en augmentation de 55 % entre 2017 et 2023).

La PCH comme l'ACTP qu'elle prolonge, tout en ayant un périmètre plus large (aides techniques, aménagement du logement ou du véhicule/coût de transport, aides exceptionnelles et aide animalière) est versée par les départements après instruction par les MDPH et décision des CDAPH et soumise, sauf exception, à un contrôle d'effectivité des dépenses. Elle est financée par les départements avec un concours financier versé par la CNSA, représentant 33 % des dépenses en 2022. Il est à cet égard notable que :

- ◆ en premier lieu, le droit d'option asymétrique entre ACTP et PCH a donné lieu à une extinction très progressive du dispositif historique, puisque près de vingt après la création de la PCH et l'arrêt de toute entrée dans l'ACTP au moment de la création de la PCH, encore un tiers des bénéficiaires historiques de l'ACTP, *i.e.* avant 2005, en bénéficient encore aujourd'hui via l'exercice de leur droit d'option pour l'ACTP ;
- ◆ en deuxième lieu, l'évolution du nombre de bénéficiaires des aides à la compensation du handicap (ACTP et PCH vues ensemble) est très dynamique, en lien avec les extensions progressives des critères d'éligibilité et d'ouverture des droits, avec un quasi triplement en quinze ans au total malgré la division par trois sur la même période des effectifs bénéficiaires de l'ACTP ; sur les six dernières années, la croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH (effet-volume) explique ainsi trois-quarts (+38 %) de la hausse des dépenses annuelles au titre de cette allocation sur les six dernières années (+55 %, cf. *supra*, rapport de synthèse, tableau 1) ;
- ◆ en troisième lieu, les montants moyens attribués aux bénéficiaires de ces prestations sont également en croissance soutenue, en lien avec la mise en place de nouvelles aides (un quart de la croissance des dépenses au titre de la PCH sur les six dernières années via un effet-prix). Une convergence des montants moyens par bénéficiaire est par ailleurs observable entre l'ACTP et la PCH sur la période, avec toutefois deux profils différents : une progression régulière pour l'ACTP (de 1,5 % par an en moyenne en euros courants) et un profil plus heurté pour la PCH (avec notamment un rattrapage récent d'un pouvoir d'achat en contraction entre 2010 et 2015) ;
- ◆ en quatrième lieu, et sous l'effet des tendances précédentes, le montant global des dépenses liées à la PCH (cumulées avec celles de l'ACTP, en extinction et donc en baisse sur la période) augmente de manière très dynamique, en moyenne de l'ordre de 7 % par an en euros courants et 10 % par an pour la seule PCH.

¹ Dite « prestation de compensation » dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Cf. par exemple : [Chapitre V : Prestation de compensation. \(Articles L245-1 à L245-14\)](#) et en particulier au I de l'[Article L245-1](#) introduit par la loi du 11 février 2005 : « Toute personne handicapée résidant de façon stable et régulière en France métropolitaine, dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du code de la sécurité sociale ou à Saint-Pierre-et-Miquelon, dont l'âge est inférieur à une limite fixée par décret et dont le handicap répond à des critères définis par décret prenant notamment en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard de son projet de vie, a droit à une « prestation de compensation » qui a le caractère d'une prestation en nature qui peut être versée, selon le choix du bénéficiaire, en nature ou en espèces ».

Fiche PCH

Tableau 1 : Bénéficiaires, dépense annuelle nationale et montant moyen par bénéficiaire pour la PCH et l'ACTP, 2005-2022.

	Effectifs au 31/12 ou dépenses sur l'année						Taux d'évolution annuel moyen (en %)		
	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2005/2010	2010/2015	2020/2022
Nombre de bénéficiaires, en milliers									
ACTP et PCH, dont :	137	247	342	399	417	429	12,6	6,8	3,7
ACTP	137	92	69	52	49	47	-7,7	-5,6	-5,3
PCH	-	155	273	347	367	383	-	12,0	5,0
Part de la PCH dans le total	-	63 %	80 %	87 %	88 %	89 %			
Dépenses annuelles, en millions d'euros courants									
ACTP et PCH, dont :	753	1 652	2 171	2 607	2 752	3 051	17,0	5,6	8,0
ACTP	753	559	447	352	335	324	-5,8	-4,4	-4,1
PCH	-	1 094	1 724	2 255	2 417	2 717	-	9,5	9,8
Part de la PCH dans le total	-	66 %	79 %	86 %	88 %	89 %			
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire, en euros courants									
ACTP et PCH	466	590	541	552	562	599	4,8	-1,7	4,2
ACTP	466	486	528	548	550	563	0,9	1,7	1,3
PCH	-	662	544	553	564	604	-	-3,8	4,5

Note : Pour le calcul de la dépense mensuelle moyenne par bénéficiaire, le nombre moyen de bénéficiaires sur l'année est estimé comme la demi-somme des effectifs au 31 décembre des années n et n-1. Il s'agit donc d'une approximation.

Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source : [DREES, Enquête aide sociale 2024](#).

Dans le prolongement de la lettre de sa saisine, la mission a documenté la nature, l'ampleur et l'évolution des disparités entre les départements dans les niveaux et rythmes de progression des dépenses pour chaque département, en « densité » (taux de bénéficiaires rapportés à la population générale) et en « intensité » (montant moyen versé par bénéficiaire). Compte tenu de sa structure par éléments, l'analyse a également établi les écarts interdépartementaux des différentes composantes de la PCH².

En l'absence d'actualisation des données individuelles (les dernières datent de 2015-2016) exploitables à la date de la mission, d'une part, et en l'absence de médecin au sein de la mission, d'autre part, il est difficile d'évaluer la part causale des différents vecteurs d'explication de ces disparités en se référant aux situations individuelles, y compris pour en dégager des tendances territoriales. En outre, il est important de noter que **les montants par bénéficiaire aux niveaux national comme départemental sont des montants moyennés, et qu'ils peuvent masquer des disparités importantes au sein d'un même département** des *quanta* d'aides effectivement attribuées et/ou versées.

Toutefois, à l'instar des travaux réalisés il y a dix ans sur la PCH, la mission a pu établir que **plus de la moitié de ces écarts tenaient, en statique comme en dynamique, aux caractéristiques socio-économiques³, sanitaires⁴, sociales⁵ des populations des départements.**

² Cette approche statistique et les concepts et outils mobilisés aux fins d'objectivation des écarts interdépartementaux a été appliquée à l'ensemble des aides sociales du champ de la mission. Leurs détails sont présentés *supra* en annexe III.

³ Espérance de vie pour les hommes à la naissance, Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021, Taux de bénéficiaires de la PCH (pour la régression du montant moyen de PCH versé par bénéficiaire).

⁴ Part des ouvriers et agriculteurs dans la population ISD 2021, médiane du niveau de vie 2021 (k€), Taux de chômage, potentiel financier par habitant OFGL 2023

⁵ Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant recevoir de l'aide de leur entourage.

Au-delà, ces disparités peuvent résulter de plusieurs facteurs :

- ◆ prévalence quantitative et qualitative dans le département des situations de handicap ou du retentissement des limitations ouvrant droit à l'éligibilité à la PCH (pouvant être lié à l'accidentologie, à la pauvreté, aux différences de trajectoire professionnelle, ou sociale) ;
- ◆ préexistence de solidarités familiales dont l'intensité modifie, toutes choses égales par ailleurs, le recours à la prestation dans deux directions possibles : moindre recours (besoin compensateur déjà couvert, frein psychologique à la reconnaissance du handicap) ou recours amplifié (notamment via la possibilité d'utiliser la PCH pour rémunérer un proche aidant, ouvrant droit par ailleurs à crédit d'impôt), avec également un effet sur le plan personnalisé de compensation variable selon la manière dont est pris en compte le soutien apporté (ou apportable) par les aidants ;
- ◆ éventuels écarts de pratiques entre MDPH dans l'évaluation des besoins et du plan d'aide, liés à des profils d'évaluateurs différents, à l'orientation managériale donnée par l'équipe de direction, à des habitudes ou cultures différentes des évaluateurs. S'agissant d'une prestation personnalisée, qui repose sur des plans personnalisés de compensation (PPC) normalement établis après une visite à domicile par une équipe pluridisciplinaire et au regard du projet de vie du bénéficiaire, ces écarts de pratiques peuvent avoir pour résultats des niveaux d'aide différents à situation équivalente ;
- ◆ prise en compte des différentes ressources pour établir si le demandeur est en régime de taux normal (taux de prise en charge de 100 % du plan personnalisé) ou en taux partiel (80 % de prise en charge), certaines aides techniques au caractère d'investissement pouvant être pris en charge à des taux moindres (50 % ou 75 %) ;
- ◆ structure de l'offre de services de compensation à domicile ou en établissement (tarification et disponibilité des SAAD, recours à l'emploi direct)⁶ qui influe à la fois sur la capacité à « consommer » effectivement les plans d'aide décidés en volume (accès aux services d'aide à domicile, accès à l'accueil et hébergement en établissement) mais également en prix (tarification des services d'aide et structures d'accueil, reste à charge supérieur pour le bénéficiaire en cas de tarification supérieure aux tarifs de référence, etc.) ;
- ◆ durée des droits ouverts et leur régime d'actualisation (la loi fixe des durées planchers et plafonds, entre un et dix ans dans le cas général⁷, la CDAPH restant souveraine sur proposition de la MDPH) ;
- ◆ intensité du contrôle d'effectivité de l'aide pour les éléments qui y sont éligibles (devis, factures, décomptes horaires, télétransmission et échanges de données automatisés ou éléments documentaires conservés par le bénéficiaire appelables par la MDPH en cas de contrôle) ;
- ◆ modalités de décisions des CDAPH (listings de validation ou entretien en commission avec le demandeur, souvent pour rehausser le plan de compensation).

⁶ Des régressions complémentaires incluent l'offre en établissement comme variable explicative dans le modèle d'estimation de la densité (nombre de bénéficiaires de la PCH par rapport à la population générale) et de l'intensité (montant moyen par bénéficiaire), en améliorant la part expliquée des écarts interdépartementaux.

⁷ Dans certains cas spécifiques, la PCH est attribuable sans limitation de durée (*cf. infra*, 1.3.3.1.).

1. Succédant à l'ACTP, tout en ayant un périmètre plus large, la PCH connaît une croissance continue et rapide de ses bénéficiaires et des droits qui leur sont ouverts

1.1. La loi de 2005 crée la PCH dans une logique universelle et personnalisée

La prestation de compensation du handicap (PCH) a été créée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁸. Elle est désormais régie notamment par les [articles L245-1 à L245-14 du Code de l'action sociale et des familles](#), les dispositions relatives à l'ACTP étant abrogées.

La PCH est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006 et a remplacé l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), dont les bénéficiaires disposent depuis d'un droit d'option mais qui n'accepte plus de nouvelle ouverture de droit à cette allocation. L'ACTP avait été instituée par la loi du 30 juin 1975 en vue de financer l'emploi d'une tierce personne pour les actes essentiels pour les personnes qui ne peuvent les réaliser elles-mêmes en raison d'un handicap reconnu par un taux d'incapacité à plus de 80 %.

La PCH instituée par la loi du 11 février 2005 instaure un droit plus large à la compensation pour les personnes présentant un handicap. Elle est ouverte à toute personne qui, fait face à :

- ◆ soit une difficulté absolue pour réaliser une des vingt activités du référentiel de la PCH (c'est-à-dire ne peut pas du tout faire cette activité sans aide),
- ◆ soit au moins deux difficultés graves pour réaliser ces vingt activités.

La difficulté doit exister depuis au moins un an ou être définitive. Des critères supplémentaires⁹ existent pour l'accès aux aides humaines. La PCH est ouverte aux personnes dont l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective leur impose des frais supplémentaires.

Structurée en « éléments » modulaires, plafonnés et cumulables (*cf. infra*, 1.4. et tableau 2), la PCH prend en compte de nombreuses dimensions de la compensation du handicap et agrège différents types d'aides accordées par la CDAPH après évaluation pluridisciplinaire par les équipes des MDPH¹⁰ (*cf. infra*, 3.3.) :

Tableau 2 : Structure par « éléments » / types d'aides de la PCH

Composante de la PCH	Nature et type d'aide
Élément 1	Aide humaine (plafond en heures)
Élément 2	Aides techniques (plafond en euros)
Élément 3	Aménagement du logement ou du véhicule, et les frais supplémentaires de transport
Élément 4	Aides spécifiques ou exceptionnelles
Élément 5	Aide animalière

Source : Mission d'après le CASF (code de l'action sociale et des familles).

⁸ [Loi n° 2005-102 du 11 février 2005](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, notamment à son [article 12](#) qui inscrit un nouveau « chapitre V : prestation de compensation » dans le CASF.

⁹ *Cf. infra*, 3.3.1.

¹⁰ Ou, par exception, uniquement sur justificatifs et sans évaluation pour certaines aides adossées à la PCH, notamment les forfaits parentalité (*cf. infra*, 1.5.1.), les forfaits surdité, cécité et surdicécité (*cf. infra*, 1.5.2.) ou la PCH « psy » (*cf. infra*, 1.5.3.)  largissant le champ de la PCH à la couverture des besoins liés au soutien   l'autonomie dans la réalisation d'activités du quotidien.

La PCH vise à compenser le handicap¹¹ et les surcoûts ou difficultés associés, notamment par la prise en compte de l'environnement du bénéficiaire et son projet de vie. Les droits peuvent être ouverts (quoique différents, *cf. infra*, 3.3.4.2.) que les bénéficiaires vivent à domicile ou en établissement (social, médico-social, de santé).

La PCH incarne en outre un droit à la compensation des effets du handicap par la solidarité nationale, droit qui emporte la prise en charge totale ou partielle du financement de l'aide dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, et de la vie sociale, du fait d'un handicap et de son retentissement. Elle prévaut également sur la solidarité familiale via l'absence de subordination de son versement à l'obligation alimentaire des proches (*cf. infra*, 1.2.2.).

Pour les personnes en situation de handicap, la PCH doit être vue comme complémentaire de (et cumulable avec) l'AAH dans ses finalités (l'AAH visant un minimum social, *cf. fiche AAH*) et de dispositifs pour des populations ou des besoins plus spécifiques (*cf. certains éléments de l'AAEH pour l'aide à l'éducation des enfants handicapés*) avec laquelle la PCH s'articule via un droit d'option pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans et l'absence (sauf exception) de possibilité de cumuler ces deux aides (*cf. infra*, 1.6.1.).

Cette logique complémentaire repose sur trois principes :

- ♦ c'est une aide **en nature** dont **une grande partie (92 % en moyenne¹²) est attribuée pour des heures d'aide humaine**, l'autre partie ayant vocation à couvrir des dépenses d'aménagements et d'équipements, travaux, d'aide animalière ou des charges spécifiques ou exceptionnelles ;
- ♦ **cette aide s'appuie sur l'universalité** (pas de condition de ressources, même si le taux de prise en charge peut-être plein – 100 % – ou réduit – 80 % – en fonction desdites ressources, *cf. infra* 1.2.2.), **et une approche personnalisée des besoins** (dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire prévue par la loi) ;
- ♦ l'aide fait en principe l'objet d'un **contrôle d'effectivité** sous l'égide du conseil départemental, financeur d'une partie et payeur de l'intégralité de la prestation de compensation. Ce contrôle (sur devis, factures ou sur place) permet de garantir que les versements reçus au titre de la PCH sont réellement utilisés pour couvrir les charges liées à l'exécution du plan personnalisé de compensation du handicap.

1.2. Depuis son entrée en vigueur en 2006, la PCH a connu plusieurs évolutions qui ont étendu les droits ouverts au titre de la prestation

Depuis 2006, la PCH a connu plusieurs révisions, en lien avec les évaluations de ce dispositif, les évolutions sociétales quant aux droits des personnes en situation de handicap, et les aspirations d'une société plus et mieux inclusive. Parmi ces évolutions, les plus notables sont :

¹¹ Défini par la loi de 2005 comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Il s'agit ainsi de dépasser l'approche strictement médicale, en intégrant toutes les formes de déficience (physique, sensorielle, mentale, cognitive, psychique) et en englobant l'ensemble de l'environnement – et notamment de l'environnement social ».

¹² Données DREES issues des versements réalisés en décembre (71% des droits ouverts à la PCH), et présentées également *infra*, 2.2.3. et notamment le tableau 26.

- ◆ la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 avec **extension aux enfants et adolescents**¹³, avec droit d'option avec l'AEEH (*cf. infra*, 1.6.1.) et diverses mesures notamment quant au financement des établissements accueillant des personnes handicapées *via* les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- ◆ la loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap, notamment en ce qui concerne :
 - la suppression de la barrière d'âge de 75 ans pour demander la PCH, à condition que le handicap préexiste avant 60 ans¹⁴ ;
 - la **possibilité d'accorder un droit à vie à la PCH** dès lors que le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement (à l'instar des droits sans limitations de durée)¹⁵, de même que pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH), la carte mobilité inclusion (CMI) ou encore la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;
 - le cas échéant, la limitation du reste à charge à 10% pour le bénéficiaire par la prise en charge d'une partie complémentaire des frais par un fonds départemental de compensation¹⁶ auprès de chaque MDPH ;
- ◆ les décret du 31 décembre 2020¹⁷ relatif à l'amélioration de la PCH et arrêté du 17 décembre 2020¹⁸, qui intègrent les résultats de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020 et de ses travaux préparatoires, notamment sur la **PCH parentalité** (*cf. infra*, 1.5.1.) ainsi que la prise en compte des « activités relatives à la préparation des repas et à la vaisselle » au sein des actes essentiels¹⁹ ;
- ◆ le décret n° 2021-1394 du 27 octobre 2021 relatif à la durée d'attribution de la prestation de compensation du handicap qui homogénéise les **durées maximales d'ouverture des droits au titre des différents éléments de la PCH à dix ans**²⁰, sauf

¹³ Cette extension était prévue à l'[article 13](#) 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 : « *Dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la prestation de compensation sera étendue aux enfants handicapés* ».

¹⁴ [Article L245-1](#) du code de l'action sociale et des familles, valant également pour les personnes qui exercent une activité professionnelle au-delà de 60 ans.

¹⁵ [Article L245-6](#) du CASF : « *Lorsque le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement, un droit à la prestation de compensation du handicap est ouvert sans limitation de durée, sans préjudice des révisions du plan personnalisé de compensation qu'appellent les besoins de la personne* ».

¹⁶ [Article L146-5](#) du CASF à son deuxième alinéa : « *Dans la limite des financements du fonds départemental de compensation, les frais de compensation ne peuvent excéder 10 % des ressources personnelles nettes d'impôts des personnes handicapées mentionnées au premier alinéa du présent article, dans des conditions définies par décret* ». Les fonds départementaux de compensation ont été institués par la loi de 2005 auprès des MDPH. La limitation à 10% du reste à charge peut ne pas être respectée en pratique, compte tenu de la capacité de financement disponible des fonds départementaux. *Cf. également infra*, 1.2. *in fine*.

¹⁷ Le [décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap](#) définit les besoins d'aide humaine et d'aides techniques pris en compte par la PCH au titre de l'exercice de la parentalité comme « *ceux d'une personne empêchée, totalement ou partiellement, du fait de son handicap, de réaliser des actes relatifs à l'exercice de la parentalité, dès lors que son enfant ou ses enfants ne sont pas en capacité, compte tenu de leur âge, de prendre soin d'eux-mêmes et d'assurer leur sécurité* ».

¹⁸ [Arrêté du 17 décembre 2020 fixant les montants maximaux attribuables pour la compensation des besoins liés à l'exercice de la parentalité dans le cadre de la prestation de compensation du handicap](#).

¹⁹ Intégration de ce temps de préparation des repas et de vaisselle, au titre de l'entretien personnel, dans la détermination du plan d'aides. Jusqu'alors, le temps pour la préparation des repas était expressément exclu desdits plans.

²⁰ [Article D245-33](#) du CASF : « *I.-Sans préjudice des dispositions prévues à l'article D. 245-29, la prestation de compensation est attribuée pour une durée déterminée, inférieure ou égale à dix ans pour chacun des éléments mentionnés à l'article L. 245-3* », alors qu'auparavant, seules certaines aides (aide humaine, aménagement du logement, aides spécifiques) pouvaient être accordées pour 10 ans, tandis que les autres étaient limitées à 3 ou 5 ans.

droits ouverts sans limitation de durée, et prévoit la possibilité de versements ponctuels²¹ pour des aides versées dans le cas général de manière mensuelle (notamment élément 1 de la PCH, aides humaines) ;

- ◆ le décret n° 2022-570 du 19 avril 2022 relatif à la prestation de compensation qui met en place le **forfait surdicéité** (cf. infra, 1.5.2.) et surtout élargit la PCH à la « **PCH psy** » (cf. infra, 1.5.3.) par modification du référentiel pour l'accès à la PCH²² en prévoyant jusqu'à 3 heures d'aides humaines supplémentaires pour mieux tenir compte des besoins spécifiques, en cas d'altération dans la fonction psychique, mentale, cognitive, ou du fait de troubles du neurodéveloppement (TND) ;
- ◆ l'arrêté du 6 février 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la **prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap** (VPH) qui prévoit à la fois le remboursement intégral des fauteuils roulants manuels et électriques, bases roulantes, poussettes et scooters adaptés, sur prescription et sous réserve de conformité technique, et sa prise en charge intégrale **par l'assurance maladie**²³ en lieu et place du dispositif précédent mêlant PCH et remboursement par les CPAM ;
- ◆ la loi n° 2025-138 du 17 février 2025 pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique et d'autres maladies évolutives graves. Pour la première fois, cette loi introduit une exception à la barrière d'âge de 60 ans en autorisant les personnes atteintes d'une **maladie évolutive grave**, comme la maladie de Charcot, à pouvoir bénéficier de la PCH après 60 ans.

1.3. Restreinte à l'origine aux personnes de 20 à 60 ans, la PCH a été progressivement étendue à la plupart des classes d'âge en même temps que les droits ouvrables ont été progressivement élargis

1.3.1. Les conditions administratives portent sur l'âge, sur le lieu de résidence et la soumission d'une demande sous forme de formulaire écrit ou télétransmis

À l'instar des autres aides sociales légales du champ de la mission, **le premier critère d'éligibilité à la PCH est un critère d'âge**. Il convient à cet égard de distinguer le cas des enfants et adolescents d'une part et des adultes d'autre part :

- ◆ pour les enfants et adolescents (moins de 20 ans), il faut :
 - recevoir l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
 - avoir droit à un complément de cette même AEEH²⁴ ;
 - et remplir les critères liés au handicap pour la PCH (l'évaluation de la difficulté à réaliser une activité est faite en comparant avec un enfant du même âge sans handicap) ;

²¹ Même [article D245-33](#) du CASF : « III.-En cas de versements ponctuels : 1° Le total des versements correspondant à l'élément 1 de la prestation de compensation ne peut excéder deux mois de prestation ».

²² [Annexe 2-5](#) du CASF : « Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation » avec la création d'un nouveau domaine dit « soutien à l'autonomie ».

²³ Il est à noter que cette clarification attendue, pour les bénéficiaires comme pour les gestionnaires de ces aides techniques, n'a pas donné lieu à transferts financiers, permettant de conserver les financements préexistants pour la PCH (départements, CNSA) pour cette aide sociale, en forte croissance.

²⁴ En d'autres termes, à la différence de la PCH pour les adultes en situation de handicap qui n'est pas soumise à la reconnaissance d'autres droits (AAH, RQTH, etc.), l'éligibilité à la PCH pour les enfants est conditionnée au bénéfice de l'AEEH, et notamment à la détermination d'un taux d'incapacité.

- ◆ pour les adultes (plus de 20 ans) :
 - être âgé de moins de 60 ans lors de la première demande et avoir un handicap qui répond aux critères d'attribution de la PCH au moment de la demande ;
 - ou avoir un handicap qui répondait avant 60 ans aux critères d'attribution de la PCH²⁵ ;
 - ou être encore en activité professionnelle, même au-delà de l'âge légal de départ à la retraite et avoir un handicap qui répond aux critères d'attribution de la PCH au moment de la demande ;
 - ou bénéficier de l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) et répondre aux critères de handicap pour l'attribution de la PCH au moment de la demande, sans pouvoir toutefois cumuler l'ACTP et la PCH.

La deuxième condition porte sur la résidence, qui *via* le domicile de secours²⁶ a deux effets : d'une part elle conditionne l'éligibilité à la PCH, d'autre part, elle identifie la MDPH en charge et le Conseil départemental²⁷ gestionnaire de la prestation éventuellement versée.

- ◆ l'éligibilité est conditionnée au fait de résider en France de façon stable²⁸ et régulière, *i.e.* en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer ou à Saint-Pierre-et-Miquelon pendant trois mois ininterrompus ;
- ◆ des dérogations sont possibles pour des séjours à l'étranger pour études, apprentissage d'une langue étrangère, ou formation professionnelle.

²⁵ Depuis le 1^{er} janvier 2021, si la personne répondait aux critères de la PCH sur le handicap avant 60 ans, elle peut la demander quel que soit son âge (décret n° 2020-1826, codifié à l'[article D245-3](#) du CASF).

²⁶ Le domicile est dit « de secours ». Il s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois ininterrompus dans un département. La condition de "résidence habituelle" doit être considérée comme remplie dès lors que l'intéressé a une présence physique, habituelle et notoire dans le département. Ce domicile de secours peut s'acquérir alors même que l'intéressé ne dispose pas d'un domicile stable : un hôtel, voire plusieurs hôtels de la même ville ou de villes différentes pendant au moins trois mois, suffit à l'existence d'un domicile de secours. En revanche, dans le cas où le demandeur est hébergé à titre onéreux en établissement ou chez un particulier agréé ou en placement familial, le département de secours reste celui qui prévalait avant ce changement de situation. L'[article L122-3](#) du CASF dispose également que l'acquisition d'un autre domicile de secours fait perdre le précédent domicile de secours.

²⁷ [Article L122-1](#) du CASF valant pour l'ensemble des aides sociales légales (hors exceptions de l'article L. 121-7 comme l'AAH ou l'AEEH) : « *Les dépenses d'aide sociale prévues à l'article L. 121-1 sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours. À défaut de domicile de secours, ces dépenses incombent au département où réside l'intéressé au moment de la demande d'admission à l'aide sociale* ».

²⁸ [Article R245-1](#) du CASF : « *Est réputée avoir une résidence stable en France métropolitaine, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 du code de la sécurité sociale ou à Saint-Pierre-et-Miquelon la personne handicapée qui y réside de façon permanente et régulière ou accomplit hors de ces territoires [...] un ou plusieurs séjours provisoires dont la durée n'excède pas trois mois au cours de l'année civile* ». En cas de séjour de plus de trois et hors dérogations spécifiques (cf. séjours scolaires ou professionnels), la PCH « *n'est versée que pour les seuls mois civils complets de présence sur ces territoires* ».

La PCH doit faire l'objet d'une demande écrite²⁹ auprès de la MDPH du domicile de secours (ou du lieu de résidence à défaut de domicile de secours), y compris pour une demande de renouvellement ou de révision, soit par téléservice soit par courrier, par le biais d'un [formulaire](#)³⁰ dédié, accompagné obligatoirement³¹ des documents justificatifs suivants :

- ♦ un **certificat médical de moins de douze mois**³², rempli, daté et signé, accompagné le cas échéant de volets spécifiques concernant les atteintes auditives et visuelles (bilans d'examen sensoriels en particulier). Ce certificat médical obligatoire et normé³³ doit notamment décrire les difficultés liées aux handicap et problèmes de santé et leur « retentissement » fonctionnel et/ou relationnel ;
- ♦ une photocopie recto/verso d'un justificatif d'identité (pièce d'identité ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour³⁴ en France) ;
- ♦ un justificatif de domicile ;
- ♦ une attestation de jugement en protection juridique pour les personnes concernées.

D'autres pièces peuvent être jointes, **sans présenter de caractère obligatoire** pour la recevabilité, soit au titre des ressources, soit au titre des modalités de versement de la PCH, soit au titre des dépenses et charges exposées ou des prestations perçues :

- ♦ un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du bénéficiaire ou de ses représentants ;
- ♦ une copie du dernier relevé d'imposition ;
- ♦ les factures ou devis justifiant le surcoût du retentissement des limitations subies ;
- ♦ l'attestation de déclaration de l'aidant familial (le cas échéant) ;

²⁹ La demande peut être faite en ligne par le biais d'un téléservice, si la MDPH compétente le propose. C'est une formalité obligatoire prévue par l'[article R146-25](#) du CASF : « Pour bénéficier des droits ou prestations mentionnés à l'article L. 241-6, la personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne chargée de cette mesure, **dépose une demande** auprès de la maison départementale des personnes handicapées compétente en application des dispositions de l'article L. 146-3 ».

³⁰ Ce [formulaire](#) est prévu par le deuxième alinéa de l'[article R146-26](#) du CASF : « Les modèles de formulaires de demande ainsi que la liste des pièces justificatives à fournir sont fixés par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées », [arrêté du 5 mai 2017 relatif au modèle de formulaire de demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées](#) qui prévoit son caractère obligatoire (à peine de refus des demandes autrement formulées) à compter du 1^{er} mai 2019 dans l'ensemble des MDPH.

Par exception, l'[arrêté du 21 octobre 2022 relatif à la mise en œuvre d'une expérimentation d'une version 2 du formulaire CERFA n° 15692 de demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées](#) modifié par [arrêté du 20 février 2023](#) (prolongation des délais d'expérimentation) permet, dans les départements de l'Aisne, du Nord et des Pyrénées-Atlantiques, l'utilisation dérogatoire d'une nouvelle version du formulaire de demande (22 pages contre 20) avec des éléments en « FALC » (facile à lire et à comprendre). Ce formulaire alternatif dit « Impact » a été établi par la CNSA en lien avec les associations et s'inscrit dans la feuille de route « MDPH 2022 » de la CNSA.

