

N° 306

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 février 2025

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le bilan de l'application
de la loi du 11 février 2005,*

Par Mmes Chantal DESEYNE, Marie-Pierre RICHER
et Corinne FÉRET,

Sénateur et Sénatrices

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, *président* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Xavier Iacovelli, Mmes Cathy Apourceau-Poly, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mmes Marie-Do Aeschlimann, Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, M. Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, Monique Lubin, Brigitte Micouveau, M. Alain Milon, Mmes Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, M. François Patriat, Mmes Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	9
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	21
LISTE DES SIGLES.....	23
PREMIÈRE PARTIE : AUX ORIGINES DE LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005	27
I. UNE NOUVELLE APPROCHE DES POLITIQUES DU HANDICAP	27
A. UNE LOI PORTANT UN CHANGEMENT DE PARADIGME POUR LES POLITIQUES DU HANDICAP	27
1. Avant 2005, des ambitions en attente d'une grande loi pour le handicap	27
2. Un renversement de perspective assumé : adapter le droit au handicap et non l'inverse	28
B. UNE MEILLEURE APPRÉHENSION DE LA DIVERSITÉ DES HANDICAPS.....	29
1. L'impensé du handicap psychique avant la loi du 11 février 2005	29
2. Une définition du handicap qui reste introuvable pour les politiques publiques.....	30
II. UNE LOI AMBITIEUSE, ÉLABORÉE EN PARTANT DES BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	31
A. LA LOI DE 2005 : UN TEXTE NÉ D'UN CONSENSUS POLITIQUE ET COCONSTRUIT AVEC LE SECTEUR ASSOCIATIF	31
1. Une priorité partagée par l'ensemble des acteurs politiques	31
2. Une loi coconstruite avec le secteur associatif.....	32
B. LE CHOIX D'UNE LOI TRANSVERSALE : APPORTER UNE RÉPONSE GLOBALE AUX DEMANDES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	33
1. Une compensation individualisée des conséquences du handicap	33
2. La promesse d'une accessibilité universelle.....	34
DEUXIÈME PARTIE : LE DROIT À COMPENSATION	37
I. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP : UN DÉPLOIEMENT RÉUSSI, DES OBJECTIFS PARTIELLEMENT ATTEINTS.....	37
A. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP : UN DISPOSITIF AMBITIEUX CARACTÉRISÉ PAR SON APPROCHE PAR LES BESOINS.....	37
1. La prestation de compensation du handicap : un dispositif original, calibré sur les besoins de chaque bénéficiaire	37
a) Une traduction concrète et ambitieuse du droit à compensation.....	37
b) Une prestation unique et universelle	38
c) Une prestation qui permet de couvrir des besoins de nature très différente.....	38
2. Réformes de la PCH : vers une meilleure compensation des conséquences du handicap	40
a) L'élargissement des critères d'éligibilité.....	40
b) L'élargissement des charges couvertes par la PCH.....	41
c) La simplification des conditions d'attribution de la PCH.....	41

B. UN DISPOSITIF QUI N’A PAS ATTEINT TOUS SES OBJECTIFS	42
1. <i>L’épineuse question de la barrière d’âge.....</i>	42
2. <i>Pour les enfants en situation de handicap, un droit à compensation complexe et inadapté..</i>	43
3. <i>Une couverture imparfaite des charges.....</i>	45
4. <i>Des fonds départementaux de compensation du handicap dont la mission est fragilisée.....</i>	46
C. LES DÉPARTEMENTS, FINANCEURS DE LA PCH, SONT CONTRAINTS PAR LE FORT DYNAMISME DE CETTE PRESTATION	47
1. <i>Les départements, qui assurent le versement de la prestation de compensation du handicap, font face à la hausse des dépenses</i>	47
2. <i>La compensation assurée par l’État est devenue insuffisante.....</i>	48
II. LE NIVEAU DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : UNE RÉPONSE INCOMPLÈTE APPORTÉE PAR LA LOI DE 2005.....	50
A. DEPUIS 2005, UN RENFORCEMENT DE L’ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS	50
1. <i>Le cumul de l’AAH avec les revenus du travail.....</i>	50
2. <i>La création des compléments à l’AAH.....</i>	52
3. <i>Une AAH revalorisée à plusieurs reprises.....</i>	52
B. LE HANDICAP RESTE UN FACTEUR DE PRÉCARITÉ	52
III. L’OFFRE MÉDICO-SOCIALE : UNE COMPOSANTE DU DROIT À COMPENSATION EN TRANSFORMATION.....	54
A. L’OFFRE MÉDICO-SOCIALE : UNE COMPOSANTE À PART ENTIÈRE DU DROIT À COMPENSATION.....	54
B. LA TRANSFORMATION DE L’OFFRE MÉDICO-SOCIALE : UNE NÉCESSITÉ POUR GARANTIR LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE L’ACCOMPAGNEMENT	55
1. <i>La nécessaire fluidification du parcours des personnes en situation de handicap</i>	55
2. <i>Un effort de transformation qu’il convient de poursuivre</i>	57
TROISIÈME PARTIE : LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES	59
I. LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES : UNE EXEMPLE DE GUICHET UNIQUE RÉUSSI, UNE DÉMARCHE DE SIMPLIFICATION INABOUTIE.....	59
A. LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES, STRUCTURE AU SERVICE DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LEURS FAMILLES.....	59
1. <i>La MDPH : un interlocuteur unique de proximité pour un accès aux droits renforcé.....</i>	59
a) <i>Une centralisation des démarches qui facilite le parcours des personnes en situation de handicap</i>	59
b) <i>Un accès aux droits simplifié et renforcé.....</i>	60
2. <i>La gouvernance des MDPH : une formule atypique qui permet la pleine participation du milieu associatif.....</i>	62
a) <i>Un mode de gouvernance qui permet d’associer une pluralité d’acteurs, y compris le secteur associatif</i>	62
b) <i>Une formule qui présente toutefois certaines limites.....</i>	63

B. PRÉSERVER LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT FACE À L'AUGMENTATION DES DEMANDES	63
1. <i>Des structures prises en étau entre augmentation des demandes et enjeux de ressources humaines</i>	63
a) Une augmentation continue du nombre de dossiers à traiter	63
b) De forts enjeux de ressources humaines	64
c) Un mode de financement des MDPH obsolète	64
2. <i>Un accompagnement des usagers dont la qualité pâtit des délais de traitement</i>	66
a) Des délais de traitement inégaux entre départements	66
b) Un accompagnement de moins en moins personnalisé	67
3. <i>Une logique de contrôle de l'utilisation de la PCH pouvant nuire à la pertinence des plans personnalisés</i>	69
C. UN EFFORT RÉEL DE SIMPLIFICATION, MAIS DES PROCÉDURES QUI RESTENT COMPLEXES ET CHRONOPHAGES	70
1. <i>Des démarches qui restent complexes et chronophages</i>	70
2. <i>Un effort réel de simplification qu'il convient de poursuivre</i>	71
a) Un processus de simplification des démarches enclenché	71
b) Vers une meilleure information des usagers	73
c) Une coopération territoriale à encourager	73
II. LE FONCTIONNEMENT DES MDPH : HARMONISER LES PRATIQUES ET RENFORCER LE PILOTAGE NATIONAL POUR RÉPONDRE À L'ENJEU D'ÉQUITÉ	74
A. UNE SIMPLIFICATION ET UNE HOMOGENISATION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL NÉCESSAIRES	74
1. <i>Des outils de travail peu adaptés au traitement de masse</i>	74
a) Une harmonisation progressive du système d'information	74
b) Un usage des outils informatiques qui reste sous-optimal	75
2. <i>Des pratiques et des moyens hétérogènes qui nuisent au principe d'égalité de traitement</i> ...	76
a) L'égalité de traitement est compromise par des différences de pratique et de moyens entre MDPH	76
b) La CNSA doit accentuer ses actions en vue d'harmoniser les pratiques	76
B. UN ACCOMPAGNEMENT PAR LA CNSA QUI DEMANDE À ÊTRE RENFORCÉ	77
1. <i>La CNSA, pilote du réseau des MDPH</i>	77
2. <i>Renforcer l'accompagnement des MDPH tout en préservant l'autonomie des structures</i>	78
a) À l'échelle locale, le conseil départemental reste le pilote de fait de la MDPH	78
b) À l'échelle nationale, la CNSA manque de moyens pour accomplir pleinement sa mission	78
QUATRIÈME PARTIE : L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	81
I. LE RENFORCEMENT DE L'OBLIGATION D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS A PERMIS D'ACCÉLÉRER LEUR INTÉGRATION DANS LE MONDE DU TRAVAIL	81
A. L'OETH, UNE LOGIQUE RENFORCÉE ET ÉTENDUE	81
1. <i>Une politique de quota volontariste renouvelée</i>	81
2. <i>Une extension réussie au secteur public</i>	83

B. UN OBJECTIF LOIN D'ÊTRE ATTEINT MALGRÉ UN TAUX D'EMPLOI EN PROGRESSION	85
1. Un objectif de « mieux en mieux » respecté dans le secteur privé	85
2. Une intégration inégale selon les secteurs, et plus difficile dans les TPE-PME	86
C. AU-DELÀ DE L'OETH, LE DÉFI DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS.....	88
1. L'obligation d'aménagement des postes de travail : une traduction concrète du principe de non-discrimination.....	88
2. L'Agefiph et le FIPHFP : des opérateurs clés pour accompagner les entreprises et leurs salariés travailleurs handicapés.....	89
3. Un financement incitatif qui pose question pour l'avenir.....	91
II. UN ACCÈS À L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS ENCORE TROP SOUVENT CONTRARIÉ	91
A. LES PROGRÈS ENCORE TROP LIMITÉS EN MATIÈRE DE CHÔMAGE.....	91
1. Un écart de niveau de chômage avec la moyenne nationale qui peine à se réduire.....	91
2. Un cumul de difficultés dans l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap	92
B. UNE RÉFORME AMBITIEUSE DU RÉSEAU DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS.....	93
1. La loi de 2005 a mis en place une collaboration accrue entre les acteurs du service public de l'emploi.....	93
2. La réforme pour le plein emploi : une opportunité pour l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap ?	94
C. LA FORMATION DEMEURE LE PRINCIPAL FREIN À L'EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	95
1. Des difficultés d'accès à la formation professionnelle qui perdurent	95
2. Formation professionnelle des personnes en situation de handicap : une visibilité des dispositifs à renforcer auprès de chacun	96
III. LES SECTEURS PROTÉGÉS ET ADAPTÉS : DES MODÈLES UNIQUES À PRÉSERVER	97
A. LA CRÉATION DES ENTREPRISES ADAPTÉES A PERMIS UNE RÉPONSE ADAPTÉE AUX BESOINS DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS À LA FRONTIÈRE ENTRE MILIEU PROTÉGÉ ET MILIEU ORDINAIRE	97
B. LES ÉSAT : UN PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PAR L'EMPLOI AU DÉFI DU RAPPROCHEMENT DU DROIT ORDINAIRE DU TRAVAIL	98
1. Les Ésat proposent un accompagnement par le travail des personnes en situation de handicap.....	98
2. Le rapprochement des droits des travailleurs en milieu protégé des droits du milieu ordinaire ne doit pas se faire au péril de la stabilité financière des Ésat.....	98
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	101
I. AUDITION DE MME CHARLOTTE PARMENTIER-LECOCQ, MINISTRE DÉLÉGUÉE CHARGÉE DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP, SUR LE BILAN 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.....	101
II. EXAMEN DU RAPPORT.....	119

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES133

TABLEAU DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS137

L'ESSENTIEL

La loi du 11 février 2005 a suscité l'immense espoir, pour les personnes en situation de handicap, d'une **compensation effective** des conséquences du handicap et d'un **accès à l'emploi** renforcé.

Vingt ans après, la commission des affaires sociales dresse un **bilan en demi-teinte**, et appelle à ne pas renoncer aux ambitions initiales.

I. DROIT À COMPENSATION : DES AVANCÉES INDÉNIABLES, DES AMBITIONS PARTIELLEMENT ATTEINTES

A. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP : UNE RÉPONSE GLOBALE ET INDIVIDUALISÉE AUX BESOINS DE COMPENSATION

1. La PCH : une approche globale et individualisée du droit à compensation

Dans l'objectif d'atteindre l'égalité des chances et de garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie, la loi de 2005 a institué la **prestation de compensation du handicap (PCH)**.

L'ambition de la PCH est de garantir une **compensation individualisée** des conséquences du handicap. Elle **permet de financer des besoins de nature très différente** : aide humaine, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière et autres aides spécifiques ou exceptionnelles.

La PCH est attribuée par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), au sein de laquelle une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation à l'aune des aspirations et du **projet de vie de la personne**, qui est **associée du début à la fin** du processus d'attribution de la prestation.

2. Depuis 2005, des réformes de la PCH qui ont permis d'améliorer la couverture des besoins

Les **critères d'éligibilité** de la PCH ont été progressivement assouplis. En 2008, la **PCH a été ouverte aux enfants**, un droit d'option restant avec le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ; et en 2020, la **limite d'âge fixée à 75 ans** pour demander la PCH lorsque le handicap a été reconnu avant 60 ans **a été levée**. Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2023, la liste des critères qui permettent l'accès à la PCH a été étendue afin d'en faciliter l'**accès aux personnes atteintes d'une altération psychique, mentale ou cognitive**.

Dans le même temps, les **besoins couverts par la PCH** ont été élargis. Une « **PCH parentalité** » a été créée en 2021 pour financer l'aide humaine et technique dont peuvent avoir besoin les parents en situation de handicap. La même année, la **préparation des repas** et la **vaisselle** ont été intégrées aux besoins en aide humaine couverts par la PCH, et en 2023, un **forfait surdicécité** a été mis en place.

3. Des objectifs fixés par la loi de 2005 qui ne sont que partiellement atteints

Alors que la loi de 2005 prévoyait la suppression des barrières d'âge dans un délai de cinq ans, **la limite fixée à 60 ans n'a jamais été levée**. Ainsi, les personnes dont le handicap se déclare après 60 ans ne sont pas éligibles à la PCH mais bénéficient de **l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**. Or, il existe des **différences de prise en charge** entre ces deux prestations, l'APA ne couvrant que partiellement les charges liées à la perte d'autonomie.

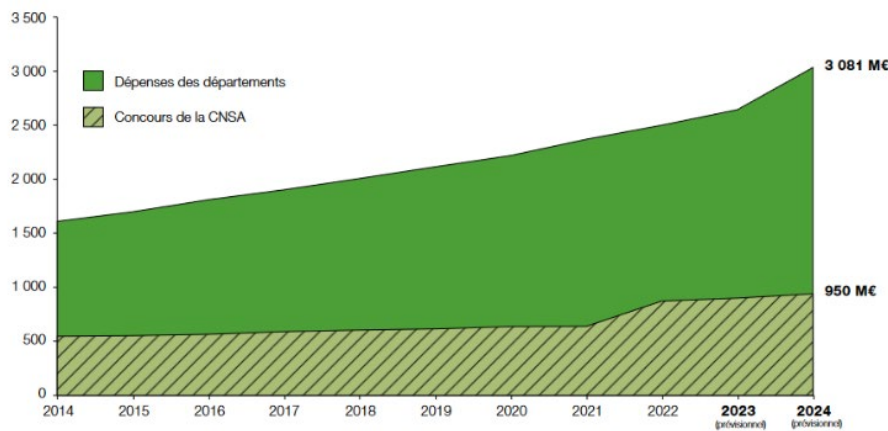
De plus, le **droit à compensation applicable aux enfants** est d'une grande complexité et ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins.

Enfin, malgré l'étendue de la PCH, certaines personnes continuent d'assumer un **reste à charge** important. Le **niveau de prise en charge** des aides techniques n'a **pas été revalorisé** depuis 2006, et les aides techniques innovantes ne sont pas prises en charge. Certaines aides sont tout simplement exclues du périmètre de la PCH, à l'image des **aides ménagères** et des **assistants de communication**.

4. Un dynamisme des dépenses qui se heurte à la problématique du financement

Depuis sa création, la PCH se caractérise par son dynamisme. En 2023, **on dénombre 350 811 bénéficiaires de la PCH**, dont 317 836 adultes et 32 975 enfants, contre près de 7 000 en 2006. Les dépenses de PCH sont quant à elles passées de 1,1 milliard d'euros en 2010 à près de **3,1 milliards d'euros en 2024**, soit une hausse de 155 %.

Évolution des dépenses de PCH et des financements PCH versés aux départements depuis 2014



Source : CNSA, 2024.

Ce dynamisme s'explique tout d'abord par la **croissance démographique** et **l'allongement de l'espérance de vie** des personnes en situation de handicap, qui se traduisent mécaniquement par la hausse du nombre de bénéficiaires et de la durée de prise en charge. Il résulte également des **réformes** mentionnées ci-avant.

Les départements, qui sont chargés du versement de la PCH, **font difficilement face au dynamisme des dépenses**. L'effort repose en grande partie sur eux, la compensation assurée par l'État par le biais du concours versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ayant chuté de 60,4 % en 2009 à près de 30 % en 2024.

B. LE NIVEAU DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : UNE RÉPONSE INCOMPLÈTE APPORTÉE PAR LA LOI DE 2005

1. Depuis 2005, un renforcement progressif de l'allocation aux adultes handicapés

La loi de 2005 contient **peu de dispositions relatives au niveau de vie** des personnes en situation de handicap.

D'une part, elle prévoit la possibilité d'un **cumul de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) avec les revenus du travail**, dans le but de favoriser leur insertion sociale et professionnelle.

D'autre part, elle crée **deux compléments à l'AAH**, non cumulables : le **complément de ressources (CR)**, qui permettait d'assurer un revenu égal à 85 % du Smic aux personnes très gravement handicapées, et la **majoration pour la vie autonome (MVA)**, une aide mensuelle qui permet aux personnes atteintes de 80 % d'incapacité de financer des dépenses d'aménagement de leur logement. **Le CR a été supprimé en 2019** par souci de simplification, non sans conséquences sur les bénéficiaires qui auraient pu y prétendre et ne sont pas éligibles à la MVA.

Par ailleurs, les rapporteuses saluent les **revalorisations de l'AAH** intervenues entre 2017 et 2022, qui ont permis de porter son montant mensuel maximum de 860 euros à 1 016,05 euros, ainsi que la **déconjugalisation** de cette allocation depuis le 1^{er} octobre 2023.

2. Malgré les dispositifs mis en place, le handicap reste un facteur de précarité

Selon une étude la Drees (2021), les personnes handicapées ont, en moyenne, un **niveau de vie inférieur au reste de la population** : 57,1 % d'entre elles vivent dans un ménage dit « modeste », contre 37,9 % des personnes sans handicap. Sur le plan strictement monétaire, **25,5 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans sont pauvres**, contre 14,4 % des personnes de la même tranche d'âge sans handicap.

Les associations auditionnées regrettent que **le montant maximal de l'AAH (1 016,05 euros) reste inférieur au seuil de pauvreté**, aujourd'hui établi à 1 216 euros, malgré les récentes revalorisations, et remarquent que les prestations versées par la sécurité sociale (pension d'invalidité, allocation supplémentaire d'invalidité et rente AT-MP) ne protègent pas davantage les assurés de la pauvreté.

C. L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE : UNE COMPOSANTE DU DROIT À COMPENSATION EN TRANSFORMATION

1. L'offre médico-sociale est définie par la loi de 2005 comme une composante du droit à compensation

La loi de 2005 établit, en son article 11, que **le droit à compensation suppose que les personnes en situation de handicap puissent être orientées vers des établissements et services spécialisés** adaptés à leurs besoins.

En dépit d'une progression constante du nombre de places en ESSMS (+ 30 % depuis 2006), l'offre médico-sociale présente des limites.

D'une part, les **délais d'attente** sont très longs sur certains territoires, faute de places en établissement ou par manque de services à domicile, conduisant à des **ruptures de prise en charge**.

D'autre part, le secteur se caractérise par une **spécialisation très poussée** en fonction du type de handicap, de l'âge des personnes accueillies et du mode d'accompagnement proposé. Cette segmentation est **source de complexité** pour les personnes handicapées et **nuît à la fluidité de leur parcours**.



*places en établissements
et services sociaux
et médico-sociaux en 2022*

2. La transformation de l'offre médico-sociale est nécessaire pour garantir la qualité et la continuité de l'accompagnement

Dans le cadre de la conférence nationale du handicap (CNH) qui s'est tenue en avril 2023, le Gouvernement a annoncé le déploiement de **50 000 nouvelles solutions médico-sociales à l'horizon 2030**, pour un budget de 1,5 milliard d'euros. Ce plan doit permettre de développer des **solutions dans les territoires en tension** et à destination des publics qui nécessitent un **accompagnement renforcé**. Il financera également la création d'un **service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce** pour les enfants de 0 à 6 ans et des dispositifs d'**appui à la scolarisation** des élèves en situation de handicap.

Le Comité interministériel du handicap (CIH) réuni le 16 mai 2024 a par ailleurs annoncé la mise en œuvre d'un **fonds d'investissement** doté de 250 millions d'euros pour **accompagner la transformation de l'offre** et faciliter les **coopérations territoriales**.

Les rapporteuses saluent ces investissements en faveur de la qualité de l'accompagnement, tout en incitant les pouvoirs publics à veiller au développement des **solutions de vie à domicile** comme l'habitat inclusif, et de ne pas occulter **l'enjeu du vieillissement des personnes en situation de handicap**, qui nécessite d'adapter les foyers pour personnes handicapées au grand âge, et les établissements pour personnes âgées au handicap.

II. MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES : DES PROGRÈS À ACCOMPLIR EN TERMES DE DÉLAIS ET DE SIMPLIFICATION

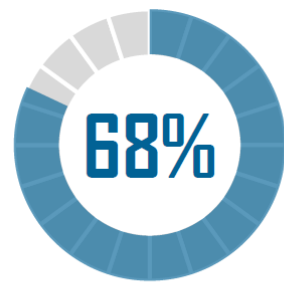
A. LES MDPH : DES GUICHETS UNIQUES AU SERVICE DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LEURS FAMILLES

1. La MDPH : un guichet unique au service des usagers

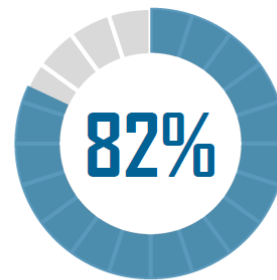
Dans un souci de **simplification des démarches** et de **personnalisation de l'accompagnement**, la loi de 2005 a créé les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Elles sont chargées de missions d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille.

Les 104 MDPH qui maillent le territoire offrent un **accès unique à la quasi-totalité des droits et des prestations** liés au handicap : AAH, PCH, cartes mobilité inclusion, orientations en établissement ou service social ou médico-social, orientation scolaire, AEEH, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)... Au 31 décembre 2022, près de **5,9 millions de personnes** bénéficient d'au moins un droit ouvert en MDPH.

Le bilan des MDPH est globalement positif. Elles sont un **exemple réussi de guichet unique de proximité**, d'autant qu'un grand nombre de MDPH a entrepris des démarches pour renforcer leur maillage territorial, en proposant un **accueil délocalisé** au sein de structures partenaires. D'après les indicateurs de satisfaction déployés par la CNSA, en 2023, **68,8 % des usagers sont satisfaits** de leur MDPH.



*des usagers sont satisfaits
de leur MDPH*



*des usagers estiment avoir
pu exprimer leurs besoins
et leurs souhaits*

Le mode de gouvernance des MDPH, qui garantit la **représentation du secteur associatif**, n'est pas sans lien avec cette réussite. Elle permet de nourrir un **dialogue permanent entre les associations et les pouvoirs publics** et de garantir la **pertinence des décisions rendues**.

Surtout, le **processus d'évaluation des demandes** – analyse des besoins par une équipe pluridisciplinaire, décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en tenant compte de l'avis de la personne concernée – **place l'utilisateur au centre**.

2. L'effort de simplification des démarches doit néanmoins se poursuivre

Malgré la mise en place des MDPH, **l'enjeu de la simplification n'est pas épuisé**. Pour évaluer les demandes de droits et prestations, les équipes pluridisciplinaires se fondent sur un **formulaire d'une trentaine de pages**, mal compris et donc mal renseigné par de nombreux usagers. En fin de processus, les **notifications de droits** adressées par courrier aux usagers sont **inintelligibles** et les motifs précis de la décision ne sont pas exposés. L'ensemble des acteurs auditionnés par les rapporteuses estiment ainsi qu'une **simplification de ces documents s'impose**.

Il convient par ailleurs de souligner que l'enjeu de la simplification concerne également les personnels des MDPH. Le **traitement des demandes** implique le **maniement de notions et de règles très complexes**, à l'instar de la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) et du droit à compensation applicable aux enfants.

Il faut néanmoins reconnaître que de premières **mesures de simplification** ont été mises en œuvre. Par exemple, depuis 2019, **certain droits peuvent être attribués sans limitation de durée** lorsque la situation de handicap n'est susceptible d'aucune amélioration ; et **la durée d'attribution de l'AEEH a été allongée** de sorte qu'elle puisse être ouverte par cycle scolaire et non pas par an. Depuis 2020, les CDAPH ont également la possibilité de **proroger des droits ouverts sans nouvelle demande** de la part des personnes concernées.

B. AUGMENTATION DES DEMANDES ET MANQUE DE MOYENS HUMAINS : DEUX ENJEUX QUI COMPROMETTENT LA QUALITÉ DE SERVICE DES MDPH

1. Les MDPH sont confrontées à la hausse des demandes et à de forts enjeux de ressources humaines

Depuis leur création, **l'activité des MDPH connaît une forte hausse**. Entre 2015 et 2022, le nombre d'avis et décisions rendus a augmenté de 12 %, principalement en raison de l'ouverture croissante de droits relatifs aux enfants (+ 40 %) et à la prestation de compensation du handicap (+ 36 %).

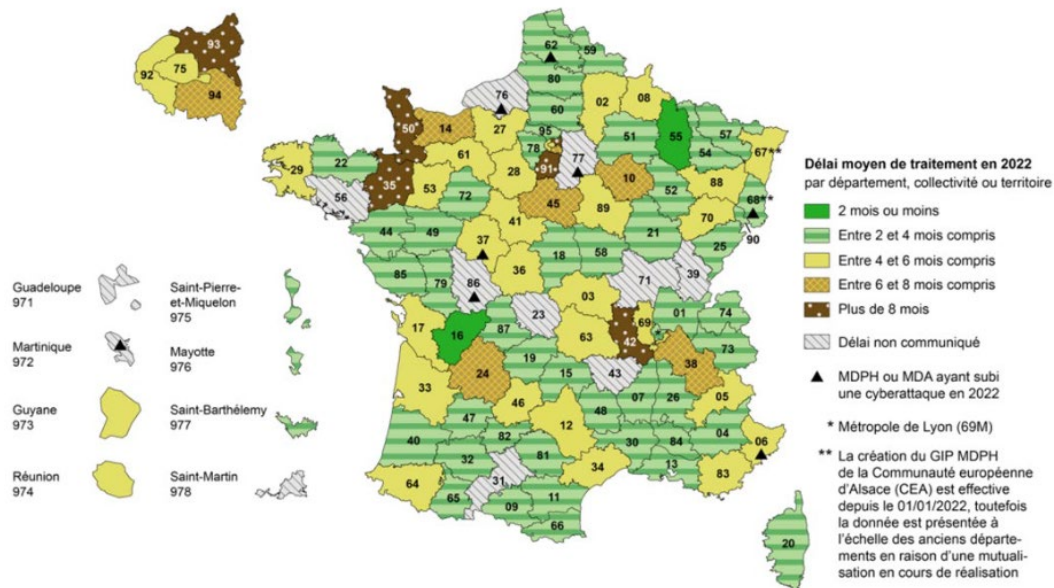
De manière plus générale, **la hausse des demandes est intimement liée aux manquements en matière d'accessibilité** : lorsque la cité, les loisirs, l'école ou encore le milieu professionnel sont inaccessibles, les personnes handicapées recourent à des aides dont ils n'auraient pas nécessairement besoin dans un monde parfaitement accessible.

En parallèle, les MDPH doivent composer avec d'importants **enjeux de ressources humaines**. D'une part, elles manquent bien souvent de **moyens humains** pour traiter convenablement les dossiers et les équipes pluridisciplinaires, chargées de l'évaluation des besoins, sont difficiles à réunir dans les **déserts médicaux**. D'autre part, les MDPH doivent composer avec un fort roulement de leurs équipes, qui s'explique en partie par des **conditions de travail difficiles**.

2. Ces difficultés se répercutent sur les délais de traitement et sur la qualité de l'évaluation des besoins

Les **délais de traitement** sont directement impactés par la hausse des demandes et le manque de personnel. En 2022, le délai moyen est de **4,3 mois** pour les demandes « enfants » et de **4,5 mois** pour les demandes « adultes ». Ces moyennes, qui ne sont pas si éloignées de l'objectif fixé par la loi à quatre mois, cache toutefois d'**importantes disparités en fonction des droits et prestations concernées et en fonction des territoires**.

Délai moyen de traitement des demandes relatives aux adultes en 2022 (échantillon : 92 MDPH)



Source : CNSA (2024)

En cascade, c'est la **qualité de l'évaluation des besoins** qui pâtit des délais de traitement. Par manque de temps, les évaluateurs tendent à **privilégier l'approche médicale**, à rebours de l'approche disciplinaire prévue par la loi. De plus, **l'évaluation et la prise de décision se font essentiellement sur la base du dossier**, laissant **peu de place à l'échange avec les personnes concernées** et, dans le cas des demandes de PCH, **aux visites à domicile** qui sont normalement réalisées pour recenser les besoins de manière exhaustive.

C. PILOTAGE NATIONAL DU RÉSEAU DES MDPH : UN ACCOMPAGNEMENT PAR LA CNSA À RENFORCER POUR HARMONISER LES PRATIQUES

1. Les pratiques d'évaluation varient selon les territoires, nuisant au principe d'égalité

Au cours de leurs travaux, les rapporteuses ont pu constater qu'il existe des **différences de pratiques** entre les MDPH. Il convient toutefois de distinguer celles qui relèvent des **spécificités territoriales** et des marges de manœuvre induites par le **principe de libre administration** de celles qui, à l'inverse, devraient être harmonisées pour garantir l'**égalité de traitement**.

C'est sur le plan de l'**interprétation de la loi** que les divergences sont les plus problématiques : par exemple, les MDPH ne s'emparent pas toutes de la possibilité d'ouvrir des droits sans limitation de durée, et leurs méthodes pour déterminer le taux d'incapacité des personnes divergent. Ces écarts d'interprétation résultent en grande partie de la **complexité du corpus juridique des droits et prestations** dans un contexte où, comme évoqué ci-avant, certaines structures connaissent un **taux de rotation du personnel** important.

2. La mission de pilotage national du réseau des MDPH, confiée à la CNSA, mériterait d'être renforcée

Aux termes de l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale, **la CNSA assure**, au bénéfice des MDPH, **une mission nationale d'accompagnement, de conseil et d'audit** afin notamment de veiller à la qualité du service et à l'égalité de traitement. Ce pilotage national n'est pas aisé puisqu'il se déploie dans un **champ en partie décentralisé** et qu'à l'échelle locale, les conseils départementaux restent les pilotes de fait des MDPH.

Sur le plan des **méthodes de travail des MDPH**, la Caisse veille à l'harmonisation et à la diffusion des bonnes pratiques. Cela passe notamment par l'élaboration de **référentiels d'évaluation** ; un **travail d'animation** et un **soutien à la formation** des professionnels.

La CNSA vient également en aide aux MDPH en difficulté : entre 2021 et 2024, la **mission d'appui opérationnelle (Maop)** a accompagné 24 MDPH sur demande des présidents des conseils départementaux concernés et a produit des résultats encourageants.

S'agissant des outils de travail, la CNSA veille, depuis 2015, à l'**harmonisation des systèmes d'information** utilisés par les MDPH et accompagne la **dématérialisation** des demandes.

Si les rapporteuses saluent l'engagement de la CNSA, elles regrettent qu'elle **manque de moyens humains et financiers** pour exercer pleinement sa mission de pilotage.

III. EMPLOI ET INSERTION PROFESSIONNELLE : UN MEILLEUR RESPECT DE L'OBLIGATION D'EMPLOI, MAIS UNE TROP FAIBLE CONNAISSANCE DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI

A. UN RENFORCEMENT ET UNE EXTENSION DE L'OBLIGATION D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS (OETH) QUI PORTE SES FRUITS

1. L'OETH : une politique de quota volontariste renouvelée et étendue

La loi du 11 février 2005 a **d'abord simplifié le calcul de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés**. Cette cible de 6 % des effectifs employés est sanctionnée, en cas de non-respect, d'une contribution financière qui finance les opérateurs du financement de l'adaptation des postes aux personnes en situation de handicap. Cette simplification a permis de supprimer les « emplois exclus » de l'objectif de 6 %, et d'ajouter une pénalité financière pour les entreprises qui n'emploient aucun travailleur handicapé.

Par ailleurs, l'OETH a été étendue aux employeurs publics par ladite loi, avec une réussite notable puisque tout versant confondu, la moyenne de la fonction publique est aujourd'hui de 5,66 % d'atteinte directe de l'objectif. Cette extension s'est accompagnée de la création du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), à l'instar de l'association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) pour le secteur privé.

2. Face à un taux de chômage deux fois plus élevé que la moyenne nationale, le défi du maintien dans l'emploi

La loi du 11 février 2005 met en place, pour l'employeur, une obligation d'aménagement des postes de travail des travailleurs handicapés. Pour permettre de solvabiliser les employeurs confrontés à cette charge financière, l'Agefiph et le FIPHFP proposent des aides directes, sous forme d'une subvention à l'achat d'équipement, d'un accompagnement administratif ou d'une ingénierie managériale.

Pour autant, faute d'une connaissance suffisante de cette offre de service, et à cause de préjugés persistants, le taux de chômage des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE) demeure deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population : respectivement de 12 % et de 7 %. Cet écart est encore plus important en matière de taux d'emploi, 39 % contre 68 % en population générale, ce qui illustre le découragement de certains travailleurs handicapés qui abandonnent l'espoir de s'insérer sur le marché du travail.

Par ailleurs, ladite loi a également permis d'initier un rapprochement entre les Cap emploi et l'Agefiph *via* un conventionnement et la mise en place d'un financement des Cap emploi par ces opérateurs du financement du maintien dans l'emploi. Ce rapprochement des acteurs du service public de l'emploi en faveur des personnes en situation de handicap a été poursuivi récemment par la loi pour le plein emploi de 2023. Elle a permis de mettre en place des « lieux uniques d'accompagnement » (LUA), où des équipes mixtes de France travail et de Cap emploi procèdent à une orientation unique des demandeurs d'emploi en situation de handicap.

B. LA FORMATION DEMEURE LE PRINCIPAL FREIN À L'EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Selon les données de la Drees, en 2023, seulement 29 % des travailleurs handicapés en emploi ont une formation de niveau bac +2 contre 47 % en population générale. Cette différence de qualification s'explique, en partie, par le non-respect du principe d'égalité de traitement, pourtant prévu par la loi du 11 février 2005.