³¹ À peine de ne pouvoir être considéré comme complet.

³² Ce délai avait été porté de trois à six mois par le [décret n° 2015-1746 du 23 décembre 2015 relatif au certificat médical joint à la demande déposée en maison départementale des personnes handicapées](#) et à nouveau prolongé de six à douze mois par le [décret n° 2021-391 du 2 avril 2021 relatif au certificat médical joint à une demande déposée auprès d'une maison départementale des personnes handicapées](#). Délai de « **moins d'un an** » désormais codifié à l'[article R146-26](#) du CASF. Il est regrettable que si les informations sur les sites publics de référence ([Comment demander la PCH ? | Mon Parcours Handicap](#) ou encore [Demande ou renouvellement de prestations Handicap \(AAH, PCH, CMI, hébergement...\) 15692*01 | Service-Public.fr](#)) sont bien à jour de cette évolution datant de 2021, s'agissant d'un élément fondamental de la recevabilité et de l'instruction de la demande de PCH et de l'accès aux droits, le [formulaire](#) cerfa, quoiqu'en cours de refonte, prévoit toujours « un **certificat médical de moins de 6 mois** » parmi les « Documents à joindre obligatoirement à [la] demande », partie A, page 4.

³³ https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_15695.do.

³⁴ [Article R245-1](#) du CASF « Les personnes de nationalité étrangère, hors les ressortissants des États membres de la Communauté européenne ou des autres parties à l'accord sur l'Espace économique européen, doivent en outre justifier qu'elles sont titulaires d'une carte de résident ou d'un titre de séjour exigé pour résider régulièrement en France ».

- ♦ en cas d'emploi rémunéré d'une tierce personne : attestation d'emploi, contrat de travail, déclaration URSSAF, facture, précisant le nombre d'heures d'aides humaines ;
- ♦ justificatif d'attribution d'une pension de retraite ou d'une pension d'invalidité avec majoration tierce personne (MTP), ou d'une rente accident du travail maladie professionnelle avec prestation pour recours à une tierce personne (PC RTP).

La CDAPH³⁵ se réunit pour se prononcer sur le dossier de demande de PCH, enrichi par l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la MDPH et sa proposition en termes d'attribution de droits. Sa décision, formalisée par l'envoi d'un courrier, est censée intervenir dans un **délai maximum de quatre mois**³⁶ à partir de la date de dépôt de la demande (date à laquelle le dossier correspondant est réputé complet, et à laquelle, s'ils sont accordés, les droits sont ouverts pour la plupart d'entre eux³⁷). En l'absence de réponse au-delà de quatre mois, la demande est considérée comme rejetée³⁸, même si en pratique, la réponse (y compris positive) est dans la majorité des cas³⁹ apportée postérieurement à ce délai (cf. *infra*, 3.2.).

1.3.2. Les conditions de ressources déterminent le taux plein (100 %) ou partiel (80 %) de prise à charge du plan d'aides

La PCH est une prestation universelle : toutes les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'éligibilité peuvent en bénéficier, quels que soient leurs revenus, même si ceux-ci ne sont pas tous pris en compte, conformément au droit applicable⁴⁰.

³⁵ [Article L241-5](#) et [article R241-24](#) du CASF notamment, cf. également *supra*, annexe IV sur les modalités de gestion.

³⁶ [Article R241-33](#) du CASF.

³⁷ [Article D245-34](#) du CASF : « La date d'ouverture des droits est le premier jour du mois du dépôt de la demande ». Pour certaines aides ou équipements, les droits peuvent être ouverts au moment de leur mise à disposition effective, sans dépasser le premier jour du sixième mois avant le dépôt du dossier.

³⁸ Ce point précis n'est pas toujours univoque dans la communication institutionnelle publique. Ainsi, le site [Service-Public.fr](#) indique en avril 2025 factuellement l'état strict du droit « La réponse à votre demande intervient dans un délai de 4 mois. Si vous ne recevez pas de réponse à la fin d'un délai de 4 mois, votre demande est considérée comme rejetée » conformément à l'[article R241-33](#) du CASF. Le site [Mon Parcours Handicap](#) indique pour sa part de manière plus contextualisée compte tenu des délais de traitement de la PCH (cf. *infra*, note suivante et 3.2.) « En l'absence de réponse de votre MDPH (passé le délai de 4 mois), vous pouvez la contacter pour vérifier s'il s'agit d'un retard de traitement ». Les mêmes sites publics sont en revanche convergents et pédagogiques par la répétition dans ce qu'ils indiquent qu'« Il est conseillé de demander le renouvellement 6 mois avant leur échéance. Pour éviter une interruption de vos droits, nous vous recommandons de déposer une demande de renouvellement 6 mois avant la fin de validité de vos droits en cours », [Dépôt du dossier et traitement demande MDPH | Mon Parcours Handicap](#) avril 2025.

³⁹ À la date de la mission, 79 départements sur 100 ne respectent pas – en moyenne – ce délai de quatre mois. Par entretiens avec les équipes des MDPH, certains dossiers particulièrement complexes ou nécessitant des informations complémentaires (ex : bilans médicaux) peuvent nécessiter plus d'un an avant de faire l'objet d'une proposition de décision en CDAPH.

⁴⁰ [Article L245-6](#) du CASF : « La prestation de compensation est accordée, pour une durée d'attribution unique et renouvelable, sur la base de tarifs et de montants fixés par nature de dépense, dans la limite de taux de prise en charge qui peuvent varier selon les ressources du bénéficiaire. Les montants maximums, les tarifs et les taux de prise en charge sont fixés par arrêtés du ministre chargé des personnes handicapées » qui fonde l'[Article R245-46](#) du même code et la compétence liée de l'exécutif départemental : « Le président du conseil départemental applique le taux de prise en charge mentionné à l'article L. 245-6. Ce taux est fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées ».

Sont ainsi exclues⁴¹ des ressources prises en compte pour la détermination du taux de prise en charge (100 % ou taux, dit « partiel », de 80 %, hors certaines exceptions pour certaines aides à caractère d'investissement, *cf. infra*, 1.4.1.)⁴² :

- ◆ les revenus d'activité professionnelle de l'intéressé ;
- ◆ les indemnités temporaires, prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail ou à leurs ayants droit mentionnées au 8° de l'article 81 du code général des impôts ;
- ◆ les revenus de remplacement dont la liste est fixée par voie réglementaire ;
- ◆ les revenus d'activité du conjoint, du concubin, de la personne avec qui l'intéressé a conclu un pacte civil de solidarité, de l'aidant familial qui, vivant au foyer de l'intéressé, en assure l'aide effective, de ses parents même lorsque l'intéressé est domicilié chez eux ;
- ◆ les rentes viagères mentionnées au 2° du I de l'article 199 septies du code général des impôts, lorsqu'elles ont été constituées par la personne handicapée pour elle-même ou, en sa faveur, par ses parents ou la personne chargée à son égard d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ses grands-parents, ses frères et sœurs ou ses enfants ;
- ◆ les primes liées aux performances versées par l'État aux sportifs de l'équipe de France médaillés aux jeux paralympiques.

Dans le cadre du plan personnalisé de compensation (PPC), établi par une équipe pluridisciplinaire de la MDPH et soumis à la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), les dépenses pour compenser le handicap sont prises en charge :

- ◆ à 100 % de leur tarif si les ressources annuelles (essentiellement de patrimoine) de la personne handicapée sont inférieures ou égales à 30 398,54 €⁴³ par an en 2024 ;
- ◆ à 80 % si ses ressources sont supérieures (*cf. infra*, tableau 3) ;
- ◆ à 50 % ou 75 % dans certains cas spécifiques (*cf. infra*, tableau 4) , notamment pour les aides techniques s'inscrivant dans une logique partielle d'investissement, susceptible de dégager une valeur transactionnelle ou patrimoniale (travaux importants sur le logement ou aménagement significatif du véhicule).

L'évaluation des ressources, encore peu cadrée au-delà de la loi et du règlement, fait l'objet de compréhensions différentes quant aux types de ressources prises en compte (ou non), mais surtout d'écarts de pratiques importants en fonction de la capacité à mobiliser les informations utiles « localement », d'abord auprès du bénéficiaire ou de son représentant, ensuite auprès des sources administratives tierces. Si des avancées sont en cours de consolidation entre les MDPH et les caisses d'allocations familiales, elles doivent être sécurisées, accélérées et généralisées, et étendues à d'autres sources de données publiques, notamment les administrations fiscales, dont la fluidité et l'intensité peuvent encore progresser.

⁴¹ Même [article L245-6](#) du CASF à la suite du premier alinéa.

⁴² [Article 1 de l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les taux de prise en charge mentionnés à l'article L. 245-6 du code de l'action sociale et des familles](#) : « Le taux de prise en charge mentionné à l'article L. 245-6 du code de l'action sociale et des familles est fixé à :

- 100 % si les ressources de la personne handicapée prises en compte sont inférieures ou égales à deux fois le montant annuel de la majoration pour tierce personne mentionnée à l'article R. 341-6 du code de la sécurité sociale ;
- 80 % si les ressources de la personne handicapée prises en compte sont supérieures à deux fois le montant annuel de la majoration pour tierce personne mentionnée au même article ».

⁴³ Ce sont les ressources annuelles de la personne handicapée (ou des parents, pour un enfant handicapé) qui déterminent le taux de prise en charge de la PCH. La prise en charge à taux plein ou à taux partiel varie selon que ces ressources dépassent ou non deux fois le montant annuel de la majoration pour tierce personne (MTP), soit 30 398,54 euros annuels en 2025 (ou 80% si elles sont supérieures à ce plafond), *cf. infra*, tableau 3.

Par ailleurs, dans les dispositions législatives du CASF relatives à la PCH :

- ◆ les sommes ne peuvent pas faire l'objet d'une récupération par le conseil départemental (à l'instar notamment de l'APA)
 - ni du vivant du bénéficiaire en cas d'amélioration de sa situation financière⁴⁴, par exemple s'il reçoit une donation ou un héritage ;
 - ni à son décès sur sa succession, ni sur le légataire, donataire ou autre bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie ;
- ◆ la contribution des obligés alimentaires ne peut pas non plus être recherchée⁴⁵.

Cette exonération par exception de l'obligation d'aliment des plus proches pourrait, à l'instar d'autres aides sociales du champ de la mission, poser question. En particulier, elle pourrait en théorie au moins induire une inéquité :

- ◆ entre proches d'un bénéficiaire : celles et ceux qui sont aidants, souvent dans des conditions difficiles pour elles (avec risque d'épuisement et d'étiollement, notamment par la décohabitation, le changement des modes de travail) et celles et ceux qui sont déliés de toute obligation, en nature ou en espèces, et parfois dotés de facultés contributives réelles ;
- ◆ entre proches dans des situations comparables selon que la personne aidée est ou non bénéficiaire de la PCH : alors que l'obligation du code civil prévaut *erga omnes* pour l'aide sociale, le bénéfice de la PCH – qui normalement ne couvre que les besoins de compensation liés au handicap et à son retentissement dans l'environnement de vie du bénéficiaire – délie de l'obligation d'aliment celles et ceux qui y pourraient y être soumis, tandis que cette obligation demeure quand la personne aidée ne bénéficie pas de la PCH.

Toutefois, les situations de handicap, parfois cumulatifs, et la prise en compte de leur retentissement passe déjà très largement par la mobilisation des solidarités formelles et informelles des proches aidants. Ces solidarités sont d'ailleurs prises en compte dans l'établissement du plan personnalisé de compensation qui identifie les capacités de soutien des aidants (et les éventuelles limites de leur mobilisation). La mise en place d'une obligation d'aliment serait de ce point de vue injuste pour les aidants déjà pleinement investis.

En outre, à la différence de la perte d'autonomie liée au grand âge⁴⁶, qui est, toutes choses égales par ailleurs, à la fois plus prévisible et plus courte que les handicaps et leurs retentissements, la mise en place d'aides humaines et techniques compensant le handicap s'inscrit souvent dans la complexité, la durée, et l'évolutivité, notamment au regard du projet de vie du bénéficiaire, et mobilisant déjà son entourage proche.

⁴⁴ [Article L245-7](#) du CASF : « Les sommes versées au titre de cette prestation ne font pas l'objet d'un recouvrement à l'encontre du bénéficiaire lorsque celui-ci est revenu à meilleure fortune ».

⁴⁵ [Article L245-7](#) : « L'attribution de la prestation de compensation n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du code civil » par ailleurs conforté par le principe général de l'[article L132-6](#) du même code quant à la subordination de l'aide sociale légale à la solidarité familiale et à l'obligation d'aliment.

⁴⁶ Cf. fiches monographiques APA, ASH et également rapport de synthèse pour l'obligation alimentaire pour les prestations liées à la perte d'autonomie des personnes âgées.

Toutefois, les éléments précédents peuvent être complétés pour les aides rendues nécessaires pour compenser le handicap lorsque celui-ci provient d'une cause accidentelle et fait l'objet normalement d'une prise en charge assurantielle. La mission renvoie sur ce point aux travaux et propositions de l'IGAS et de l'IGF déjà formulées au titre des régimes de sécurité sociale⁴⁷ et invite la CNSA et les MDPH à tenir compte des indemnisations versées par les responsables de la survenue, lorsqu'elle est accidentelle, d'un handicap, ou leurs assureurs dans la détermination du montant des prestations. En effet, il existe actuellement, en cas de cause de handicap accidentelle, une possibilité de cumul d'indemnisation entre les droits à indemnisation versés par les assurances et autres tiers, et les prestations d'autonomie⁴⁸. Cette recommandation, qui relève de la loi⁴⁹, nécessite que le département dispose d'informations sur l'origine accidentelle du handicap ou de la perte d'autonomie, et sur les procédures d'indemnisations afférentes, à travers une obligation de notification par les assureurs des montants d'indemnisations alloués.

La mission n'a pu évaluer l'impact financier de cette proposition, mais s'agissant de prestations pouvant être versées pendant de longues années, celui-ci serait substantiel.

Proposition n° 1 : Pour la PCH, déduire les éventuels droits à indemnisations versés par les assurances et autres tiers, en cas de cause accidentelle, du montant des aides légales, et instaurer une obligation de notification par les assureurs des montants d'indemnisations alloués (loi).

En tant que prestation compensant des charges exposées pour couvrir les conséquences du handicap et de son retentissement, les versements de PCH sont exonérés d'impôt⁵⁰, de CSG⁵¹ et de CRDS⁵². Ils ne peuvent pas faire l'objet de saisie⁵³, sauf pour le paiement des aides correspondantes aux plans personnalisés.

1.3.3. Les conditions relatives au handicap et à son retentissement s'apprécient au regard de la difficulté à réaliser des activités importantes du quotidien

Pour percevoir la PCH, outre les conditions identifiées supra (âge, résidence et ressources), la perte d'autonomie consécutive au handicap⁵⁴ doit se traduire par :

⁴⁷ IGF, IGAS, 2017, [Le recours contre tiers des caisses de sécurité sociale](#), 2017-M-004.

⁴⁸ IGAS-IGF, 2025, *Le recours contre tiers des organismes de sécurité sociale et des employeurs publics*.

⁴⁹ [Articles L232-1 à L232-28](#) du CASF pour l'APA, [articles L245-1-1 et R245-40](#) du même CASF pour la PCH.

⁵⁰ [Article 81](#) du code général des impôts : « Sont affranchis de l'impôt : [...]9°-ter-a - La prestation de compensation servie en application des dispositions de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ».

⁵¹ [Article L136-1-3](#) du code de la sécurité sociale : « 1.-Ne sont pas assujetties à la contribution sociale prévue à l'article [L. 136-1](#) les prestations sociales suivantes : [...] 9° La prestation de compensation servie en vertu des dispositions de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, y compris le dédommagement mentionné à l'article L. 245-12 du même code ».

⁵² [Article 14](#) de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale : « Cette contribution est soumise aux conditions prévues aux articles L. 136-1-1 à L. 136-4 du même code », par son renvoi aux dispositions sur la CSG, exonératoires pour la PCH.

⁵³ [Article L245-7](#) du CASF : « La prestation de compensation n'est pas prise en compte pour le calcul d'une pension alimentaire ou du montant d'une dette calculée en fonction des ressources » et [article L245-8](#) suivant : « La prestation de compensation est incessible en tant qu'elle est versée directement au bénéficiaire et insaisissable, sauf pour le paiement des frais de compensation de la personne handicapée relevant des 1° à 4° de l'article L. 245-3 ».

⁵⁴ [Annexe 2-5](#) du CASF modifiée pour la dernière fois à la date de la mission par le [décret n° 2022-570 du 19 avril 2022](#) lequel étend notamment la PCH, d'une part, aux limitations liées à « la maîtrise du comportement » (vs. les relations avec autrui auparavant) en intégrant par exemple dans les activités du référentiel la gestion du stress, la maîtrise des habiletés sociales et, d'autre part, aux limitations pour « entreprendre des tâches multiples » tandis que « se déplacer » devient « utiliser un moyen de transport ».

- ♦ une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité importante du quotidien parmi un référentiel d'activités⁵⁵ (par exemple, se laver). La difficulté est qualifiée d'absolue si la réalisation de l'activité est impossible (et non pas seulement altérée).
- ♦ une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités importantes du quotidien parmi ce même référentiel d'activités (par exemple, se laver et marcher). La difficulté à accomplir ces activités est qualifiée de grave si la réalisation de ces activités est jugée « difficile » *i.e.* si et lorsque l'activité est réalisée difficilement et de façon altérée par rapport à l'activité habituellement réalisée.

Dans un cas comme dans l'autre (une difficulté absolue, au moins deux difficultés graves⁵⁶), les difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an⁵⁷. Il n'est cependant pas nécessaire que l'état de la personne soit stabilisé.

L'évaluation du degré de difficulté dans les activités est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH⁵⁸. Elle porte, pour l'appréciation de l'éligibilité à la prestation, sur la capacité à effectuer ces activités sans aucune aide et dans un environnement « normalisé ». La détermination du niveau de difficulté se fait en référence à la réalisation de l'activité par une personne du même âge qui n'a pas de problème de déficience.

Elle résulte de l'analyse de la capacité fonctionnelle de la personne, capacité déterminée sans tenir compte des aides apportées, quelle que soit la nature de ces aides. Elle prend en particulier en compte les symptômes (douleur, inconfort, fatigabilité, lenteur, etc.), qui peuvent aggraver les difficultés dès lors que ceux-ci évoluent au long cours. Des critères supplémentaires peuvent intervenir pour l'accès aux aides humaines, notamment l'environnement dans lesquelles les activités s'avèrent absolument ou gravement difficiles⁵⁹. Elles peuvent au surplus inclure les aides spécifiques en cas de nécessité d'une stimulation, d'une sollicitation ou de soutien dans et pour leur réalisation.

Enfin, dans chaque département, un « fonds départemental de compensation du handicap » (FDC), géré par la MDPH, est chargé d'accorder des aides financières afin de permettre aux personnes handicapées, le cas échéant, de faire face aux frais liés à leur handicap restant à leur charge⁶⁰, après avoir fait valoir leur droit à la prestation de compensation⁶¹.

⁵⁵ Ces vingt activités sont regroupées en quatre domaines :

Domaine 1 : mobilité, et notamment se mettre debout ; faire ses transferts, marcher ; se déplacer (dans le logement, utiliser un moyen de transport) ; avoir la préhension de la main dominante ; avoir la préhension de la main non dominante ; avoir des activités de motricité fine ;

Domaine 2 : entretien personnel et notamment se laver ; assurer l'élimination et utiliser les toilettes ; s'habiller ; prendre ses repas ;

Domaine 3 : communication et notamment parler ; entendre (percevoir les sons et comprendre) ; voir (distinguer et identifier) ; utiliser des appareils et techniques de communication ;

Domaine 4 : tâches et exigences générales, relations avec autrui. Et notamment s'orienter dans le temps ; s'orienter dans l'espace ; gérer sa sécurité ; maîtriser son comportement ; entreprendre des tâches multiples.

⁵⁶ [Article D245-4](#) du CASF : « A le droit ou ouvre le droit, à la prestation de compensation, dans les conditions prévues au présent chapitre pour chacun des éléments prévus à l'[article L. 245-3](#), la personne qui présente une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités telles que définies dans le référentiel figurant à l'[annexe 2-5](#) et dans des conditions précisées dans ce référentiel ».

⁵⁷ Ainsi, une personne en perte d'autonomie temporaire (pour cause de maladie par exemple) ne peut pas, sauf exception à la décision de la CDAPH, en bénéficier.

⁵⁸ Cf. *infra*, paragraphe 3.3.1.

⁵⁹ Ces éléments prévalent pour l'éligibilité à l'élément « aide humaine » (ou élément 1) de la PCH. Ils ne s'appliquent pas pour l'évaluation du plan et notamment les propositions de nombre d'heures d'aides humaines prévu dans le plan personnalisé de compensation : en effet, pour ce calcul, les aides existantes (ou accessibles) sont prises en compte dans l'appréciation globale des besoins du bénéficiaire au regard donc de son environnement et de son projet de vie.

⁶⁰ Dans la limite de 10 % des ressources personnelles nettes d'impôts des personnes handicapées éligibles.

⁶¹ [Article L146-5](#) du CASF.

1.4. Allouée pour une durée allant d'un à dix ans sauf exception, et universelle sous réserve d'éligibilité, la PCH porte une approche globale et individualisée de la compensation du handicap et de son retentissement sous forme d'aides différenciées

1.4.1. Si la PCH n'est pas plafonnée, ses différentes composantes le sont sauf cas de handicap nécessitant une prise en charge renforcée

Les montants de la PCH sont individualisés en fonction des besoins de la personne handicapée. Ils peuvent varier en fonction des types d'aides (humaine, technique, aménagement, etc.) et du niveau de dépendance.

Tableau 3 : Prise en charge du plan d'aide PCH en fonction des ressources du bénéficiaire

Ressources annuelles < 2 x MTP €	Ressources annuelles > 2 x MTP
100 % pour chaque type d'aide (taux plein)	80 % de l'aide prévue (taux partiel)

Source : [Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les taux de prise en charge](#) sur la base des [article L245-6](#) et [article R245-46](#) du Code de l'action sociale et des familles. Le seuil de ressources correspondant à deux fois le montant annuel de la majoration pour tierce personne (MTP) s'établit à 30 398,54 € à la date de la mission.

Si la PCH n'est pas en tant que telle plafonnée, sa structuration par types d'aide (dits éléments) reste soumise, en règle générale et pour chacune de ses composantes, à un plafond. Ainsi, des plafonds distincts limitent chacun des cinq types d'aides, en heures pour l'aide humaine et en euros pour les autres aides :

- ♦ pour l'aide humaine : 9h05 (6h05 au titre des actes essentiels et de la surveillance et 3 heures au titre du soutien à l'autonomie) d'intervention maximum par jour (possibilité de dépasser ce plafond pour les personnes ayant besoin d'une aide totale pour la plupart des actes et d'une présence constante ou quasi constante d'un tiers, jusqu'à 24 heures d'intervention par jour⁶²) ;
- ♦ pour les aides techniques : 13 200 € maximum sur 10 ans ;
- ♦ pour l'aménagement du logement : 10 000 € sur 10 ans ;
- ♦ pour l'aménagement du véhicule et le surcoût lié aux transports : 10 000 € sur 10 ans ou 24 000 € sur 10 ans sous conditions ;
- ♦ pour les charges spécifiques : 100 € par mois pendant 10 ans ;
- ♦ pour les charges exceptionnelles : 6 000 € sur 10 ans.

Tableau 4 : Plafonds pris en charge pour chaque volet de la PCH en 2025 et taux de prise en charge applicables

Volet de la PCH	Type d'aide	Montant maximal pris en charge	Taux plein	Taux partiel
Aide humaine (détails dans le tableau suivant)	Emploi direct, service mandataire, service prestataire	18,96 à 24,58 €/h selon le mode d'emploi	100 %	80 %
	Aidant familial	4,69 €/h (7,04 €/h si arrêt d'activité)	100 %	80 %
Aides techniques	Aide figurant sur la LPPR	13 200 € sur 10 ans	100 %	80 %
	Aide hors LPPR	13 200 € sur 10 ans	75 %	75 %
	Travaux ≤ 1 500 €	10 000 € sur 10 ans	100 %	80 %

⁶² La CDAPH peut en effet, à titre exceptionnel, prendre la décision d'attribuer un temps d'aide au-delà de ce temps plafond de trois heures ou de six heures cinq minutes par jour pour le cumul surveillance et actes essentiels (chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF : « Dans ce cas [NdR : aide dite totale], le cumul des temps d'aide humaine pour les actes essentiels et la surveillance peut atteindre 24 heures par jour »).

Fiche PCH

Volet de la PCH	Type d'aide	Montant maximal pris en charge	Taux plein	Taux partiel
Aménagement du logement	Travaux > 1 500 €	10 000 € sur 10 ans	50 %	50 %
Déménagement	Si logement inadapté	3 000 € sur 10 ans	100 %	80 %
Transport et véhicule	Aménag. véhicule ≤ 1 500 €	100 %	100 %	80 %
	Aménag. véhicule > 1 500 €	10 000 € sur 10 ans	75 %	75 %
	Surcoût trajet en voiture	24 000 € sur 10 ans (0,50 €/km)	100 %	80 %
	Surcoût autr moyens transport	10 000 € sur 10 ans	75 %	75 %
Charges spécifiques et Charg. exceptionnelles	Dépenses récurrentes	100 €/mois	75 %	75 %
	Dépenses ponctuelles	6 000 € sur 10 ans	75 %	75 %
Aide animalière	Chien-guide ou autre animal	6 000 € sur 10 ans	100 %	80 %

Source : CNSA, [Tarifs-PCH-au 1er-janvier-2025](#). LPPR pour [la liste des produits et prestations remboursables](#).

Pour les aides humaines, qui constituent 92 % des plans personnalisés de compensation du handicap (*cf. infra*), les tarifs de référence dépendent du type d'aide⁶³, entre emploi direct, prestataire, mandataire et aidant familial. Dans ce dernier cas, les montants mensuels sont également plafonnés (*cf. infra*, tableau 5).

Tableau 5 : Tarifs horaires « planchers⁶⁴ » applicables au 1^{er} élément de la PCH

Type d'aide humaine	Tarif horaire	Modalité de calcul
Emploi direct - principe général	18,96 €	150 % du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie au sens de la convention collective citée en référence.
Emploi direct - si réalisation de gestes liés à des soins ou aspirations endo-trachéales (1)	19,71 €	150 % du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie
Service mandataire - principe général	20,86 €	Majoration de 10 % du tarif emploi direct correspondant.
Service mandataire si réalisation de gestes liés à des soins ou aspirations endo-trachéales (1)	21,68 €	Majoration de 10 % du tarif emploi direct correspondant.
Service prestataire	24,58 €	0,01941 fois la MTP applicable au 1er janvier de l'année considérée.
Aidant familial dédommagé	4,69 €	50 % du salaire minimum horaire net applicable aux emplois familiaux.

⁶³ Depuis 2024, le tarif national socle de prise en charge APA et PCH sont en effet tous deux indexés sur la Majoration Tierce Personne (MTP), ce qui a conduit à une revalorisation automatique (largement dépendante de l'inflation) de 4,6% par rapport au tarif 2024 de 23,50 €. Toutefois, ce tarif de prise en charge reste très contesté lorsqu'il est rapporté au coût réel de revient d'une heure d'aide à domicile, évalué à 32 €/heure par les opérateurs du secteur (source : [FEDESAP](#), 2025) et ce d'autant plus que le tarif socle de la CNAV pour les retraités GIR 5 et 6 (donc moins dépendants que les bénéficiaires de l'APA) a été porté début janvier 2025 à 26,80 €/heure.

⁶⁴ [Article L314-2-1](#) du CASF : « Les services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 sont financés selon les modalités suivantes. I.-Au titre de l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile :

1° Pour les services habilités sur le fondement de l'article L. 313-6 à recevoir des personnes bénéficiant de l'aide sociale, les tarifs horaires arrêtés par le président du conseil départemental en application du II de l'article L. 314-1 ne peuvent être inférieurs à un montant fixé par décret [...] » et dispositions du même type pour

« 2° Pour les services mentionnés à l'article L. 347-1, le montant [...] de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1 [NdR : la PCH], destinées à couvrir tout ou partie du prix facturé par le service, ne peut être inférieur au montant résultant de l'application du montant minimal mentionné au 1° du présent I ».

Fiche PCH

Type d'aide humaine	Tarif horaire	Modalité de calcul
Aidant familial dédommagé - si celui-ci cesse ou renonce totalement ou partiellement à une activité professionnelle	7,04 €	75 % du salaire minimum horaire net applicable aux emplois familiaux.

Références : Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de l'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du CASF, arrêté modifié pour la dernière fois à date en mars 2022 ; Art. D. 245-9 du CASF résultant du décret n°2022-570 du 19 avril 2022 (Forfaits "cécité", "surdité" et "surdicécité") ; Art. L. 314-2-1 et D. 314-130-1 du CASF (tarif "prestataire") ; Décret né 2024-951 du 23 octobre 2024 portant relèvement du salaire minimum de croissance ; Arrêté du 15 avril 2024 portant extension d'avenants à la convention collective de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile (n  3239) (application de l'avenant n  8 du 15 janvier 2024).

Tableau 6 : Montant mensuel maximum du dédommagement de chaque aidant familial

Disposition	Montant mensuel	Modalité de calcul
Montant mensuel	1 209,24 à	85 % du salaire minimum mensuel net, calculé sur la base de 35 heures par semaine, applicable aux emplois familiaux
Montant mensuel maximum majoré	1 451,09 à	Majoration de 20 % du montant mentionné à la ligne précédente.

Source : CNSA, [Tarifs-PCH-au 1er-janvier-2025](#).