La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a de plus mis en place une **nouvelle obligation de certification nationale de qualité, dite Qualiopi, pour l'ensemble des organismes de formation**, qui comprend des critères d'accessibilité aux personnes en situation de handicap. Cependant, les « **ressources handicap formation** » **proposées par l'Agefiph ne sont pas assez connues par les instituts de formation** et donc peu mobilisées.

Faute d'accompagnement adéquat, les personnes en situation de handicap connaissent de plus nombreux abandons ou échecs dans ces formations. Pour la formation professionnelle, **se pose aussi la question de l'accessibilité de la partie du cursus qui se déroule en entreprise**. Là encore, des études ergonomiques sont proposées par l'Agefiph et le FIPHFP, mais elles paraissent plus difficiles à mobiliser pour les employeurs pour des **stages de courte ou moyenne durée**.

C. LES SECTEURS PROTÉGÉS ET ADAPTÉS : DES MODÈLES UNIQUES À PRÉSERVER

La loi du 11 février 2005 a porté une **réforme des ateliers protégés, en créant les entreprises adaptées (EA)** et en leur conférant le statut juridique d'entreprise. Tenues d'employer au moins 55 % de travailleurs handicapés, elles **visent à soutenir le projet professionnel des travailleurs handicapés**, et permettre sa réalisation au sein de l'entreprise, ou même en vue d'une mobilité vers une entreprise classique – auquel cas l'EA peut conserver un rôle d'accompagnement dans cette mobilité.

Par ailleurs, ladite loi a porté une **profonde modification des modalités de rémunération des travailleurs handicapés accueillis en établissement ou service d'accompagnement par le travail (Ésat)**, en remplaçant la garantie de ressource par une garantie de rémunération du travailleur handicapé. Les travailleurs handicapés admis dans un Ésat bénéficient, depuis lors, d'une rémunération garantie, qui varie entre 55 % et 110 % du Smic, financée au moins à 5 % par l'activité de production de l'Ésat et par l'aide au poste versée par l'État.

Cette mesure a initié **un mouvement de rapprochement des droits des travailleurs du milieu protégé** de ceux du milieu ordinaire : complémentaire santé, droits syndicaux, *etc.* Dans cette lignée, l'hypothèse de la **mise en place d'un « statut de quasi-salarié »** a récemment été évoquée. Un rapport des inspections générale des affaires sociales et des finances a expertisé le scénario d'une garantie de rémunération rehaussée au niveau du Smic. Il ressort de leur travaux qu'une telle hypothèse, en plus d'avoir un effet très inégal sur les ressources des travailleurs du fait du caractère différentiel de l'AAH, **conduirait plus de 55 % des Ésat à être déficitaires dès la première année**.

Par conséquent, les rapporteuses appellent à **ne pas envisager une augmentation de la garantie de rémunération du travailleur handicapé sans une réforme globale du système de financement des Ésat**, afin de ne pas mettre en péril leur modèle d'accompagnement.

Réunie le mercredi 5 février sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales a **adopté le rapport et les recommandations** présentés par Marie-Pierre Richer, Chantal Deseyne et Corinne Féret, rapporteuses, et en a autorisé la publication sous forme d'un rapport d'information.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Renforcer l'effectivité du droit à compensation

Proposition n° 1 : Mener une étude sur le déploiement de la « PCH parentalité » et sur l'opportunité d'en réformer les critères pour l'adapter aux besoins des parents et l'ouvrir jusqu'aux 20 ans de l'enfant.

Proposition n° 2 : Conduire une réflexion globale sur l'articulation des dispositifs de compensation de la perte d'autonomie et sur les moyens alloués par l'État et la CNSA.

Proposition n° 3 : Simplifier et renforcer le dispositif de compensation destiné aux enfants en situation de handicap.

Proposition n° 4 : Ouvrir la PCH « aide humaine » aux activités ménagères.

Proposition n° 5 : Garantir la pérennité et l'homogénéité des pratiques des fonds départementaux de compensation du handicap.

Proposition n° 6 : Poursuivre la réforme du concours « PCH » versé par la CNSA aux départements afin de garantir un taux de compensation minimum de leurs dépenses relatives à cette prestation.

Proposition n° 7 : Poursuivre la transformation de l'offre médico-sociale afin de garantir un continuum partant des besoins et des préférences des personnes.

Proposition n° 8 : Développer l'accueil de jour, ouvrir des places en foyer d'accueil médicalisé (Fam) et en maison d'accueil spécialisée (Mas).

Donner aux MDPH les moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs missions

Proposition n° 9 : Engager un travail technique sur l'amélioration des critères de répartition du concours « MDPH » versé par la CNSA aux départements.

Proposition n° 10 : Dans le cadre du service public départemental de l'autonomie (SPDA), généraliser la démarche de territorialisation de l'accueil de premier niveau des MDPH.

Proposition n° 11 : Renforcer la culture de participation des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants en matière d'accès aux droits et aux prestations.

Proposition n° 12 : Simplifier le formulaire de demande et les courriers de notification des droits.

Proposition n° 13 : Étudier l'opportunité d'un système d'information national unique des MDPH qui serait géré par la CNSA.

Proposition n° 14 : Pérenniser la mission d'appui opérationnelle de la CNSA en lui allouant davantage de moyens humains.

Favoriser l'insertion et le maintien dans l'emploi

Proposition n° 15 : Aligner les règles de calcul de l'OETH entre le secteur public et le secteur privé, et limiter les déductions de contributions qui fragilisent la lisibilité de l'OETH.

Proposition n° 16 : Renforcer la connaissance des possibilités d'aménagement de poste auprès des employeurs, ainsi que des aides dont ils peuvent bénéficier à ce titre.

Proposition n° 17 : L'augmentation de la garantie de rémunération des travailleurs en Ésat ne peut être envisagée à moyens constants, et nécessite une réforme du système de financement.

LISTE DES SIGLES

A

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADF	Assemblée des départements de France
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AESH	Accompagnants d'élèves en situation de handicap
Agefiph	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APV	Assistance au parcours de vie
ARS	Agence régionale de santé
AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
AVP	Aide à la vie partagée

B

BOE	Bénéficiaire de l'obligation d'emploi
-----	---------------------------------------

C

CAF	Caisse d'allocations familiales
Casa	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale
Cese	Conseil économique, social et environnemental
Cheops	Conseil national handicap et emploi des organismes de placement spécialisés
CIDIH	Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
CIH	Comité interministériel du handicap
CIM	Classification internationale des maladies
CMI	Carte mobilité inclusion
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNH	Conférence nationale du handicap

CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
Comex	Comité exécutif
Cotorep	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CR	Complément de ressources
Crous	Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSE	Comité social et économique
CSG	Contribution sociale généralisée

D

Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DDETS	Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités
DE	Demandeur d'emploi
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DIA	Délégation interministérielle à l'accessibilité
DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
DOETH	Déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSN	Déclaration sociale nominative

E

EA	Entreprise adaptée
Élan	Évolution du logement, de l'aménagement et du numérique
EqLAAT	Équipe locale d'accompagnement sur les aides techniques
ERP	Établissement recevant du public
Ésat	Établissement et service d'accompagnement par le travail
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ESSMS	Établissement et service social et médico-social
ETP	Équivalent temps plein

F	
FDC	Fonds départemental de compensation
Falc	Facile à lire et à comprendre
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
Fatésat	Fonds d'accompagnement de la transformation des États
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

G	
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GIP	Groupement d'intérêt public
GIR	Groupe iso-ressources

I	
Igas	Inspection générale des affaires sociales
Igedd	Inspection générale de l'environnement et du développement durable
IME	Institut médico-éducatif

LUA	Lieu unique d'accompagnement
-----	------------------------------

M	
MAS	Maison d'accueil spécialisée
Maop	Mission d'appui opérationnelle
MCIC	Mission de contrôle interne et de conformité
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MVA	Majoration pour la vie autonome

O	
OETH	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPS	Organisme de placement spécialisé

P	
PCH	Prestation de compensation du handicap
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PME	Petites et moyennes entreprises

R

RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RSA	Revenu de solidarité active
RSDAE	Restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi
RQTH	Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé

S

SLA	Sclérose latérale amyotrophique
SPDA	Service public départemental de l'autonomie

T

TIH	Travailleur indépendant handicapé
TMS	Trouble musculosquelettique
TND	Trouble du neurodéveloppement
TPE	Très petite entreprise

U

Ulis	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
------	---

PREMIÈRE PARTIE : AUX ORIGINES DE LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005

I. UNE NOUVELLE APPROCHE DES POLITIQUES DU HANDICAP

A. UNE LOI PORTANT UN CHANGEMENT DE PARADIGME POUR LES POLITIQUES DU HANDICAP

1. Avant 2005, des ambitions en attente d'une grande loi pour le handicap

La prise en compte du handicap dans la société s'est renforcée graduellement, par le biais de **lois marquantes qui ont tour à tour affirmé l'objectif d'intégration des personnes en situation de handicap** dans le monde du travail, puis dans l'ensemble des composantes de la vie individuelle et collective.

Au titre de ces grandes lois qui ont façonné la prise en charge du handicap en France, il faut d'abord mentionner **la loi du 23 novembre 1957**¹ qui a donné une **définition du « travailleur handicapé »** et ainsi incité au reclassement et au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap et des mutilés de guerre.

Cependant, c'est la **loi du 30 juin 1975**² qui fixe pour la première fois les contours d'une **politique globale au bénéfice des personnes en situation de handicap**. Cette politique est alors considérée comme l'expression de la solidarité nationale, comme l'indique son article 1^{er} : *« la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale »*. C'est également cette loi qui crée **l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**, afin de garantir un revenu minimal aux personnes en situation de handicap.

Par la suite, la **loi du 10 juillet 1987**³ fait évoluer l'obligation d'emploi issue de la loi de 1957, en tendant à en renforcer l'effectivité : **une obligation d'emploi est fixée à 6 %** des effectifs pour les entreprises de plus de 20 salariés.

¹ Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

² Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

³ Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Pour autant, les associations de représentation des personnes en situation de handicap soulignent dès les années 1990 que l'égalité des droits et des chances affirmée par ces lois demeure abstraite. Pour assurer le respect de ces principes, la recherche systématique d'une compensation des conséquences du handicap doit être mise en place. C'est ce que proclame finalement l'article 53 de la **loi de modernisation sociale de 2002**¹ :

« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie, et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante ».

Cette ambition a fait naître de nombreux espoirs, au risque de la déception. En effet, comme le souligne l'exposé des motifs de la loi du 11 février 2005² :

« Le droit à la compensation des conséquences du handicap, inscrit dans la loi dite de modernisation sociale, est resté à ce jour sans contenu. Le projet de loi entend donc pallier ce manque en apportant à chaque personne handicapée la réponse appropriée à ses besoins spécifiques, qu'il s'agisse de prestations en nature ou en espèces ou de services d'accompagnement à la vie en milieu ordinaire ou en établissement ».

Cela passe donc par une prise en charge personnalisée des surcoûts de toute nature que les personnes en situation de handicap supportent dans leur vie quotidienne : au travail, dans leurs mobilités, leurs études, leur vie citoyenne, etc.

2. Un renversement de perspective assumé : adapter le droit au handicap et non l'inverse

La conception du handicap dans la société a évolué au cours du XX^e siècle **d'une vision individuelle et médicale à une vision collective et environnementale.**

La conception classique du handicap est donc développée par les médecins. Sous l'égide de l'organisation mondiale de la santé (OMS), les handicaps sont inscrits dans la classification internationale des maladies et causes de décès (CIM) jusqu'à ce que, grâce à l'essor de la médecine de réadaptation, soit développée en 1980 une classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH).

¹ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et liens vers les décrets d'application.

Les mouvements militants de personnes handicapées, notamment aux États-Unis¹, sont particulièrement **critiques de cette approche médicale**, qui considère le handicap sous l'angle négatif et **qui invite à une adaptation de la personne (rééducation, soin, etc.) plutôt que sur la société**. C'est donc la naissance d'une approche environnementale, fondée sur l'égalité en droit des personnes en situation de handicap.

La loi du 11 février 2005 se situe en prolongement de cette approche moderne, en **invitant à faire évoluer le droit et à adapter la société** plutôt que la personne en situation de handicap.

Une illustration des différentes approches du handicap

La diversité des approches du handicap peut sembler théorique, mais elle n'est pas sans conséquence dans les choix de société mis en œuvre pour répondre à la situation des personnes concernées.

Un exemple typique est de considérer la situation d'une personne en fauteuil roulant qui tente d'accéder à un service public dont le bâtiment est uniquement desservi par un escalier. Pourquoi ne peut-elle pas bénéficier de ce service public ? De façon schématique, quatre grandes approches peuvent permettre de répondre à cette question :

- **l'approche médicale** considèrerait que ladite personne est paraplégique, et qu'il faut donc chercher à prévenir, ou guérir cette maladie ;

- **l'approche fonctionnelle** considèrerait que la même personne ne peut pas marcher, et qu'il faut donc mettre en place un parcours de rééducation ;

- **l'approche environnementale** soulignerait que c'est le manque d'accessibilité du bâtiment qui est en cause, et qu'il faut donc aménager ce bâtiment ;

- **l'approche des droits humains** insisterait sur le fait que c'est la société qui discrimine ladite personne, en ne prenant pas en compte ses besoins, et inviterait donc à modifier les normes afin d'assurer que chaque bâtiment et service public soit systématiquement accessible.

Source : J. F. Ravaud, « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet »

B. UNE MEILLEURE APPRÉHENSION DE LA DIVERSITÉ DES HANDICAPS

1. L'impensé du handicap psychique avant la loi du 11 février 2005

Lors de la discussion générale de la loi de 1975 consacrée au handicap, Simone Veil, ministre de la Santé, assume une conception empirique du handicap : « À cet égard, je dois vous donner une précision importante : comme vous avez pu le remarquer, le texte ne donne pas de définition du handicapé ».

¹ Voir par exemple l'Independent Living Movement né à l'université de Berkley en Californie.

Or, la loi du 11 février 2005 pose pour la première fois une définition précise du handicap *via* son article 2 :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Cette définition traduit deux évolutions importantes pour les politiques du handicap. D'abord une **référence explicite à l'importance de l'environnement de la personne** dans la définition de son handicap. Mais également la **mention de l'altération des troubles cognitifs ou psychiques**, qui ne faisaient jusqu'alors peu ou pas partie des représentations du handicap. Cette dernière évolution est particulièrement importante compte tenu de la proportion des handicaps dits « invisibles » au sein des personnes en situation de handicap – évaluée à 80 %¹.

2. Une définition du handicap qui reste introuvable pour les politiques publiques

La mise en place de politiques publiques efficaces suppose de disposer de données de qualité sur les personnes concernées. Dans le cas du handicap, la **connaissance de la population de personnes en situation de handicap est difficile à établir**, compte tenu des différentes définitions pouvant être retenues.

Ainsi, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé retient **plusieurs approches**² :

- ***via* les critères de santé**, en retenant les personnes déclarant une limitation sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive ou bien déclarant une forte restriction depuis plus de six mois pour des raisons de santé dans les activités du quotidien ;

- ***via* les données administratives**, en retenant au choix les personnes bénéficiant d'une prestation au titre du handicap ou de la perte d'autonomie, de celles bénéficiant d'une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou encore étant accompagnées *via* un établissement ou service médico-social ;

- ***via* le ressenti subjectif des personnes**, en retenant celles se déclarant comme « personne handicapée » ou étant identifiées comme telles par leurs proches.

¹ Cette statistique est souvent reprise dans les communications des services de l'État et des associations de représentation des personnes en situation de handicap en raison de son intérêt pédagogique, mais il faut souligner qu'aucune source robuste ne vient l'attester.

² Drees, 2024, Le handicap en chiffres.

Suivant la convention statistique retenue, le nombre de personnes en situation de handicap peut varier dans des proportions importantes. En 2023 par exemple, **141 200 personnes sont hébergées en établissement pour personnes handicapées**, et 590 000 personnes en établissements pour personnes âgées, tandis que **1,29 million de personnes bénéficiaient de l'allocation adultes handicapés (AAH)** et 435 000 enfants de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Par ailleurs, 2,7 millions de personnes sont titulaires d'une reconnaissance administrative de handicap *via* la RQTH, et jusqu'à **27,7 % des plus de quinze ans connaissent au moins une limitation fonctionnelle sévère**.

II. UNE LOI AMBITIEUSE, ÉLABORÉE EN PARTANT DES BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

A. LA LOI DE 2005 : UN TEXTE NÉ D'UN CONSENSUS POLITIQUE ET COCONSTRUIT AVEC LE SECTEUR ASSOCIATIF

1. Une priorité partagée par l'ensemble des acteurs politiques

Le lancement des travaux relatifs à la loi du 11 février 2005 est intervenu dans un **contexte politique très favorable**. Le handicap, que le Président Jacques Chirac avait érigé en grande cause de son second mandat (2002-2007), a mobilisé l'ensemble des acteurs politiques et associatifs autour d'objectifs largement partagés.

Le Parlement s'était déjà emparé de cette thématique : en 2002, le Sénat a mené une **réflexion sur le droit à compensation** et la prise en charge du handicap. Dans un rapport très étayé consacré à ce sujet, Paul Blanc proposait la création d'une « *allocation compensatrice individualisée* » visant à garantir la compensation effective du handicap¹. La même année, le Parlement votait une loi reconnaissant que la compensation des charges particulières découlant du handicap relève de la **solidarité nationale**².