Toutefois, **des possibilités de d  plafonnements sont possibles pour les handicaps qui le justifient** sur décision de la présidence de la CDAPH. Ainsi, en cas de besoin de présence renforcée (accompagnement, réalisation d'actes ou même surveillance), l'équipe d'évaluation peut solliciter du président de la CDAPH l'accord pour une attribution de l'élément « aides humaines » pouvant aller jusqu'à 24 heures par jour.

Par ailleurs, le Fonds départemental de compensation du handicap (FDC)⁶⁵ peut, dans la limite des financements disponibles compléter, sur demande formulée auprès de la MDPH, le financement d'une aide technique. Il permet aux personnes handicapées de limiter les frais liés à leur handicap restant à leur charge, après avoir fait valoir leurs droits à l'ensemble des autres aides financières, en particulier la PCH.

D'autres montants ou *quanta* d'heures liés aux forfaits parentalité, surdicécité, surdité et cécité sont présentés *infra* (cf. *infra*, 1.5.) et s'ajoutent aux éléments précédents.

1.4.2. La PCH est normalement subordonnée au paiement effectif des *quanta* d'aides alloués

La compensation couvre les frais réellement exposés et peut faire l'objet d'un contrôle de l'effectivit  ⁶⁶ de l'utilisation de l'aide. La production et la transmission des justificatifs (devis, factures) sont alors nécessaires. Les aides légales similaires (comme la majoration pour tierce personne) sont déduites de la PCH.

⁶⁵ [Article L146-5](#) du CASF « Chaque maison départementale des personnes handicapées gère un fonds départemental de compensation du handicap chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Les contributeurs au fonds départemental sont membres du comité de gestion. Ce comité est chargé de déterminer l'emploi des sommes versées par le fonds. La maison départementale des personnes handicapées rend compte aux différents contributeurs de l'usage des moyens du fonds départemental de compensation ». Les règles de calcul des ressources personnelles nettes d'impôt (notamment pour apprécier la limite de 10%) sont précisées à l'[article D146-31-6](#) du CASF introduit par le [décret né 2022-639 du 25 avril 2022 relatif à l'amélioration des fonds départementaux de compensation du handicap](#).

⁶⁶ [Article L.245-5](#) du Code de l'action sociale et des familles : « I.-Le service de la prestation de compensation peut être suspendu ou interrompu lorsqu'il est établi, au regard du plan personnalisé de compensation et dans des conditions fixées par décret, que son bénéficiaire **n'a pas consacré cette prestation à la compensation des charges pour**

1.4.3. Inférieure ou égale à dix ans, la durée d'ouverture des droits dépend de l'évaluation et a vocation à prendre en compte l'évolution probable du handicap et de son retentissement

La PCH est accordée pour une **durée minimale d'un an**, définie par la CDAPH et figurant sur la notification d'ouverture des droits.

1.4.3.1. Pour les versements mensuels

Depuis le 1^{er} janvier 2022⁶⁷, la **durée maximale d'attribution de tous les éléments de la PCH est de dix ans⁶⁸**. La PCH peut aussi être accordée **sans limitation de durée si le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement⁶⁹**, dans le but notamment de simplifier les démarches. Ces dispositions concernent les cinq types d'aides de la PCH pour ce qu'ils font l'objet de versements mensuels (aide humaine, sauf exceptions pour les autres éléments).

1.4.3.2. Durée d'attribution dans le cas de versements ponctuels

Pour l'**aide humaine** (élément 1 de la PCH), le total des versements ne peut dépasser **deux mois** de prestation. Passé ce délai, le versement redevient mensuel. La justification du besoin d'un versement ponctuel doit être portée auprès du président du conseil départemental, décisionnaire.

Pour les autres éléments de la PCH (éléments 2 à 5), le total des versements ne peut pas dépasser le montant maximum réglementaire sur une **période maximale de 10 ans**.

1.4.4. Le financement de la prestation de compensation du handicap relève du département, partiellement compensé à cette fin par des concours de la CNSA

La PCH est versée par le département après examen des MDPH et décision des CDAPH.

lesquelles elle lui a été attribuée. Il appartient, le cas échéant, au débiteur de la prestation d'intenter une action en recouvrement des sommes indûment utilisées.

*II.-Le président du conseil départemental prend toutes mesures pour vérifier les déclarations des bénéficiaires et s'assurer de l'effectivité de l'utilisation de l'aide qu'ils reçoivent. Il peut mettre en œuvre un **contrôle d'effectivité**, portant sur une période de référence qui ne peut être inférieure à six mois, qui ne peut s'exercer que sur les sommes qui ont été effectivement versées. Toute réclamation dirigée contre une décision de récupération de l'indu a un caractère suspensif ».*

⁶⁷ [Décret n° 2021-1394 du 27 octobre 2021 relatif à la durée d'attribution de la prestation de compensation du handicap](#) désormais codifié à l'[article D245-33](#) du CASF : « Sans préjudice des dispositions prévues à l'article D. 245-29, la prestation de compensation est attribuée pour une durée déterminée, inférieure ou égale à dix ans pour chacun des éléments mentionnés à l'article L. 245-3 », soit pour l'ensemble des éléments de la PCH et hors droits accordés sans limitation de durée.

⁶⁸ En fonction des aides et compléments, la durée maximale pouvait auparavant varier entre 3, 5 et 10 ans.

⁶⁹ [Article L245-6](#) du CASF : « Lorsque le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement, un droit à la prestation de compensation du handicap est ouvert sans limitation de durée, sans préjudice des révisions du plan personnalisé de compensation qu'appellent les besoins de la personne ».

La CNSA participe, pour un tiers en 2022 (*cf. infra*, tableau 32) au financement de la PCH auprès des départements via un concours⁷⁰ spécifique dont les contours sont en train d'être réformés, lequel est actuellement financé par une part fixe (2% actuellement) de ses recettes de contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), de contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et la part de la contribution sociale généralisée qui lui est affectée.

Son montant prévisionnel s'élève à 961 M€ en 2025⁷¹, soit un taux de couverture moyen de 29 % et intègre l'enveloppe prévue pour l'aide à la parentalité de la PCH. Il est réparti entre les départements repose sur la base des critères suivants⁷² :

- ◆ le nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans du département (pour 60 % de pondération dans la liste globale des critères fixant le montant du concours, département par département),
- ◆ le nombre cumulé de personnes bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de personnes bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) et de personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité dans le département (30 %),
- ◆ le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) dans le département (30 %),
- ◆ le potentiel fiscal corrigé du département (-20 %).

Les dotations correspondantes sont versées par la CNSA mensuellement aux départements, par douzièmes de 90 % des montants prévisionnels ainsi calculés pour l'année, complétée en fin d'année pour les 10 % restants. Outre la dépense de PCH (taux de bénéficiaires rapportés à la population du département et montant moyen attribué par bénéficiaire), ces compensations (fondées sur des critères objectivés mais différents) se cumulent avec les facteurs de disparités précédents pour fonder des disparités interdépartementales des charges effectivement supportées au titre de la PCH pour les finances du département. À celles-ci s'ajoutent également les différences de niveau, de structure, et de dynamique des recettes départementales, en particulier les droits de mutation à titre onéreux (*cf. annexe VII au présent rapport*).

1.5. Hors aides ménagères, cumulables par ailleurs, la PCH a vocation à couvrir une large part des besoins de compensation du demandeur

La PCH couvre un large éventail d'aides :

- ◆ aides humaines destinées à l'assistance pour les actes de la vie quotidienne. Pour ce faire, dans le prolongement de l'ACTP qu'elle remplace, la PCH finance l'intervention d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, préparation des repas, vaisselle, alimentation, déplacements...), pour la surveillance et pour la parentalité ;
- ◆ aides techniques : équipements conçus et adaptés pour le handicap (matériel et appareillages tels que les prothèses, etc.) ;
- ◆ aménagement du logement et du véhicule, incluant les adaptations pour faciliter l'accès et la mobilité, ainsi que plus généralement les surcoûts liés au transport ;

⁷⁰ Le principe du concours PCH versé par la CNSA aux départements a été posé par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 et codifié aux articles L-14-10-7 et du R-14-10-32 du Code de l'action sociale et des familles.

⁷¹ CNSA, 2025, [Notification concours previsionnels APA-PCH](#).

⁷² Pour les collectivités d'outre-mer de St-Pierre et Miquelon, St-Martin et St-Barthélemy, faut de potentiel fiscal, une quote-part instaurée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement permet d'exclure ce critère, modifiant les pondérations des trois critères restants (40 %, 30 %, et 30 %).

- ◆ aides spécifiques ou exceptionnelles :
 - aides spécifiques : les dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap et n'ouvrant pas droit à une prise en charge au titre d'un des autres éléments de la PCH (les protections pour incontinence, l'abonnement à un service de téléalarme) ;
 - aides exceptionnelles : dépenses ponctuelles liées au handicap et n'ouvrant pas droit à une prise en charge au titre d'un des autres éléments de la PCH (par exemple les frais de réparation des équipements adaptés, les batteries pour fauteuils électriques).
- ◆ aide animalière, celle-ci ayant vocation à couvrir les coûts liés à l'entretien d'un animal d'assistance (à condition qu'il soit agréé).

A contrario,

- ◆ la PCH n'est pas destinée à financer le coût de l'accueil dans un établissement médico-social ou dans un établissement de santé (vocation notamment de l'ASH) ;
- ◆ la PCH ne peut, en tout cas ne peut pas *a priori*, être utilisée pour la réalisation du ménage, des courses et pour l'entretien du linge⁷³, qui ne sont pas, à la différence du temps de préparation des repas et de vaisselle, pris en compte dans l'établissement du plan personnalisé de compensation du handicap – et de son retentissement – de la personne concernée.

En ce qui concerne les aides humaines (92 % du montant de la PCH en moyenne), les services peuvent être rendus par des membres de la famille sous certaines réserves et conditions (cf. *infra*), par des prestataires ou des mandataires.

En cas d'aidant familial, la possibilité de salarier le membre de la famille dépend de la nature des limitations du bénéficiaire et du lien familial entre l'aidant et l'allocataire. Il est possible de salarier un membre de sa famille à l'exception :

- ◆ du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un PACS,
- ◆ des parents et des enfants de la personne handicapée.

Cette exception ne vaut pas dans le cas d'un handicap dont le retentissement le justifie de manière spécifique : il est dans ce cas possible de salarier tous les membres de sa famille sans exception, conjoint, parents, enfants compris.

Dans les deux cas, pour être employé par la personne handicapée, l'aidant familial :

- ◆ ne doit pas avoir fait valoir ses droits à la retraite,
- ◆ doit avoir cessé ou renoncé totalement ou partiellement à une activité professionnelle.

1.6. Les dernières évolutions de la PCH ont introduit de nouvelles aides pour prendre en compte des besoins particuliers des bénéficiaires (parentalité, surdité et PCH dite « psy »)

En concertation avec les associations représentant des personnes en situation de handicap, notamment dans le prolongement des travaux sur la PCH dans le cadre de la Conférence nationale du handicap 2018-2019, la PCH s'est enrichie d'aides complémentaires destinées à prendre en compte des besoins jusqu'ici mal couverts :

⁷³ Les aides ménagères ne sont donc pas intégrables à la PCH (à la différence de l'APA) mais peuvent être demandées par ailleurs et sont, le cas échéant, cumulables avec la PCH.

- ♦ s'occuper de ses enfants qui peut induire des besoins spécifiques pour certains handicaps et leur retentissement (aide humaine pour donner le bain aux enfants ou table à langer adaptable) ;
- ♦ compenser les handicaps cumulés de surdité et de cécité qui compliquent notamment l'information et le lien social ;
- ♦ prendre en compte les conséquences des altérations de la fonction psychique, mentale, cognitive ou les troubles neuro-dégénératifs.

Ces mesures ont fait l'objet d'un large consensus politique et sont encore en montée en charge compte tenu d'une information encore en cours de diffusion sur ces « compléments de compléments », et de la latence de la révision des plans et accords de PCH en lien avec les durées fixées lors de l'ouverture des droits.

Elles ont également en commun, pour les deux premières, d'introduire dans la PCH des éléments à caractère forfaitaire une fois l'évaluation et la décision intervenues, sans prise en compte des besoins contextualisés et individualisés de compensation (à rebours des autres éléments de la PCH) d'une part, et d'autre part et surtout, de ce fait, non soumise au contrôle d'effectivité quant à la réalité de la dépense (ou même à son fondement, par exemple si l'enfant du bénéficiaire de l'aide à la parentalité de la PCH n'habite plus chez lui).

1.6.1. La PCH « parentalité » est attribuée sans contrôle de la réalité de la charge parentale et sans contrôle d'effectivité des dépenses afférentes

Depuis le 1^{er} janvier 2021, les parents en situation de handicap d'un enfant de moins de 7 ans et qui sont éligibles à la PCH, ont droit à une aide spécifique « PCH parentalité ».

La PCH parentalité comprend :

- ♦ l'aide humaine à la parentalité : une aide mensuelle visant à financer un aidant pour les actes liés à la parentalité des enfants de moins de 7 ans (exemple d'une difficulté liée au handicap pour porter le jeune enfant) ;
- ♦ l'aide technique à la parentalité : une aide ponctuelle versée à la naissance, aux 3 ans et aux 6 ans des enfants (de chacun des enfants). Elle permet d'acheter du matériel adapté aux conséquences du handicap pour l'exercice de la parentalité (exemple de l'acquisition d'une table à langer réglable en hauteur).

Pour la PCH parentalité, les montants sont forfaitaires et valent par parent bénéficiaire de la PCH⁷⁴. L'aide à la parentalité ne fait pas l'objet d'un contrôle de l'effectivité de son utilisation, par ailleurs non prévu par la loi qui ne conditionne pas le paiement de la prestation à la charge parentale. Ainsi, le forfait sera également versé pour des enfants accueillis à plein temps en établissement ou placés à l'aide sociale, ou encore si l'enfant réside à l'étranger.

Tableau 7 : PCH parentalité, montant des aides humaines

	Jusqu'aux 3 ans de l'enfant de l'enfant le plus jeune	Des 3 ans à la veille des 7 ans de l'enfant le plus jeune
Le parent en situation de handicap vit en couple	900 euros par mois	450 euros par mois
Le parent en situation de handicap vit seul	1 350 euros par mois	675 euros par mois

⁷⁴ Si les deux parents sont en situation de handicap, ils ont droit chacun à l'aide humaine et l'aide technique à la parentalité dès lors qu'ils remplissent les conditions d'attribution. Aux 7 ans du dernier enfant, les versements s'arrêtent.

Source : Arrêté du 17 décembre 2020 fixant les montants maximaux attribuables pour la compensation des besoins liés à l'exercice de la parentalité dans le cadre de la prestation de compensation du handicap désormais codifié à l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation.

Les versements relatifs aux aides humaines s'arrêtent aux 7 ans du plus jeune des enfants. Si le bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap a plusieurs enfants, le nombre d'heures accordées est celui qui correspond au besoin reconnu pour le plus jeune de ses enfants. Les parents en situation de handicap continuent à bénéficier des autres aides de la PCH.

Tableau 8 : PCH parentalité, montant des aides techniques

	À la naissance de l'enfant	Aux 3 ans de l'enfant	Aux 6 ans de l'enfant
Le parent en situation de handicap vit en couple	1 400 euros	1 200 euros	1 000 euros
Le parent en situation de handicap vit seul			

Source : Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation, 2° de l'article 1^{er}.

Concernant les aides techniques, c'est une aide, versée ponctuellement, pour chacun des enfants. **Les versements s'arrêtent aux 6 ans de chaque enfant.** Les parents en situation de handicap continuent à bénéficier des autres aides de la PCH.

La combinatoire et les seuils des aides humaines et aides techniques suivent donc des seuils (âge des enfants, lien avec le nombre d'enfants pour les aides techniques et indépendant pour les aides humaines) et des mécanismes de versement différents (mensuels ou date anniversaire des enfants)⁷⁵.

De nombreuses équipes de MDPH ont partagé avec la mission, soit sur place soit dans les réponses qu'elles ont bien voulu apporter à son questionnaire, le fait que la mise en œuvre de l'aide à la parentalité a été difficile dans des départements pour des raisons de ressources (formation) et surtout d'outils (notamment pour les logiciels de gestion et/ou de paiement qui n'étaient pas tous grésés pour gérer ce complément d'aides), et leur souhait qu'à l'avenir, la mise en œuvre de ces extensions des champs couverts par la PCH⁷⁶ se fasse en lien avec elles, que ce soit dans une approche opérationnelle ou sur une évaluation des conséquences financières faisant l'objet de compensations, au moins partielles, de la part de la CNSA.

Elles ont fait également valoir que l'aide à la parentalité allait dans un sens favorable et répondait à des besoins, mais qu'il était difficile de les évaluer, d'autant plus si on les liait aux autres caractéristiques de la PCH :

⁷⁵ Par exemple, un parent en situation de handicap en couple élève deux enfants : un enfant qui va avoir 3 ans et un enfant qui va avoir 6 ans : pour l'aide humaine, le parent reçoit 900 euros par mois jusqu'aux 3 ans du plus jeune enfant, puis 450 euros par mois à partir des 3 ans du plus jeune enfant jusqu'à ses 7 ans. Pour l'aide technique, le parent reçoit trois versements pour chaque enfant : 1 200 euros aux 3 ans du plus jeune enfant, puis 1 000 euros aux 6 ans de chaque enfant.

⁷⁶ Il est à souligner à cet égard que la mise en place de la « PCH psy » (cf. *infra*, 1.6.3., notes 89 et 90) a fait l'objet de travaux préparatoires plus largement anticipés et partagés.

- ♦ **l'extension à la PCH psy**⁷⁷ conduit à accompagner au titre de la PCH des parents qui ont sensiblement plus de difficultés à comprendre leurs besoins en tant que parents et ceux de leurs enfants, à accéder aux et contractualiser avec les fournisseurs d'aides techniques ou humaines les plus pertinents pour les accompagner et à structurer autour d'eux le système d'aides dont ils n'ont pas toujours pleinement conscience qu'ils en ont besoin (ou pas) ;
- ♦ **l'absence d'évaluation**⁷⁸ alors que les besoins sont, par nature ou par contexte, très différents d'un parent à l'autre et d'un enfant à l'autre leur fait recommander d'intégrer l'évaluation des besoins sur le modèle des autres éléments de la PCH ;
- ♦ à l'instar de ces autres éléments, il pourrait être envisagé de mettre en place, sinon un contrôle d'effectivité (qui permettrait de s'assurer de la capacité de la PCH parentalité à remplir effectivement son rôle d'accompagnement des parents en situation de handicap et de leurs enfants), au moins un contrôle de réalité de la charge afférente à la parentalité⁷⁹ (présence au foyer des enfants, ou contribution des parents bénéficiaires à la prise en charge de leurs enfants s'ils sont hébergés par ailleurs, voire placés).

Les élus rencontrés par la mission vont dans le même sens, en soulignant également pour certains d'entre eux l'apparition d'une **nouvelle barrière d'âge avec les seuils de 6 et 7 ans** pour la PCH parentalité, sans que l'entrée en CP ou l'âge de raison ne modifient substantiellement les besoins et ressources d'aide à l'exercice de la parentalité pour les parents en situation de handicap. Ces mêmes élus envisagent dès lors d'allonger, par des aides départementales extralégales sur leurs budgets, la durée du bénéfice de l'aide à la parentalité, pour attendre un changement réel de la situation des enfants et de leur autonomie (comme par exemple l'entrée au collège), ce qui correspond pleinement aux principes de subsidiarité entre aides légales et aides extralégales.

Proposition n° 2 : Revoir les paramètres de la PCH parentalité pour revenir à une logique de compensation. A minima, vérifier la réalité des charges afférentes à la parentalité (notamment en fonction de la présence des enfants au foyer).

L'économie générée par cette mesure repose sur une assiette de dépenses de 55 M€. Cette mesure nécessite un vecteur réglementaire (notamment modification des articles D. 245-10, D. 245-11 et D. 245-27 du CASF et de son annexe 2-5).

⁷⁷ Pour l'instant, la plupart des bénéficiaires sont les « historiques » de la PCH, essentiellement concernés par un handicap moteur, une maladie invalidante ou un handicap sensoriel. Source ODAS, 2024, citée *infra*. Cf. aussi, 1.6.3.

⁷⁸ Dans une logique de forfait, à la différence des autres éléments de la PCH, l'éligibilité vaut ouverture des droits, sans passer par les étapes d'évaluation des besoins et d'établissement d'un plan personnalisé de compensation. L'instruction se réduit à la seule vérification documentaire des extraits d'acte de naissance des enfants ou livret de famille pour déclencher l'ouverture des droits et les différents versements.

⁷⁹ Ce contrôle n'est prévu qu'en cas de séparation de parents bénéficiant tous deux de la PCH et des aides à la parentalité et conditionné à l'établissement entre eux d'un compromis précisant les montants d'aides incombant à chacun des parents. [Article D245-26](#) du CASF.

Réalisée dans le cadre d'une convention avec la CNSA, l'étude récente et dédiée⁸⁰ de l'Observatoire de la Décentralisation et de l'Action Sociale (ODAS) va dans le même sens, soulignant que l'aide à la parentalité est **plébiscitée par les bénéficiaires**⁸¹, quoiqu'encore très mal connue (sauf par les MDPH) et faisant l'objet d'une appropriation perfectible⁸² et nécessitant une appréhension globale et personnalisé des besoins, des parents comme de leurs enfants, et la coordination d'une offre de services (notamment d'aide humaine) pas toujours aisée à structurer et à fidéliser. L'étude établit également des **disparités entre départements** dans la répartition entre aides humaines et aides techniques à la parentalité⁸³.

1.6.2. PCH : forfait surdicécité

Dans le cadre de la PCH, les personnes en situation de handicap visuel ou auditif pouvaient bénéficier deux forfaits d'aide humaine : surdité (30 heures⁸⁴) et cécité (50 heures⁸⁵).

Tableau 9 : Éligibilité aux forfaits surdité et cécité de la PCH

Surdité (30 h/mois)	Cécité (50 h/mois)
�tre éligible à la PCH	
avoir une perte auditive moyenne supérieure à 70 dB et avoir recours à une aide humaine pour la communication. Par ex : nécessité d'avoir recours : � une personne qui transcrit en langue des signes française (LSF), à une personne qui fait de la transcription écrite, - ou toute autre méthode de communication qui nécessite une tierce personne	avoir une vision centrale inférieure à 1/20e après correction

Source : [Article D245-9](#) du Code de l'action sociale et des familles, modifié par le [décret n 2022-570 du 19 avril 2022](#).

Depuis le 1^{er} janvier 2023⁸⁶, un troisième forfait a été mis en place pour les personnes atteintes des deux limitations cumulées et ne se compensant pas (surdic cit ⁸⁷, personnes dites aussi « sourdaveugles »). Celles-ci peuvent avoir acc s⁸⁸ à la PCH *de droit et de fait*, et partant à des

⁸⁰ ODAS, 2024, [le forfait parentalité de la pch](#), 44 p.

⁸¹ « Une prestation simple et utile aux bénéficiaires. 91 % déclarent un impact positif ».

⁸² Cf. notamment « Une communication insuffisante, pour plusieurs raisons. Peu d'information auprès des bénéficiaires déjà existants et peu d'information transversale (PMI, sanitaire) » et « Une prestation dont les acteurs se sont assez peu emparés ».

⁸³ « Si dans la moitié des territoires [NdR : départements], quasiment autant d'aides humaines que d'aides techniques sont en effet attribuées (entre 45 % et 55 % d'aides humaines), 30 % des départements déclarent plus de 55 % d'aides humaines attribuées, dont 10 % plus de 70 % », p. 12.

⁸⁴ Soit 478,14 à au 1^{er} janvier 2025, correspondant à 30 heures sur la base du tarif égal à 130% du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie A (niveau III), au sens de la convention collective de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile (n 3239).

⁸⁵ Soit 796,90 à au 1^{er} janvier 2025, sur la même base pour 50 heures.

⁸⁶ [Décret né 2022-570 du 19 avril 2022 relatif à la prestation de compensation](#)   son article 1^{er}, désormais codifié à l'[article D245-9](#) du CASF.

⁸⁷ Handicap caractérisé par la combinaison d'une d fici nce visuelle et d'une d fici nce auditive qui ne peuvent pas se compenser mutuellement.

⁸⁸ [Article D245-9](#) du CASF : « Les personnes cumulant une d fici nce auditive et une d fici nce visuelle, sont réputées remplir les conditions qui permettent l'attribution et le maintien de l'élément de la prestation lié à un besoin d'aide humaine d'un montant forfaitaire [...] ».

aides humaines spécifiques jusqu'à 80 heures par mois⁸⁹.

L'instruction par les MDPH se fait donc sur la base de la demande du bénéficiaire, et des résultats d'examen⁹⁰ ophtalmiques, audiogrammes ou certificats et bilans qui l'accompagnent, sur une base uniquement documentaire, et en particulier sans évaluation des besoins d'aides humaines.

Tableau 10 : Nombre d'heures d'aide humaine en fonction du niveau de perte auditive et du niveau de perte de vision centrale et/ ou de perte au titre du forfait surdicécité de la PCH

	Vision centrale après correction supérieure ou égale à 1/10e et inférieure à 3/10e de la normale ou un champ visuel supérieur ou égal à 20° et inférieur à 40°	Vision centrale après correction supérieure ou égale à 1/20e et inférieure à 1/10e de la normale ou un champ visuel supérieur ou égal à 10° et inférieur à 20°	Vision centrale après correction inférieure à 1/20e de la normale ou un champ visuel inférieur à 10°
Perte auditive moyenne sans appareillage supérieure à 41 dB et inférieure ou égale à 56 dB	30 heures	30 heures	50 heures
Perte auditive moyenne sans appareillage supérieure à 56 dB et inférieure ou égale à 70 dB	30 heures	50 heures	80 heures
Perte auditive moyenne sans appareillage supérieure à 70 dB	50 heures	80 heures	80 heures

Source : [Article D245-9](#) du Code de l'action sociale et des familles, modifié par le [décret n°2022-570 du 19 avril 2022](#).

À l'instar du forfait parentalité, ces forfaits surdité, cécité et désormais surdicécité de la PCH ne donnent pas lieu à contrôle d'effectivité⁹¹, mais simplement à la vérification que l'éligibilité aux forfaits concernés, de par les déficiences sensorielles, est maintenue.

⁸⁹ Ces quantas d'heures sont des minimums forfaitaires et peuvent être dépassés en cas d'évaluation des besoins en ce sens. Comme l'indique l'[article D245-9](#) du CASF : « Quand le besoin d'aides humaines apprécié au moyen du référentiel figurant à l'annexe 2-5 le justifie, le montant attribué peut l'être pour un temps d'aide supérieur à 80 heures ».

⁹⁰ Dans la logique de l'évaluation de la PCH (même si surdité, cécité et surdicécité ne font pas l'objet de cette évaluation par une équipe pluridisciplinaire) qui s'apprécie sur la base des capacités fonctionnelles, capacité déterminée sans tenir compte des aides apportées, l'appréciation de l'acuité visuelle, ou de la perte auditive, mentionnée à l'article D. 245-9 et permettant l'accès à une aide humaine forfaitaire, s'apprécie sans aide ni appareillage.

⁹¹ [Article D245-58](#) du CASF : « Le président du conseil départemental peut à tout moment procéder ou faire procéder à un contrôle sur place ou sur pièces en vue de vérifier si les conditions d'attribution de la prestation de compensation sont ou restent réunies ou si le bénéficiaire de cette prestation a consacré cette prestation à la compensation des charges pour lesquelles elle lui a été attribuée. En cas d'attribution d'un forfait prévu à l'article D. 245-9, le contrôle consiste à vérifier si les conditions d'attribution de la prestation de compensation sont ou restent réunies ».

1.6.3. La PCH a fait l'objet d'une extension récente aux troubles « psy »

Depuis le 1^{er} janvier 2023, les personnes ayant des troubles psychiques, mentaux, cognitifs ou du neurodéveloppement (TND) peuvent plus facilement accéder à la PCH, notamment à l'aide humaine.

La liste des activités permettant de recevoir la PCH a ce faisant été élargie. En cas d'éligibilité à l'aide humaine, un soutien à l'autonomie est accessible pour les tâches suivantes :

- ◆ maîtrise du comportement ;
- ◆ planifier, organiser, commencer et gérer le temps d'activités quotidiennes ;
- ◆ faire plusieurs tâches à la fois, comme entretenir son logement ou se rendre à un rendez-vous médical ;
- ◆ être accompagné lors des déplacements.

Le temps d'aide humaine pour le soutien à l'autonomie peut atteindre **3 heures par jour**. Il est attribué sous forme de crédit-temps et peut être capitalisé sur une durée de douze mois.

L'appréciation du temps d'aide prend en compte la situation de la personne et il est quantifié sur une base quotidienne. Pour être pris en compte au titre de l'élément aide humaine, **ce besoin de soutien à l'autonomie doit être durable ou survenir fréquemment**. Il s'apprécie notamment au regard de l'évaluation de :

- ◆ l'hypersensibilité à l'anxiété ;
- ◆ l'hypersensibilité au stress et au contexte ;
- ◆ des conséquences d'altérations des fonctions mentales, psychiques, cognitives ou des TND.

Notamment pour des activités ou des situations consistant à :

- ◆ planifier, organiser, exécuter des activités (habituelles ou inhabituelles) ;
- ◆ interagir avec autrui ;
- ◆ traiter les informations sensorielles (difficulté à identifier une douleur, difficulté à évoluer dans certains environnements...).

La demande d'aide au titre de la « PCH psy » doit être faite auprès de la MDPH, sauf si l'évaluation globale est en cours dans le cadre d'une demande préexistante. À la différence des forfaits « parentalité » et « surdicécité », l'attribution de l'aide humaine repose, comme pour les autres handicaps compensés par la PCH, sur d'une part une évaluation réalisée par une équipe pluridisciplinaire, d'autre part sur l'établissement d'un plan d'aide personnalisé.