La loi de 2005 s'inscrit plus généralement dans le **contexte d'une meilleure prise en compte des besoins liés à l'autonomie**. Après la canicule de 2003, le gouvernement Raffarin a créé la journée de solidarité dont les ressources, destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées, ont été confiées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)³, également créée à cette occasion.

¹ Rapport d'information n° 369 (2001-2002) de M. Paul Blanc, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 24 juillet 2002.

² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article 1^{er}).

³ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il s'agissait à l'époque d'un **investissement important en faveur de l'autonomie**. Les lois de financement de la sécurité sociale pour les années 2005, 2006 et 2007 ont connu des objectifs de dépenses historiquement élevés dans le secteur médico-social, qui ont notamment permis le lancement d'un plan d'investissement pour la création de places en établissements pour personnes handicapées et pour personnes âgées dépendantes.

La loi du 11 février 2005 s'inscrit dans ce cadre, avec l'**ambition forte** d'assurer une **mise en œuvre effective du droit à compensation** et de garantir une **intégration pleine et entière des personnes en situation de handicap** dans tous les aspects de la vie sociale et politique.

D'importants moyens ont été déployés au sein des administrations pour **garantir l'application rapide de ses dispositions**, le Gouvernement s'étant engagé auprès du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNC PH) à publier les décrets d'application en moins de deux ans. En 2006, le rapport sénatorial sur l'application de la loi¹ a salué le travail d'ampleur fourni par les services de l'État afin de permettre la publication de 120 mesures réglementaires en moins d'un an. Le rapport de 2012² confirme un bilan très positif sur le plan réglementaire, avec 99 % des textes d'application publiés, soit 220 décrets et arrêtés.

2. Une loi coconstruite avec le secteur associatif

La loi de 2005 constitue l'aboutissement d'un travail long de dix-huit mois, en **concertation approfondie avec les associations** représentant les personnes handicapées, les élus, les organismes de protection sociale et les partenaires sociaux.

La participation des associations a permis au Gouvernement et au Parlement de **mieux cerner les attentes** des personnes handicapées et de leurs proches, et d'y apporter des réponses adaptées. Le président du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNC PH) de l'époque, Jean-Marie Schléret, avait salué l'association des personnes handicapées elles-mêmes à l'élaboration du projet de loi, la jugeant exemplaire et inédite.

Cette co-construction ne s'est pas arrêtée au moment de la promulgation de la loi, **les mesures réglementaires d'application** ayant également été **prises en concertation** avec le milieu associatif. Le rapport sénatorial sur l'application de la loi de 2006 relevait ainsi que, sur les 120 mesures réglementaires qui avaient alors été prises, 90 % l'avaient été avec l'avis favorable du CNC PH.

¹ Rapport d'information n° 359 (2006-2007) fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'application 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.

² Rapport d'information n° 635 (2011-2012) fait au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application 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.

Surtout, la loi elle-même, en son titre I^{er}, renforce le **principe de la participation du milieu associatif à l'élaboration des politiques publiques** dans le champ du handicap. Elle prévoit notamment, à l'article 3, que tous les trois ans, le Gouvernement organise une **conférence nationale du handicap (CNH)**. Il y convie toutes les associations représentatives des personnes handicapées et les représentants des organismes gestionnaires des établissements ou services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées, afin de débattre des orientations et des moyens de la politique du handicap.

Les CNH doivent permettre de garantir un **suivi des politiques publiques liées au handicap** avec la participation de tous les acteurs concernés. Afin de nourrir les travaux parlementaires, la loi prévoit également qu'à l'issue des travaux de la conférence, le Gouvernement remet aux assemblées parlementaires, après avoir recueilli l'avis du CNCPH, un **rapport sur la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées**. Ce rapport peut donner lieu à un débat.

B. LE CHOIX D'UNE LOI TRANSVERSALE : APPORTER UNE RÉPONSE GLOBALE AUX DEMANDES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'ambition de la loi de 2005 se caractérise par sa **transversalité** : presque tous les champs sont couverts, dans l'objectif d'apporter une **réponse globale** aux difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap, dans tous les aspects de la vie. Elle repose pour ce faire sur deux piliers nécessaires à l'égalité des droits et des chances : la **compensation individualisée** des conséquences du handicap d'une part, et l'**accessibilité universelle** d'autre part.

1. Une compensation individualisée des conséquences du handicap

Se fixant comme objectif de garantir aux personnes handicapées le **libre choix de leur projet de vie**, la loi de 2005 s'attache à donner une traduction concrète au droit à compensation.

Le législateur avait déjà posé le principe du droit à compensation. En 2002, en réaction à la jurisprudence « Perruche »¹, il a affirmé le droit, pour toute personne en situation de handicap, à la compensation des conséquences de son handicap² tout en interdisant formellement qu'un enfant né handicapé puisse demander réparation d'un préjudice subi du fait de sa naissance³.

¹ Cour de cassation, assemblée plénière, du 17 novembre 2000, 99-13.701, reconnaissant à l'enfant né handicapé à la suite d'une erreur de diagnostic médical le droit de demander une indemnité au titre du préjudice subi.

² Article 53 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

³ Article 1^{er} de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ainsi, plutôt que de laisser à la justice le rôle d'assurer la compensation des conséquences du handicap à l'issue d'une procédure judiciaire, **le Parlement a solennellement confié à la solidarité nationale le soin d'assurer la mise en œuvre universelle de ce principe**. Pour autant, malgré l'inscription du droit à compensation dans la loi, aucune définition ni mesure concrète ne permettait son application.

La loi du 11 février 2005, en créant la **prestation de compensation du handicap (PCH)**, permet finalement la pleine réalisation de ce droit. Celui-ci est inscrit à l'article L.114-1-1 du code de l'action sociale et des familles, qui dispose que « *la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* ».

Pour garantir l'effectivité du droit à compensation, et compte tenu de la diversité des situations de handicap, le législateur a souhaité promouvoir une **approche individualisée de la compensation**. Il est ainsi prévu que les besoins de la personne sont recensés dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son **projet de vie**¹.

Bien qu'elle constitue le cœur de la politique de compensation, cette prestation ne saurait garantir à elle seule l'effectivité du droit à compensation. La loi de 2005 retient une définition large de ce dernier, en précisant qu'il suppose l'aménagement d'une **offre de service**, le développement de **places en établissements spécialisés**, et l'existence d'**aides de toute nature** pour permettre à la personne en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire ou adapté².

2. La promesse d'une accessibilité universelle

Pour les personnes en situation de handicap, l'accessibilité - au bâti, aux transports, à l'espace public, à l'école, à l'emploi et aux services - est la **condition de l'autonomie** et de l'exercice d'un certain nombre de **droits fondamentaux**.

En 2005, le législateur s'est attaqué à l'immense défi que représente l'accessibilité généralisée. Cet objectif constitue le second pilier de la loi, témoignant d'une philosophie nouvelle : là où les lois précédentes parlaient de prise en charge et d'intégration, la loi de 2005 se réfère au respect du **projet de vie** de la personne et au **principe de non-discrimination**. La société doit s'adapter aux handicaps, et non l'inverse.

¹ Article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

² Article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

En matière d'accessibilité, cela implique que la législation organise de manière systématique **l'accès des personnes handicapées au droit commun** afin, comme le soulignait l'exposé des motifs du projet de loi, « *de garantir, en toutes circonstances, une réelle égalité d'accès aux soins, au logement, à l'école, à la formation, à l'emploi, à la cité et de reconnaître ainsi la pleine citoyenneté des personnes handicapées* ».

La loi de 2005 entend ainsi permettre une **participation effective des personnes handicapées à la vie sociale**, en organisant la cité autour du principe d'accessibilité. Des objectifs ambitieux sont fixés, tels que l'obligation d'accessibilité, dans un délai de dix ans, des **établissements recevant du public** et des **transports publics**, et d'autres sont réaffirmés, comme l'accessibilité de l'intégralité des **logements neufs**.

L'accès au milieu ordinaire est également renforcé, avec la reconnaissance du droit, pour tout enfant porteur de handicap, d'être inscrit en **milieu scolaire ordinaire** et, s'agissant du milieu professionnel, le renforcement de **l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés** instituée par la loi de 1987¹.

En dehors de la thématique de l'emploi des personnes en situation de handicap, **le présent rapport n'aborde pas le pilier de l'accessibilité**, celui-ci relevant de la compétence d'autres commissions permanentes.

¹ Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

DEUXIÈME PARTIE : LE DROIT À COMPENSATION

I. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP : UN DÉPLOIEMENT RÉUSSI, DES OBJECTIFS PARTIELLEMENT ATTEINTS

A. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP : UN DISPOSITIF AMBITIEUX CARACTÉRISÉ PAR SON APPROCHE PAR LES BESOINS

1. La prestation de compensation du handicap : un dispositif original, calibré sur les besoins de chaque bénéficiaire

a) Une traduction concrète et ambitieuse du droit à compensation

La prestation de compensation de handicap (PCH) instituée par la loi de 2005¹ incarne une **approche ambitieuse du droit à compensation** : partir des besoins et des aspirations de la personne handicapée « *tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie* »² pour garantir une couverture adaptée des charges induites par son handicap.

Dans cet objectif, loin de se cantonner aux caractéristiques strictement médicales du handicap, **l'évaluation des besoins prend en compte l'ensemble du cadre de vie de la personne concernée**. Cette évaluation est réalisée par **l'équipe pluridisciplinaire** de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qui, selon la nature du handicap concerné, se compose de professionnels aux compétences variées : médecins, infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, mais aussi travailleurs sociaux, professionnels de l'accueil scolaire ou de l'insertion professionnelle.

Cette évaluation aboutit à l'élaboration, par l'équipe pluridisciplinaire, d'un **plan personnalisé de compensation** dans lequel la PCH mais aussi tout autre droit ou prestation peut s'insérer. La personne handicapée ou son représentant légal donnent leur avis ce plan, avant qu'il ne soit soumis à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour décision³. Fait inédit en matière d'attribution de prestation, **la personne handicapée est concertée du début à la fin** du processus d'attribution de la PCH.

¹ Article 12 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

² Article 11 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

³ Article L. 245-2 du code de l'action sociale et des familles.

b) Une prestation unique et universelle

L'ambition de la PCH s'illustre également par son **caractère universel** : elle est attribuée **sans condition de ressources**, même si les revenus sont pris en compte pour déterminer le taux de prise en charge (100 % si les ressources annuelles de la personne sont inférieures ou égales à 30 398,54 euros, 80 % si elles sont supérieures). Au total, en 2023, on dénombre **350 811 bénéficiaires de la PCH**, dont 317 836 adultes et 32 975 enfants¹.

Par souci de **simplification**, la PCH a remplacé une panoplie d'aides et d'allocations. Parmi elles figurait notamment l'**allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)**², principal dispositif d'aide humaine délivré par les départements aux personnes handicapées. Les bénéficiaires de l'ACTP âgés de moins de 60 ans en 2006 ont eu la possibilité de conserver leurs droits à cette allocation, ou d'opter pour la PCH.

Pour être éligible à la PCH, **deux conditions** sont requises :

- une **condition de perte d'autonomie** : rencontrer une difficulté absolue pour réaliser une activité importante du quotidien (par exemple, se laver ou s'habiller) ou une difficulté grave pour réaliser au moins deux activités importantes du quotidien ;

- et une **condition d'âge** : avoir moins de 60 ans, sauf si les conditions d'attribution étaient déjà remplies avant cet âge.

La PCH, qui est versée mensuellement, est attribuée pour une **durée minimale d'un an** et pour une **durée maximale de 10 ans**. Elle peut être **attribuée à vie** si l'état de santé de la personne n'est susceptible d'aucune amélioration.

c) Une prestation qui permet de couvrir des besoins de nature très différente

La PCH est constituée de **cinq éléments**, qui permettent de couvrir les charges afférentes :

- à l'**aide humaine**, y compris, le cas échéant, celle apportée par les aidants familiaux ;

- aux **aides techniques** (fauteuil roulant, aide auditive, adaptations informatiques...), souvent financées en complément d'une prise en charge par la sécurité sociale et parfois d'une mutuelle ;

- à l'**aménagement du logement et du véhicule** (mise en accessibilité d'une douche ou d'un poste de conduite ou encore frais de déménagement) ainsi qu'à d'éventuels surcoûts résultant du transport ;

¹ Données fournies par la CNSA.

² L'ACTP a été créée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, à destination des personnes en situation de handicap ayant besoin de l'aide d'une personne pour les actes essentiels de la vie.

- aux **aides spécifiques ou exceptionnelles**, comme celles relatives à l'acquisition ou à l'entretien de produits liés au handicap ;

- et à l'attribution et à l'entretien d'une **aide animalière**¹.

En 2021, la PCH « **aide humaine** » représente près de la **moitié (47,6 %) des attributions**. Il s'agit de l'élément de la PCH le plus fréquemment attribué, pour les personnes qui sont à domicile comme pour celles qui résident en établissement, et quel que soit leur âge.

Elle permet de financer une assistance pour les **actes essentiels de l'existence** (entretien personnel, déplacements, participation à la vie sociale), une **surveillance régulière**, un soutien à l'autonomie, des **frais supplémentaires** pour l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective ou **l'exercice de la parentalité**².

Répartition, en pourcentage, des éléments de la PCH attribués en 2021

Eléments 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 : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (2024)

Pour chacun des éléments de la PCH, les **conditions de prise en charge** sont fixées par arrêté.

Montants maximaux des éléments de la PCH (sauf aide humaine)

	Montant maximal attribuable	Durée maximale	Montant mensuel attribuable
Aides techniques	13 200 euros	10 ans	110 euros
Aides liées à l'aménagement du logement	10 000 euros	10 ans	83,33 euros
Aides liées à l'aménagement du véhicule et aux transports	10 000 euros (ou 24 000 euros sous conditions)	10 ans	83,33 euros (ou 200 euros sous conditions)
Charges spécifiques	100 euros par mois	10 ans	100 euros
Charges exceptionnelles	6 000 euros	10 ans	50 euros
Aides animalières	6 000 euros	10 ans	50 euros

Source : CNSA (2025)

¹ Article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.

² Article L. 245-4 et annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles.

La PCH « aide humaine » est plafonnée en **nombre d'heures**, bien qu'un déplafonnement soit possible si une présence continue (24h/24h) est nécessaire.

Taux de prise en charge de l'aide humaine

	Prise en charge à taux plein	Prise en charge à taux partiel
Emploi direct d'une tierce personne	100 % dans la limite de 18,96 euros/heure	80 % dans la limite de 18,96 euros/heure
Service mandataire	100 % dans la limite de 20,86 euros/heure	80 % dans la limite de 20,86 euros/heure
Service prestataire agréé	100 % dans la limite de 23,50 euros/heure	80 % dans la limite de 23,50 euros/heure
Aidant familial	100 % et dédommagement à hauteur de 4,69 euros/heure ou 7,04 euros/heure si l'aidant réduit ou abandonne son activité professionnelle	80 % et dédommagement à hauteur de 4,69 euros/heure ou 7,04 euros/heure si l'aidant réduit ou abandonne son activité professionnelle

Source : CNSA (2025)

2. Réformes de la PCH : vers une meilleure compensation des conséquences du handicap

a) L'élargissement des critères d'éligibilité

Depuis 2005, les critères d'éligibilité à la PCH ont été élargis avec, premièrement, l'assouplissement des conditions liées à l'âge :

- d'une part, en 2008 et conformément à l'article 13 de la loi de 2005, la PCH a été **ouverte aux enfants**¹ ;

- d'autre part, en 2020, sur une proposition de loi sénatoriale, le législateur a **levé la limite d'âge fixée à 75 ans** pour demander la PCH lorsque les conditions d'attribution étaient réunies avec 60 ans².

Deuxièmement, depuis le 1^{er} janvier 2023, les critères d'attribution de la PCH ont été complétés pour mieux couvrir les besoins des personnes atteintes de **troubles mentaux, psychiques, cognitifs ou du neurodéveloppement**³. Les difficultés à maîtriser son comportement, à s'orienter dans le temps et dans l'espace, à gérer sa sécurité, à communiquer et à entreprendre des tâches multiples sont ainsi désormais prises en compte.

¹ Article 94 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

² Loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap.

³ 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.

b) L'élargissement des charges couvertes par la PCH

Le **spectre des charges couvertes** par la PCH a également été étendu.

La « **PCH parentalité** » a été mise en place au 1^{er} janvier 2021¹. Elle est ouverte aux **parents en situation de handicap** qui ont des enfants de moins de 7 ans. Ce dispositif se compose de deux forfaits :

- **l'aide humaine à la parentalité**, qui permet au parent de rémunérer une personne pour l'aider à s'occuper de son enfant ;

- et **l'aide technique à la parentalité**, qui permet au parent d'acheter du matériel adapté pour l'aider à s'occuper de son enfant.

En fonction de l'âge de l'enfant et de la composition du foyer, l'aide humaine à la parentalité varie de 450 à 1 350 euros par mois, et l'aide technique de 1 000 à 1 400 euros par mois. En 2022, **13 492 forfaits** ont été attribués².

Si cette nouvelle aide représente une avancée, le milieu associatif déplore qu'elle soit **forfaitaire et identique** quels que soient le nombre d'enfants en situation de handicap, le handicap concerné et les besoins des parents. La **limite des 7 ans** est également et à juste titre incomprise.

Par ailleurs, en 2021, la **préparation des repas** et la **vaisselle** ont été intégrées aux besoins en aide humaine couverts par la PCH³.

Enfin, un **forfait surdicécité de la PCH** a été mis en place au 1^{er} janvier 2023. Il permet aux personnes sourdaveugles d'accéder, en fonction de leurs besoins, à un forfait de trente, cinquante ou quatre-vingts heures d'aide humaine par mois.