L'appréciation du temps d'aide prend en compte la situation de la personne. Il est quantifié sur une base quotidienne. Toutefois, pour être pris en compte au titre de l'élément PCH aide humaine, ce besoin de soutien à l'autonomie doit être durable ou survenir fréquemment pour accompagner le bénéficiaire dans la réalisation de ses activités, et selon les principes régissant la PCH. Par exemple, il n'est normalement pas possible que la PCH, psy ou non, prenne en charge l'aide au ménage ou au rangement (hors préparation des repas et vaisselle, *cf. infra*), ces domaines relevant de l'aide-ménagère, cumulable par ailleurs avec la PCH. Toutefois, dans le cadre de la PCH psy, en cas de difficulté à réaliser complètement et de manière régulière ces tâches ménagères, il est permis d'avoir une aide humaine pour stimuler (sans s'y substituer) la réalisation de ces activités par le bénéficiaire⁹². Ce temps d'aide pour le « soutien à l'autonomie » peut également être cumulé avec le temps d'aide susceptible d'être attribué au titre des actes essentiels ou de la surveillance régulière.

⁹² Comme l'indique le rapport Leguay (*cf. note suivante*) « Cette population peut se caractériser globalement, par des difficultés à conduire des actions dans la vie quotidienne, que ce soit du fait d'un manque de prise de conscience de leur

Il est à noter que cette évolution forte de la PCH (passage d'une logique de limitations fonctionnelles à des altérations psychiques, mentales ou cognitives) :

- ♦ a été précédée par un travail d'analyse et de propositions émanant des associations du secteur⁹³ ;
- ♦ a également été précédée d'une "étude-action" de faisabilité ayant mobilisé trois MDPH dans le courant de l'année 2021 ;
- ♦ s'est accompagnée en temps réel de mise à disposition par la CNSA de référentiels dédiés⁹⁴ quelques jours avant l'entrée en vigueur du décret régissant cette extension.

1.7. Pensée et instituée en complément des autres aides existantes, en particulier l'AAH mise en place en même temps, la PCH s'articule avec les autres aides sociales ou fiscales

1.7.1. La PCH fait l'objet de plusieurs droits d'option avec l'ACTP, l'APA ou l'AEEH

Le premier droit d'option, exclusif, asymétrique et définitif, est le passage de l'ACTP vers la PCH. Il existe pour tous les bénéficiaires de l'ACTP tant qu'ils n'ont pas opté pour la PCH, sachant qu'aucune ouverture de droits à l'ACTP ne peut intervenir depuis 2006 et l'entrée en vigueur de la loi de 2005. Les deux allocations ont des critères d'attribution différents : l'ACTP n'est plus renouvelée qu'aux personnes qui **conservent des ressources inférieures ou égales aux plafonds de ressources pour percevoir l'allocation aux adultes handicapés**, et son montant mensuel maximum est de 969 euros pour de l'aide humaine uniquement, avec un contrôle de l'effectivité équivalent ou moindre que pour la PCH et maintien intégral lors d'accueils en établissement comme externes ou semi-internes, alors que la PCH est universelle : l'éligibilité ne dépend pas des ressources, peut inclure en particulier des aides techniques tandis qu'une partie de la prise en charge relèvera du bénéficiaire lorsque ses ressources annuelles dépassent 30,5 k€ et son montant peut être réduit en fonction de la consommation réelle des plans d'aide accordés.

*nécessité, d'une difficulté à les concevoir, à en envisager l'enchaînement logique, à en initier et en conduire la mise en œuvre, à tenir compte des éléments de contexte, à en peser l'opportunité, etc. **Schématiquement, elles en sont théoriquement en capacité, mais pratiquement très difficilement capables** ».*

⁹³ Cf. rapport de juillet 2021 de la mission pilotée par Denis Leguay (Président de la fédération « Santé mentale France »).

⁹⁴ CNSA, 2022 (décembre), Guide technique « [Prestation de compensation du handicap : mise en œuvre du décret n° 2022-570 du 19 avril 2022. articles 2 et 3. Guide à destination des équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées \(MDPH\)](#) », 116 p.

Pour les personnes âgées en situation de limitations fortes qui y sont éligibles (dès lors que leurs limitations ont apparues avant l'âge de 60 ans), la PCH fait l'objet également d'un droit d'option avec l'APA, sans que le cumul des deux aides ne soit possible⁹⁵. Pour résumer les termes de la comparaison entre les deux aides pour ceux qui sont éligibles à l'une comme à l'autre⁹⁶ et au risque d'une simplification abusive : toutes choses égales par ailleurs, la PCH peut être plus intéressante en cas de revenus moyens (participation financière de 20 % en taux de prise en charge dit partiel, avant éventuel mesure fiscale) et de dépense importante mais ponctuelle, au titre par exemple de l'adaptation d'un véhicule. *A contrario*, l'APA peut être plus intéressante en cas de ressources modestes (progressivité du reste à charge en APA), de besoin d'aides ménagères important ou de besoins d'aides en cas d'accueil en établissement⁹⁷.

De la même manière, pour les enfants et adolescents en situation de handicap, la PCH / AEEH sont *a priori* accessibles. À l'instar de la PCH et de l'APA pour les personnes de plus de 60 ans, leur cumul est impossible pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans, sauf exception (élément 3 de la PCH, *i.e.* aide pour l'aménagement du logement ou du véhicule, et les frais de transport). Plus précisément, la MDPH a obligation de présenter un plan personnel de compensation présentant les alternatives de prises en charge entre :

- ◆ l'AEEH de base avec complément : dans ce cas, la totalité des dépenses, la réduction du temps de travail ou l'emploi d'une tierce personne sont pris en compte dans le calcul du complément ;
- ◆ l'AEEH de base avec volets de la PCH proposés : dans ce cas, en fonction des dépenses il peut être proposé un ou plusieurs volets de la PCH ;
- ◆ l'AEEH de base avec complément et élément 3 (équipement du logement et mobilité) de la PCH : dans ce cas, si la famille a des frais d'aménagement de logement ou de véhicule ou si elle doit faire face à des surcoûts liés au transport de l'enfant en situation de handicap, ils seront pris en considération dans le cadre du volet 3 de la PCH et non intégrés au calcul du complément d'AEEH, pouvant conduire à un réajustement de son montant.

Il est à noter que tout en étant imbriquées l'une à l'autre, la PCH enfant étant conditionnée à l'éligibilité à l'AEEH (sans toutefois pouvoir les cumuler, sauf exception, *cf. supra*), le régime applicable à l'enfant dont les parents sont séparés est différent selon les prestations : un seul parent bénéficiaire pour l'AEEH qui relève des prestations familiales⁹⁸, mais possibilité de scinder entre parents les aides reçues au titre de la PCH complémentaire pour l'enfant en situation de handicap (voir fiche AEEH).

⁹⁵ Pour les personnes éligibles aux deux aides (PCH et APA), il existe à tout moment un droit d'option entre APA et PCH. D'une part, à compter de 60 ans, les personnes qui remplissent les conditions pour prétendre à l'APA peuvent choisir entre le maintien de la PCH ou le bénéfice de l'APA lors du renouvellement de leur droit. D'autre part, si une personne bénéficiaire de l'APA répondait aux critères d'ouverture du droit à la PCH avant 60 ans, celle-ci peut prétendre à la PCH.

⁹⁶ En règle générale, ce sont les personnes en forte perte d'autonomie de plus de 60 ans qui bénéficiaient de la PCH avant 60 ans ou dont il est avéré qu'elles en respectaient les critères d'éligibilité avant cet âge.

⁹⁷ L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » est d'autant plus complexe que les équipes en charge, les procédures et référentiels utilisés par les équipes autonomie des conseils départementaux (grille AGGIR) d'une part et les MDPH d'autre part (GEVA, *cf. infra*, 3.3.3.) peuvent conduire à des évaluations d'aides différentes. Par ailleurs, pour les salariés invalides de 2^e catégorie et les fonctionnaires en CLM (Congés Longue Maladie) titulaires d'une ACTP à 80 % qui pourraient bénéficier d'une MTP (Majoration Tierce Personne versée par la Sécurité Sociale) ou d'une Majoration pour assistance constante d'une tierce personne versée par l'État, pour des montants sensiblement plus importants que l'ACTP, le cumul avec ces majorations n'est possible que pour les bénéficiaires de la PCH (et pas ceux de l'ACTP).

⁹⁸ [Article L513-1](#) du Code de la sécurité sociale.

1.7.2. La PCH peut également être cumulée avec d'autres aides, en particulier l'AAH pour la moitié de ses bénéficiaires, mais aussi des mesures fiscales spécifiques

La PCH peut être cumulée avec :

- ♦ **l'allocation aux adultes handicapés (AAH) augmentée de la majoration pour vie autonome** (ou l'allocation aux adultes handicapés (AAH) avec, le cas échéant, son complément de ressources, comme c'était le cas de plus de la moitié des bénéficiaires de la PCH au 31/12/2016, cf. tableau 11 et voir également fiche monographique sur l'AAH) ;
- ♦ l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) **sauf pour l'aide humaine** (élément 1) ;
- ♦ **les aides ménagères du conseil départemental** (cf. *supra*, 1.5.) : comme la PCH exclut les aides au ménage du plan personnalisé de compensation, le bénéficiaire qui finance de tels services peut demander à bénéficier de l'« aide-ménagère à domicile ». Soumise à condition de ressources, celle-ci est versée par le conseil départemental et peut donc se cumuler avec la PCH.

Tableau 11 : Proportion des bénéficiaires de la PCH 2016 selon les différents types de prestation perçue en 2017 (en % non pondérés)

	Ensemble	Moins de 20 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60 ans et plus
Allocation aux adultes handicapés	51	9	87	77	66	50	22
Compléments d'AAH	17	2	13	22	25	21	9
Allocation d'éducation enfant handicapé	6	62	0	3	3	1	0

Lecture : 51 % des bénéficiaires ayant un droit ouvert à la PCH au 31 décembre 2016 ont perçu une allocation adulte handicapée au cours de l'année 2017.

Source : DREES, 2023, [Appariement des RI-PCH avec les revenus fiscaux et sociaux](#) sur données PCH au 31/12/2016 représentatives extraites des bases de données de 25 MDPH/Conseils départementaux.

En termes de fiscalité, la PCH n'est pas soumise à l'imposition sur les revenus du bénéficiaire⁹⁹ et ne fait pas l'objet d'une obligation de déclaration à l'administration fiscale, sauf en cas de demande de crédit d'impôt pour les emplois à domicile et aides à la personne¹⁰⁰. En effet, le bénéficiaire peut, pour la partie qui reste à sa charge après utilisation de la PCH aide humaine, bénéficier du crédit d'impôt pour emploi d'un salarié à domicile avec avance immédiate à hauteur de 50 % des dépenses supportées. Par ailleurs et sur le même modèle, dans le cas où des travaux d'équipement pour faciliter l'accès du logement aux personnes en situation de handicap sont réalisés, un droit à crédit d'impôt est ouvert pour 25 % des dépenses engagées.

⁹⁹ [article 81](#) du code général des impôts : « Sont affranchis de l'impôt : [...]9°-ter-a - La prestation de compensation servie en application des dispositions de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ».

¹⁰⁰ Cf. notamment case 7DB « Dépenses d'emploi à domicile » de la [déclaration de revenus dite « 2042 »](#), renvoyant sur ce point à la page 1 de la 2042 RIC le montant correspondant à chaque type de dépenses d'emploi à domicile, tandis que la case 7DR prévoit le service des informations relatives aux « Aides perçues pour l'emploi à domicile (APA, PCH, CESU préfinancé...) ».

Toutefois, l'absence d'une part d'information systématique du bénéficiaire de son droit à crédit d'impôt pour les services d'aides à la personne reçue, l'absence de collationnement systématique des dépenses versées avec la PCH reçue entre les MDPH, les services prestataires et l'administration fiscale, fait qu'il demeure possible que le crédit d'impôt soit versé (sous plafond) sur des dépenses solvabilisées par le versement de la PCH. Le développement de la télégestion et du paiement par des formules préfinancées¹⁰¹ de type CESU+¹⁰² (ou Home+¹⁰³) permet de sécuriser la chaîne d'obligations déclaratives, facilite le contrôle d'effectivité éventuellement diligenté sous l'égide du Conseil départemental, et favorise le bon règlement des éléments fiscaux et contributions sociales, et doit être encouragé, tout en en subordonnant sa mise en œuvre à la décision du bénéficiaire, qui conserve la possibilité de demander un versement sur (son) compte de la prestation (cf. également sur ce point, fiche APA).

Proposition n° 3 : Encourager la télégestion pour les prestataires et les mandataires et le recours au CESU préfinancés pour l'emploi direct, pour le paiement des heures d'aide humaine au titre de l'APA et de la PCH

Proposition n° 4 : Relancer et généraliser le projet de crédit d'impôt contemporain (Home +) pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH porté par la DSS, la DGCS et l'ACOSS.

S'agissant des aidants familiaux, les versements correspondants de la PCH au titre des aides humaines sont considérés, sauf salariat, comme un dédommagement, et ne sont à ce titre pas imposables¹⁰⁴, de même qu'aucune cotisation sociale n'est due sur ce même dédommagement perçu par un aidant familial¹⁰⁵. Par ailleurs, en cas d'aidant familial dédommagé pour son enfant dont les droits à la PCH sont ouverts, le dédommagement n'est pas non plus intégré dans la base de calcul des ressources pour le RSA/RSO¹⁰⁶. Enfin, la PCH aidant familial n'est plus considérée depuis 2020 comme un revenu assimilé à un revenu professionnel pour le calcul de la prime d'activité.

En revanche, dans le cas où l'aidant familial est salarié (emploi direct ou via un mandataire), celui-ci sort des dispositions exonératoires de l'[article R245-7](#) du CASF et les montants correspondants doivent être intégrés à la déclaration de revenus du foyer de l'aidant¹⁰⁷.

¹⁰¹ Cf. *supra*, annexe V sur le paiement à bon droit, le contrôle et la lutte contre la fraude.

¹⁰² Chèque emploi service universel, cf. notamment [Chèque emploi-service universel \(Articles L1271-1 à L1271-17\)](#) du Code du travail.

¹⁰³ Expérimentation lancée en 2020 relative au crédit d'impôt contemporain pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH, dont la généralisation a été repoussée en 2027 par la LFSS pour 2024 et qui est actuellement à l'arrêt. Ce schéma est très structurant, permettant une simplification pour les usagers (déclaration unique du nombre d'heures réalisées et du salaire horaire), le renforcement du contrôle d'effectivité automatisé (fiabilisation des rémunérations et des cotisations sociales) et la fiabilisation des données intégrées dans le calcul de l'impôt sur le revenu (crédit d'impôt sur les services à la personne).

¹⁰⁴ [article 81-9°-ter-b](#) du code général des impôts : « Les sommes perçues à titre de dédommagement par les aidants familiaux dans les conditions définies à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles ».

¹⁰⁵ Ces évolutions sont en vigueur depuis 2020. Auparavant, la PCH aidant familial était d'une part imposable en bénéfices non commerciaux et était d'autre part assujettie à CSG et CRDS, calculées en même temps que l'impôt sur le revenu. Ces caractéristiques distinguent notamment le dédommagement de l'aidant familial PCH des dispositions relatives au congé du proche aidant (soumis à fiscalité).

¹⁰⁶ [Article R262-11](#) du CASF, alinéa 9.

¹⁰⁷ [Bulletin officiel des impôts, BNC-CHAMP-10-30-10 - BNC - Champ d'application - Activités et revenus imposables - Professionnels de santé | bofip.impots.gouv.fr](#), partie 1.B.1.

2. La PCH constitue une prestation dynamique à la fois par la population des bénéficiaires (5 % par an) et par l'extension des droits ouverts et de ses compléments

2.1. La mise en extinction de l'ACTP en 2006 a été plus que compensée par la montée en charge de la PCH, plus universelle, le nombre total de bénéficiaires ayant triplé entre 2005 et 2023

2.1.1. Ne faisant plus l'objet d'entrées dans le dispositif depuis 2006, l'ACTP est en contraction de manière homothétique dans les départements

Tableau 12 : Évolutions départementales du nombre de bénéficiaires de l'ACTP

ACTP	2000	2005	2010	2015	2020	2023	CAGR 00/23
Min	162	170	104	80	57	50	-8,4 %
D1	423	410	252	177	123	97	-6,4 %
Q1	656	644	396	308	223	188	-5,9 %
Q3	1 796	1 892	1 206	933	738	587	-4,4 %
D9	3 146	3 013	2 088	1 506	1 099	940	-4,0 %
Max	5 915	5 290	3 799	2 736	2 069	1 748	-3,1 %
France	141 816	136 524	91 593	68 574	52 081	43 782	-5,0 %

Source : DREES, enquête aide sociale. CAGR pour « compound annual growth rate » (taux de croissance annuel composé).

Lecture : D1 et D9 sont les premier et dernier déciles. Q1 et Q3 les premier et dernier quartiles.

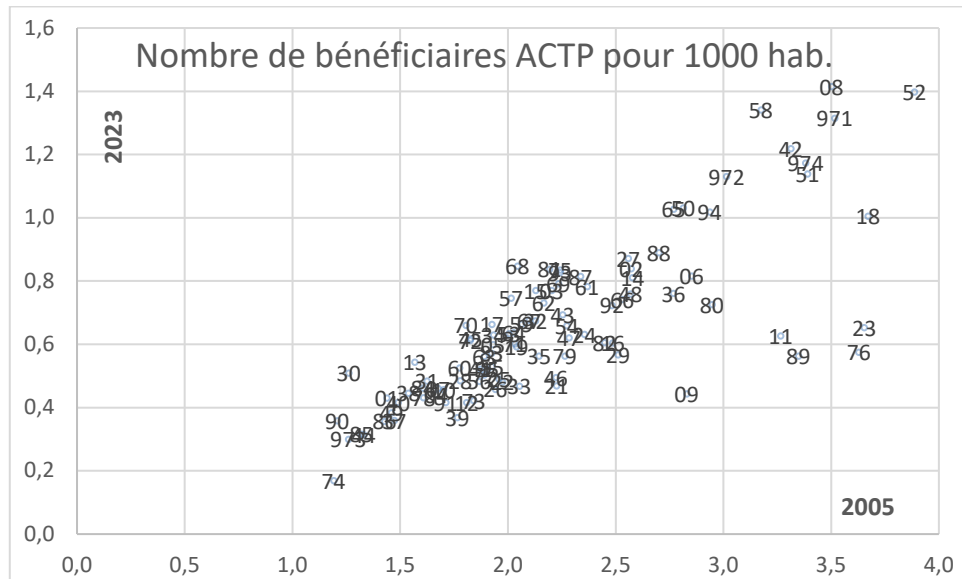
La réduction des effectifs allocataires de l'ACTP se fait à un rythme similaire dans l'ensemble des départements. Au rythme moyen de 5 % par an au niveau national entre 2000 et 2023, les dynamiques de contraction s'échelonnent de -8 % par an (Creuse, Yonne, Alpes Maritimes, Aude) à -3 % par an (Maine-et-Loire, Haute-Saône, Seine-Saint-Denis, Marne, Loiret), ne faisant pas significativement varier la dispersion des nombres de bénéficiaires, qui dépend non seulement des volumes et dynamiques de population générale dans le département, mais également de l'âge et des choix des bénéficiaires de l'ACTP avant 2005 de continuer à la percevoir plutôt que la PCH ou d'autres aides, en lien en particulier et sous l'égide des équipes des MDPH.

Deux remarques peuvent compléter cette analyse :

- ♦ d'une part, la question de la **gestion de populations très réduites d'allocataires à l'ACTP** (moins de 100 dans 10 % des départements, souvent les moins peuplés et avec les MDPH les moins dotées) peut conduire à envisager de manière plus « volontariste » l'option de sortie de l'ACTP des autres dispositifs pour diminuer la complexité des prestations à gérer et améliorer la qualité du suivi des allocataires et de leurs droits.
- ♦ d'autre part, **il n'y a pas de corrélation apparente entre le rythme de l'extinction et les dynamiques de populations ou de logiques régionales**, plaidant pour la possibilité d'avoir une gestion pro-active des sorties d'ACTP par les équipes des MDPH, quitte à envisager des maintiens de droits pour des durées plus longues, nécessitant moins de gestion administrative de dispositifs diversifiés (et en l'occurrence très anciens pour l'ACTP, créée en 1975 et mise en extinction à compter de 2005), et simplifiant par-là l'activité des MDPH.

Cette analyse se retrouve en termes de taux de bénéficiaires de l'ACTP rapportés à la population du département : les disparités et le rang de chaque département varie peu depuis la mise en place de la PCH, même si **certains départements ont connu une extinction sensiblement plus rapide que la moyenne** (11, 23, 89 précités) **mais également** 08, 18, 76 et 52.

Graphique 1 : Comparaison des taux de bénéficiaires de l'ACTP pour 1000 habitants 2005/2023



Source : DREES, Enquête aide sociale.

La dispersion des taux de recours demeure stable également sur la période 2000/2023 : entre les taux les plus élevés (Corse, Maine-et-Loire, Ardennes, Nièvre à plus de 1,3 pour mille en 2023) et les plus bas (Haute-Savoie, Guyane, Loire-Atlantique entre 0,2 et 0,3 pour mille), traduisant un effet d'inertie par rapport à la situation de 2005 – arrêt des entrées dans le dispositif et un effet de décalage intertemporel par les dynamiques de vieillissement des bénéficiaires concernés, en lien avec les tendances démographiques du département.

Tableau 13 : Dispersion des taux de bénéficiaires de l'ACTP pour 1000 habitants

	2005	2010	2015	2020	2023
Min	1,19	0,43	0,30	0,21	0,17
D1	1,47	0,98	0,67	0,48	0,41
Q1	1,81	1,07	0,80	0,59	0,48
Médiane	2,11	1,36	1,00	0,74	0,61
Q3	2,57	1,62	1,23	0,93	0,77
D9	3,38	2,24	1,66	1,27	1,03
Max	9,49	6,63	4,71	1,75	1,41

Source : DREES, Enquête aide sociale.

Ces éléments sont rapprochables des réponses au questionnaire passé par la mission aux conseils départementaux. **Pour deux-tiers des répondants, la PCH est la prestation la plus dynamique dans leurs territoires dans le champ du handicap.** En commentaires de leurs réponses, très riches, et tout en faisant état pour certaines d'augmentations de plus de 40 % entre 2020 et 2024, les MDPH font valoir la **dynamique démographique, les évolutions législatives (en pointant en particulier l'aide à la parentalité et la PCH « psy »)** et plus généralement **normatives, ainsi que les revalorisations des barèmes.**

Tableau 14 : Parmi les cinq aides légales considérées (AEEH, AAH, PCH, ASH, APA), quelles sont celles selon vous pour lesquelles le volume total versé / nombre de bénéficiaires a le plus augmenté ces dernières années dans votre département ? (Réponse : PCH)

	Nombre de bénéficiaires	Volume total versé
Oui	30	35
Non	18	14

Source : Mission.

2.1.2. La montée en charge de la PCH s'est faite à des rythmes très différents entre les départements

Créée par la loi de 2005 et instituée en 2006, **la montée en charge de la PCH a été rapide, mais inégalement répartie entre les départements**. Par exemple, fin 2006, certains départements n'avaient pas encore de bénéficiaires de la PCH, ce qui pose à la fois des questions d'équité interdépartementale, mais aussi de capacité différenciée des « systèmes territoriaux » (demandeurs et leur entourage, associations, professionnels de santé et médico-sociaux, équipes et outils des MDPH) à prendre en compte de manière effective des évolutions normatives ou de pratiques.

Dès lors, l'analyse distingue deux périodes au-delà de la première année du dispositif :

- ♦ une période 2007/2010 dite de montée en charge initiale, à dynamique extrêmement rapide compte tenu de l'inertie des droits ouverts à l'ACTP et du manque de connaissance de la PCH dans ses premiers mois d'existence et d'appropriation par l'ensemble des acteurs du champ du handicap ;
- ♦ et une période 2011/2024 dite de régime établi.

La croissance établie ralentit sensiblement par rapport à des taux initiaux correspondant à la mise en place d'un dispositif nouveau, à effectifs initiaux nuls et résiduels en début de période, mais reste élevée par rapport aux autres tendances démographiques, notamment compte tenu de l'extension progressive et continue des droits et de leurs conditions d'ouverture.

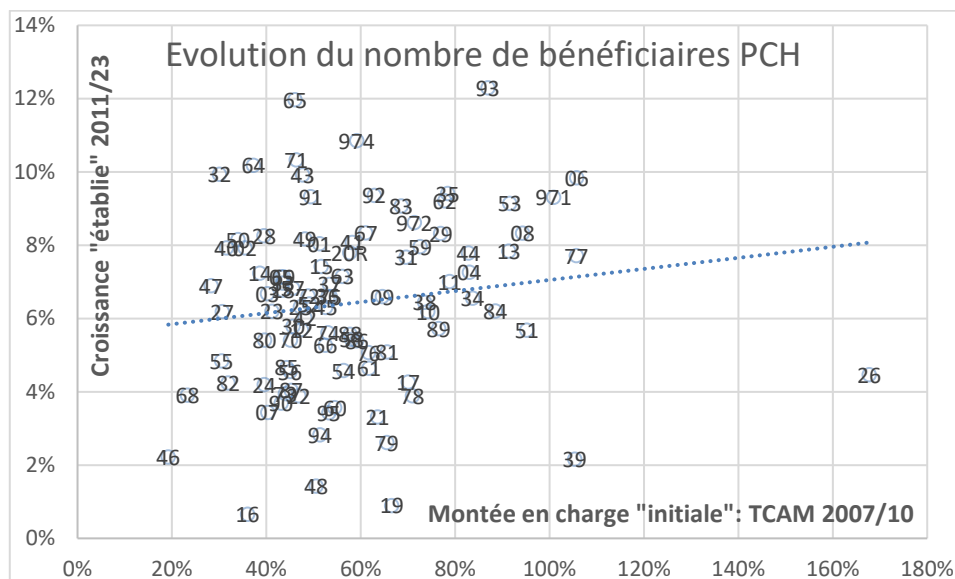
Tableau 15 : Dispersion des taux de croissance des bénéficiaires (nb) de la PCH

Département	CAGR 07/10	CAGR 11/23	dont CAGR 18/23
France entière (moyenne pondérée)	56,5 %	6,9 %	5,2
Min (département le moins dynamique en bénéficiaires PCH)	19,2 %	0,7 %	-2,9 %
D1	35,5 %	3,4 %	2,0 %
Q1	43,7 %	4,7 %	3,4 %
Médiane	53,1 %	6,6 %	5,0 %
Q3	70,7 %	8,0 %	7,2 %
D9	91,1 %	9,4 %	8,8 %
Max (département le plus rapide)	167,7 %	12,3 %	14,1 %
CV	38,4 %	36,5 %	58,8 %
Q3/Q1	1,61	1,71	2,14
D9/D1	2,56	2,72	4,46

Source : DREES, Enquête aide sociale. CAGR pour taux de croissance annuel composé.

La dispersion des taux de croissance est très proche sur les deux périodes et augmente sur la période récente, sans nécessairement de lien avec les dynamiques de populations (la dispersion évoluant de manière analogue pour les taux de bénéficiaires de la PCH rapportés à la population générale des départements).

Graphique 2 : Décomposition temporelle de la croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH par départements : montée en charge « initiale » (2007/10) et croissance « établie » 2011/23



Source : DREES, Enquête aide sociale.

La dispersion des taux de bénéficiaires de la PCH rapporté à la population générale s'est stabilisée dans les années 2010-2012 (selon l'indicateur retenu), après des fortes disparités lors de la mise en place du dispositif. En régime établi toutefois, et sur les cinq dernières années, tous les départements sauf trois poursuivent une croissance continue et dynamique, (Tarn-et-Garonne, Haut-Rhin et Charente).

Hors montée en charge, les écarts de taux de bénéficiaires s'échelonnent de 1 à 4 (valeurs extrêmes), mais surtout **la dispersion globale ne faiblit pas depuis 2012 quel que soit l'indicateur retenu.**

Tableau 16 : Taux de bénéficiaires de la PCH rapportés à la population générale du département

PCH pour 1000 hab.	2006	2010	2012	2015	2020	2021	2022	2023
Min	0,0	0,4	1,3	1,8	1,8	2,1	2,6	2,7
D1	0,0	1,6	2,4	2,9	3,7	4,0	4,1	4,4
Q1	0,1	2,2	2,8	3,6	4,5	4,8	5,0	5,3
Médiane	0,1	2,6	3,5	4,4	5,4	5,6	5,8	6,3
Q3	0,2	3,0	4,0	5,1	6,2	6,7	6,7	7,0
D9	0,3	3,7	4,9	5,9	7,8	8,2	8,6	9,0
Max	0,6	9,7	8,4	9,8	12,0	13,2	11,9	13,6
CV	80,8 %	39,6 %	31,3 %	28,7 %	29,3 %	28,6 %	27,7 %	28,0 %
Q3/Q1	2,83	1,40	1,39	1,43	1,38	1,39	1,34	1,33
D9/D1	14,97	2,24	2,03	2,01	2,10	2,07	2,07	2,03

Source : DREES, CNSA. Calculs de la mission.