Proposition n° 1 : Mener une étude sur le déploiement de la « PCH parentalité » et sur l'opportunité d'en réformer les critères pour l'adapter aux besoins des parents et l'ouvrir jusqu'aux 20 ans de l'enfant.

c) La simplification des conditions d'attribution de la PCH

Par souci de simplification tant pour les personnes handicapées que pour les équipes des MDPH chargées d'instruire les demandes, les **conditions d'attribution** de la PCH ont été modifiées⁴.

¹ Décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap.

² CNSA, Synthèse des rapports d'activité 2022 des maisons départementales des personnes handicapées, juin 2024.

³ Décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap.

⁴ Décret n° 2021-1394 du 27 octobre 2021 relatif à la durée d'attribution de la prestation de compensation du handicap.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, **la prestation peut être accordée sans limitation de durée** par la CDAPH lorsque le handicap n'est susceptible d'aucune amélioration.

De plus, pour les personnes dont le handicap est susceptible d'évoluer favorablement, **les durées d'attribution des éléments de la PCH ont été harmonisées et allongées**. La PCH est désormais attribuée pour une durée maximale de dix ans pour chacun des éléments qui la composent. Jusqu'ici, les durées maximales variaient entre trois ans pour les aides techniques, cinq ans pour les aides animalières et dix ans pour les aides humaines.

B. UN DISPOSITIF QUI N'A PAS ATTEINT TOUS SES OBJECTIFS

1. L'épineuse question de la barrière d'âge

L'article 13 de la loi de 2005 prévoyait la **suppression, dans un délai de cinq ans, des critères d'âge** pour bénéficier de la PCH.

Pourtant, vingt ans plus tard, **la condition d'âge pour bénéficier de la PCH n'a toujours pas été levée**. Ainsi, les personnes dont le handicap survient après l'âge de 60 ans ne sont pas éligibles à la PCH et ne peuvent prétendre qu'à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Or, il existe des **différences importantes de prise en charge** entre ces deux prestations. L'APA, qui sert à financer le maintien au domicile d'une personne âgée en perte d'autonomie (APA à domicile) ou son hébergement en établissement (APA en établissement), ne répond que partiellement aux besoins de compensation du handicap.

D'une part, **l'APA est attribuée en fonction du degré de perte d'autonomie uniquement**, tandis que la PCH est attribuée en fonction des besoins de la personne, lesquels sont intimement liés à son type de handicap et à son cadre de vie (activité professionnelle, composition du foyer, lieu de résidence...).

D'autre part, les aides attribuées au titre de l'APA sont rattachées à un **plan d'aide global**. Son montant est déterminé dans la **limite d'un plafond mensuel** pour chaque groupe iso-ressources (GIR)¹, qui va de 762,87 euros (GIR 4) à 1 955,60 euros (GIR 1). Pour les handicaps qui nécessitent une présence quasi-continue d'intervenants, cela ne permet pas de financer l'intégralité de l'aide humaine. Les aides techniques, lorsqu'elles sont coûteuses, ne sont également que partiellement couvertes.

Les rapporteuses déplorent ce différentiel de prise en charge qui, en conséquence du **vieillissement** de la population et de **l'allongement de**

¹ Le groupe iso-ressources (GIR) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de la grille AGGIR. Le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

l'espérance de vie, concernera un nombre croissant de personnes handicapées. Bon nombre de handicaps sont d'ailleurs précisément liés à l'avancement en âge. C'est par exemple le cas de la **dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)**, première cause de handicap visuel chez les personnes de plus de 50 ans.

Cette situation pose la **question de l'égalité de traitement des citoyens** : comment justifier qu'une personne dont le handicap survient après l'âge de 60 ans soit moins bien accompagnée ? Les rapporteuses estiment à ce titre qu'il est nécessaire de **conduire une réflexion globale sur l'articulation des prestations liées à la perte d'autonomie**. Elles n'ignorent pas, toutefois, que l'ambition d'élargir le droit à compensation se heurte à **l'enjeu du financement**.

De manière plus générale, **la question des ressources dont dispose la branche autonomie de la sécurité sociale est incontournable** si le législateur souhaite répondre à l'ensemble des besoins identifiés dans le champ de l'autonomie. D'autant que la situation financière des départements plaide pour que la CNSA prenne intégralement en charge les coûts liés à d'éventuelles mesures nouvelles. Pour rappel, selon les prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, la branche autonomie sera déficitaire de près de 700 millions d'euros en 2025 et de 2,8 milliards d'euros à horizon 2028.

Proposition n° 2 : Conduire une réflexion globale sur l'articulation des dispositifs de compensation de la perte d'autonomie et sur les moyens alloués par l'État et la CNSA.

2. Pour les enfants en situation de handicap, un droit à compensation complexe et inadapté

Depuis 2008, les parents d'un enfant handicapé disposent d'un **droit d'option** entre le bénéfice de la PCH et du **complément d'AEEH**. L'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit en effet :

- la possibilité, pour les familles, de choisir entre la PCH et le complément de l'AEEH ;
- en cas de choix de la PCH, le maintien du bénéfice de l'AEEH et des droits connexes existants pour les bénéficiaires de l'AEEH ;
- et le maintien du dispositif antérieur (cumul possible de l'AEEH avec son complément et de l'élément de la PCH relatif à l'aménagement du logement, du véhicule et aux surcoûts liés au transport).

L'AAEH et son complément

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses des parents liées à la situation de handicap de leur enfant de moins de 20 ans. Son montant est de 149,26 euros mensuels.

Le complément d'AAEH, qui regroupe six catégories de complément suivant l'importance des dépenses engagées par les parents ou de l'aide humaine nécessaire, s'ajoute à l'AAEH. Il vise à compenser les dépenses liées au handicap, ou le besoin d'aide humaine pour s'occuper de l'enfant. Son montant varie de 111,95 euros à 1 266,60 euros par mois.

Ce dispositif, conçu pour être transitoire, est notoirement **complexe et peu lisible**. En conséquence, la PCH est peu attractive et le recours au complément d'AAEH reste prépondérant : en 2018, près de 100 000 familles faisaient ce choix contre près de 20 000 pour la PCH¹.

L'AAEH et ses compléments ont en effet l'avantage de **compenser une partie des conséquences du handicap de l'enfant** (financement des aides humaines, techniques et de frais spécifiques), **tout en prenant en compte la situation particulière des parents** (compensation de la réduction ou de la cessation de l'activité professionnelle, recours à l'embauche d'une tierce personne rémunérée).

Pour autant, aucun des deux dispositifs n'est pleinement satisfaisant :

- **le caractère forfaitaire du complément d'AAEH**, qui n'a pas été construit dans une logique de compensation individualisée mais par assimilation à une prestation de la branche famille² (l'AAEH de base), ne permet pas de prendre en compte les besoins spécifiques à chaque enfant et ne couvre qu'une partie des besoins de compensation ;

- **les critères de la PCH**, construits pour les adultes, ne sont pas adaptés aux besoins de compensation du handicap chez les plus jeunes.

Dans un rapport de 2019, l'inspection générale des affaires sociales (Igas)³ recommande d'**adapter la PCH aux enfants** en ouvrant fortement les critères d'éligibilité, aujourd'hui plus restrictifs pour les enfants que pour les adultes, en les adaptant aux différents âges de la vie, et en analysant en détail comment les éléments de la PCH peuvent intégrer les charges aujourd'hui couvertes par le complément d'AAEH.

¹ Igas, Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants : clarifier l'articulation entre l'AAEH et la PCH, juin 2019.

² Depuis le 1^{er} janvier 2021, en application de l'article 32 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, l'AAEH est prise en charge par la branche autonomie.

³ Ibid.

Par ailleurs, interrogées par les rapporteuses sur les principales pistes de **simplification des procédures**, près d'un tiers des MDPH évoquent la simplification voire la suppression du droit d'option entre la PCH et le complément d'AEEH.

Proposition n° 3 : Simplifier et renforcer le droit à compensation applicable aux enfants en situation de handicap.

3. Une couverture imparfaite des charges

Malgré l'étendue de la PCH, les personnes en situation de handicap, surtout lorsqu'elles présentent un handicap lourd et complexe, continuent d'assumer un **reste à charge important**. Celui-ci reste toutefois difficile à évaluer car il n'a fait, jusqu'ici, l'objet d'aucune étude approfondie.

D'une part, **le niveau de prise en charge des aides techniques n'a pas été revalorisé** depuis la création de la PCH en 2006 et demeure plafonné à 13 200 euros par période de 10 ans¹. De même, les aides relatives au logement, au transport et à l'aménagement du véhicule n'ont connu aucune revalorisation.

D'autre part, le **périmètre de la prise en charge** exclut des aides pourtant essentielles dans la vie quotidienne des personnes en situation de handicap. Par exemple, les **aides ménagères** et les **assistants de communication** ne figurent pas parmi les éléments de la PCH.

D'après les associations auditionnées par les rapporteuses, si de nombreuses personnes - 47 000 en 2022² - font encore le **choix de percevoir l'ACTP plutôt que la PCH**, c'est en partie car cette allocation permet de financer des activités ménagères. En effet, l'ACTP prend la forme d'un forfait³ qui peut être utilisé librement pour financer de l'aide humaine.

Il faut toutefois souligner que les derniers gouvernements n'ont pas ignoré la problématique du reste à charge. Dans le cadre de la dernière Conférence nationale du handicap (CNH), qui s'est tenue en avril 2023, **le niveau de remboursement des frais liés à l'emploi direct d'une aide à domicile** a été rehaussé, avec l'augmentation du tarif de la PCH emploi direct de 140 % à 150 % du salaire brut horaire minimum⁴. De plus,

¹ Arrêté du 11 août 2021 modifiant l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables pour les éléments de la prestation de compensation du handicap. Initialement, le plafond était fixé à 3 960 euros pour toute période de trois ans.

² Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (2024).

³ Son montant va de 506,64 euros à 1 013 euros par mois, selon le niveau des besoins de la personne.

⁴ Arrêté du 23 mai 2024 modifiant l'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 code de l'action sociale et des familles.

le **remboursement intégral des fauteuils roulants** manuels et électriques, dont les modalités ne sont pas encore connues, a été annoncé.

Proposition n° 4 : Ouvrir la PCH « aide humaine » aux activités ménagères.

4. Des fonds départementaux de compensation du handicap dont la mission est fragilisée

L'article 64 de la loi de 2005 a créé les **fonds départementaux de compensation du handicap**.

Gérés par les MDPH, ces fonds sont chargés d'accorder des aides financières pour permettre aux personnes handicapées de « *faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation* »¹. La loi prévoit que les **frais de compensation** restant à la charge du bénéficiaire de la PCH **ne peuvent excéder 10 % de ses ressources personnelles** nettes d'impôts.

Le **comité de gestion du fonds**, composé des contributeurs (principalement la CNSA, les départements et les fonds sociaux des caisses de sécurité sociale), est chargé de déterminer l'emploi des sommes versées.

Le décret permettant de préciser les **modalités d'attribution de ces aides financières**, prévu par la loi de 2005, n'a été publié qu'en avril 2022². Jusqu'à cette date, chaque comité de gestion a dû établir son propre mode de fonctionnement, induisant d'importantes **inégalités territoriales**.

Par ailleurs, selon Départements de France, dans certains territoires, **les contraintes budgétaires subies par les contributeurs fragilisent le fonctionnement des fonds**. Certains pourraient se trouver contraints soit d'interrompre le traitement des demandes en cours d'année, soit de réintroduire des critères d'attribution spécifiques, portant atteinte à l'égalité de traitement.

L'association des directeurs de MDPH regrette également un **engagement inégal des contributeurs** en fonction des territoires. Par exemple, une partie seulement des MDPH bénéficie d'un **engagement pluriannuel** de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Dans ce contexte, il apparaît indispensable de **sécuriser l'activité de ces fonds** et d'**améliorer la visibilité des MDPH** sur les moyens dont ils disposent.

¹ Article L. 146-5 du code de l'action sociale et des familles.

² Décret n° 2022-639 du 25 avril 2022 relatif à l'amélioration des fonds départementaux de compensation du handicap.

Proposition n° 5 : Garantir la pérennité et l'homogénéité des pratiques des fonds départementaux de compensation du handicap.

C. LES DÉPARTEMENTS, FINANCEURS DE LA PCH, SONT CONTRAINTS PAR LE FORT DYNAMISME DE CETTE PRESTATION

1. Les départements, qui assurent le versement de la prestation de compensation du handicap, font face à la hausse des dépenses

Les départements, en leur qualité de chefs de file des politiques d'aide sociale, sont chargés du versement de la prestation de compensation du handicap. L'État, par le biais d'un concours versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements, compense une partie de ces dépenses.

Depuis sa création, **la prestation de compensation du handicap est fortement montée en charge**. Les dépenses de PCH, qui représentaient 1,1 milliard d'euros en 2010, devraient atteindre 3,1 milliards d'euros en 2024, soit une hausse de près de 2 milliards d'euros (+ 155 %).

Évolution des dépenses de PCH versées par les départements

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Dépenses	0,8	1,1	1,2	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2	2,1	2,2	2,4	2,7
Évolution entre n et n-1	-	28 %	15 %	13 %	8 %	6 %	6 %	7 %	5 %	6 %	6 %	5 %	7 %	12 %

Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (2024)

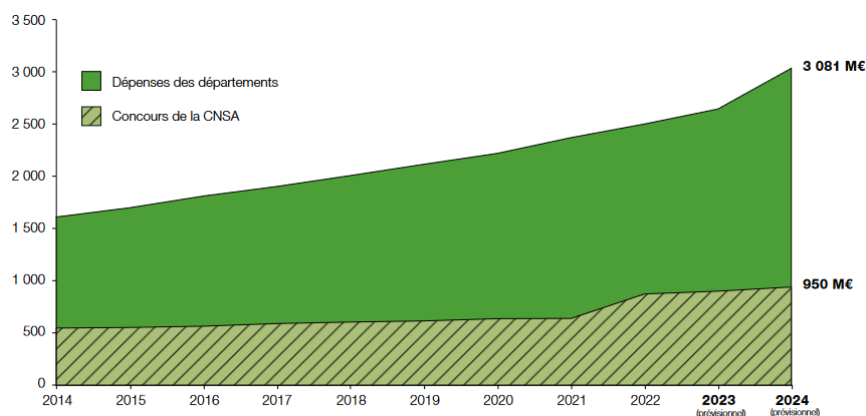
Le dynamisme des dépenses de PCH s'explique par différents facteurs.

D'une part, la **croissance démographique** et l'**allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap** se traduisent mécaniquement par la hausse du nombre de bénéficiaires et de la durée de prise en charge. Au total, le **nombre de bénéficiaires** de l'ACTP ou de la PCH a été **multiplié par plus de trois depuis fin 2005**, passant de 136 500 à 429 000 fin 2022¹.

¹ Drees, L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées, édition 2024.

D'autre part, l'**élargissement des critères d'éligibilité** et la **meilleure couverture des besoins** ont favorisé l'accès des personnes en situation de handicap à cette prestation.

Évolution des dépenses de PCH et des financements PCH versés aux départements depuis 2014



Source : CNSA (2024)

Enfin, à la suite des mesures de revalorisation salariale et aux dispositifs mis en œuvre pour améliorer la qualité de service, le **coût des aides humaines** a augmenté, participant à la hausse des dépenses couvertes par la PCH.

Pour Départements de France, si la hausse des dépenses traduit un meilleur accompagnement des personnes en situation de handicap, elle exerce une **pression croissante sur le budget des collectivités**, réduisant d'autant leurs marges de manœuvre dans le champ de l'action sociale. En 2025, environ 80 % des départements seront en déficit.

2. La compensation assurée par l'État est devenue insuffisante

En parallèle à cette hausse, le **taux de couverture des dépenses de PCH assuré par le concours de la CNSA a chuté**, passant de 60,4 % en 2009 à près de 30 % en 2024, avec d'importantes disparités entre départements.

Le calcul et la répartition du concours PCH

Le concours PCH est financé par une fraction de 2 % des recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) et de la fraction du produit de la contribution sociale généralisée (CSG) dévolue à la CNSA.

La répartition du concours entre les départements repose sur la prise en compte des critères suivants :

- le nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans du département (variable pondérée pour 60 % dans le calcul de la dotation du département) ;

- le nombre cumulé de personnes bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) et d'une pension d'invalidité dans le département (30 %) ;

- le nombre de bénéficiaires de la PCH, augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) dans le département (30 %) ;

- le potentiel fiscal corrigé du département (- 20 %).

Le concours a été augmenté, en 2022, d'un montant forfaitaire de 200 millions d'euros en compensation de la mise en œuvre, à compter du 1^{er} janvier 2021, de la PCH « parentalité ».

Cette dynamique à la baisse de la compensation par l'État **pèse lourdement sur les budgets départementaux**, et **nuît à leur visibilité** sur le long terme. Aussi, une réforme des concours de la CNSA est impérative pour apporter un minimum de sécurité aux départements.

Dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025, le Gouvernement a proposé une réforme allant dans ce sens. Celle-ci prévoit :

- d'une part, la **simplification de l'architecture des concours** de la CNSA aux départements, en passant de treize à neuf concours, et en s'attelant aux deux principales prestations que sont la PCH et l'APA ;

- d'autre part, la **garantie d'un niveau de compensation minimal des dépenses d'APA et de PCH** des départements équivalant à celui réalisé en 2024, pour un coût estimé à 200 millions d'euros.