Tableau 17 : Taux de bénéficiaires PCH rapportés à la population en 2011 et en 2023

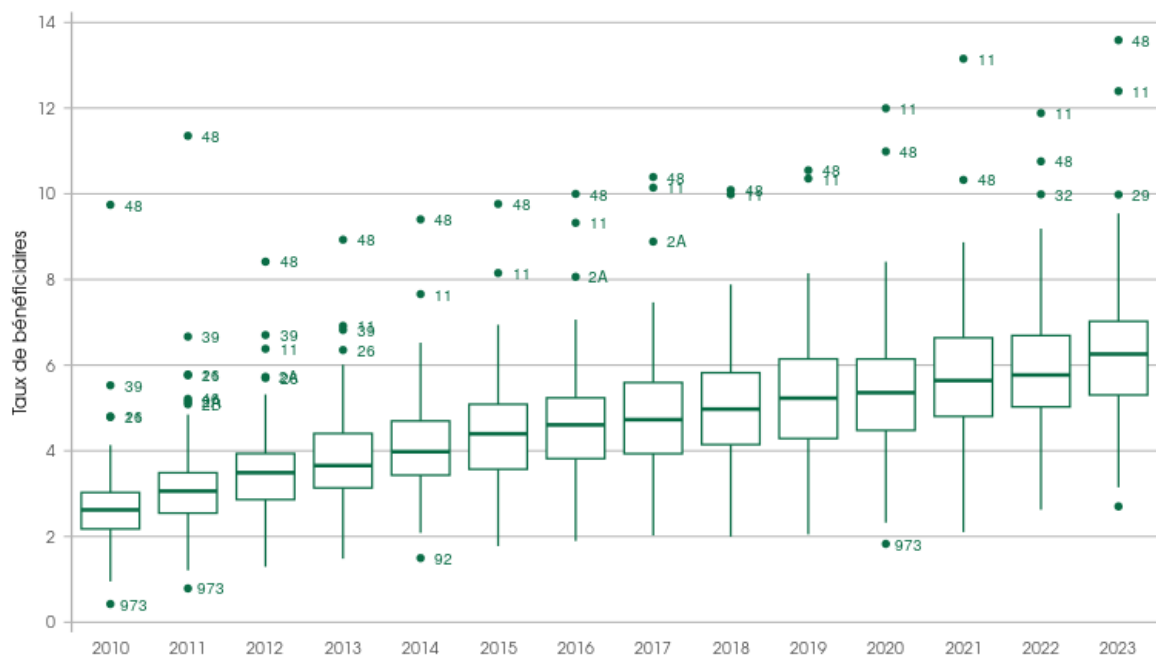
« Top 12 »					« Last 12 »				
DPT	2023	Rang 2011	Rang 2023	CAGR 2018/23	DPT	2023	Rang 2011	Rang 2023	CAGR 2018/23
48	13,59	1 ^{er}	1 ^{er}	6,1 %	30	4,57	78 ^e	89 ^e	2,1 %
11	12,40	3 ^e	2 ^e	4,4 %	40	4,56	89 ^e	90 ^e	7,5 %
29	9,98	19 ^e	3 ^e	10,3 %	95	4,42	39 ^e	91 ^e	1,3 %
32	9,54	48 ^e	4 ^e	5,4 %	57	4,39	92 ^e	92 ^e	5,5 %
18	9,47	17 ^e	5 ^e	5,0 %	14	4,30	95 ^e	93 ^e	3,5 %
25	9,42	10 ^e	6 ^e	3,6 %	78	4,04	70 ^e	94 ^e	4,1 %
972	9,22	46 ^e	7 ^e	5,5 %	77	3,95	97 ^e	95 ^e	6,5 %
971	9,19	56 ^e	8 ^e	4,2 %	973	3,60	100 ^e	96 ^e	12,5 %
26	9,09	4 ^e	9 ^e	5,9 %	75	3,46	98 ^e	97 ^e	4,3 %
06	8,96	55 ^e	10 ^e	5,8 %	92	3,38	99 ^e	98 ^e	9,6 %
43	8,85	60 ^e	11 ^e	2,7 %	19	3,15	64 ^e	99 ^e	0,2 %
39	8,73	2 ^e	12 ^e	7,3 %	94	2,70	88 ^e	100 ^e	2,9 %

Source : DREES, CNSA. Calculs de la mission.

Hors croissance très rapide (Antilles, Gers, Cher et Alpes-Maritimes), la plupart des territoires à fort taux de bénéficiaires de PCH rapportés à la population en 2023 étaient déjà dans cette situation en 2011 (Aude, Corse, Jura, Dordogne). La situation est encore plus stable pour les départements à moindre densité de bénéficiaires de la PCH dans la population (Île-de-France, Corrèze, Guyane, Calvados, Moselle, Landes ou Gard).

La prise en compte de la combinatoire entre PCH et ACTP en faisant les cumuls des taux de bénéficiaires à chacune des aides (dans l'esprit et la lettre de la loi de 2005, même si les critères d'ouverture des droits entre les prestations sont différents) affine les constats précédents sans les remettre en cause.

Graphique 3 : évolution annuelle de la dispersion des taux départementaux de bénéficiaires PCH et ACTP pour 1000 habitants



Source : DREES, CNSA. Calculs de la mission.

Fiche PCH

La disparité entre départements est en particulier moins forte si l'on considère les cumuls PCH et ACTP, mais a également tendance à augmenter sur la période la plus récente.

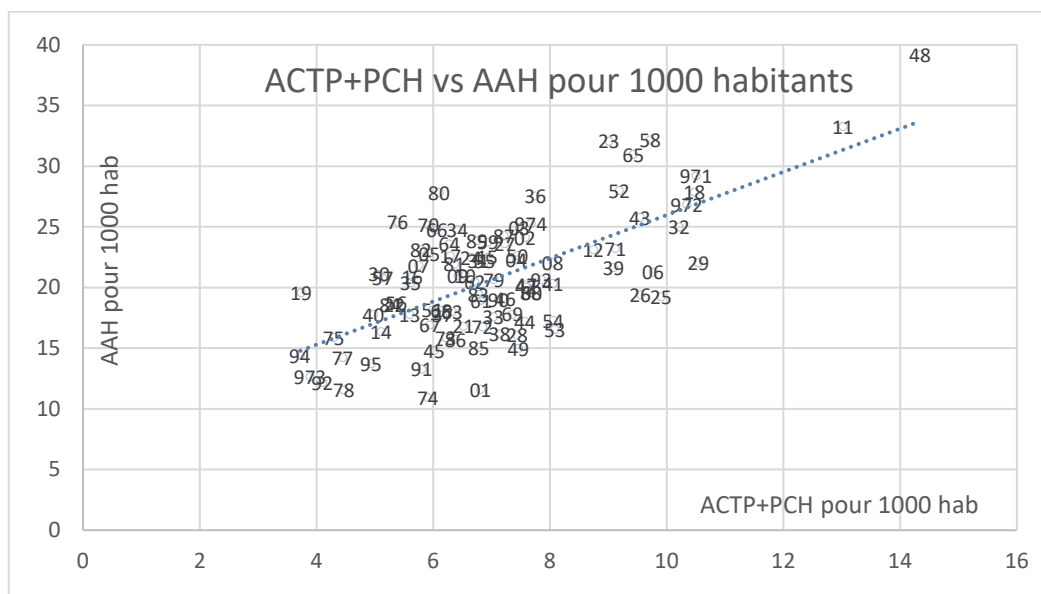
Tableau 18 : Dispersion des taux départementaux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP rapportés à la population générale

	2006	2010	2015	2020	2021	2022	2023
Min	1,2	1,4	2,8	2,1	2,4	3,0	3,7
D1	1,6	3,0	4,0	4,7	4,8	4,9	5,1
Q1	1,8	3,4	4,5	5,2	5,5	5,7	5,9
Médiane	2,2	4,0	5,4	6,2	6,4	6,4	6,8
Q3	2,7	4,6	6,3	7,1	7,3	7,6	7,7
D9	3,3	5,4	7,2	8,6	9,1	9,5	9,7
Max	9,0	11,1	11,5	12,9	13,9	12,6	14,3
CV	38,9 %	30,8 %	26,3 %	26,9 %	26,3 %	25,8 %	26,3 %
Q3/Q1	1,49	1,35	1,38	1,37	1,34	1,33	1,30
D9/D1	2,11	1,79	1,82	1,83	1,92	1,94	1,92

Source : DREES, CNSA. Calculs de la mission.

On observe enfin une forte corrélation entre l'attribution de prestations à logique compensatrice (PCH et ACTP combinées) et prestations à logique de minimum social (AAH), indiquant outre le cumul possible entre les allocations¹⁰⁸, des écarts sur les prévalences de situations de handicap dans les départements ou des écarts en termes de gestion par les équipes des MDPH et les décisions des CDAPH.

Graphique 4 : Corrélation entre le taux de bénéficiaires à l'AAH et la PCH ou à l'ACTP



Source : DREES, CNSA. Calculs de la mission.

¹⁰⁸ Cf. *supra*, 1.6.2., 50% des bénéficiaires de la PCH reçoivent également l'AAH.

2.2. La PCH est versée à 6 personnes sur 1000 en moyenne, le taux de bénéficiaires croissant en fonction de l'âge, jusqu'à 60 ans

S'il n'y a pas de différence majeure dans l'attribution de la PCH entre hommes et femmes, on observe une forte discontinuité dans les profils par âge des bénéficiaires, notamment avant et après 60 ans. En lien avec les conditions d'éligibilité à la PCH, malgré des amodiations successives pour ouvrir les droits à la PCH après 60 ans sous réserve que les conditions d'éligibilité aient été respectées avant cet âge par le bénéficiaire qui « aurait pu » alors faire la demande de PCH, cette « barrière de l'âge » est également liée à la bascule possible vers les dispositifs pour les personnes âgées au-delà de 60 ans, en particulier l'APA pour les personnes en perte d'autonomie.

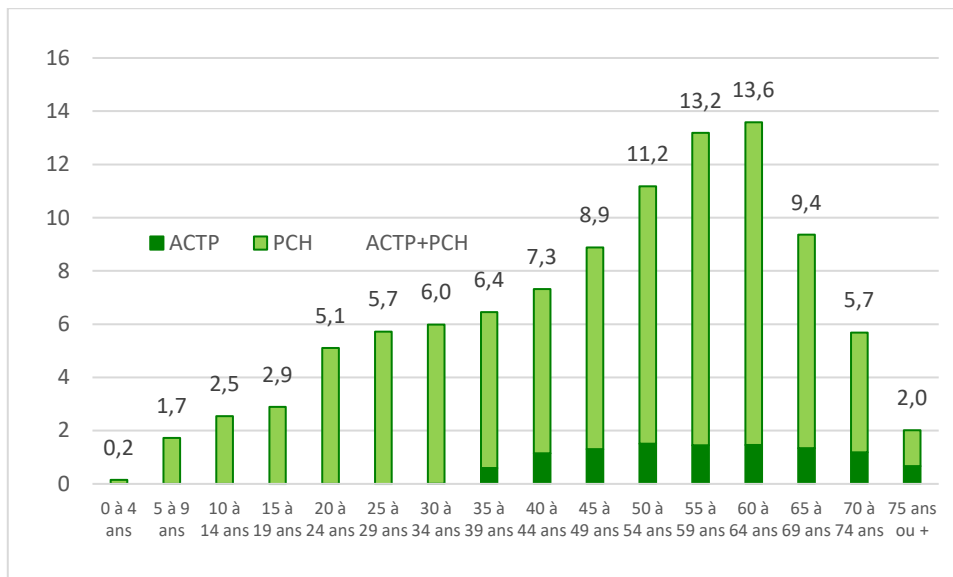
Tableau 19 : Structure comparée par âge et par sexe des bénéficiaires de différentes aides en direction des personnes en situation de handicap (100 %= tous bénéficiaires)

	Moins de 20 ans	De 20 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	70 ans ou plus	Hommes	Femmes
Aides à l'accueil	0,3 %	18 %	17 %	16 %	22 %	17 %	9 %	57 %	43 %
PCH	8,1 %	11 %	13 %	15 %	25 %	21 %	7 %	52 %	48 %
ACTP	0,0 %	0,0 %	3,7 %	22 %	29 %	25 %	20 %	51 %	49 %
Population totale	23 %	11 %	12 %	12 %	13 %	12 %	16 %	48 %	52 %

Source : DREES, [data.drees](https://data.drees.fr/), données au 31.12.2023.

2.2.1. À partir de 60 ans, la part des bénéficiaires diminue du fait des critères d'éligibilité aux droits de la PCH mais également du droit d'option pour l'ACTP et pour l'APA

Graphique 5 : Part de la tranche d'âge bénéficiant de la PCH & ACTP (en %)



Source : DREES, enquête Aide sociale, [Panorama des aides sociales, fiche 14](#)

Le taux de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP augmente avec l'âge avec un ressaut à la fin de la prise en charge des jeunes par l'AAEH (20 ans), sauf en fin de vie, du fait d'abord de l'absence d'entrée dans la PCH au-delà de 60 ans (sauf exception) et ensuite d'une bascule des dispositifs handicap vers ceux accompagnant la perte d'autonomie des personnes âgées (en particulier en établissement, transfert vers l'APA¹⁰⁹ et potentiellement bénéfice de l'ASH).

La répartition par tranche d'âge entre ACTP et PCH (avec droit d'option permanent et asymétrique) montre que **l'ACTP est globalement résiduelle, et par essence, de plus en plus, mais qu'elle reste significative notamment pour les tranches d'âge élevées** (un quart des plus de 70 ans continuent de percevoir l'ACTP), mais il est également notable que parmi les plus jeunes (les « derniers » entrants dans l'ACTP), l'ACTP demeure privilégiée par certains allocataires qui y ont encore le droit (c'est-à-dire qui en bénéficiaient avant 2005) : un quarantenaire sur sept bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH est resté dans le dispositif de l'ACTP depuis vingt ans, via son droit d'option, sachant que la majeure partie des six autres bénéficiaires sur sept sont rentrés dans la PCH à la faveur de sa croissance continue).

Tableau 20 : proportion de bénéficiaires de la PCH en 2016 ayant perçu un revenu selon les différents types de revenus par sexe, âge et situation matrimoniale (En % non pondéré)

	Retraite	Salaires	Pension d'invalidité	Allocation chômage + préretraite	Pension alimentaire	Revenus non salariaux	Sans revenus
Femme	30	22	16	5	3	1	38
Homme	29	24	18	6	1	1	36

Source : DREES, 2023, [Appariement des RI-PCH avec les revenus fiscaux et sociaux](#) sur données PCH au 31/12/2016 représentatives extraites des bases de données de 25 MDPH/Conseils départementaux.

2.2.2. La PCH n'induit pas de différences interdépartementales spécifiques par rapport aux écarts démographiques préexistants, notamment d'âge entre hommes et femmes, en lien avec la prévalence des limitations physiques ou cognitives dans la population

Si la répartition des bénéficiaires de la PCH est équilibrée entre hommes (51 %) et femmes (49 %)¹¹⁰, les hommes bénéficiaires sont en moyenne plus jeunes (âge moyen 46 ans) que les femmes (48 ans), en lien avec les différences d'espérance de vie.

Surtout, la répartition des bénéficiaires suit dans son ensemble la prévalence des limitations pour les populations, en respectant les profils de sexe, d'âge et territoriaux des handicaps quand ils peuvent être objectivés soit par enquête (notamment l'enquête Vie quotidienne et Santé dite « VQS » de l'INSEE) soit par identification via les données du système de soins via les pathologies et les soins appliqués (projets de recherche FISH et RISH menés par l'IRDES).

¹⁰⁹ À titre de comparaison, au 31/12/2022, 5 % des personnes de 60 à 64 ans, 4 % de celles 64 à 69 ans, 27 % de celles de 70 à 74 ans et 170 % de celles de 75 ans ou plus bénéficient de l'APA. En l'absence d'éléments longitudinaux sur les trajectoires individuelles, cette comparaison des dynamiques (dont la majeure partie est liée aux conditions d'ouverture des droits à l'APA et en particulier la perte d'autonomie) indique des transferts probables en sortie de PCH vers l'APA pour les handicaps moins lourds (GIR 3/4) ou des restes à charge moindres en APA, en fonction des ressources.

¹¹⁰ Source DREES, [data.drees](#), données au 31.12.2023.

Tableau 21 : Prévalence réestimée des limitations motrices et organiques

	Moins de 16 ans	16-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	46-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans	95 et plus	Total
Hommes	147	138	250	399	633	861	888	589	320	30	4 255
Femmes	122	149	348	534	788	1 001	988	782	705	119	5 536
Total	269	287	598	933	1 421	1 862	1 876	1 371	1 025	149	9 791
Part des personnes avec une limitation selon le groupe d'âge	2 %	4 %	7 %	11 %	16 %	22 %	27 %	36 %	53 %	64 %	14 %
Part des femmes chez les personnes avec une limitation	45 %	52 %	58 %	57 %	55 %	54 %	53 %	57 %	69 %	80 %	57 %

Source : IRDES, 2023 [Des disparités de limitations motrices ou organiques importantes entre les départements](#) sur modèles de simulation issus du Système national des données de santé (SNDS) et non des enquêtes qualitatives VQS (prévalences des limitations inférieures pour ces dernières) dans le cadre du projet de recherche « FISH » (Faisabilité d'identification des personnes en situation de handicap).

La population ayant des limitations motrices ou organiques identifiée par l'indicateur est légèrement plus large que dans les sources déclaratives (14 % contre 12 %, soit près de 10 millions de personnes). Si globalement la population souffrant de ces limitations est plutôt âgée et féminine, cet indicateur identifie aussi une population non repérée dans les enquêtes assez jeune et plutôt masculine. Cet indicateur met également en lumière des disparités départementales qui s'accroissent avec l'avancée en âge.

Ces disparités, corrigées des effets de structures (en particulier l'âge des populations des départements), confirment les écarts interdépartementaux de prévalence des limitations fonctionnelles correspondantes, malgré un biais méthodologique qui est l'accès effectif aux soins¹¹¹, à la base des données utilisées pour ces estimations. Le Nord de la France (Nord, Pas-de-Calais, Somme), une partie de l'Est (Ardennes, Meuse, Haute-Marne), la Corse et la partie basse du couloir rhodanien (Haute-Loire, Bouches-du-Rhône), ainsi que le Tarn et le Tarn-et-Garonne ont des populations plus nombreuses à avoir des limitations motrices ou organiques que les autres départements, avec des taux standardisés largement supérieurs à 16 % contre moins de 11,5 % dans l'Ouest francilien.

Un travail analogue a été réalisé sur la prévalence des troubles psychiques, intellectuels et cognitifs. Avec les mêmes biais de méthode que ceux assumés pour les limitations motrices et organiques, l'algorithme identifie pour 2019 4,5 millions de personnes ayant des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs, conduisant à des limitations dans les activités de la vie quotidienne, soit 6,6 % de la population identifiée dans le SNDS, proportion globalement similaire aux résultats des enquêtes déclaratives sur les troubles « PIC » (notamment VQS).

¹¹¹ Si l'étude permet de contourner le biais de non-déclaration de limitations (notamment pour les jeunes et les hommes) dans les enquêtes de type VQS, l'usage du SNDS pour construire l'indicateur de limitations motrices ou organiques ne permet pas, *a contrario*, d'identifier les personnes éloignées du système de soins. Pour autant, et toutes choses égales par ailleurs, cette estimation est également intéressante en ce qu'elle dépasse l'auto-perception des limitations, et, malgré le non-recours aux soins (non intégré dans ces modélisations), prend en compte potentiellement des personnes en situation de handicap (traitées comme telles par le système de soins) mais susceptibles de ne pas remplir de dossier MDPH en vue de bénéficier, notamment, de la PCH.

Cette population est en moyenne âgée de 55 ans, avec une grande différence selon le genre : un âge moyen de 59,6 ans pour les femmes et 49,8 ans pour les hommes. La majorité d'entre elles a des limitations à la suite d'un trouble psychique seul (2,8 millions) ou à la suite de troubles psychiques accompagnés de troubles intellectuels ou cognitifs (1,3 million), et seulement 266 000 du fait de troubles intellectuels ou cognitifs sans troubles psychiques associés.

Au niveau géographique, les taux standardisés¹¹² de limitations varient sensiblement moins que pour les troubles moteurs et organiques : de 4,9 % en Haute-Savoie à 8,3 % dans la Creuse. Mais même si la majorité des départements ont des taux similaires, le centre de la France et la Corse enregistrent les plus forts taux (standardisés), tandis qu'ils sont inférieurs dans l'Ouest de l'Île-de-France, le Doubs et la Haute-Savoie.

Tableau 22 : Distribution des revenus (en euros annuels) pour les bénéficiaires de 2016 ayant perçu ce type de revenu

En euros 2017	Moyenne	Premier décile	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile	Dernier décile
Retraite	12 922	2 721	6 339	11 086	17 482	24 129
Salaire	15 631	2 005	6 835	13 092	21 757	30 056
Pension d'invalidité	9 348	3 391	5 022	8 000	11 737	16 187
Allocation-chômage + préretraite	5 459	814	2 190	5 182	6 380	10 813
Pension alimentaire	3 372	960	1 560	2 646	3 963	6 000
Revenus non salariaux (BNC pouvant être négatifs)	12 240	-2 143	554	3 783	15 327	36 517

Lecture : Les bénéficiaires ayant un droit ouvert à la PCH au 31 décembre 2016 ayant perçu une retraite ont perçu en moyenne 12 922 euros au cours de l'année 2017.

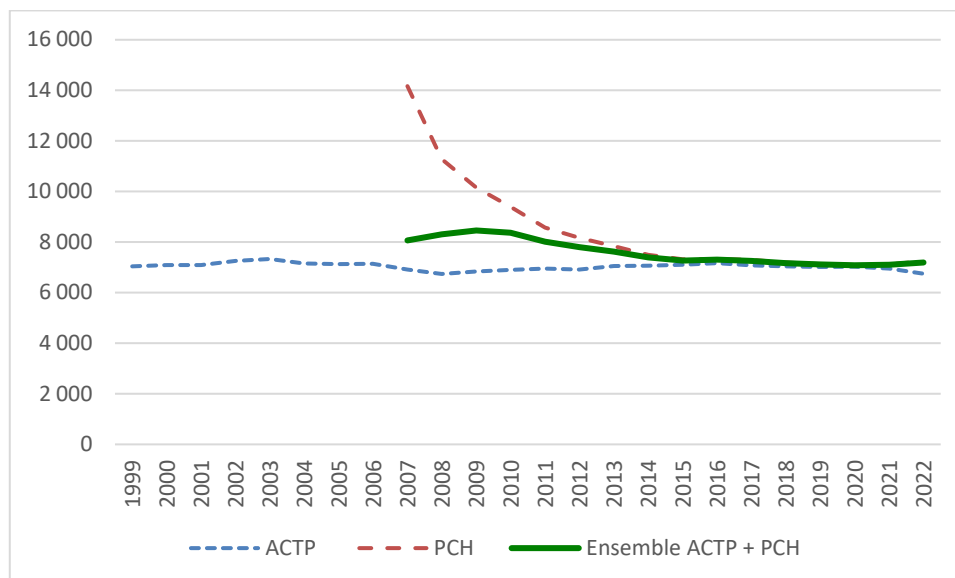
Source : RI-PCH 2016 appariée avec les données fiscales, DREES, 2023, [Appariement des RI-PCH avec les revenus](#).

2.2.3. Représentant en moyenne nationale 7 500 € par allocataire, les montants de PCH sont en pratique très hétérogènes entre bénéficiaires car attachés aux plans personnalisés de compensation

Le montant annuel moyen reçu par bénéficiaire se stabilise en euros constants autour de 7 500 € par an. Toutefois, la logique même de la prestation, conçue par éléments, lesquels peuvent faire l'objet de versement mensuels ou annuels, le plus souvent (mais pas uniquement) soumis à un contrôle d'effectivité, c'est-à-dire à la réalité de la dépense payée au titre des aides attribuées, rend ce **montant « moyen » très théorique et en fait relativement peu représentatif de la diversité des situations** de handicap et de leurs retentissements, et de la manière dont la PCH permet de les compenser au regard du projet de vie du bénéficiaire et des marges laissées par et à son « libre-choix ».

¹¹² IE corrigés des effets de structure de la population, notamment redressé des différences interdépartementales d'âge.

Graphique 6 : Montant annuel de PCH moyen par bénéficiaire tous éléments en euros constants



Source : ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap.

Note : La dépense annuelle moyenne est calculée en rapportant les dépenses brutes à la demi-somme du nombre de bénéficiaires en décembre de l'année et de celui de l'année précédente.

Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source : DREES, enquête Aide sociale, [Panorama des aides sociales, fiche 14](#)

Il faut donc, comme y invite la logique même de conception, de gestion et de versement de la PCH, entrer dans les différents éléments qui composent la PCH, en gardant à l'esprit la disparité importante des caractéristiques socio-sanitaires-économiques des populations qui conduit à de fortes disparités des montants en fonction des départements, mais surtout en fonction des besoins de compensation des allocataires.

Représentant 92 % des sommes versées, le montant moyen mensuel attribué au titre de l'**aide humaine** est de 951 euros en 2021¹¹³. 50 % des MDPH attribuent un montant moyen d'aide humaine inférieur à 825 euros et 75 % attribuent un montant moyen inférieur à 1 109 euros versé chaque mois.

Le montant moyen attribué au titre des **aides techniques** est de 982 euros en 2021¹¹⁴. Le montant moyen d'un **aménagement de logement** est de 3 458 €. Celui d'un **aménagement du véhicule** déclaré est évalué à 2 582 €, mais font par construction l'objet d'une évaluation aperiodique et sont versés de manière ponctuelle.

Enfin, ces montants, même départementalisés (*cf. infra*) sont des moyennes par départements, où les situations individuelles, familiales, et les pratiques départementales sont diverses.

L'analyse qui suit de ces montants moyens exclut les données de 2006 et 2007, liée à l'entrée en vigueur du dispositif, non représentatives autrement que des écarts de dynamique dans la montée en charge de la PCH (*cf. supra*) et de la difficulté à avoir des données collectées suffisamment représentatives voire seulement complètes.

¹¹³ Ces données s'appuient sur les données mensuelles au mois de décembre décomposant les versements par éléments. Elles diffèrent des autres données mobilisées (dépense annuelle divisée par le nombre de bénéficiaires) en tant qu'il s'agit de versements effectifs (et non de montant moyen reconstruit) et qu'il s'agit de données mensuelles et non annuelles, avec des profils infra-annuels de versements qui ne sont pas nécessairement uniformes.

¹¹⁴ Fiche 1.4. [Prestation de compensation du handicap \(PCH\) et allocation compensatrice pour tierce personne \(ACTP\)](#) in Sécurité sociale, Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) sur [données](#) CNSA.

Tableau 23 : Dispersion des montants moyens de PCH versée par département

	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2023
D1	4 333 €	4 152 €	4 358 €	4 096,1 €	4 021,0 €	3 978,0 €	4 082,9 €	4 350,8 €	4 394,5 €
Q1	5 421 €	5 400 €	5 036 €	4 895,4 €	4 835,2 €	4 788,6 €	4 751,8 €	5 030,0 €	5 266,7 €
Médiane	6 660 €	6 652 €	6 202 €	5 658,2 €	5 652,8 €	5 601,0 €	5 747,3 €	6 410,3 €	6 460,3 €
Q3	8 536 €	8 091 €	7 550 €	7 101,9 €	6 919,2 €	7 105,2 €	7 162,1 €	7 682,8 €	7 601,2 €
D9	10 845 €	10 242 €	9 199 €	8 601,7 €	8 649,2 €	8 547,7 €	8 329,4 €	9 135,0 €	9 673,6 €
CV	35,3 %	31,2 %	31,4 %	30,2 %	29,3 %	30,0 %	29,4 %	29,0 %	29,3 %
Q3/Q1	1,57	1,50	1,50	1,45	1,43	1,48	1,51	1,53	1,44
D9/D1	2,50	2,47	2,11	2,10	2,15	2,15	2,04	2,10	2,20

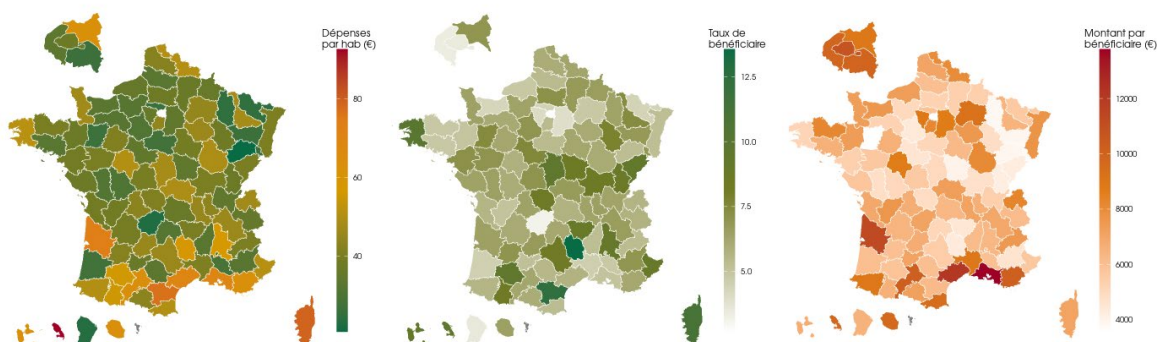
Source : Données CNSA, DREES. Calculs de la mission. CV pour coefficient de variation (écart-type rapporté à la moyenne des départements), Q1 et Q3 : 1^{er} et 3^e quartiles. D1 et D9 : 1^{er} et 9^e déciles. Q3/Q1 et D9/D1 étant les ratios (ou rapports) interdéciles. Ces trois indicateurs (CV, Q3/Q1, D9/D1) sont des indicateurs de dispersions et d'écarts et n'ont pas d'unité, à la différence des déciles, quartiles et médianes qui jalonnent la répartition de la variable étudiée.

Tableau 24 : Montants moyens de PCH les plus et les moins élevés par département

Moins élevés				Plus élevés			
Dpt	2023	Rang 2011	Rang 2023	Dpt	2023	Rang 2011	Rang 2023
53	3 577,6 €	71	99 ^e	974	9 673,6 €	60	10 ^e
90	3 770,4 €	95	98 ^e	972	9 784,5 €	23	9 ^e
55	3 843,5 €	83	97 ^e	92	9 889,3 €	1	8 ^e
88	3 905,4 €	94	96 ^e	94	9 931,1 €	39	7 ^e
70	3 933,6 €	98	95 ^e	83	10 177,7 €	43	6 ^e
58	4 026,5 €	79	94 ^e	31	10 188,4 €	12	5 ^e
39	4 213,0 €	99	93 ^e	75	10 772,6 €	9	4 ^e
25	4 262,1 €	85	92 ^e	33	11 285,6 €	7	3 ^e
48	4 334,6 €	97	91 ^e	34	12 150,6 €	5	2 ^e
28	4 394,5 €	92	90 ^e	13	13 771,2 €	3	1 ^{er}

Source : Données CNSA, DREES. Calculs de la mission.

Graphique 7 : Répartition départementale des dépenses globales de PCH, des taux de bénéficiaires et des montants par bénéficiaires.



Source : Données CNSA, DREES. Calculs et cartographies de la mission.

Les disparités dans les dépenses globales et leur répartition entre densité (taux de bénéficiaires rapporté à la population générale) et intensité (montant moyen par bénéficiaire) sont intermédiaires pour la PCH par rapport aux autres aides légales du champ de la mission (plus hétérogènes que l'AAH, moins hétérogènes que l'ASH). Sans expertise médicale au sein de la mission, il est impossible d'accéder et encore moins d'expertiser les informations des dossiers et évaluations réalisées pour identifier en quoi et dans quelle mesure ces disparités sont toujours et partout justifiées. Il est par ailleurs à nouveau souligné que ces données sont des moyennes départementales qui masquent les hétérogénéités de montants versés par bénéficiaire en fonction des plans personnalisés de compensation validés, pouvant aller, sous réserve de décision de la CDAPH en ce sens, jusqu'au déplafonnement de l'aide accordée.

Tableau 25 : Répartition au sein de la prestation, en nombre d'éléments attribués en 2021.

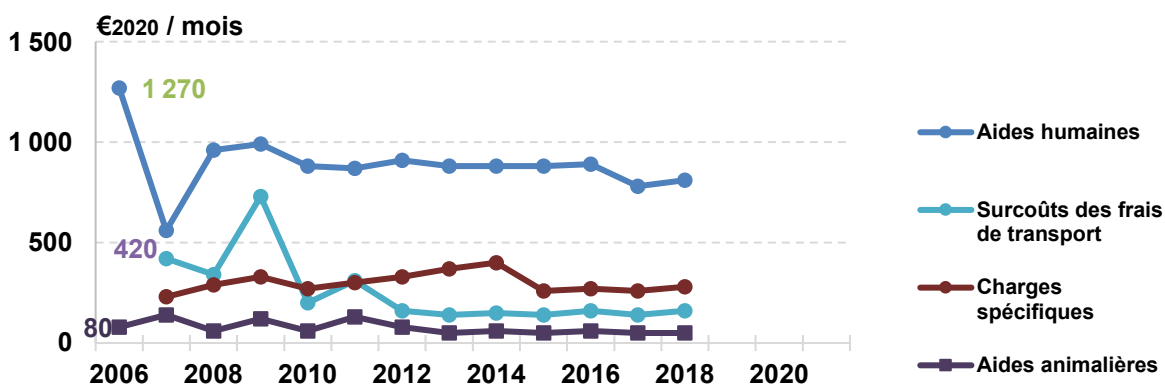
Éléments de la PCH *	Répartition des éléments de la PCH attribués - en %
Aides humaines	47,6 %
Aides techniques	18,1 %
Aménagement du logement, du véhicule et aux surcoûts de frais de transport	13,8 %
Charges spécifiques et exceptionnelles	20,3 %
Aides animalières	0,3 %

Source : [REPSS, PLACSS 2023](#).

Lecture : Ces éléments sont en nombre d'éléments accordés, et non en montant. Par exemple, si 47,6% des éléments de PCH le sont au titre de l'élément 1 (aides humaines), ils représentent 92% (cf. infra, tableau 26) des montants versés au titre de l'ensemble de la PCH.

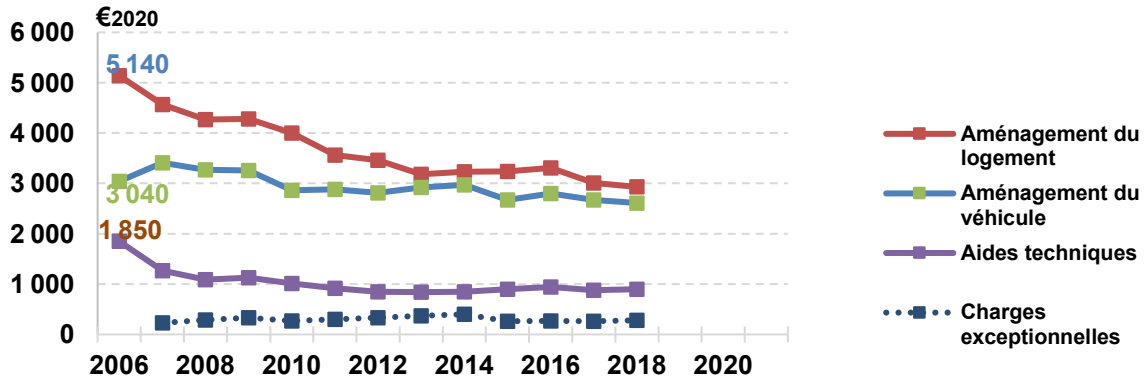
Le constat réalisé ici porte sur les décisions relatives aux éléments et non sur les bénéficiaires (lesquels peuvent avoir zéro, un ou plusieurs éléments). Cette répartition permet d'approcher à la fois les types de besoins dont il est demandé de les compenser, mais également en quoi l'instruction et l'évaluation conduisent à conseiller à la CDAPH l'accord ou le refus du bénéfice de tel ou tel élément au titre de la compensation du handicap, étant entendu que les MDPH doivent réaliser une évaluation globale, portant potentiellement sur l'ensemble des éléments de la PCH et au regard du projet de vie du demandeur.

Graphique 8 : Montants mensuels moyens en euros constants par éléments de la PCH



Source : [REPSS, PLACSS 2023](#) d'après CNSA.

Graphique 9 : Montants moyens en euros constants par éléments de la PCH versés ponctuellement



Source : [REPSS, PLACSS 2023](#) d'après CNSA.

Tableau 26 : Structure des dépenses de la PCH par éléments, en montants (décembre)

Élément de la PCH	2020	2023
aide humaine	94 %	92 %
aménagement du logement	3 %	1 %
aménagement du véhicule ou à des surcoûts liés au transport	1 %	3 %
aide technique	1 %	1 %
charges spécifiques et exceptionnelles	2 %	2 %
aide animale	0,03 %	0,03 %

Source : DREES, 2023, *L'aide et l'action sociales en France* édition 2022.

2.2.4. Des disparités interdépartementales significatives dans la structure des plans d'aide même si l'aide humaine en constitue quasi systématiquement la plus grande part en termes d'enjeux financiers

Tableau 27 : Dispersion des structures des dépenses de la PCH par éléments, en montants (décembre 2023)

	Aide humaine	Aide technique	Aménagement du logement ou du véhicule, surcoûts liés au transport	Dépense spécifique et exceptionnelle	Aide animale
Min	41 %	0 %	0 %	0 %	0 %
D1	88 %	0 %	1 %	1 %	0 %
Q1	91 %	1 %	2 %	1 %	0 %
Médiane	93 %	1 %	3 %	2 %	0 %
Q3	95 %	2 %	5 %	3 %	0 %
D9	96 %	2 %	7 %	4 %	0 %
Max	99 %	54 %	11 %	5 %	0 %
CV	90,6 %	156,8 %	96,8 %	106,1 %	95,4 %
Q3/Q1	1,04	3,02	2,34	1,89	2,51
D9/D1	1,09	8,70	5,21	3,65	12,41

Source : DREES, 2025, [data.drees](#).

Les aides humaines dominent très largement les montants alloués entre les différents éléments dans l'ensemble des départements (92 % en moyenne nationale). Il convient toutefois de souligner que le montant des aides humaines dépend aussi du type d'aide utilisé (emploi direct, mandataire, prestataire), les tarifs étant différents. Si moins de 10 départements ont des taux d'aides humaines inférieurs à 88 %, dans le quart des départements où elles représentent la part la plus importante des versements totaux de PCH, les autres éléments représentent moins de 5,2 % des montants de PCH versés (et en particulier 0,6 % en Guyane contre 8 % en moyenne nationale). Ceci vaut notamment pour les aides techniques (à l'exception du territoire de Belfort qui leur consacre plus de la moitié des versements de PCH en décembre 2023) et à un degré moindre les aides animalières (résiduelles) qui font l'objet des plus grandes disparités entre départements au titre de la PCH.

La spécificité des aides techniques, mais également leurs plafonds, paraît du point de vue de l'équité entre bénéficiaires justifier un cadrage national des conditions de leur attribution, et sans doute de leur simplification, d'autant que la modestie des volumes (1 949 aides techniques versées en décembre 2023 sur l'ensemble du territoire, pour un montant moyen de 1,3 k€) rend l'exercice d'évaluation et de validation des aides trop aléatoire.

Ces disparités en fonction des éléments se retrouvent dans les montants d'aides moyens versés.

Tableau 28 : Dispersion interdépartementale des montants moyens de PCH versés par élément (décembre 2023)

	Aide humaine	Aide technique	Aménagement du logement ou du véhicule, surcoûts liés au transport	Dépense spécifique et exceptionnelle	Aide animalière	Procédure d'urgence non ventilée par élément	TOTAL PCH
Min	243 €	103 €	95 €	37 €	5 €	118 €	223 €
D1	490 €	449 €	153 €	59 €	49 €	118 €	496 €
Q1	553 €	682 €	228 €	68 €	50 €	813 €	588 €
Médiane	728 €	1 066 €	341 €	80 €	50 €	1 538 €	730 €
Q3	834 €	1 375 €	534 €	96 €	50 €	1 945 €	844 €
D9	1 012 €	1 846 €	1 020 €	142 €	61 €	2 344 €	969 €
Max	1 375 €	51 308 €	4 081 €	254 €	1 519 €	2 344 €	1 362 €
CV	90,6 %	156,8 %	96,8 %	106,1 %	95,4 %	418,7 %	88,2 %
Q3/Q1	1,51	2,02	2,34	1,41	1,00	2,39	1,44
D9/D1	2,06	4,11	6,66	2,41	1,24	19,86	1,95

Source : Données CNSA, DREES. Calculs de la mission.

L'élément 3 (aménagement du logement ou du véhicule) apparaît comme le plus variable entre les différents départements, pour des montants par bénéficiaire significatifs au regard du total de la PCH, mais pour des effectifs globalement très réduits. Si en montant global (*cf.* tableau *supra*), l'élément 3 est important dans les départements de l'Eure, du Jura, de la Loire-Atlantique et de la Haute-Saône (entre 9 et 11 % du total de la PCH versée en décembre 2023), une fois rapporté aux effectifs bénéficiaires, la dispersion s'accroît sur des situations manifestement exceptionnelles dans les départements de l'Aube, de la Corrèze, de la Guadeloupe ou de la Meurthe-et-Moselle et de la Mayenne (montant moyen de l'élément supérieur à 1 800 € en décembre 2023).

Tableau 29 : Structure des dépenses de la PCH pour les seules aides humaines (élément 1) en montants (décembre)

	Recours à des aidants familiaux	Recours à des services prestataires	Emploi direct	Forfaits cécité et surdité (*)	Recours à des services mandataires
2020	50 %	25 %	10 %	14 %	1 %
2023	35 %	35 %	15 %	14 %	3 %

Source : DREES, 2023, *L'aide et l'action sociales en France édition 2022* et DREES, [data.drees](#), mars 2025.

La stabilité de la part globalisée des aides humaines attribuées au sein des plans personnalisés de compensation masque également des disparités entre départements sur leur répartition par type d'aide humaine reçue. S'il s'agit de moyennes par rapport aux cas personnels, l'intensité de l'aide familiale contre des services prestataires est très variables (écart interdécile de 2,28) allant jusqu'à 16 pour les services mandataires. Compte tenu de la difficulté de procéder au contrôle réglementaire (et du manque de ressources pour y procéder sur place *a fortiori*) de l'effectivité de l'aide humaine versée au titre de la PCH, l'encouragement du recours à des solutions permettant le paiement direct aux services d'aides et aux aidants (sous réserve de l'accord du bénéficiaire, car le paiement sur compte reste pour lui un droit s'il le fait valoir) paraît pouvoir être à la fois encouragé et généralisé dans l'ensemble des départements.

Tableau 30 : Dispersion interdépartementale des aides humaines (élément 1), décembre 2023

Répartition des montants par type d'aide humaine	Recours à des aidants familiaux	Recours à des services prestataires	Emploi direct	Forfaits cécité et surdité	Recours à des services mandataires
Min	17 %	7 %	0 %	0 %	0 %
D1	22 %	18 %	9 %	8 %	0 %
Q1	28 %	23 %	10 %	11 %	1 %
Médiane	35 %	34 %	14 %	13 %	2 %
Q3	44 %	42 %	20 %	18 %	4 %
D9	51 %	49 %	25 %	22 %	6 %
Max	58 %	56 %	30 %	39 %	13 %
CV	28,4 %	36,3 %	43,2 %	46,0 %	83,7 %
Q3/Q1	1,59	1,78	1,99	1,66	2,80
D9/D1	2,28	2,77	2,99	2,64	16,71

Source : DREES, [data.drees](#), mars 2025.

Tableau 31 : Dispersion interdépartementale des montants moyens de PCH aides humaines (élément 1) versés par type d'aidant (décembre 2023)

	Recours à des aidants familiaux	Recours à des services prestataires	Emploi direct	Forfaits cécité et surdité (*)	Recours à des services mandataires	Total
Min	222 €	21 €	28 €	59 €	16 €°	441 €
D1	333 €	643 €	910 €	433 €	979 €°	518 €
Q1	386 €	834 €	1 140 €	525 €	1 382 €°	599 €
Médiane	441 €	1 085 €	1 395 €	576 €	1 903 €°	727 €
Q3	491 €	1 436 €	1 667 €	599 €	2 702 €°	881 €
D9	608 €	1 974 €	1 951 €	649 €	4 162 €°	1 031 €
Max	1 126 €	2 888 €	4 966 €	794 €	10 038 €°	1 332 €
CV	28,1 %	46,1 %	41,6 %	17,4 %	68,5 %	27,3 %
Q3/Q1	1,27	1,72	1,46	1,14	1,95	1,47
D9/D1	1,83	3,07	2,14	1,50	4,25	1,99

Note : La somme des différents éléments est différente du « Total », au numérateur comme au dénominateur (nb de bénéficiaires). En effet, une même personne peut avoir recours à des aidants de statuts différents mais ne sera comptabilisée qu'une seule fois dans le total, et de même entre les types d'aides humaines payées.

Précision : Éléments sur les mandataires non représentatifs compte tenu de la faiblesse des effectifs.

Source : DREES, [data.drees](#), mars 2025.

Les montants d'aides humaines versés sont marqués par la prédominance des aidants familiaux et des services prestataires. Ces derniers sont toutefois sensiblement plus hétérogènes entre départements, notamment « en haut » des volumes d'heures alloués dans les plans personnalisés de compensation. Les montants médians et moyens sont d'ailleurs déjà plus du double de ceux des aidants familiaux, sans doute compte tenu de tarifs barèmes de prise en charge sensiblement inférieurs (en particulier en cas de dédommagement) à ceux des services prestataires.

Quoique trois fois moins fréquent que l'aide familiale versée via la PCH, **l'emploi direct représente des coûts encore supérieurs à ceux des mandataires.** En l'absence d'évaluation de dossiers individuels, et sans disposer des nombres d'heures d'aides attribués, il est malaisé d'en comprendre la raison, hormis éventuels handicaps très lourds qui imposent une présence renforcée (ou multipliée) pour compenser le retentissement du handicap plus important que dans les autres situations¹¹⁵.

Procédant de sources exhaustives et déclaratives, l'ensemble des éléments qui précèdent complètent et actualisent les éléments d'une étude de la DREES de 2021¹¹⁶ (sur données 2015), mais n'ont pas la robustesse statistique de l'exploitation des remontées individuelles dites « RI-PCH », permettant notamment d'apprécier les caractéristiques individuelles des bénéficiaires, dont, mais pas uniquement, leur département de résidence ou de secours, et de les rapprocher des éléments de PCH par nature, en montants et en fonction des droits ouverts.

Enfin, il est important de souligner que l'ouverture des droits à la PCH via ses différents éléments n'emporte pas automatiquement paiements ni versements¹¹⁷.

¹¹⁵ Plusieurs raisons peuvent en effet expliquer une surreprésentation de l'emploi direct dans les plans d'aides « importants » : handicap nécessitant une prise en charge complexe avec intervention de personnel qualifié (parfois difficile à trouver via un SAAD), choix de l'intervenant pour des raisons de fidélisation / besoins spécifiques / accès à l'intime du bénéficiaire (notamment pour éviter un taux de rotation parfois rapide des intervenants en SAAD), limitation du reste à charge « proportionnel » au plan personnalisé (certains SAAD tarifient au-delà du tarif de référence décidé et financé par le Conseil départemental), limitation des temps de déplacements et du nombre d'interventions. Ces motivations diverses ont en commun de tenter de rendre plus attractif toutes choses égales par ailleurs un emploi direct quand le nombre d'heures d'aide humaine prévu par le plan est important.

¹¹⁶ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER1182.pdf>. Sans qu'il ait été possible à la mission d'actualiser ces éléments, les principales conclusions de cette étude étaient les suivantes : « En décembre 2015, 183 000 personnes ont reçu une aide financière au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH), d'après la base RI-PCH de la DREES. Ces bénéficiaires « payés » en décembre 2015 représentent près de 70 % des 271 000 personnes ayant un droit ouvert à la PCH en France à cette date. Si la PCH couvre plusieurs types de volet, la prestation est principalement attribuée pour financer de l'aide humaine : c'est le cas pour neuf bénéficiaires payés sur dix, soit 92 % des montants versés. Le recours à un aidant familial est majoritaire, en particulier pour les plus jeunes. Les bénéficiaires âgés de 50 ans ou plus ont, quant à eux, relativement plus souvent recours à un prestataire. En moyenne, 690 euros d'aide humaine par bénéficiaire ayant reçu un paiement à ce titre ont été versés pour le mois de décembre 2015. Si près de la moitié des dépenses de PCH sont consacrées aux personnes de 50 ans ou plus, les bénéficiaires les plus jeunes se distinguent par des montants perçus en moyenne plus élevés, aussi bien pour l'aide humaine que pour l'aménagement du véhicule et du logement et les aides techniques, ainsi que par un cumul plus fréquent des différentes formes d'aide ».

¹¹⁷ Dans les départements visités, de l'ordre d'un quart des droits ouverts ne donnent pas lieu à paiement systématique.

2.3. La dépense annuelle de PCH croît de 8 % chaque année en moyenne depuis 2008

L'évolution des dépenses de PCH est particulièrement dynamique (+8 % par an en euros courants), avec une tendance à l'accélération depuis 2021.

Tableau 32 : Dépenses annuelles de PCH versées par les départements dont concours CNSA

(M€)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Dépenses de PCH versées par les départements	843	1 078	1 241	1 397	1 511	1 599	1 699	1 810	1 901	2 006	2 118	2 221	2 369	2 651
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH	510	502	528	545	549	547	555	565	590	605	616	636	637	885
Part des dépenses de PCH financée par la CNSA	60,4 %	46,6 %	42,5 %	39,0 %	36,3 %	34,2 %	32,7 %	31,2 %	31,0 %	30,1 %	29,1 %	28,6 %	26,9 %	33,4 %
Évolution des dépenses de PCH entre n et n-1	-	27,8 %	15,2 %	12,5 %	8,2 %	5,8 %	6,2 %	6,6 %	5,0 %	5,5 %	5,6 %	4,9 %	6,7 %	11,9 %

Source : [REPSS, PLACSS 2023](#).

Si les valeurs brutes par départements reflètent d'abord et surtout la taille et les caractéristiques de leur population, l'analyse nationale d'une part, et l'analyse des dynamiques territoriales d'autre part, permettent d'éclairer l'impact de la PCH sur les finances départementales.

Tableau 33 : Dispersion des montants de PCH par départements

Euros courants	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2023
CV	76,7 %	81,6 %	84,5 %	86,4 %	90,4 %	92,8 %	94,4 %	94,4 %	93,7 %
Q3/Q1	2,61	2,91	3,23	3,36	3,38	3,56	3,58	3,38	3,30
D9/D1	6,72	8,58	8,75	8,61	9,02	9,45	10,76	12,00	11,01
France ent. (M€)	587,2	1 130,7	1 474,9	1 680,0	1 951,8	2 145,4	2 376,0	2 795,1	3 081,9

Source : Données CNSA, DREES. Calculs de la mission.

Au niveau national, le taux de croissance annuel moyen s'est stabilisé depuis la montée en charge de la PCH à compter de 2006. La combinatoire des dynamiques de nombre d'allocataires et de montant par allocataires (notamment via les différents éléments de la PCH) conduit à une croissance moyenne de 7,4 % sur la période 2011-23 dont 7,5 % en euros courants en moyenne sur les cinq dernières années.

La dispersion des taux de croissance des montants globaux, dont il s'agit ici d'évaluer la dynamique, traduit des situations différentes selon les départements, plus sensible que sur les deux grandes dimensions de la PCH (nombre de bénéficiaires, montant moyen par bénéficiaire), qui montre l'absence d'arbitrage systématique entre ces deux variables.

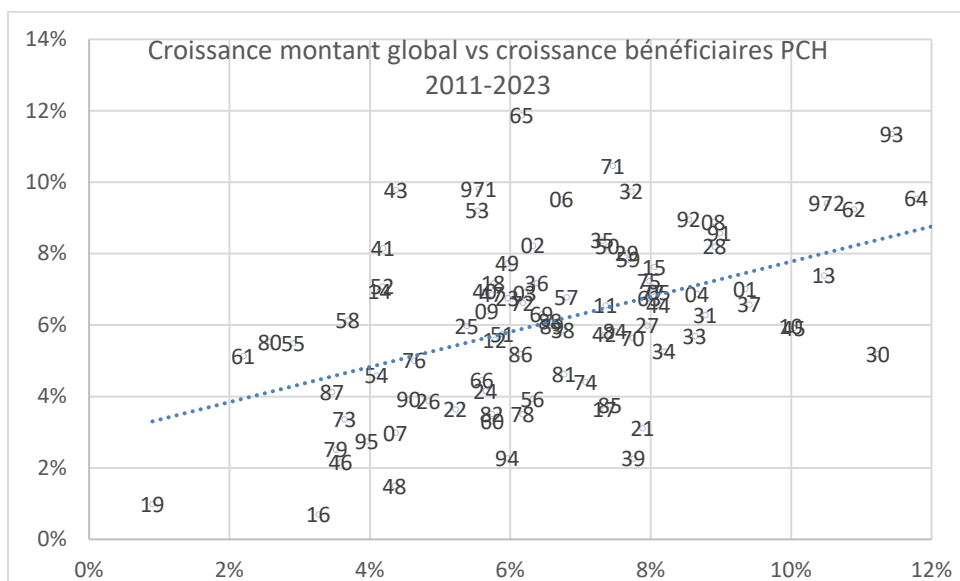
Tableau 34 : Taux de croissance des dépenses départementales au titre de la PCH

Euros courants	CAGR 07/10	CAGR 11/23	Dont CAGR 18/23
Min	20,5 %	0,9 %	-1,6 %
D1	40,0 %	3,7 %	3,8 %
Q1	45,6 %	5,5 %	5,8 %
Médiane	53,8 %	6,6 %	7,7 %
Q3	66,0 %	8,0 %	9,7 %
D9	86,9 %	10,1 %	11,7 %
Max	220,8 %	15,8 %	16,4 %
CV	46,9 %	36,2 %	39,7 %
Q3/Q1	1,45	1,45	1,67
D9/D1	2,17	2,76	3,07
France ent.	58,98 %	7,40 %	7,51 %

Source : Données CNSA, DREES. Calculs de la mission.

Si les dépenses augmentent de manière continue et dynamique (tous les départements sauf la Corrèze depuis 2018), le taux de croissance des dépenses de PCH par département est sensiblement plus dispersé, à la fois que les autres variables étudiées jusqu'ici, mais également sur la période récente, y compris par rapport à la montée en charge de ce dispositif. Les écarts interquartile et interdécile s'ouvrent continûment, et en particulier sur la période récente, traduisant **des différences d'intensité dans la croissance de la prestation**, sans tendance à l'harmonisation des dynamiques interdépartementales mais à leur renforcement, notamment par l'évolution du nombre de bénéficiaires.

Graphique 10 : Évolutions des TCAM 2011-2023 des taux de bénéficiaires PCH rapportés à la population générale et de la croissance des dépenses par département pour la PCH



Source : Données CNSA, DREES. Calculs de la mission.

2.4. Si les écarts interdépartementaux s'expliquent mal par les caractéristiques socio-démographiques, les départements accordant la PCH à un plus grand nombre de personnes offrent des montants moindres à chaque bénéficiaire

En 2022 en France, 6,3 personnes sur 1 000 sont bénéficiaires de l'une des deux prestations de compensation : 5,6 ‰ pour la PCH et 0,7 ‰ pour l'ACTP. Elles se répartissent de façon inégale d'un département à l'autre : de 2,9 ‰ et 3,6 ‰ (Guyane, Corrèze) à 12,1 ‰ (Corse) et 12,6 ‰ (Aude). 38 départements sont dans la bande large de 20 % autour de la médiane (6,4 ‰), l'écart interquartile est de 1,33. Les Antilles se situent au-dessus de 10 ‰ tandis que la quasi-totalité des départements (six sur sept) d'Ile de France ont un taux de bénéficiaires cumulé PCH et ACTP inférieur à 4,9 ‰.

Tableau 35 : Taux de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dans les cinq départements visités par la mission

ACTP+PCH	Taux de bénéficiaires pour 1000 habitants	Rang sur 100
Paris	4,1	95 ^e
Yonne	6,5	48 ^e
Nord	6,6	44 ^e
Oise	7,3	29 ^e
Gironde	7,6	25 ^e
Moyenne nationale	6,3	s.o.

Source : Données CNSA, DREES. Calculs de la mission.

Bien que le montant de la PCH soit fortement individualisé, près de 60 % des disparités départementales de montant par bénéficiaire s'explique principalement par les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques des populations. En outre, les départements présentant une prévalence plus élevée du handicap déclaré parmi les personnes âgées de 25 à 59 ans accordent des montants de PCH plus élevés à chaque bénéficiaire ; un taux de prévalence plus élevé d'un point étant associé à un montant annuel de PCH supérieur de 5 %, soit environ 340 €.

Néanmoins, l'effet du taux de bénéficiaires sur le montant moyen par bénéficiaire est significativement négatif, ce qui signifie que, toutes choses égales par ailleurs (notamment à prévalence donnée), **les départements accordant la PCH à un plus grand nombre de personnes offrent des montants moindres à chaque bénéficiaire, de l'ordre de moins 6 % pour un bénéficiaire supplémentaire pour 1 000 habitants.** Il est à souligner ici que la PCH est la seule des cinq aides légales (cf. annexe III) sous revue à présenter une corrélation négative significative au plan statistique entre intensité de l'aide (montant moyen versé par bénéficiaire) et densité de l'aide (taux de bénéficiaires rapporté à la population générale du département).

Enfin, la nature de la PCH fait que le taux de bénéficiaires est d'abord lié aux prévalences des limitations physiques et mentales au sein des populations des départements, mais également à l'importance des handicaps et de leur retentissement. **La nature universelle et personnalisée de la PCH, qui prend en compte le retentissement des handicaps dans l'environnement du bénéficiaire et en fonction de son projet de vie ajoute une nouvelle dimension à la possibilité de disparités départementales.**

Fiche PCH

Celles-ci sont toutefois difficiles à apprécier en moyenne, même au niveau du département, et à objectiver uniquement à partir des variables socio-démographiques moyennes. Pour la même raison, et à la différence de la perte d'autonomie des personnes âgées, la modélisation et la projection des nombres de bénéficiaires de la PCH à droit constant est difficile et aucune administration n'a pu partager avec la mission et malgré ses demandes en ce sens de telles projections de populations en situation de handicap, même à moyen terme, l'essentiel des évolutions constatées s'expliquant par l'extension des conditions d'éligibilité et des droits afférents, par un meilleur repérage, et à la progressive montée en charge de ces deux éléments.

La mobilisation des études sur les remontées individuelles des bénéficiaires de PCH permet de rapprocher les différences observées dans les taux de bénéficiaires des limitations déclarées dans l'ensemble de la population générale (études VQS de la Drees en particulier) ainsi que des données du système de soins (SNDS). Sur données anciennes (2015-2016), ces taux de bénéficiaires sont cohérents, y compris au niveau départemental, des informations individuelles déclarées ou approchables par objectivation des natures et types de soins dispensés.

Cela explique en partie que le taux de bénéficiaires de la PCH, par la conception et le fonctionnement mêmes de la prestation, s'explique très imparfaitement par les variables socio-économiques classiques, tout en étant fidèle aux prévalences déclarées ou approchées des situations de handicap dans les différents départements.