Cette réforme, adoptée par le Parlement, est une première étape positive. Elle ne saurait toutefois épuiser l'enjeu de la simplification des concours de la CNSA, et ne permettrait toujours pas d'atteindre le **taux de compensation de 50 % des dépenses de PCH** revendiqué par les départements.

Proposition n° 6 : Poursuivre la réforme du concours « PCH » versé par la CNSA aux départements afin de garantir un taux de compensation minimal de leurs dépenses relatives à cette prestation.

II. LE NIVEAU DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : UNE RÉPONSE INCOMPLÈTE APPORTÉE PAR LA LOI DE 2005

A. DEPUIS 2005, UN RENFORCEMENT DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS

1. Le cumul de l'AAH avec les revenus du travail

La loi de 2005 n'aborde que partiellement la problématique du niveau de vie. Néanmoins, afin d'améliorer la situation financière des personnes en situation de handicap, dont le niveau de revenu est souvent affecté par les limitations dues au handicap, l'article 16 de la loi de 2005 permet le **cumul de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) avec les revenus du travail**.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'AAH a été créée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. D'après les données de la Drees, fin 2022, 1,9 million de personnes bénéficient de cette allocation. Il s'agit du deuxième minimum social en nombre d'allocataires après le revenu de solidarité active (RSA), et ses effectifs ne cessent d'augmenter depuis sa création. Elle est entièrement financée par l'État et accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH.

Cette allocation permet de garantir un niveau de ressources minimum aux personnes en situation de handicap aux revenus modestes. Elle est attribuée sous réserve du respect de critères d'incapacité, d'âge (20 ans ou plus), de résidence et de ressources. Son montant, qui varie en fonction des ressources, est de 1 065,05 euros par mois maximum.

Il existe plus précisément deux allocations distinctes :

- l'**AAH-1**, pour les personnes dont l'incapacité reconnue est supérieure à 80 % (handicaps lourds) ;

- et l'**AAH-2**, pour les personnes dont l'incapacité est évaluée entre 50 % et 80 % et qui sont exposées à une restriction durable et substantielle d'accès à l'emploi (RDSE).

Tout en autorisant ce cumul, la loi fait une distinction entre le travail en milieu ordinaire et le travail en établissement et service d'accompagnement par le travail (Ésat) :

- **en milieu ordinaire**, les revenus sont pris en compte à hauteur de 20 à 60 % du salaire pour le calcul de l'AAH ;

- **en Ésat**, le cumul entre le salaire et l'AAH ne peut dépasser 1 801,80 euros pour une personne seule, 2 342,34 euros pour une personne en couple, et 2 612,61 euros pour une personne en couple avec un enfant ou un ascendant à charge.

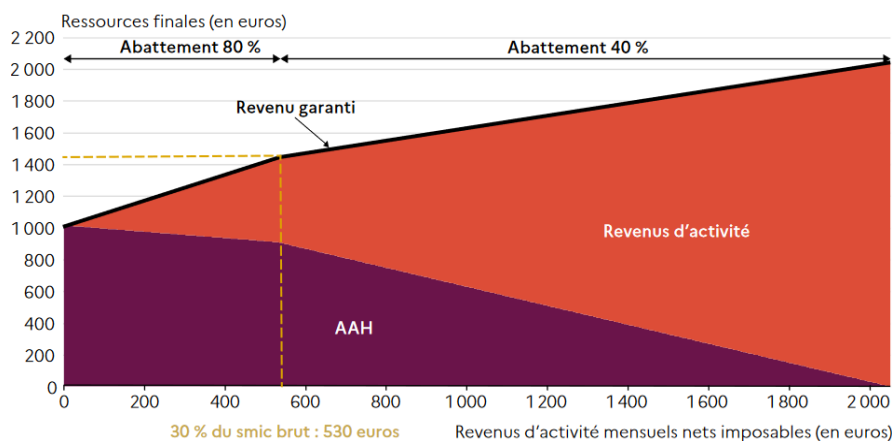
Les critères d'éligibilité des travailleurs à l'AAH ont par la suite été ajustés par le législateur.

En 2008, la **condition d'inactivité de douze mois** pour bénéficier de l'AAH demandée aux personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 50 et 80 % a été supprimée¹.

En 2011, la « **trimestrialisation** » de l'AAH, c'est-à-dire le calcul de l'allocation sur la base de ressources trimestrielles et non plus annuelles, a été mise en place pour les personnes exerçant une activité professionnelle en milieu ordinaire².

Plus récemment, la loi de finances pour 2024 a permis aux bénéficiaires de l'AAH de continuer à percevoir cette allocation s'ils décident de poursuivre leur **activité professionnelle après leur âge d'ouverture des droits à la retraite**³.

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 2024



Source : Drees, 2024

¹ Article 182 de la loi de finances n° 2008-1425 du 27 décembre 2008 de finances pour 2009.

² Décret n° 2010-1403 du 12 novembre 2010 modifiant les modalités d'évaluation des ressources prises en compte pour le calcul des droits à l'allocation aux adultes handicapés.

³ Article 254 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024.

2. La création des compléments à l'AAH

L'article 16 de la loi de 2005 a également créé deux **compléments à l'allocation aux adultes handicapés**, non cumulables :

- le **complément de ressources (CR)**, supprimé à partir du 1^{er} décembre 2019¹ par souci de simplification, qui permettait d'assurer un revenu égal à 85 % du Smic net aux personnes très gravement handicapées, dans l'incapacité de travailler et disposant d'un logement indépendant ;

- et la **majoration pour la vie autonome (MVA)**, une aide mensuelle de 104,77 euros qui permet aux personnes atteintes de 80 % d'incapacité de financer des dépenses d'aménagement de leur logement.

La **suppression du complément de ressources en 2019** a constitué un recul. En effet, celui-ci s'élevait à 179,31 euros par mois, soit près de 75 euros de plus que la MVA ; et certains bénéficiaires qui auraient pu prétendre au complément de ressources ne sont pas éligibles à la MVA.

3. Une AAH revalorisée à plusieurs reprises

Entre 2017 et 2022, en sus des revalorisations annuelles visant à tenir compte de l'inflation, **le montant de l'AAH** a été augmenté à plusieurs reprises. Depuis le 1^{er} avril 2024, son montant mensuel maximum est de 1 016,05 euros, contre 860 euros au 1^{er} avril 2018.

En outre, depuis le 1^{er} octobre 2023², **l'AAH est « déconjugalisée »** : désormais, les ressources du conjoint ne sont plus prises en compte pour calculer le montant de l'allocation. Selon la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), le gain moyen pour les nouveaux bénéficiaires de l'AAH est de 556 euros par mois.

B. LE HANDICAP RESTE UN FACTEUR DE PRÉCARITÉ

Malgré les dispositifs mis en place, les personnes en situation de handicap restent **surexposées à la pauvreté et à l'exclusion sociale**.

Les personnes en situation de handicap ont, en moyenne, un niveau de vie inférieur au reste de la population. En 2021, **57,1 % d'entre elles vivent dans un ménage dit « modeste »**, contre 37,9 % des personnes sans handicap. Sur le plan monétaire, **25,8 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans sont pauvres**, contre 14,4 % des personnes de la même tranche d'âge sans handicap³. Les familles monoparentales, les personnes seules et les personnes vivant en couple avec enfant sont les plus touchées.

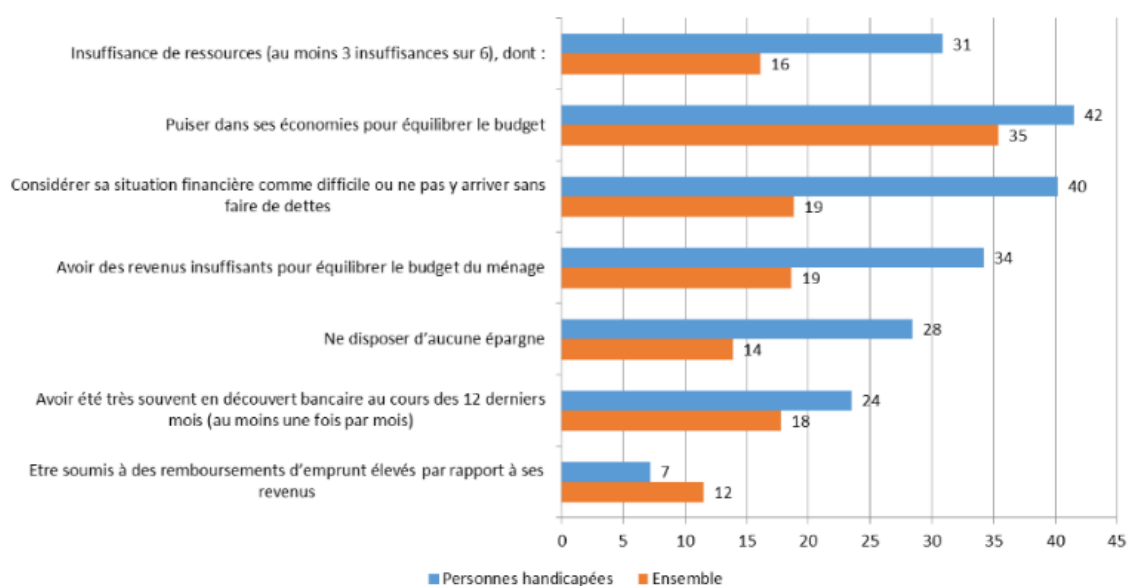
¹ Article 266 de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019.

² Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat (article 10). Il est à noter que cette question a fait l'objet de la 1^{ère} pétition à avoir dépassé le seuil de 100 000 signatures sur la plateforme dédiée du Sénat. Mme Véronique Tixier, première signataire de cette pétition avait été auditionnée par M. Philippe Mouiller, rapporteur de la proposition de loi portant diverses mesures de justice sociale (n° 319, 2019-2020) qui incluait cette mesure.

³ Drees, Comment vivent les personnes handicapées, février 2021.

Une enquête réalisée par la Drees en 2021¹ permet d'appréhender la pauvreté à travers les **privations** ou le **renoncement à certains biens de consommation, services ou équipements** pour des raisons financières. Selon cette étude, les personnes en situation de handicap vivent dans des **ménages trois fois plus exposés à la pauvreté en conditions de vie** que l'ensemble de la population.

Insuffisance de ressources des ménages des personnes en situation de handicap (en pourcentage)



Source : Insee, enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2018

Dans les **collectivités d'outre-mer**, les personnes en situation de handicap sont encore plus fréquemment et durement touchées par la précarité et la pauvreté, le coût de la vie y étant plus élevé que dans le reste du pays.

Les associations auditionnées regrettent que **le montant maximal de l'AAH (1 016,05 euros) reste inférieur au seuil de pauvreté**, aujourd'hui établi à 1 216 euros², malgré les récentes revalorisations ; et remarquent que les prestations en espèces versées par la sécurité sociale (pension d'invalidité, allocation supplémentaire d'invalidité et rente AT-MP) ne protègent pas davantage les assurés de la pauvreté.

¹ Ibid.

² Pour une personne vivant seule. Le seuil de pauvreté s'établit à 2 554 euros pour un couple avec deux enfants âgés de moins de 14 ans (Insee).

III. L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE : UNE COMPOSANTE DU DROIT À COMPENSATION EN TRANSFORMATION

A. L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE : UNE COMPOSANTE À PART ENTIÈRE DU DROIT À COMPENSATION

La loi de 2005 établit que le droit à compensation suppose que les personnes en situation de handicap puissent être orientées vers des **établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) adaptés** à leurs besoins¹, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte.

Bien que cette thématique ne soit qu'indirectement couverte par la loi, dans la mesure où **l'offre médico-sociale a des incidences directes sur le parcours de vie** des personnes en situation de handicap, les rapporteuses ont souhaité en dresser un rapide état des lieux.

Il existe une grande variété de structures spécialisées :

- des structures de **prévention, dépistage et accompagnement précoce** des handicaps, pour les enfants comme pour les adultes ;

- des structures permettant un **accompagnement en milieu ordinaire**, notamment les services d'aide et de soins à domicile et les structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ;

- et des structures d'**accompagnement en institution**, destinées aux enfants (établissements d'éducation spéciale, instituts d'éducation motrice, instituts médico-éducatifs, instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques) et aux adultes (foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées, foyers de vie, centres de rééducation professionnelle et établissements et services d'aide par le travail).

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)

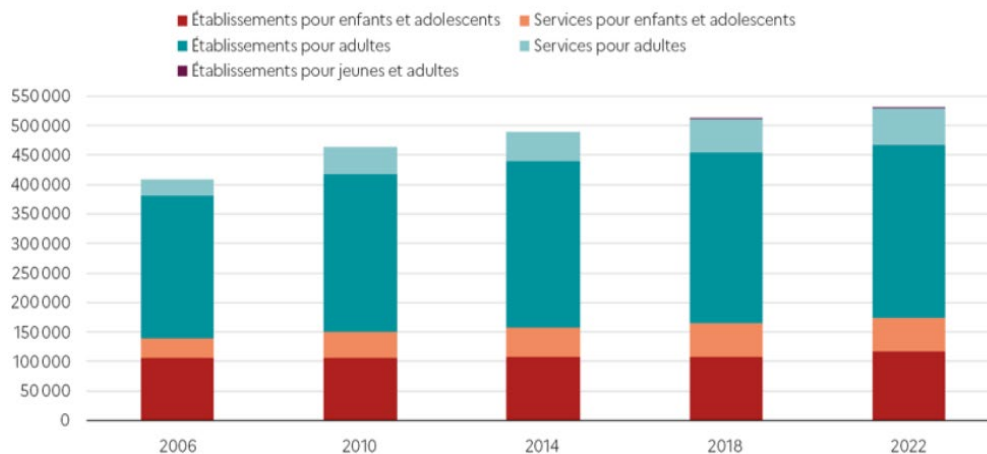
Les groupes d'entraide mutuelle ont été créés par la loi de 2005 (article 11). Ces structures, organisées sous la forme associative, sont constituées de personnes présentant des troubles de santé ou des situations de handicap similaires résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien, d'une lésion cérébrale ou d'un trouble du neuro-développement. En 2024, on dénombre plus de **690 GEM** sur l'ensemble du territoire national.

Les GEM s'apparentent à des **dispositifs d'entraide mutuelle entre pairs**, en permettant à ses membres de se soutenir mutuellement face aux difficultés rencontrées notamment en matière d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne. Ce ne sont pas des structures médico-sociales au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles : ils ne délivrent ni soins ni prestations, et l'adhésion à un GEM n'est pas conditionnée à une orientation par la CDAPH.

¹ Article 11 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

En 2022, les ESSMS qui accompagnent les personnes en situation de handicap proposent **531 000 places**. Ce chiffre est en progression continue (+ 30 % depuis 2006 et + 4 % depuis 2018), avec une hausse particulièrement marquée dans les structures pour enfants et adolescents¹.

Nombre de places en établissement et service pour personnes handicapées, par type de structure



Source : Drees (2024)

B. LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE : UNE NÉCESSITÉ POUR GARANTIR LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT

1. La nécessaire fluidification du parcours des personnes en situation de handicap

L'offre médico-sociale présente des limites qui nuisent à la qualité et à la **continuité de l'accompagnement** des personnes en situation de handicap.

D'une part, les dynamiques démographiques et l'augmentation de la prévalence de certains handicaps se traduisent par des **délais d'attente très longs sur certains territoires**, faute de places en établissement ou par manque de services à domicile. Les personnes et leur entourage se retrouvent alors sans solution médico-sociale adaptée, voire sans solution du tout ; et certaines familles sont contraintes de se tourner vers la Belgique, où l'offre est plus importante.

¹ Drees, Enquête ES-Handicap, 2024.

Ce constat a conduit le législateur, dès 1989, à permettre aux jeunes handicapés âgés de plus de vingt ans de rester dans les établissements médico-sociaux pour enfants qui les accueillent (**amendement Creton**)¹. Cette dérogation bénéficiait en 2019 à près de 6 000 jeunes adultes², non sans conséquences sur l'organisation des établissements concernés.

D'autre part, comme le relève l'inspection générale des affaires sociales (Igas) dans un rapport publié en 2021³, le secteur se caractérise par une **spécialisation très poussée** en fonction du type de handicap et de l'âge des personnes accueillies, et de leur mode d'accueil ou d'accompagnement.

Cette segmentation de l'offre est **source de complexité** pour les personnes handicapées, dont la **prise en charge peut être refusée** si leurs besoins ne correspondent pas exactement à la spécialité de la structure visée. Lorsque le gestionnaire est d'accord pour assurer cette prise en charge, il doit obtenir une dérogation de l'autorité de contrôle. Enfin, la spécialisation de l'offre rend difficile toute programmation globale par les pouvoirs publics.

Dans son rapport, l'Igas émet diverses recommandations pour **simplifier l'offre médico-sociale** et **fluidifier le parcours** des personnes en situation de handicap :

- la **simplification du régime d'autorisation** des établissements et services dans le sens d'une plus grande souplesse ;

- l'**accélération de la procédure d'orientation** des personnes devant la CDAPH, en établissant un droit d'accès aux ESSMS qui serait ouvert en même temps que les droits aux prestations individualisées afin de ne pas additionner les délais de traitement des dossiers ;

- la généralisation de l'**appui à l'élaboration du projet personnel** et l'élargissement des possibilités d'accueil temporaire sans orientation préalable, aujourd'hui très restrictives ;

- le **désenclavement des établissements isolés** afin de les rapprocher des lieux de vie des personnes ;

- et le déploiement d'une **approche globale et territorialisée du handicap**, avec par exemple la mise en place de structures « mixtes » destinées aux jeunes relevant de la protection de l'enfance et présentant un handicap ; le renforcement des partenariats entre les ESSMS dédiés aux personnes en situation de handicap et les structures spécialisées dans l'inclusion sociale ; et le développement de formules de logement intermédiaires pour garantir plus d'autonomie aux personnes.