Tableau 36 : Résultats des régressions pour la PCH

Variable	Taux de bénéficiaires PCH (1)	Taux de bénéficiaires PCH (2)	Log montant par bénéficiaire PCH (1)	Log montant par bénéficiaire PCH (2)
(Constante)	18,28	8,47	5,187*	5,61*
Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant un handicap	0,16	0,10	0,05*	0,05**
Espérance de vie pour les hommes à la naissance	-0,06	0,03	0,05*	0,04°
Part de la population vivant dans un pôle urbain en 2021	-0,02	-0,02°	0,00	0,00
Part des ouvriers et agriculteurs dans la population ISD 2021	-0,07	0,02	-0,04**	-0,05**
Médiane du niveau de vie 2021(k€)	-0,26°	-0,37*	0,00	0,00
Taux de chômage	-0,18	-0,14	0,04*	0,04°
Taux de bénéficiaires de la PCH	-	-	-0,06***	-0,05***
Potentiel financier par habitant OFGL 2023	-	0,005*	-	0,00
Part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant recevoir de l'aide de leur entourage	-	0,04	-	-0,02
Taux d'équipement des structures adultes (place pour 1000 habitants en limitation sévère d'activité de 20 à 59 ans)	-	0,00	-	0,00
R ²	0,29	0,33	0,59	0,59
R ² ajusté	0,23	0,25	0,55	0,54
Note : *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, ° p < 0,1. n.s. : non-significatif (<10 ⁻³)				

Source : Drees, enquêtes Aides sociales et VQS 2021, CNSA Portrait des territoires, Insee RP, ISD, OFGL. Calculs : Pôle science des données.

Note : La population départementale est utilisée comme pondération des observations. Les écarts-types sont corrigés de biais d'hétéroscédasticité par la méthode de correction de White. Les modèles « 2 » incluent des variables explicatives complémentaires par rapport aux modèles « 1 », notamment le taux d'équipement des structures adultes ou le potentiel financier par habitant. Il est notable que si le pouvoir explicatif des modèles « 2 » est par construction « meilleur » car comportant des variables additionnelles, il ne l'est que très légèrement (R^2 similaires) et surtout que les coefficients pour ces variables ajoutées ne sont pas significatifs au plan statistique. C'est également, du point de vue des régressions et modèles conçus selon la même approche et les mêmes variables pour l'ensemble des aides légales du champ de la mission, une spécificité de la PCH par rapport aux autres aides.

Les éléments sur les montants moyens versés par les départements au titre de la PCH s'expliquent en revanche mieux, à droits et bénéficiaires donnés, par ces caractéristiques. Même si la prestation est universelle et compensatrice, dans une logique personnalisée, la combinatoire des variables socio-démographiques et des éléments d'offre explique 60 % des disparités entre départements, sans qu'il soit toutefois possible d'isoler en tant que telles les principales variables les mieux descriptives des montants de PCH accordés. Il apparaît néanmoins que la prise en compte des éléments d'offre dans le modèle économétrique n'augmente que très marginalement le pouvoir explicatif, suggérant que la combinatoire de ces variables avec les variables socio-démographiques ne fasse pas apparaître une dimension des disparités non-expliquée jusque-là.

Une exception peut être faite vue la significativité des coefficients de régression, pour le taux de bénéficiaires de la PCH, qui décrit fidèlement, en marginal et toutes choses égales par ailleurs, les évolutions des montants attribués aux bénéficiaires du département, traduisant une forme de corrélation négative, spécifique à la PCH, entre densité et intensité. Même si le coefficient de la densité de la prestation est « compensé » par le coefficient associé à la part de personnes âgées de 25 à 59 ans déclarant un handicap (censée retracer la même prévalence départementale des situations de handicap), la spécificité de la significativité de ce coefficient négatif laisse supposer, à contraintes budgétaires données et toutes choses égales par ailleurs, un **arbitrage départemental potentiel entre nombre de bénéficiaires et montant moyen accordé à chacun d'eux : un taux de bénéficiaire plus élevé de 1‰ se traduit *ceteris paribus* par un montant annuel moyen par bénéficiaire inférieur de 5 %, soit 340 €.**

3. Le caractère complexe et individualisé de la prestation, suggère de recentrer l'évaluation complète du plan de compensation sur les dossiers les plus complexes et de limiter le paiement sur compte

3.1. La PCH se distingue par un taux de refus élevé au moment de l'instruction et de la décision, lié à des demandes injustifiées qui doivent néanmoins être analysées au fond

La recevabilité du dossier se limite dans un premier temps à la complétude du dossier de demande. Afin d'aider à remplir la [demande via le formulaire Cerfa 15692*01](#)¹¹⁸ de vingt pages hors pièces justificatives, le demandeur (ou son représentant) peut s'appuyer notamment sur :

- ◆ un professionnel de la MDPH du département de résidence ;
- ◆ un conseiller ou un travailleur social du centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CIAS) de la commune ou du département de résidence ;
- ◆ une assistante sociale de secteur ou d'entreprise ou de l'institution de prévoyance ou de retraite complémentaire si le demandeur en bénéficie, mais également des aidants ou des agents des établissements, structures d'accueil ou dans le milieu scolaire ;
- ◆ le cas échéant, un agent d'accueil d'une maison France Services proche du domicile.
- ◆ des associations.

Le volume de demandes adressé aux MDPH est abondant et dynamique (+20 % entre 2017 et 2023). **Si les demandes de PCH ne sont pas les plus nombreuses (8 % du total), ce sont les plus complexes à la fois en elles-mêmes et également parce que la réglementation prévoit un examen de la situation globale** (et donc de l'ensemble des droits potentiels) du demandeur à l'occasion de l'évaluation.

Tableau 37 : Nombre de demandes déposées en MDPH entre 2017 et 2023 et taux d'évolution

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2021-2022	2023	Évolution 2022-2023
PCH	315 200	318 600	315 600	295 600	332 000	327 900	-1,2 %	374 900	14,3 %
dont moins de 20 ans	51 200	51 500	51 200	48 100	54 000	53 200	-1,5 %	61 500	15,6 %
dont plus de 20 ans	264 100	267 100	264 400	247 600	278 000	274 700	-1,2 %	313 400	14,1 %
TOTAL des demandes MDPH	4 300 400	4 380 400	4 330 600	4 181 500	4 544 500	4 575 500	0,7 %	4 990 800	9,1 %

Source : CNSA, mars 2025, [Repères statistiques](#).

¹¹⁸ Ce dossier à transmettre à la MDPH du département de résidence (ou de secours) couvre l'ensemble des aides et reconnaissances administratives du champ du handicap, à savoir, outre la PCH :

- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments ;
- Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes ;
- Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées) ;
- Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments ;
- 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).

Ces demandes génèrent de nombreuses interactions avec les équipes des MDPH, souvent spécialisées sur la recevabilité administrative des dossiers et la gestion des pièces justificatives, *via* des systèmes d'information qui au moins sur ce point donnent satisfaction aux équipes qui les utilisent.

Depuis 2018 en effet, les MDPH sont censées disposer d'un SI commun au sein des MDPH¹¹⁹, projet engagé en 2006, avant d'être complètement revu en 2012 pour être relancé en 2014. Sur la période plus récente, de nouvelles difficultés techniques importantes ont retardé puis réorienté ce dessein. Il s'agit aujourd'hui de privilégier une harmonisation des systèmes existants sur la base des différents outils développés et utilisés aujourd'hui par les différents éditeurs de logiciels pour les MDPH.

Cette charge importante pourrait être réduite en écartant quasi *ab initio* les demandes qui font l'objet d'une erreur manifeste d'appréciation sur la pertinence et l'opportunité d'une demande de PCH et n'impliquent que de « cocher la case PCH » dans le formulaire de demande à la MDPH, y compris quand ce n'est pas son objet premier, ou son objet tout court. Ce « pré-tri » serait cohérent des éléments retraçant un taux de refus des demandes de PCH supérieur à celui des taux de refus de l'ensemble des décisions des CDAPH, alors que les travaux d'instruction et d'évaluation des demandes correspondantes sont les plus consommatrices de ressources pour les MDPH (comme pour les CDAPH pour les dossiers présentés hors « liste ». S'il n'est pas possible de savoir *ex ante* quels seront les 53 % de dossiers refusés *in fine*, le différentiel de 30 points avec les autres prestations, beaucoup plus simples et rapides à traiter, renforce la pertinence d'un « pré-tri sélectif » avec pour ambition d'interrompre le processus d'examen (et notamment de ne pas réaliser d'évaluation pluridisciplinaire, commune à l'ensemble des demandes traitées par les MDPH) si les chances de faire valider les critères d'éligibilité ne sont plus seulement minces, mais objectivement nulles.

Proposition n° 5 : Réaliser une étude en vue, le cas échéant, de modifier la loi pour permettre une instruction allégée, sans évaluation systématique approfondie au domicile du demandeur, pour les dossiers manifestement hors champ de la prestation PCH.

Dans un contexte de ressources contraintes, ce tri initial permettrait aux équipes d'évaluation de se concentrer sur les cas présentant des besoins avérés et urgents et sur l'accompagnement des bénéficiaires et notamment l'actualisation de leur plan personnalisé de compensation en fonction des évolutions des besoins, des ressources, du projet de vie et de l'environnement du bénéficiaire.

¹¹⁹ Cour des comptes, Rapport public 2018, page 119 : « la perspective de disposer en 2018 d'un système d'information commun des MDPH devrait améliorer la connaissance des conditions d'attribution de la PCH » in « partie III - Le maintien de grandes disparités territoriales dans l'octroi des aides individuelles », ainsi que la réponse du Ministre de l'action et des comptes publics, page « En outre, comme le rappelle la Cour dans la deuxième partie de son insertion, il s'agit de garantir le déploiement effectif du système d'informations commun des maisons départementales des personnes handicapées (« SI-MDPH ») », pages 126-7 ou encore la réponse commune de la Présidente du Conseil et de la Directrice de la CNSA : « L'apport du futur système d'information des MDPH sera en effet un élément important en permettant d'utiliser des données plus riches (les insuffisances actuelles pesant sur toute présentation de nouveaux critères de répartition). C'est pourquoi le chantier du SI des MDPH est une priorité de la secrétaire d'État aux personnes handicapées et de la COG de la CNSA. La caisse y investit des moyens humains et financiers importants afin d'engager le déploiement et de permettre de premiers usages en 2018 », page 131. Ce SI-MPDH qui a donc connu d'importants retards, fait à la date de la mission l'objet d'un programme revu et actualisé de développement et de déploiement, marqué notamment par la mise à disposition de modules du SI-évaluation dans les MDPH.

Tableau 38 : Réponses aux questions sur les contacts avec le demandeur ou son représentant au moment de l'instruction initiale (PCH)

	Entretien téléphonique ou en visioconférence avec un agent MDPH	Entretien en présentiel avec un agent MDPH
Systématique	5	2
Fréquent	13	9
Ponctuel	14	21
Jamais	4	4

Source : Mission d'après le questionnaire soumis aux Conseils départementaux et aux MDPH.

Tableau 39 : Taux d'accord par public et par prestation entre 2015 et 2023

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Taux d'accord moyen	71,3 %	71,5 %	71,5 %	73,2 %	73,4 %	76,2 %	77,3 %	76,8 %	76,4 %
Taux d'accord PCH	44,9 %	44,0 %	44,4 %	43,9 %	44,5 %	47,3 %	47,1 %	47,0 %	47,1 %

Source : CNSA, mars 2025, [Repères statistiques](#).

La mission n'a pu accéder à des données départementales des taux d'accords. Une étude de 2014¹²⁰ indique que « les taux d'accord de la PCH varient de 34,4 % à 83,31 % en 2012. À titre d'éclairage, en 2011, le taux d'accord moyen de la PCH était de 58 % environ ». Si les taux d'accord se sont depuis réduits (cf. *supra*), les disparités interdépartementales de taux d'accord de la PCH constituent un élément d'étude à privilégier pour identifier les meilleures pratiques et les partager :

- ♦ en amont : sur l'accompagnement lors de la demande à la MDPH notamment pour limiter les irrecevabilités administratives ou demandes manifestement infondées, ce qui – à ressources contraintes pour les MDPH et leurs partenaires – **permettrait notamment de renforcer les ressources dédiées à l'évaluation, au suivi et à l'accompagnement, et au contrôle de l'effectivité des aides reçues** ;
- ♦ *in itinere* : sur les modalités d'évaluation par les équipes pluridisciplinaires, dans une tension observée toujours et partout par la mission (ainsi que dans la littérature) entre deux objectifs qui se confrontent dans cette phase clé de l'ouverture (ou de la révision, voire de la fermeture) des droits entre célérité de traitement des dossiers (objectif non seulement légitime, mais nécessaire) et précision et multidisciplinarité de l'évaluation ;
- ♦ en aval, sur les durées d'accords pour les différents éléments de la PCH et les modalités de leur révision-réévaluation ;

Au-delà de ces disparités dans les modes de contacts initiaux avec les demandeurs (ou leurs représentants), des disparités apparaissent également dans les modalités et l'intensité des contrôles des éléments documentaires du dossier, la nature, les outils et la profondeur des vérifications sur la situation du demandeur sont très variables, et dépendent en pratique tant de la volonté des équipes des MDPH que de la qualité des échanges (informels ou structurés, relationnels ou informatisés) avec les autres administrations, notamment sociales (CAF-pro) et fiscales.

¹²⁰ Haut Conseil de santé publique, 2014, [Enquête quantitative sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensation du handicap par les MDPH](#).

Un progrès, au niveau national, sur la question de l'échange de données¹²¹ (cf. annexes IV et V) permettrait non seulement d'harmoniser les pratiques, mais aussi d'améliorer le paiement à bon droit, *ab initio* et en cas de changement de situation du bénéficiaire, tout en se donnant un levier de maîtrise des droits ouverts et des dépenses publiques afférentes, l'asymétrie d'information entre le demandeur et la MDPH tendant à corriger les erreurs éventuelles seulement dans un sens. Au surplus, ces éléments permettraient, au moins pour l'éligibilité et le calcul du taux de prise en charge, d'anticiper les développements du versement de solidarité à la source, dont par équité et à terme, il n'est pas utile ni souhaitable que les bénéficiaires de la PCH soient traités différents des autres populations.

Tableau 40 : Réponse aux questions « Pour chacune des trois aides légales considérées (AEEH, AAH, PCH), précisez par oui (O) ou par non (N) si : [...] ? » [PCH]

	Vous prenez en compte les règles de non cumul/plafond d'aide sociale au moment de l'instruction du dossier ?	Vous contrôlez les niveaux de revenus ?	Ces contrôles sont réalisés sur une base purement déclarative ?	Des croisements de données sont opérés avec d'autres administrations à fins de contrôle ?
	18	13	10	11
	11	14	12	18

Source : Mission d'après le questionnaire soumis aux Conseils départementaux et aux MDPH.

3.2. 79 départements ne respectent pas en moyenne le délai de traitement des dossiers de demande complets de 4 mois, délai au surplus croissant, avec des stocks significatifs de demandes parfois très anciennes (1 à 2 ans)

Les délais moyens de traitement par MDPH des dossiers de PCH, qui sont plus longs que ceux des autres prestations au regard de la complexité de l'analyse, présentent trois caractéristiques :

- ♦ au plan national, **le délai moyen de traitement des dossiers PCH est supérieure au délai prévu de quatre mois** (5,7 mois au 2^e trimestre 2024, mais cette situation est constante depuis douze trimestre, avec 5,0 mois au 2^e trimestre 2021, avec un délai qui augmente en moyenne de 6 % par an en moyenne) ;
- ♦ de fait, **la dispersion des délais est importante** (2,36 mois dans le Cantal et en Guyane, 2,44 dans le Jura contre 11 mois en Seine-et-Marne et 12 mois en Meurthe-et-Moselle, soit un rapport de 1 à 4 pour les valeurs extrêmes), ce qui n'est pas sans impact sur l'équité territoriale non pas sur l'éligibilité, non pas sur les droits ouverts, mais devant le traitement de leur dossier et le temps d'attente pour obtenir une décision.

Les délais sont croissants dans la plupart des départements (67 sur 100), avec là encore des dynamiques très variées (doublement en moyenne en trois ans en Ile-de-France à l'exception de la Seine-Saint-Denis qui a divisé par deux les délais moyens de traitement, de même qu'en Guyane et dans le Finistère).

¹²¹ Dans les deux sens, de et vers les MDPH avec en particulier les CAF (ressources, vérification du non-cumul PCH/AEEH), les services de l'administration fiscale (ressources pour le taux plein ou partiel, crédit d'impôt pour les services d'aide à la personne), l'INSEE et/ou les notaires (information sur les décès en particulier pour limiter la génération d'indus de PCH), en commençant sans doute par les interfaçages entre MDPH (qui utilisent différentes versions de cinq solutions logicielles distinctes), notamment pour contrôler l'absence de double-ouverture de droits à la PCH dans plusieurs départements et faciliter les transferts de dossiers à l'occasion de déménagement ou d'actualisation du domicile de secours.

Tableau 41 : Délais moyens de traitement de la PCH (2^e trimestre 2024)

Délais 2024T2	Nb départements
Nb < 4 mois	21
Nb > 4 mois	79
Moyenne 2021-2024	5,7
CAGR FR	5,3 %

Source : CNSA, [Baromètre des MDPH, délais moyens de traitement](#), février 2025.

Ces délais sont des délais moyens. La répartition des délais de traitement au sein d'une MDPH n'est pas disponible. Par entretien avec les équipes dans les cinq départements visités par la mission, les **demandes en urgence (notamment en cas de risque de rupture de droits) les demandes de renouvellement, les demandes les plus récentes font l'objet de traitements accélérés** soit grâce au « pré-tri » en fonction de l'urgence cochée sur le formulaire de demande ou à l'information croissante et à l'orientation automatisée vers les équipes d'évaluation, en vue d'une prise de rendez-vous, là aussi parfois automatisée.

Toujours par entretien, certaines des MDPH rencontrées ont indiqué avoir un stock de dossiers en attente de traitement, **souvent les dossiers les plus complexes, nécessitant un contre-avis médical ou une expertise particulière, qui n'est pas rapidement mobilisable dans le département**. Ces dossiers peuvent dépasser un an depuis leur déclaration de recevabilité administrative, posant la question de l'accompagnement des personnes handicapées concernées le temps de l'examen de leur dossier.

Tableau 42 : Délais moyens de traitement PCH dans les départements visités par la mission (en mois)

Département	2019	4 ^e trimestre 2020	2 ^e trimestre 2021	2 ^e trimestre 2022	2 ^e trimestre 2023	2 ^e trimestre 2024
89 - Yonne	6,7	5,9	4,4	6,0	7,6	5,1
75 - Paris	8,7	4,5	4,7	5,1	5,9	7,7
60 - Oise	5,0	3,7	4,7	6,8	7,1	7,9
59 - Nord	5,2	4,2	3,3	3,3	3,3	4,7
33 - Gironde	6,4	3,3	5,6	7,0	7,8	7,3

Source : CNSA, [Baromètre des MDPH, délais moyens de traitement](#), février 2025.

Enfin, vu du bénéficiaire, ce délai de traitement des demandes complètes par les MDPH ne prend pas en compte le délai de versement des aides (commensurable avec le précédent quoique plus difficile à suivre car ne faisant pas partie du baromètre des MDPH et des actions visées par la convention d'objectif et de gestion de la CNSA).

En outre, une fois que l'aide a été versée, se pose la question de l'identification des aidants et services d'aide et de la formalisation de la relation avec eux, de même que l'organisation pratique des venues au domicile du bénéficiaire. Ceci peut conduire à des délais très significatifs entre le certificat médical, le dépôt de la demande, l'évaluation de la MDPH et la décision de la CDAPH, le versement des aides par le conseil départemental et leur activation par le bénéficiaire et les fournisseurs de services et de prestations des aides humaines, techniques et animalières faisant l'objet du plan personnalisé de compensation.

3.3. Si elle a été cadrée dans ses premières années, l'éligibilité aux aides humaines de la PCH est complexe car subjective, contingente et évolutive

3.3.1. L'éligibilité aux aides humaines de la PCH est plus complexe que pour les aides techniques

Si la PCH pour les adultes n'est pas conditionnée à un taux d'incapacité¹²², l'accès à la PCH aides humaines (50 % des volumes de droits ouverts, 92 % des montants versés) se fait en deux temps

- ◆ 1^{er} temps : éligibilité à la PCH ;
- ◆ 2nd temps : éligibilité à l'élément aides humaines de la PCH, *i.e.* satisfaire à des conditions d'accès plus restrictives.

L'éligibilité à la PCH repose, *cf. supra*, sur le fait de présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux des vingt activités¹²³. La capacité fonctionnelle s'apprécie en prenant en compte tant la capacité physique à réaliser l'activité, que la capacité en termes de fonctions mentales, cognitives ou psychiques à initier cette activité et à la mener à terme aussi bien totalement, correctement que de façon suffisamment fréquente et autonome. L'appréciation de la capacité fonctionnelle tient aussi compte de l'environnement du demandeur (notamment son logement).

L'éligibilité à l'élément aide humaine de la PCH repose sur un autre ensemble de conditions plus restrictives :

- ◆ 1^{re} condition : **présenter une difficulté absolue pour au moins un acte ou une difficulté grave pour deux actes parmi sept activités** (et non pas vingt) : toilette, habillage, alimentation, élimination, déplacements à l'intérieur du logement, à l'extérieur pour des démarches liées au handicap, maîtrise du comportement, réalisation de tâches multiples. Ici encore, le besoin d'accompagnement (stimuler, inciter verbalement, soutenir ou accompagner dans l'apprentissage des gestes) pour réaliser ces actes doit être pris en compte dans et pour l'évaluation et peut être le cas échéant comme difficulté absolue ;
- ◆ 2^e condition (à défaut de la précédente) : si le temps d'aide nécessaire apporté par un aidant familial¹²⁴ pour des actes relatifs à l'entretien personnel, aux déplacements dans le logement, à la maîtrise de son comportement, à la réalisation des tâches multiples, ou **au titre d'un besoin de surveillance ou de soutien à l'autonomie atteint 45 minutes par jour**¹²⁵.

La capacité fonctionnelle est cotée par un chiffre entre 0 et 4, les termes de « difficulté grave » ou « difficulté absolue » faisant écho à cette cotation.

¹²² Pour les enfants et adolescents (moins de 20 ans), la PCH est nous l'avons vu subordonnée à l'ouverture des droits à l'AEEH (de base) et peut alors faire l'objet d'un droit d'option (exclusif de tout cumul, sauf élément 3).

¹²³ Activités correspondant à quatre domaines regroupant les 20 activités essentielles du quotidien dont les définitions sont données au chapitre 1 de [l'annexe 2-5](#) du Code de l'action sociale et des familles.

¹²⁴ La notion d'aidant familial dans cette condition d'accès est entendue d'une part même si aucune aide professionnelle n'est requise, et d'autre part même si la personne n'a pas d'aidant familial dans son entourage.

¹²⁵ Cette quotité d'aide nécessaire a vocation à évaluer le niveau des répercussions des troubles dans le contexte de vie réelle de la personne en se questionnant sur ce qui se passe/rait au cas où la personne n'a/urait aucune aide (y compris stimulation, accompagnement, soutien).

3.3.2. L'élaboration du plan d'aide humaine repose sur une double-évaluation des besoins de la personne (et de ses aspirations) mais aussi des ressources d'aide humaine existantes ou accessibles en vue de la décision notifiée de la CDAPH

Les équipes pluridisciplinaires d'évaluation, souvent réduites à une infirmière, ou à deux professionnels, s'appuient sur des éléments méthodologiques maîtrisés mais peu actualisés et sur une visite au domicile du bénéficiaire potentiel de la PCH pas toujours réalisée.

L'article L146-8 du Code de l'action sociale et des familles précise l'organisation et les missions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation au sein des MDPH et en lien avec leurs partenaires (que ce soit au titre de l'évaluation, notamment le service public de l'emploi ou l'éducation nationale, que ce soit au titre de la mise en œuvre du plan personnalisé, en particulier l'ARS ou d'autres entités compétentes de l'État ou du département).

L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH instruit la demande, détermine l'éligibilité à la PCH en s'appuyant sur les capacités fonctionnelles de la personne. Un ou deux professionnels de la MDPH¹²⁶ font l'évaluation des besoins à domicile¹²⁷. La mise en évidence des besoins et le calcul des temps d'aide nécessaires correspondent aux besoins réels de la personne.

Tableau 43 : Réponses aux questionnaires de la mission « Pouvez-vous détailler les pratiques en vigueur au moment de l'instruction initiale dans votre département (PCH) »

	Visite Médicale avec un médecin	VM avec un médecin de la MDPH	Visite au domicile
Systématique	4	0	12
Fréquent	0	0	12
Ponctuel	13	22	7
Jamais	18	14	3

Source : Mission d'après le questionnaire soumis aux Conseils départementaux et aux MDPH.

Ces besoins sont déterminés à partir des difficultés repérées dans les conditions habituelles de vie de la personne, à partir de la réalisation effective des activités, en tenant compte de son projet de vie. La réalisation effective des activités correspond à la façon dont la personne les réalise au quotidien avec les stratégies et aides déjà mises en place (aide humaine, aide technique...) **dans son environnement**¹²⁸.

¹²⁶ Le code de l'action sociale et des familles prévoit plus généralement que « la composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente ».

¹²⁷ Même si ce point semble parfois débattu, cf. également tableau des réponses au questionnaire passé aux 100 départements et MDPH, la visite présente un caractère obligatoire, qu'elle soit à l'initiative de l'équipe pluridisciplinaire ou à la demande du bénéficiaire actuel ou potentiel. [Article L146-8](#) du CASF : « 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 ».

¹²⁸ Il importe ici de distinguer entre capacités fonctionnelles et réalisation effective des activités. L'analyse des capacités fonctionnelles de la personne est appliquée aux 20 activités de la grille d'éligibilité à la PCH, et sert à déterminer l'accès à la PCH puis l'accès à l'élément 1 de la PCH aides humaines : comment la personne réaliserait l'activité si elle n'avait aucune aide (stimulation, aide technique...) dans son environnement. La capacité fonctionnelle est cotée par un chiffre entre 0 et 4, les termes de « difficulté grave » ou « difficulté absolue » font référence à cette cotation. L'évaluation du plan personnalisé de compensation repose, de manière complémentaire, sur la prise en compte des aides accessibles au demandeur pour l'accompagner et le soutenir dans la réalisation de ces activités, en fonction de son environnement (retentissement) et au regard de son projet de vie.

Tableau 44 : Réponse au questionnaire à la question « Un avis médical est-il systématiquement requis pour définir le plan de compensation ? »

Réponse	Nb départements
Oui	26
Non	10
N/A	13

Source : Mission d'après le questionnaire soumis aux Conseils départementaux et aux MDPH.

L'évaluation personnalisée se veut globale et pluridisciplinaire. Elle ne l'est pas toujours en pratique. Au-delà des disparités entre départements que ce point génère, en fonction notamment de la capacité de mobiliser une expertise médicale lors des évaluations, l'évaluation de l'éligibilité et l'établissement du plan comportent des dimensions nécessairement subjectives, où la confrontation des avis permet une intelligence collective au service d'une réponse à bon/s droit/s aux besoins du bénéficiaire et où l'avis médical (pour compléter le certificat médical au dossier) peut enrichir spécifiquement l'analyse de l'équipe pluridisciplinaire.

S'agissant du certificat médical, au regard de l'enjeu qu'il représente dans l'évaluation de la demande de compensation du handicap, la mission recommande la mise en place d'un plan d'action pour faciliter son renseignement, adapter sa fréquence aux besoins de certains publics et sécuriser sa transmission (*cf.* sur ce point annexe V, contrôle et lutte contre la fraude).

Sur ces bases, l'équipe élabore le plan personnalisé de compensation (PPC) lequel a vocation à recenser les besoins et les réponses (y compris existantes et éclairées par le projet de vie) à ces besoins. La proposition de plan de compensation comporte les préconisations de l'équipe pluridisciplinaire, mais ne constitue pas une décision et ne peut pas être contestée. Pour les besoins d'aide humaine, le plan personnalisé de compensation précise :

- ◆ le nombre d'heures proposées au titre des actes essentiels, de la surveillance, du soutien à l'autonomie, des frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective ;
- ◆ la répartition selon le statut de l'aidant ;
- ◆ l'ensemble des réponses aux différents besoins d'aide humaine identifiés, y compris celles qui ne relèvent pas de la prestation de compensation dans le cadre d'une évaluation globale des handicaps et de leurs retentissements.

Le temps d'aide est soumis, comme les autres éléments de la PCH à des plafonds, qui peuvent toutefois être dépassés par exception :

- ◆ Le temps d'aide humaine pour la **participation à la vie sociale** peut atteindre 30h par mois. Il est attribué sous forme de crédit temps et peut être capitalisé sur une durée de 12 mois ;
- ◆ le temps maximum attribuable au titre de la **surveillance** pour les personnes ayant des altérations des fonctions mentales, cognitives et/ou psychiques est de 3 heures par jour (*cf. supra*, PCH « psy ») ;
- ◆ il peut se cumuler avec celui accordé pour les actes essentiels dans la limite de 6h05 par jour, pour les personnes ayant la capacité « physique » de réaliser tout ou partie de l'activité mais qui ne la réalisent pas ou pas complètement ou pas totalement ou pas habituellement sans le soutien d'un tiers ;
- ◆ le cumul des temps d'aide humaine pour les actes essentiels et la surveillance peut dépasser 6h05 et atteindre 24 heures par jour pour les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne ;

- ◆ le temps d'aide humaine pour le **soutien à l'autonomie** peut atteindre 3h par jour. Il est attribué sous forme de crédit temps et peut être capitalisé sur une durée de douze mois (lissage et possibilité de reports d'un mois sur l'autre).

Compte-tenu, d'une part, de la complexité de l'application des règles d'éligibilité et de la procédure d'évaluation des besoins dans l'environnement de vie du bénéficiaire, qui repose sur une analyse individualisée et globale et, d'autre part, des moyens disponibles, certaines MDPH ont mis en place en interne des pratiques d'harmonisation (par exemple élaboration de guides de procédures internes) qui sont partagées entre équipes d'évaluation (*cf. supra*, annexe IV relative aux disparités de gestion). Ces pratiques sont parfois partagées aussi avec d'autres MDPH, permettant de croiser les points de vue, d'unifier les analyses et les pratiques et ainsi d'harmoniser les évaluations des situations et de contribuer à l'équité entre bénéficiaires. Ces pratiques méritent d'être généralisées, sous l'égide de la CNSA dont c'est l'une des prérogatives à l'égard des MDPH/MDA.