¹ Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social (article 22).

² Drees, Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, 2019.

³ Igas, Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap : des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, mai 2021.

2. Un effort de transformation qu'il convient de poursuivre

La **qualité de l'accompagnement, partout et pour toutes les personnes en situation de handicap**, est l'un des quatre grands objectifs de la CNH 2023. Dans ce cadre, le Gouvernement a annoncé le déploiement de 50 000 nouvelles solutions médico-sociales à horizon 2030. Le budget, qui s'élève à **1,5 milliard d'euros**, se décompose en trois sous-enveloppes¹ :

- une sous-enveloppe dite « socle » de 985 millions d'euros, dédiée aux **solutions pour enfants** (400 millions d'euros) **et pour adultes** (585 millions d'euros). Ce plan doit bénéficier en priorité aux **territoires les plus en tension** (Île-de-France, Outre-mer notamment) et permettre d'améliorer l'offre pour les publics qui nécessitent un accompagnement renforcé (personnes polyhandicapées, enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance, personnes handicapées vieillissantes) ;

- une sous-enveloppe de 110 millions d'euros dédiée à la **création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour les enfants de 0 à 6 ans**, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 avant le 1^{er} janvier 2025² ;

- et une sous-enveloppe « **scolarisation** », dotée de 400 millions d'euros, consacrée au financement de l'appui des établissements scolaires par le secteur médico-social pour la scolarisation des élèves en situation de handicap.

De plus, le Comité interministériel du handicap (CIH) qui s'est réuni le 16 mai 2024 a annoncé la mise en œuvre d'un **fonds d'investissement** pour accompagner cette **transformation de l'offre** et faciliter les **coopérations territoriales**, doté de **250 millions d'euros** pour les années 2024-2027. Ce fonds, piloté par la CNSA, est majoritairement délégué aux agences régionales de santé (ARS). Il vise à donner aux acteurs des territoires de nouveaux moyens d'ingénierie, d'investissement immobilier, de transformation numérique et d'investissements techniques.

Par ailleurs, il est essentiel de développer les **solutions de vie à domicile** qui contribuent au maintien de l'autonomie des personnes handicapées.

La politique de **déploiement de l'habitat inclusif** s'inscrit dans cette démarche. D'après les données fournies par la CNSA, fin 2024, il existe près de 2 300 projets d'habitats inclusifs dans les programmations départementales et plus de 10 400 personnes en situation de handicap pourraient bénéficier de **l'aide à la vie partagée (AVP)** à horizon 2027.

¹ Circulaire du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030.

² Article 83 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Habitat inclusif et aide à la vie partagée (AVP)

L'habitat inclusif est une solution de logement destinée aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Cette forme d'habitat constitue une alternative à la vie à domicile isolée et à la vie collective en établissement : les habitants y vivent dans des logements privés, mais partagent des espaces communs et un projet de vie sociale. Les habitants d'un habitat inclusif peuvent solliciter un accompagnement social ou une offre de services sanitaires, sociaux ou médico-sociaux individualisés pour l'aide et la surveillance.

L'aide à la vie partagée (AVP) a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (article 34). Elle est versée par le conseil départemental à l'organisme porteur du projet de l'habitat inclusif afin de financer l'animation du projet de vie sociale et partagée. Le montant de cette prestation, qui peut atteindre jusqu'à 10 000 euros par an et par habitant, varie en fonction des caractéristiques du projet qu'elle vise à financer.

Enfin, il ne faut pas oublier **l'enjeu du vieillissement des personnes en situation de handicap**.

De nombreux foyers pour personnes en situation de handicap ne sont pas du tout adaptés aux personnes âgées, et inversement, les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont peu adaptés au handicap, tant sur le plan des infrastructures que de la formation du personnel. Cet enjeu doit impérativement être pris en compte dans les plans d'investissement des établissements sociaux et médico-sociaux.

Proposition n° 7 : Poursuivre la transformation de l'offre médico-sociale afin de garantir un continuum partant des besoins et des préférences des personnes.

Proposition n° 8 : Développer l'accueil de jour, ouvrir des places en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et en maison d'accueil spécialisée (Mas).

TROISIÈME PARTIE : LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES

I. LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES : UNE EXEMPLE DE GUICHET UNIQUE RÉUSSI, UNE DÉMARCHE DE SIMPLIFICATION INABOUTIE

A. LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES, STRUCTURE AU SERVICE DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LEURS FAMILLES

1. La MDPH : un interlocuteur unique de proximité pour un accès aux droits renforcé

a) Une centralisation des démarches qui facilite le parcours des personnes en situation de handicap

Avant 2005, les interlocuteurs administratifs des personnes en situation de handicap étaient variés, des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep), aux sites pour la vie autonome, en passant par les commissions départementales d'éducation spéciale (CDES).

Dans un **objectif de simplification des démarches**, la loi de 2005 a créé les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et leur a confié une **mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil** des personnes handicapées et de leur famille¹. Ces maisons offrent un **accès unique** à la quasi-totalité des droits et prestations liés au handicap, et à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation des établissements et services.

En leur qualité de guichets uniques, les 104 MDPH qui maillent le territoire sont les **premiers interlocuteurs administratifs** des personnes en situation de handicap.

Au 31 décembre 2022, près de **5,9 millions de personnes bénéficient d'au moins un droit ouvert en MDPH**². En 2022, **1,7 million de personnes** ont déposé au moins une demande d'ouverture ou de réexamen de droit auprès de leur MDPH soit 2,5 % de la population française. Parmi ces usagers, 77,3 % ont déposé un dossier pour une demande « adulte » et 22,7 % pour une demande « enfant et moins de 20 ans ».

¹ Article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles.

² CNSA, Synthèse des rapports d'activité 2022 des maisons départementales des personnes handicapées, juin 2024.

Droits ouverts en MDPH au 31 décembre 2022

	Nombre de droits ouverts	% de l'ensemble des droits ouverts
Prestations enfants et moins de 20 ans		
Orientations en établissement et service	291 200	2,29 %
Orientations scolaires	293 200	2,30 %
Matériel pédagogique adapté	81 300	0,64 %
Aide humaine à la scolarisation	309 000	2,42 %
AEEH	463 300	3,64 %
Prestations adultes (20 ans et plus)		
Affiliation à l'AVPF	41 200	0,32 %
ACTP et ACFP	55 700	0,44 %
Complément de ressources (CPR)	144 600	1,13 %
Formation professionnelle	124 700	0,98 %
Orientations en établissement et service	392 700	3,08 %
AAH	1 661 600	13,04 %
Orientations professionnelles	1 603 900	12,59 %
RQTH	2 622 400	20,58 %
Autres prestations tous publics		
PCH	466 600	3,66 %
CMI mention priorité	1 263 400	9,91 %
CMI mention invalidité	1 269 000	9,96 %
CMI mention stationnement	1 659 700	13,02 %

Source : CNSA (2024)

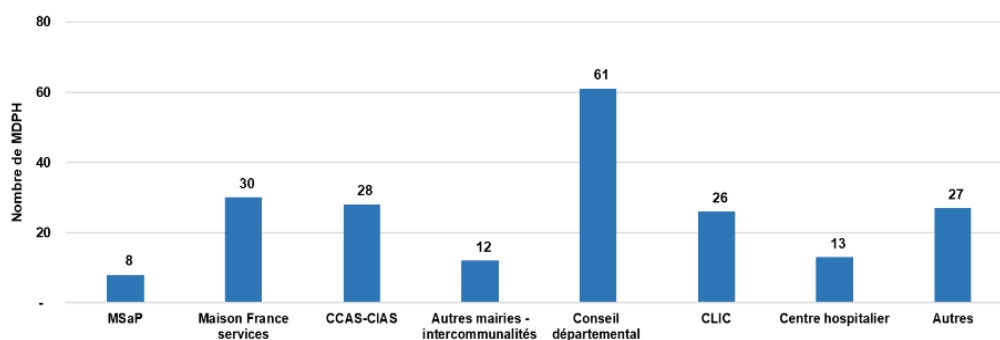
b) Un accès aux droits simplifié et renforcé

Le bilan des MDPH est globalement positif au regard des objectifs de simplification administrative et de meilleure adéquation des droits ouverts avec les besoins des personnes handicapées.

D'une part, comme l'ont souligné les associations auditionnées, ces maisons sont un exemple réussi de **guichet unique de proximité**. Il convient sur ce point de valoriser les démarches entreprises par les MDPH elles-mêmes pour **renforcer leur maillage territorial**. En grande majorité, elles coopèrent avec les acteurs du territoire pour proposer un accueil de proximité aux usagers. Selon les données fournies par la CNSA, en 2022, 67 MDPH indiquent proposer un **accueil délocalisé**, par exemple au sein des maisons départementales des solidarités et des maisons France services.

Par ailleurs, une trentaine de départements ont fait le choix de constituer une **maison départementale de l'autonomie (MDA)**, regroupant en un même lieu les services de la MDPH et ceux du conseil départemental liés au grand âge.

Partenaires mobilisés pour l'accueil (en nombre de MDPH)



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2022

D'autre part, le **processus d'évaluation des demandes** répond à une **approche par les besoins**, ce qui permet de garantir la pertinence des droits et prestations attribués par la MDPH.

Comme évoqué ci-avant sur le sujet de la PCH, dans le cadre de cette évaluation, l'équipe pluridisciplinaire élabore, **en concertation directe avec la personne concernée**, un **plan personnalisé de compensation du handicap (PPC)**. Non seulement la personne - ou le cas échéant, son représentant légal - est entendue, mais l'équipe pluridisciplinaire peut aussi **se rendre sur le lieu de vie de la personne** pour mieux apprécier ses besoins.

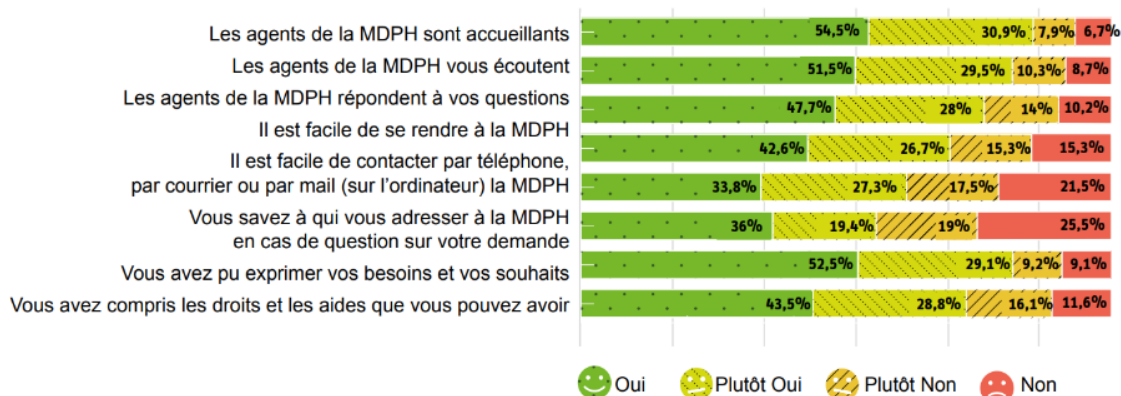
Au sein de la MDPH, c'est ensuite à la **commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)** de **prendre les décisions** relatives à l'ensemble des droits¹. Ces décisions sont prises sur la base du plan proposé par l'équipe pluridisciplinaire et des souhaits exprimés par la personne concernée, dans une **démarche de co-construction**. Le **taux d'accord** entre la demande et la décision de la CDAPH s'établit à **75,4 % en 2022**².

¹ Article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.

² Igas, Accueillir, évaluer, décider : comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers, juin 2024.

Du point de vue de l'expérience des personnes handicapées et de leurs proches, cette nouvelle organisation des démarches administratives a porté ses fruits : d'après les indicateurs de satisfaction déployés par la CNSA, en 2023, le **taux de satisfaction des usagers** est de **68,8 %**. La satisfaction est particulièrement marquée concernant la possibilité d'exprimer ses besoins et ses souhaits (81,6 %).

Satisfaction des usagers des MDPH



Source : CNSA, données de l'enquête « mesure de satisfaction des usagers » (MSU) 2022

2. La gouvernance des MDPH : une formule atypique qui permet la pleine participation du milieu associatif

a) *Un mode de gouvernance qui permet d'associer une pluralité d'acteurs, y compris le secteur associatif*

En application de l'article 64 de la loi de 2005, les MDPH ont été constituées sous la forme de **groupements d'intérêt public (GIP)** dont le département assure la tutelle administrative et financière. Ces GIP associent le département, l'État et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général de sécurité sociale¹.

Le législateur a par ailleurs **consacré le rôle central joué par les associations** dans le champ du handicap, en les associant directement au fonctionnement des MDPH. Elles occupent **un quart des sièges des commissions exécutives (Comex)**, instances de gouvernance des MDPH, où elles jouent un rôle de veille et d'alerte ; et composent **un tiers des membres des CDAPH**, contribuant de ce fait aux décisions rendues.

Cette participation active du milieu associatif permet non seulement de nourrir un **dialogue permanent avec les pouvoirs publics**, mais aussi de garantir la **pertinence des décisions** rendues par les MDPH.

¹ Article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles.

b) Une formule qui présente toutefois certaines limites

Le statut de GIP n'est pas sans présenter quelques limites.

Certes, il garantit une certaine souplesse dans l'organisation. Par exemple, lorsqu'une MDPH dispose du statut de GIP employeur, elle peut disposer de personnels relevant des différentes administrations membres du GIP. Toutefois, **toutes les structures ne sont pas GIP employeurs**, auquel cas le statut de GIP constitue un frein : le conseil départemental ne peut, par exemple, mettre à disposition des contractuels ou des fonctionnaires détachés au service de la MDPH.

Par ailleurs, les acteurs membres du GIP sont **inégalement investis dans la gouvernance** de la structure. La CNSA pointe notamment l'assiduité relative des représentants de l'État en CDAPH.

Plus généralement, la CNSA relève que **le statut de GIP est associé à plusieurs vides juridiques**, notamment en matière d'accès à la formation, de réglementation du temps de travail, de représentation du personnel, etc. Il en résulte une forme d'insécurité pour les personnes qui y travaillent, des inégalités de traitement entre les structures, et un manque d'attractivité des emplois.

B. PRÉSERVER LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT FACE À L'AUGMENTATION DES DEMANDES

1. Des structures prises en étau entre augmentation des demandes et enjeux de ressources humaines

a) Une augmentation continue du nombre de dossiers à traiter

Depuis leur création, **l'activité des MDPH est en hausse**. Le nombre d'avis et décisions rendus a été multiplié par trois entre 2006 et 2020, et a augmenté de 12 % entre 2015 et 2022¹.

Depuis 2015, ce dynamisme s'explique principalement par l'ouverture de **droits relatifs aux enfants (+ 40 %)** et à la **prestation de compensation du handicap (+ 36 %)**. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et les cartes mobilité inclusion (CMI) représentent toujours près de la moitié des droits ouverts.

Sur le plan systémique, la hausse des demandes est intimement liée aux **insuffisances de la politique d'accessibilité** : dans l'esprit de la loi de 2005, compensation et accessibilité vont de pair. Or, dans sa mise en œuvre, d'importants retards sont accusés en matière d'accessibilité qu'il s'agisse de la cité, des loisirs, de l'école ou du milieu professionnel, obligeant les personnes handicapées à recourir à un certain nombre de droits et prestations dont ils n'auraient pas nécessairement besoin dans un monde parfaitement accessible.

¹ *Igas, Accueillir, évaluer, décider : comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers, juin 2024.*

Par ailleurs, les MDPH ont été fortement mobilisées pour **mettre en œuvre les dernières réformes**, comme l'attribution de droits sans limitation de durée et l'élargissement du champ de la PCH, tout en s'efforçant de poursuivre le traitement des demandes dans les conditions habituelles.

b) De forts enjeux de ressources humaines

Les MDPH sont également confrontées à des difficultés en matière de ressources humaines, qui se répercutent directement sur les délais de traitement des dossiers : le flux de demandes étant continu, au moindre problème de personnel, les délais augmentent.

D'une part, **les MDPH manquent de moyens humains**. L'association des directeurs de MDPH regrette notamment que l'État, qui a progressivement mis fin aux mises à disposition de ses agents auprès des MDPH, n'ait pas compensé entièrement les postes devenus vacants. Par exemple, pour un emploi en équivalent temps plein (ETP) d'instructeur de droit privé, rémunéré en début de carrière à 41 500 euros, l'État compense à hauteur de 33 000 euros.

D'autre part, les MDPH doivent composer avec une **rotation importante des équipes**. Celle-ci s'explique en partie par des **conditions de travail difficiles**, notamment pour les équipes chargées de l'accueil et de l'instruction des dossiers, qui doivent traiter un nombre croissant de demandes et sont exposées à des situations souvent difficiles sur le plan émotionnel.

Enfin, il existe des **freins à la mobilité des personnels**. Par exemple, dans le cas des MDPH employées de droit public, l'absence de portabilité des CDI avec les collectivités territoriales ou les établissements publics freine les démarches de mobilité des agents ou de mutualisation des ressources humaines entre le conseil départemental et la MDPH.

Il ressort par ailleurs des auditions que, dans les départements qui disposent d'une maison départementale de l'autonomie (MDA), **le personnel du conseil départemental ne vient que très peu en renfort** du personnel de la MDPH du fait de la complexité des dossiers et du corpus juridique, qui nécessite un temps d'appropriation trop important.