Proposition n° 6 : Au-delà des pratiques d'harmonisation mises en place dans certaines MDPH, généraliser les contre-évaluations croisées entre équipes pluridisciplinaires voire entre MDPH sur des dossiers anonymisés, afin d'unifier les pratiques avec l'appui de la mission d'animation des MDPH par la CNSA.

Ce plan personnalisé de compensation est transmis à la personne qui dispose d'un délai de 15 jours pour faire connaître ses observations à la MDPH. 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 CDAPH va statuer sur sa demande, ainsi que sur la possibilité de se faire assister ou de se faire représenter par la personne de son choix, mais cette faculté reste en pratique une exception.

Le plus souvent, cette validation se fait « par listes », comme pour les autres droits ouverts, les discussions – et potentielles modifications de la proposition de décision – intervenant principalement par exception et sur demande du bénéficiaire potentiel ou à la demande de l'équipe pluridisciplinaire. À la question de la mission « CDAPH -Pour [la PCH], quel est le taux de refus de la CDAPH suite à instruction positive des services de la MDPH ? », les réponses sont « zéro » dans dix départements, moins de 1 % (y compris un « 0,07 % ») dans quatre départements, et un « moins de 2 % » et un « inférieur à 5 % ». Cinq d'entre eux soulignent en commentaire que **c'est l'inverse et le refus (ou le plan) proposé par l'équipe pluridisciplinaire qui est revu à la hausse**¹²⁹.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend la décision d'accord ou de rejet de la demande, elle est informée des observations de la personne. Plus précisément, la décision indique ;

- ◆ l'attribution ou le rejet de la PCH et des éléments de la PCH ;
- ◆ la motivation de la décision ;
- ◆ la nature des dépenses pour lesquelles chaque élément est affecté, en précisant, pour l'élément lié à un besoin d'aide humaine, la répartition des heures selon le statut de l'aidant ;
- ◆ le montant total attribué, sauf pour l'élément « aide humaine » et le montant mensuel attribué ;
- ◆ les modalités de versement choisies par le bénéficiaire ;
- ◆ la durée d'attribution du droit.

¹²⁹ Verbatim d'une des réponses reçues : « L'inverse est davantage vrai : proposition de refus de la part de la MDPH que la CDAPH transforme en accord », « infime, plutôt l'inverse (et encore, rare aussi) » ou encore « NB: la CDAPH ne s'oppose jamais à une proposition favorable de l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'évaluation. En revanche, il arrive que les propositions de refus de l'EP soient contestées par les membres (associatifs) de la CDAPH » et « la CDAPH accepte de maintenir les heures que l'EP a proposé de diminuer, sur la base du ressenti des familles ».

Tableau 45 : Réponse au questionnaire à la question « Un médecin est-il présent à la CDAPH de manière ... : ? »

Réponse	Nb départements
Systématique	11
Occasionnelle	10
Jamais	14

Source : Mission d'après le questionnaire soumis aux Conseils départementaux et aux MDPH.

Au-delà de la présence non systématique d'un médecin en CDAPH (souvent de manière corrélée avec la difficulté à faire intervenir un médecin dans le cadre de l'évaluation pluridisciplinaire), **la durée d'attribution du droit est également un élément décisif dans l'économie des droits ouverts.**

La durée conditionne en effet dans les montants et dans le temps l'adéquation du plan personnalisé aux besoins du bénéficiaire, lesquels peuvent évoluer, mais également pour la maîtrise des débours. Au minimum d'un an, au maximum de dix, cette durée doit permettre à la fois de ne pas sur mobiliser des équipes administratives et d'évaluation déjà insuffisamment dotées pour traiter les flux de demandes (primo-évaluation ou révision), tenir (ou plutôt se conformer à nouveau) aux délais de traitement des dossiers, mais de s'assurer de la pertinence et de l'effectivité du plan, notamment en cas d'amélioration du handicap et de son retentissement¹³⁰.

Tableau 46 : Réponses à la question « pour [la PCH], quelle est dans votre département la durée moyenne d'attribution au moment de la notification (en années) ? (verbatim) »

Réponses « en clair »
non disponible
ND
NC
Difficile à quantifier du fait d'une part importante d'attribution sans limitation de durée
2 à 5 ans
3 à 5 ans
3 à 5 ans
moins de 5 ans
2 à 10 ans
5
5 ans
7 ans (sans tenir compte des PCH SLD)
6,5 ans en 2024
6,75
8 ans AH AT et Aménagement logement. 5 ans autres volet
8,4
Hors SLD : 9,4
9,9
10
10
Dépend du taux

Source : Mission d'après le questionnaire soumis aux Conseils départementaux et aux MDPH.

¹³⁰ Le sujet n'est pas que théorique. Une [infographie](#) de la DREES de 2020 (sur données RI-PCH de 2015) indique si un bénéficiaire de la PCH sur dix entre ou sort de la PCH chaque année, 30 % sortent au bout de 3 ans, 17 % après 5 ans et 10 % au bout de 10 ans, même si une partie se fait vers d'autres prises en charge et le cas échéant d'autres prestations.

Il va de soi que ces durées moyennes sont liées aux types de handicaps et de leurs retentissements, lesquels sont différents entre départements. Toutefois, vu le nombre de décisions rendues (cf. tableau suivant, 320 000 en moyenne par an sur l'ensemble du territoire), à la fois en termes d'équité devant la solidarité nationale, mais également pour être capable d'accompagner le bénéficiaire au long de son projet de vie, ces écarts de pratiques doivent être interrogés, et sans doute peuvent être largement réduits.

Proposition n° 7 : Renforcer l'encadrement des pratiques quant à la durée des droits ouverts à la PCH, par la CNSA, dans le cadre de son rôle d'animation des MDPH pour permettre d'améliorer les conditions de prise en charge et de les harmoniser sur l'ensemble du territoire.

L'importance des flux d'entrée et de sortie de la PCH et d'évolution en son sein peut également conduire à dégager des principes de réexamen plus fréquent, en accord avec le demandeur.

D'ailleurs, notamment par rapport au projet de vie (formation ou activité professionnelle), certaines équipes départementales pratiquent une clause de "rendez-vous à l'issue" pour affiner le contenu et la durée des droits à ouvrir. L'ensemble de ces dimensions, non cadrées et relativement "locales", sont génératrices de disparités entre bénéficiaires, tout en étant souhaitables et souvent de bonne pratique pour gérer la tension entre les équilibres contradictoires évoquée ici.

Cette décision est susceptible de recours administratif préalable et le cas échéant contentieux :

- ◆ RAPO¹³¹ (recours administratif préalable obligatoire et gracieux) : taux de 2,28 % en 2022 (échantillon : 88 MDPH), contre 2,13 % en 2021 (échantillon : 91 MDPH) et 2,69 % en 2020 (échantillon : 98 MDPH). Sans qu'il soit possible d'identifier la part de la PCH dans ces recours obligatoires non contentieux, les disparités entre départements sont réelles (de 5 à 7 % dans les départements des Bouches du Rhône, du Tarn et Garonne, du Gard et du Var, moins de 1 % dans 12 départements dont l'ensemble des DROM, l'Aisne, le Gers, l'Ille-et-Vilaine et le Cantal).
- ◆ recours contentieux : ce serait le cas dans moins de 0,3 % des décisions rendues par les CDAPH, mais sans doute moins encore pour la PCH que pour d'autres droits¹³².

3.3.3. Les outils méthodologiques pour éclairer et harmoniser les pratiques d'évaluation sont appréciés et maîtrisés, mais pâtissent de leur ancienneté

La CNSA a développé peu après l'entrée en vigueur de la PCH des outils pour accompagner les MDPH dans l'évaluation du retentissement des handicaps du demandeur dans son environnement et au regard de son projet de vie :

- ◆ un [manuel d'utilisation du GEVA](#) (60 pages à vocation d'explication du GEVA, mai 2008) complété par un [cahier pédagogique](#) (mai 2012) ;
- ◆ une [version graphique du GEVA](#) (40 pages à vocation d'outil de cotation systématique dans le cadre de la construction d'un plan personnalisé de compensation, mai 2008) ;
- ◆ un [cahier pédagogique](#) sur l'éligibilité à la PCH (octobre 2013) ;
- ◆ un [guide PCH aide humaine](#) (mars 2017) ;

¹³¹ Issu de la loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019. La loi instaure un recours administratif préalable obligatoire (RAPO) formé devant l'auteur de la décision qui est contestée – président de la CDAPH en l'occurrence – avant que l'utilisateur puisse saisir, selon les cas, le tribunal administratif.

¹³² CNSA, 2024, [Synthèse des rapports d'activité 2022 des maisons départementales des personnes handicapées](#).

- ♦ un [kit pédagogique](#) présentant les nomenclatures des besoins des personnes handicapées et les prestations répondant à ces besoins dans le cadre de Seraphin-PH.
- ♦ d'autres outils plus spécifiques, notamment sur "[construire un diagnostic territorial partagé](#)" (2016), "[la communication des personnes polyhandicapées](#)" (2023) et surtout un guide pour les MDPH et réalisé avec trois d'entre elles pour [une application harmonisée du décret du 19 avril 2022](#)¹³³ (décembre 2022).
- ♦ des formations générales (prise de poste) et spécifiques à destination des équipes des MDPH, et des missions d'appui aux MDPH de plus en plus nombreuses.

Si ces documents et initiatives présentent, y compris selon les équipes des MDPH rencontrées par la mission, un intérêt réel, il convient de noter qu'ils ne sont pas tous aisément accessibles (ils gagneraient à être tous rassemblés dans les « outils » mis à disposition par la CNSA), adaptés aux nouveaux modes d'apprentissage, et par ailleurs consolidés et actualisés des principales évolutions de la PCH intervenues depuis 2008. La mission recommande qu'y soient adjoints et associés les matériels pédagogiques des formations et principales conclusions des missions d'appui réalisées par la CNSA. Enfin, ces guides ne couvrent pas certaines dimensions des aides accordées ou des soins pris en charge, ce qui conduit nécessairement à des disparités entre départements et des iniquités entre bénéficiaires.

Proposition n° 8 : Préciser dans la réglementation ou à tout le moins les référentiels de la CNSA les dépenses qui peuvent être prises en charge ou non (activités, aides techniques, par exemple), pour alimenter les efforts d'harmonisation des travaux des MDPH.

À la faveur de ces cadrages, il serait souhaitable de consolider les guides et référentiels sur la PCH sur l'ensemble des dimensions (conditions d'éligibilité, insertion des compléments intervenus, barèmes-types, prise en compte des aides existantes ou mobilisables dans les plans personnalisés de compensation, axes de contrôle) permettant d'avoir des bases communes pour la gestion de la PCH entre toutes les MDPH.

3.3.4. Le montant des aides dépend enfin d'une confrontation entre une offre de soins et d'équipements et des besoins individualisés et territorialisés de compensation, où le conseil départemental exerce des prérogatives fortes

3.3.4.1. L'aide à domicile

La tarification des SAAD ou le « tarif opérateur » est opposable aux structures tarifées (tarif contradictoire) et son montant est déterminé par arrêté départemental à la suite d'un dialogue budgétaire avec le service.

Le tarif départemental correspond au montant de financement par l'utilisateur, et contrairement au SAAD « non-tarifé », le SAAD ne peut facturer l'utilisateur au-delà du tarif individuel. Des dépenses peuvent être rejetées par l'autorité de tarification. Ces structures, habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, sont dites « tarifées ». Pour les services non-habilités à l'aide sociale, le tarif des prestations d'aide est libre (mais le remboursement du bénéficiaire se fait alors selon les nombres d'heures des plans personnalisés de compensation valorisés aux tarifs planchers nationaux revalorisés annuellement, la CNSA versant à cette fin un concours financier dédié aux départements).

¹³³ Comme vu précédemment, ce décret crée en particulier dans ses articles 2 et 3 le nouveau domaine d'aide humaine, « soutien à l'autonomie », qui permet d'aller au-delà du soutien aux « actes essentiels de la vie courante » qui existait jusque-là, afin de répondre aux besoins spécifiques d'assistance aux personnes présentant un handicap lié à des altérations de fonctions mentales.

Une étude de la Fedesap¹³⁴ de 2021¹³⁵ fait état d'une homogénéité des tarifs des SAAD au titre de la PCH (notamment par comparaison avec l'APA). 70 départements avaient alors un tarif de référence égal à 17,77 €, soit le minimum fixé par arrêté au moment de l'étude, montant revalorisé à plusieurs reprises depuis. Cette étude ne prend toutefois pas en compte trois éléments qui permettent de « moduler » le prix des prestations d'aide à domicile :

- ◆ les tarifs contractualisés via les CPOM : la contractualisation par le CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) permet aux départements de définir, notamment, un tarif socle départemental. Les éventuelles obligations de service public contractualisées dans ce cadre font l'objet d'une compensation, et peuvent conduire à majorer ce tarif-socle ;
- ◆ les tarifs pour les bénéficiaires de l'aide sociale : certains départements appliquent des tarifs sociaux spécifiques pour les usagers à faibles revenus. Cette minoration du reste à charge pour le bénéficiaire s'ajoute au taux de participation légal déjà appliqué et lui permet, via cette réduction, d'augmenter sous enveloppe le nombre d'heures accordé dans le plan personnalisé de compensation, le volume et/ou le prix de l'aide reçue ;
- ◆ les tarifs pour les dimanches et jours fériés : Les dimanches et jours fériés, les tarifs APA et PCH sont parfois majorés dans plusieurs départements, permettant d'intégrer le surcoût lié aux majorations salariales imposées par les différentes conventions collectives.

L'étude fournit d'autres exemples : en cas de conventionnement CPOM, le département des Alpes-Maritimes, le SAAD bénéficie d'un complément horaire allant jusqu'à 3 euros/heure. Dans le Département de l'Orne, pour les plans d'aide de moins de 50 heures, une participation obligatoire de 1,50 € par heure est demandée à l'utilisateur. En Ardèche, les tarifs en zone rurale sont distingués des tarifs en zone urbaine (majoration de l'heure en zone rurale de 0,70 € en 2021).

3.3.4.2. L'accueil en établissement

L'offre d'accueil en établissement peut impacter la prise en charge à domicile et donc le recours à la PCH. Par ailleurs, L'accueil en établissement (y compris en cas d'hospitalisation) a pour effet de réduire¹³⁶ l'élément aide humaine de 90 % dès lors que le bénéficiaire n'est pas (ou plus) à son domicile dans la limite d'un plafond (par mois si la personne bénéficiait déjà de la PCH avant de quitter son domicile, ou par jour si la personne « entre » à la PCH à l'occasion de son accueil en établissement). Le maintien d'une prestation se justifie pour couvrir les frais engagés lorsque la personne rentre à domicile.

Les autres volets de la PCH (aides techniques, aides à l'aménagement ou à l'équipement du logement ou du véhicule, aides au transport, etc.) peuvent être ré-évaluées en fonction de la prise en charge, ou non, des besoins spécifiques du bénéficiaire en établissement.

¹³⁴ Fédération française des services à la personne et de proximité.

¹³⁵ Fédésap, 2021, [Étude sur les réalités départementales de prise en charge de l'APA et la PCH](#).

¹³⁶ Si le bénéficiaire percevait déjà la PCH, cette réduction est détemporalisée par rapport au départ du domicile : à compter du 45^e jour d'accueil consécutif en établissement ou en cas d'hospitalisation et à compter du 60^e jour s'il doit licencier son aide à domicile.

Si les données sont parfois lacunaires¹³⁷, les dépenses de PCH lorsque le bénéficiaire est accueilli ou hébergé en établissement représentent 4,4 % des dépenses totales de PCH, et les dépenses d'ACTP en établissement (dix fois moindres que celles de PCH), 6,1 % des dépenses totales d'ACTP, soit 4,5 % en établissement pour l'ensemble des versements des deux prestations. En termes de bénéficiaires¹³⁸, pour la seule PCH, 87 % des bénéficiaires de la PCH la reçoivent à domicile et 13 % en établissement, avec des variations d'âge significatives : 6 % pour les bénéficiaires de moins de 20 ans en établissement, et 16 % pour les bénéficiaires de plus de 60 ans. En termes de montant par bénéficiaire, la PCH en établissement versée représente en moyenne 30 % de la PCH à domicile (compte tenu des délais de mise en œuvre de la réduction à 10 % des aides humaines pour ceux qui en bénéficiaient à domicile, et des modalités de révision des aides techniques).

Les modalités de calcul de la PCH maintenue en établissement, représentant 10 % d'aide humaine, sans contrôle d'effectivité, pourraient être réinterrogées en cas de prise en charge durable du bénéficiaire en établissement ou en structure adaptée¹³⁹, hors du domicile.

Proposition n° 9 : Envisager l'aménagement de la PCH « établissement », soit dans ses montants, soit dans l'amodiation des délais de latence avant la réduction de l'aide humaine.

Cette proposition pourrait générer une économie budgétaire de l'ordre de 10 M€, sur la base d'une assiette estimée à 87 M€ à partir des dernières données de la DREES¹⁴⁰.

Au-delà, par entretiens avec la mission, certaines équipes ont souligné que le coût des prises en charge de handicaps exceptionnels par leur nature, leur retentissement, en tout cas sur les plans de compensation notifiés, était parfois sensiblement plus élevés à domicile qu'en établissement, ou autres structures d'accueil et d'hébergement. Ainsi, dans un département visité par la mission, le coût ensemblier de la PCH de quatre bénéficiaires vivant ensemble en habitat partagé représente le coût d'un accueil de dix-sept personnes en établissement spécialisé, même si la contrainte sur le nombre de places rend cette comparaison essentiellement arithmétique et sans toujours de pleine portée pratique.

Tout en laissant le libre-choix de la personne en situation de handicap et en prenant en compte son projet de vie, qui est l'un des fondements de la loi de 2005, ainsi que l'offre médico-sociale accessible sur le territoire (sa saturation pouvant ne laisser d'autre choix que le maintien à domicile du bénéficiaire, même si celui-ci ne le souhaite pas), la présentation d'une alternative entre accueil en établissement – y compris à titre temporaire ou seulement en journée – et maintien à domicile pourrait éclairer le choix du bénéficiaire, de son environnement, et nourrir les échanges entre les travailleurs sociaux et les attributaires de la PCH.

¹³⁷ L'ensemble des départements ne répondent en effet pas tous à l'intégralité de l'enquête « Aide sociale » coordonnée par la DREES : entre 50 et 80 départements ont partagé leurs dépenses 2023 sur la PCH et l'ACTP (cf. [données brutes de l'enquête Aide sociale – Volet dépenses](#)) représentant deux-tiers des dépenses nationales.

¹³⁸ Données également parfois manquantes, mais mieux servies que sur le volet dépenses, sur l'année 2023, [Données brutes de l'enquête Aide sociale – Volet Aides sociales aux personnes âgées ou handicapées](#) sur 75 à 82 départements.

¹³⁹ En particulier lorsque l'établissement ne relève pas du conseil départemental (MAS ou établissement de santé par exemple).

¹⁴⁰ Cette estimation a été réalisée sur la base des données de la DREES concernant les montants versés pour décembre 2023 au titre de la PCH aide humaine pour les personnes qui résident en établissement. 7,2 M€ ont été versées en décembre 2023, soit en retenant l'hypothèse d'un montant identique chaque mois de l'année, 86,4 M€ au total. Il s'agit toutefois d'un minorant, car une partie des départements n'ont pas renseigné ces dépenses (cf. *supra*, notes 137 et 138).

3.3.4.3. Le prix des aides techniques

Il n'a pas été possible dans le cadre de cette mission d'examiner en quoi et comment la résolvabilisation via le versement de la PCH d'une offre – déjà souvent rare et chère – des équipements et services aux personnes en situation de handicap pourrait alimenter une augmentation des prix pratiqués. Dans leur rapport de 2011¹⁴¹ sur la PCH, l'IGAS et l'IGA relevaient en particulier un tel risque d'augmentation des prix des équipements financés par les aides techniques (appareillage auditif, fauteuil roulant, etc.), tarifs désormais encadrés.

3.4. Le versement direct au prestataire ou sous forme de CESU mériterait d'être généralisé pour garantir l'effectivité de l'aide apportée

La PCH est attribuée par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) de la MDPH et elle est versée par le conseil départemental.

L'aide humaine est versée sur le compte bancaire du bénéficiaire tous les mois, sauf :

- ♦ en cas de recours à un mandataire (organisme qui facture ses services pour l'aide humaine et effectue les formalités administratives et sociales)¹⁴² ;
- ♦ en cas de recours à un prestataire dès lors que l'organisme ou le salarié réalisant la prestation d'aide humaine demande au conseil départemental et après accord du demandeur (ou de son représentant), être payé directement ou via des dispositifs ayant le même effet (CESU notamment préfinancé ou CESU+).

La sensibilité du paiement des aides humaines et du contrôle d'effectivité y afférant est identifiée de longue date. Le rapport du « GT2 » de la CNH de 2018-2019¹⁴³ préconisait ainsi à ce titre deux mesures, encore incomplètement mises en œuvre à la date de la mission. Si c'est le président du conseil départemental à qui revient la responsabilité d'organiser le contrôle de l'utilisation de la PCH à la compensation des charges pour lesquelles elle a été attribuée aux bénéficiaires¹⁴⁴, les outils et interfaces de gestion relèvent largement des instances nationales.

Le groupe de travail soulignait ainsi, reprenant les constats de la mission, que :

- ♦ les modalités de contrôle ne sont pas encadrées par des textes précis et les usagers n'en sont pas suffisamment informés :
 - la périodicité du contrôle est laissée à la libre appréciation du Président de l'exécutif départemental ;
 - le contrôle peut être effectué sur place ou sur pièces : nécessité de conserver l'ensemble des éléments durant deux ans ;
 - des disparités de traitement existent entre les conseils départementaux ;

¹⁴¹ IGA, IGAS, 2011, [Evaluation de la prestation de compensation du handicap pch](#).

¹⁴² [Article L245-12](#) du CASF.

¹⁴³ Rapport du groupe de travail n° 2 « *Rénover la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'améliorer l'accès à cette prestation, renforcer sa juste attribution et mieux prendre en compte les besoins des personnes* », janvier 2020. La plupart des autres propositions formulées (création d'une aide à la parentalité pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap qui veulent devenir ou sont parents (mesure 8), améliorer l'accès à la PCH pour les handicaps psychiques, mentaux, cognitifs et neuro-développementaux (mesure 12), défiscalisation (mesure 7) du dédommagement des aidants familiaux), ouvrir un accès des départements au répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) pour permettre la vérification de l'existence de droits ouverts à la MTP (mesure 29), connecter les départements au système national de gestion des identifiants (SNGI) (mesure 30), développement de la télégestion pour les services prestataires dès lors que le Conseil départemental la met en place (mesure 31) ont fait l'objet d'une mise en œuvre rapide dans le cadre des évolutions intervenues depuis du cadre régissant la PCH.

¹⁴⁴ II de l'[article L245-5](#) et [article D245-57](#) du CASF.

- ◆ les limitations actuelles au versement direct de la PCH au service mandataire¹⁴⁵ ou le versement de la PCH sous forme de CESU qui demeure conditionné à l'accord du bénéficiaire (art. R. 245-68 du CASF, sauf défaut de paiement des dépenses couvertes par le plan personnalisé de compensation) paraissent pouvoir être levés, notamment sur la base de l'expérimentation "Home +"¹⁴⁶, qui pourrait mériter une actualisation de sa trajectoire, et surtout une harmonisation des pratiques et des ambitions sur le territoire.

Proposition n° 10 : Poursuivre le développement de la télégestion des factures et des paiements, notamment pour l'aide humaine, en travaillant d'abord au niveau national (CNSA, URSSAF, fédérations professionnelles, voire administration fiscale au titre du crédit d'impôt) sur les outils et procédures applicables avant leur mise en œuvre dans les départements de sorte de sécuriser les paiements des aides versées au titre de la PCH et de faciliter le contrôle de leur effectivité.

De manière plus générale, les ressources des MDPH sont maintenues sous **forte tension par la gestion des délais de traitement des dossiers**. Cet objectif, souvent premier, fait parfois obstacle à l'approfondissement de l'évaluation et de l'établissement du plan personnalisé, et surtout de la proactivité pour leur actualisation, sauf demande en ce sens du bénéficiaire.

Sans modifier en profondeur l'économie des moyens humains des MDPH, mais en dotant celles-ci d'outils raisonnablement communicants entre eux (le déménagement d'un bénéficiaire entraînant le plus souvent impression, envoi postal et ressaisie de l'ensemble du dossier) comme avec les autres systèmes des administrations fiscales et sociales, il est possible d'augmenter la productivité des équipes avec des dossiers numérisés, dont les éléments principaux seraient sécurisés (difficilement falsifiables), le rassemblement des éléments documentaires requis, et l'accès à des informations-clés quant à la situation du bénéficiaire et de son encadrant. Le temps ainsi libéré permettrait, le cas échéant à l'appui des mesures de « pré-tri sélectif » précédemment proposées dans les cas où le dossier de demande n'a manifestement aucune chance d'aboutir favorablement, d'amplifier la mobilisation des MDPH sur l'accompagnement, voire l'anticipation, de l'évolution des besoins et des ressources des bénéficiaires.

Ces mesures complèteraient une autre évolution qui paraît incontournable pour suivre les bénéficiaires de PCH et la réalité de la prestation (quitte à en tirer des enseignements traduits dans les pratiques des MDPH ou dans le cadre législatif et réglementaire applicable), concernant le contrôle et la lutte contre la fraude (*cf. supra*, annexe V sur le paiement à bon droit, le contrôle et la lutte contre la fraude sur l'ensemble des cinq aides sociales légales couvertes par la mission).

Proposition n° 11 : Structurer les contrôles par une analyse des risques sur le paiement à bon droit (non recours ou sur-montants) et uniformiser, en cas de fraude, l'identification de zones de fragilité dans les processus ou les types d'aides (ou toute autre dimension, y compris pour les certificats médicaux) coordonnant la vérification des situations similaires sur l'ensemble du territoire, avec en particulier des axes de contrôle et des requêtages discutés, partagés et suivis entre la CNSA et les MDPH.

¹⁴⁵ [Article L245-12](#) du CASF décliné par les [article R245-61](#) pour l'élément 1 (aides humaines) et [article R245-64-1](#) du même code pour les éléments 2 à 4 de la PCH.

¹⁴⁶ Pour des détails sur cette expérimentation (objectifs, modalités, évaluation et incertitudes actuelles sur une éventuelle extension), *cf.* annexes IV et V.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, au titre de la PCH, plusieurs recommandations ont été formulées ou proposées dans les développements qui précèdent. De manière plus synthétique, celles-ci s'articulent autour des axes suivants :

- ◆ structurer et systématiser les actions de recours contre tiers pour les situations qui le permettent (notamment en cas de handicap consécutif à un dommage accidentel) ;
- ◆ réaliser une étude quant aux conséquences d'une révision des modalités de calcul de la PCH « établissement » qui serait prise en compte, par exemple, lors de l'examen de l'ASH pour les personnes concernées, ou de l'amodiation des délais de latence avant la réduction de l'aide humaine ;
- ◆ une analyse de l'articulation entre la PCH (92 % d'aide humaine) et les dispositifs fiscaux, notamment le crédit d'impôt (clarification du montant à déclarer, normalement seulement la partie non prise en charge par la PCH et réellement exposée par le bénéficiaire ou son représentant, réflexion qui pourrait inclure les taux réels de prise en charge en fonction du plafond du crédit d'impôt), avec estimation des éventuels impacts entre financeurs (bénéficiaire, État, département et/ou CNSA) ;
- ◆ le pré-tri sélectif et à titre exceptionnel, exonérant d'une instruction et d'une évaluation approfondies les demandes qui ne relèvent manifestement pas d'un droit à la PCH, droit qui fait l'objet du taux de refus le plus important parmi les demandes aux MDPH ;
- ◆ la précision de la réglementation ainsi, en complément, que l'actualisation et l'uniformisation des guides-barèmes et référentiels sur les types d'aides, humaines, techniques et soins susceptibles d'être pris en charge dans le cadre de l'évaluation globale et des aides légales correspondantes (cf. équithérapie parfois intégrée, parfois refusée, selon les différents départements) ;
- ◆ l'encadrement par la CNSA dans son rôle d'animation des MDPH des pratiques quant à la durée des droits ouverts, qui font l'objet d'une très grande hétérogénéité entre départements et partant la capacité à accompagner les flux d'entrée et de sortie de la prestation, et l'évolution de la situation des bénéficiaires ou de leur environnement proche, ainsi que de leur projet de vie, le cas échéant – comme le font certains départements aujourd'hui – avec un réexamen au bout d'une période déterminée en accord avec le demandeur ;
- ◆ le développement de la télégestion des factures et des paiements, notamment pour l'aide humaine, en travaillant d'abord au niveau national (CNSA, URSSAF, fédérations professionnelles) sur les outils et procédures applicables avant leur mise en œuvre dans les départements ;
- ◆ une amodiation de la PCH parentalité pour permettre l'accompagnement des bénéficiaires (notamment PCH « psy ») dans l'évaluation de leurs besoins liés à la parentalité et de s'assurer de l'adéquation du forfait parentalité aux charges réelles liées à la parentalité (notamment lorsque les enfants ne résident pas au foyer des bénéficiaires) ;
- ◆ la structuration des contrôles par une analyse des risques sur le paiement à bon droit (non-recours ou surmontant, voire fraude), l'actualisation de la situation du bénéficiaire (indus, rappels), passant par un outil partagé (requêtages CNSA) simplifiant le transfert de dossiers en cas, par exemple, de déménagement de l'allocataire et l'uniformisation, en cas de fraude, d'identification et de contrôle de situations similaires sur l'ensemble du territoire.