Tout cela nuit à l'**attractivité des métiers** et alimente les **difficultés de recrutement** de personnel ; auxquelles s'ajoute, dans les **déserts médicaux**, la problématique de la faible disponibilité des médecins et des ergothérapeutes pour constituer les équipes pluridisciplinaires.

c) Un mode de financement des MDPH obsolète

Enfin, au-delà des problématiques de ressources humaines, se pose la question plus générale des **moyens financiers dont disposent les MDPH** pour faire face à la hausse de leur activité.

La CNSA finance en partie le fonctionnement des MDPH par le biais d'un **concours aux départements**. Le mécanisme de répartition de ce concours repose sur une part fixe et une part variable, qui prennent notamment en compte la démographie du département, le nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'AEEH, et le nombre de décisions rendues par la CDAPH.

Le financement des MDPH : un suivi complexe

Le système de financement des MDPH présente une complexité réelle :

- d'une part, les **financements nationaux** que sont la dotation de l'État et le concours « MDPH » sont versés directement à la MDPH par la CNSA ;

- d'autre part, la **contribution des départements**, qui assurent la tutelle des MDPH, peut être effectuée sous forme monétaire ou en nature (mise à disposition de personnel, appui logistique ou informatique).

Les apports ne font pas systématiquement l'objet d'une facturation à la MDPH. Aussi, les données comptables des MDPH ne retracent pas toujours fidèlement leurs coûts réels de fonctionnement.

Ces différences de fonctionnement résultent de **choix organisationnels définis par les départements** : certains ont décidé, tout en conservant deux entités juridiques distinctes (département et MDPH), de s'organiser en maison départementale de l'autonomie (MDA) avec une mutualisation plus ou moins importante des moyens.

Aussi, afin de mieux évaluer les coûts de fonctionnement des MDPH, dans le cadre des **rapports annuels d'activité** transmis par les structures à la CNSA, celles-ci doivent retracer l'ensemble des recettes et dépenses inscrites dans leur compte mais également valoriser les autres apports ne donnant pas lieu à refacturation.

Ces critères de répartition répondent pour partie à l'**ambition d'une adéquation des moyens aux missions des MDPH**. Ils présentent toutefois deux principales limites :

- d'une part, il n'y a **pas de corrélation parfaite entre la démographie d'un département et le nombre de demandes** déposées à la MDPH, d'autres paramètres liés à l'âge moyen ou à la situation sociale du territoire entrant également en jeu ;

- d'autre part, les critères retenus pour le calcul de la part variable sont **insuffisamment représentatifs de la charge des MDPH** : l'ensemble de l'activité, et non pas seulement celle rattachée à certaines prestations, devrait être prise en compte avec une pondération sur la charge d'instruction et d'évaluation des demandes.

Au-delà de l'amélioration de ces critères, la CNSA juge que la **dynamique de croissance de l'activité** des MDPH (+ 10 % entre 2022 et 2023) devrait également être prise en compte dans les règles de financement, tant pour l'État que pour les départements.

Proposition n° 9 : Engager un travail technique sur l'amélioration des critères de répartition du concours « MDPH » versé par la CNSA aux départements.

2. Un accompagnement des usagers dont la qualité pâtit des délais de traitement

a) Des délais de traitement inégaux entre départements

En vertu de l'article R. 241-33 du code de l'action sociale et des familles, le délai imparti aux MDPH pour rendre une décision est de **quatre mois** à compter de la réception du dossier. En 2022, le **délai moyen de traitement des demandes** est de 4,3 mois pour les enfants et de 4,5 mois pour les adultes¹. Cette moyenne cache toutefois d'**importantes disparités** :

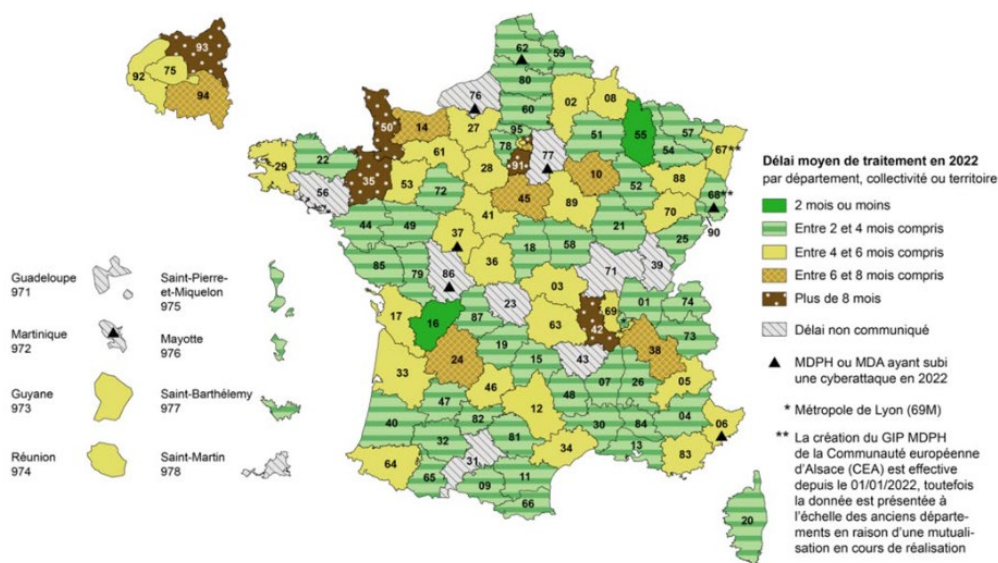
- **en fonction des droits et prestations concernés** et des exigences relatives à leur instruction : par exemple, la PCH, qui est susceptible de nécessiter l'intervention de professionnels extérieurs à la MDPH, est associée à un délai de traitement moyen de 5,7 mois contre 3,3 mois pour les orientations scolaires ;

- et **en fonction des territoires**, certains départements affichant un délai moyen supérieur à six mois.

Le délai de traitement constitue le **principal motif d'insatisfaction des usagers** : d'après une enquête conduite par la CNSA, en 2023, le taux de satisfaction vis-à-vis des délais n'est que de 39,3 % même s'il convient de relever sa progression (+ 7,3 points par rapport à 2020).

¹ *Igas, Accueillir, évaluer, décider : comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers, juin 2024.*

Délai moyen de traitement des demandes relatives aux adultes en 2022 (échantillon : 92 MDPH)



Source : CNSA, données des rapports d'activité des MDPH 2022

Cette lenteur administrative, aux sources multiples, peut avoir de **lourdes conséquences** pour les personnes en attente d'une décision. Dans certains cas, plus les délais sont longs, moins le plan de compensation proposé est pertinent car **les besoins peuvent évoluer rapidement** entre le dépôt du dossier et l'obtention de l'aide. Plus grave encore, la longueur des délais peut conduire au **renoncement aux droits**, la cellule familiale étant alors souvent amenée à répondre elle-même aux besoins.

Enfin, les rapporteuses n'ignorent pas que les personnels des MDPH peuvent également souffrir des délais imposés à leurs usagers. Certains **paramètres externes**, comme un nombre particulièrement élevé de demandes, la difficulté d'obtenir un certificat médical, le dépôt de formulaires de demande incomplets, ou encore le manque de personnel peuvent en effet se répercuter sur les délais d'instruction. Cela génère de la frustration, les usagers identifiant alors la MDPH comme étant responsable.

b) Un accompagnement de moins en moins personnalisé

La hausse de l'activité se répercute également sur la qualité du **contact de premier niveau** entre les usagers et les MDPH avec notamment, dans certaines structures, de faibles taux de décroché téléphonique.

Pour éviter de laisser des personnes sans réponse, certains départements ont engagé une **démarche de territorialisation de l'accueil de premier niveau** avec les services du département et les communes. Cette dynamique partenariale doit être encouragée dans le cadre de la **mise en place du service public départemental de l'autonomie (SPDA)**, avec la collaboration des centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les maisons France services et le secteur médicosocial.

Le service public départemental de l'autonomie (SPDA)

La création d'un service public départemental de l'autonomie (SPDA) est inscrite dans la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie (article 2). Le SPDA a été expérimenté dans dix-huit territoires en 2024, avant sa généralisation en 2025.

L'article L. 149-5 du code de l'action sociale et des familles dispose ainsi que dans chaque département, le SPDA facilite les démarches des personnes âgées, de personnes handicapées et des proches aidants, en garantissant que les aides dont ils bénéficient sont coordonnées, que la continuité de leur parcours est assurée et que leur maintien à domicile est soutenu, dans le respect de leur volonté et en réponse à leurs besoins.

Ce dispositif s'inscrit dans la dynamique de la création de la branche autonomie de la sécurité sociale : il vise à garantir une action articulée et cohérente des acteurs des secteurs médico-social, social et sanitaire afin de simplifier l'accès aux droits et prestations et d'éviter les ruptures d'accompagnement. Par souci d'équité de traitement, un cahier des charges national précise le socle commun des missions assurées par le SPDA et définit un référentiel de qualité de service.

Le SPDA est piloté par le conseil départemental, en lien étroit avec l'agence régionale de santé. Il implique tous les acteurs de l'autonomie sur le territoire (MDPH, MDA, centres communaux d'action sociale, centres locaux d'information et de coordination, maisons France services, caisses de sécurité sociale, Communautés 360, communautés professionnelles territoriales de santé, *etc.*) en lien renforcé avec les acteurs de droit commun (Éducation nationale, logement, service public de l'emploi, sport et culture, transports, *etc.*) et les représentants des personnes concernées.

Deuxièmement, l'inflation des demandes a d'importantes **conséquences sur la qualité de l'évaluation des besoins**, étape pourtant centrale dans le processus d'attribution des droits et prestations :

- les évaluateurs tendent à **privilégier l'approche médicale**, à rebours de l'approche pluridisciplinaire prévue par la loi ;

- et l'évaluation et la prise de décision se font essentiellement **sur la base du dossier**, laissant peu de place à l'échange avec les personnes concernées et surtout, aux **visites à domicile** qui sont normalement réalisées pour recenser les besoins pour l'attribution de la PCH.

Pour les rapporteuses, il est **impératif de replacer les besoins de la personne au centre du processus d'évaluation** et d'y accorder les moyens humains nécessaires.

Tout en veillant à ne pas recréer un millefeuille d'acteurs, il convient également de s'appuyer sur les dispositifs qui peuvent utilement compléter le rôle des MDPH. Par exemple, s'agissant des besoins en aides techniques, le déploiement des **équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT)**¹ devrait permettre d'améliorer l'accompagnement des personnes, de l'évaluation de leurs besoins jusqu'au choix d'une ou plusieurs aides techniques adaptées.

Proposition n° 10 : Dans le cadre du service public départemental de l'autonomie (SPDA), généraliser la démarche de territorialisation de l'accueil de premier niveau des MDPH.

Proposition n° 11 : Renforcer la culture de participation des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants en matière d'accès aux droits et aux prestations.

3. Une logique de contrôle de l'utilisation de la PCH pouvant nuire à la pertinence des plans personnalisés

En vertu de l'article L. 245-5 du code de l'action sociale et des familles, le président du conseil départemental « *prend toutes les mesures pour vérifier les déclarations des bénéficiaires [de la PCH] et s'assurer de l'effectivité de l'utilisation de l'aide qu'ils reçoivent.* » Il réalise à ce titre un **contrôle d'effectivité**, sur une période de référence ne pouvant être inférieure à six mois, et qui ne peut porter que sur les sommes qui ont été effectivement versées.

Selon les associations auditionnées, ces contrôles d'effectivité, qui sont souvent source d'inquiétude pour les personnes en situation de handicap, peuvent être **intrusifs et stigmatisants**. Ils sont parfois réalisés à l'euro près et bien **plus fréquemment** que ce que n'autorise la loi. Le législateur a pourtant fixé une période de référence plancher de six mois précisément car, pour apprécier la pertinence d'un plan de compensation, il convient d'avoir une vision lissée des aides prises en charge, tous les mois n'étant pas identiques en termes de besoins.

Pour le Collectif Handicaps, les excès constatés dans l'exercice du contrôle d'effectivité ne sont pas sans lien avec les **difficultés financières des départements**, ces derniers pouvant être tentés d'adapter le niveau de prise en charge des plans personnalisés de compensation à leur budget. Ils peuvent aussi résulter d'une **connaissance lacunaire** du fonctionnement de la PCH.

¹ Les équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) accompagnent les personnes et évaluent leurs besoins en aides techniques. D'abord expérimenté sur l'initiative de la CNSA, ce dispositif a été généralisé par la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie (article 3).

Dans les départements où ces dérives sont constatées, les contrôles d'effectivité exercent un **effet dissuasif auprès des MDPH**, qui sont alors incitées à réduire le niveau de prise en charge des plans de compensation. Selon des témoignages, les personnes qui vivent mal ces contrôles peuvent parfois aller jusqu'à renoncer à l'exercice du droit à compensation.

Si tous les départements ne sont pas concernés par ces dysfonctionnements, il apparaît indispensable de s'assurer que le contrôle d'effectivité est exercé **conformément à la loi et de façon homogène** sur l'ensemble du territoire.

Dans certains territoires, des **échanges réguliers** sont organisés entre les **services payeurs et contrôleurs** du conseil départemental et l'**équipe pluridisciplinaire** de la MDPH. L'objectif est de **favoriser la compréhension**, par les services du conseil départemental, **des plans personnalisés de compensation** et de leur mise en œuvre afin d'alléger et de fluidifier les contrôles d'effectivité. Ces initiatives, qui doivent être encouragées, pourraient utilement être complétées d'une **formation des services du conseil départemental** par la CNSA.

C. UN EFFORT RÉEL DE SIMPLIFICATION, MAIS DES PROCÉDURES QUI RESTENT COMPLEXES ET CHRONOPHAGES

1. Des démarches qui restent complexes et chronophages

Pour évaluer les demandes, les équipes pluridisciplinaires se fondent sur un **formulaire** d'une trentaine de pages, **mal compris et donc mal renseigné** par de nombreux usagers. Le certificat médical associé au formulaire est aussi largement mal complété, et les associations estiment que le **nombre de pièces justificatives** demandées est trop important, d'autant que certaines ont une durée de validité de quelques mois seulement.

Les évaluateurs sont ainsi souvent contraints de demander des pièces complémentaires aux usagers, au détriment de la fluidité du processus. Pour éviter cette situation, certaines MDPH pratiquent l'**aide au remplissage des dossiers** : agent et usager remplissent ensemble le formulaire, ce qui permet un traitement plus rapide de la demande.

Le formulaire a été **réformé pour la dernière fois en 2019**. Il intègre depuis la possibilité de se limiter à décrire sa situation et ses difficultés sans pour autant exprimer une demande précise. Dans le cadre de cette **demande « générique »**, c'est à l'équipe pluridisciplinaire qu'il incombe de proposer les droits et/ou les orientations adaptés. En revanche, le format du formulaire reste lourd : cette dernière « simplification » a conduit à l'allonger de dix pages.

De plus, les **notifications de droits** qui sont adressées par courrier aux usagers sont **inintelligibles**. Les associations tout comme les représentants des MDPH déplorent que ces courriers ne satisfassent pas aux règles basiques de l'accessibilité : l'information est présentée de façon désordonnée, et les motifs précis de la décision – qu'elle soit positive ou négative – ne sont pas exposés. Dans la mesure où il s'agit de notifications opposables, leur forme est très encadrée par le système d'information et peu adaptable localement.

L'ensemble des acteurs auditionnés par les rapporteuses estiment qu'**une simplification de ces documents est souhaitable**. S'agissant du formulaire de demande, le défi réside dans la conciliation d'un accès simplifié avec le recueil d'une information complète et précise, nécessaire pour apporter des réponses adaptées aux besoins des usagers.

Par ailleurs, l'enjeu de la simplification ne concerne pas que les usagers : pour les MDPH aussi, le traitement des demandes est d'une particulière complexité. Celui-ci implique le **maniement de référentiels et de notions très complexes**, à l'instar de la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) qui conditionne l'accès à l'AAH-2. Comme évoqué ci-avant, le droit à compensation applicable aux enfants est également particulièrement difficile à appréhender.

Enfin, malgré sa qualité du guichet unique, la MDPH n'est pas le seul interlocuteur des personnes en situation de handicap. Un certain nombre de **démarches** doivent être réalisées **auprès des caisses de sécurité sociale** (prise en charge d'une aide technique et des soins et frais médicaux, attribution et versement de la pension d'invalidité, versement de l'AAH, etc.) ce qui reste source de difficultés pour les usagers.

2. Un effort réel de simplification qu'il convient de poursuivre

a) Un processus de simplification des démarches enclenché

Les pouvoirs publics n'ignorent pas le défi de la simplification des démarches. Des mesures ont notamment été adoptées pour **simplifier l'attribution des allocations**, en limitant le nombre de demandes adressées aux MDPH.

Premièrement, depuis 2019, **certains droits peuvent être attribués sans limitation de durée** lorsque la situation de handicap n'est susceptible d'aucune amélioration (AAH et CMI mention « invalidité » pour les personnes qui présentent un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % ; RQTH et orientation vers le marché du travail)¹. La PCH a été ajoutée à cette liste en 2021².

¹ Décret n° 2018-1222 du 24 décembre 2018 portant diverses mesures de simplification dans le champ du handicap.

² Décret n° 2021-1394 du 27 octobre 2021 relatif à la durée d'attribution de la prestation de compensation du handicap.

Deuxièmement, **la durée d'attribution de l'AEEH a été allongée** de sorte qu'elle puisse être ouverte **par cycle scolaire** et non pas par an¹. Lorsque le taux d'incapacité de l'enfant est au moins égal à 80 % et sans perspective d'amélioration, l'AEEH de base est désormais attribuée **sans limitation de durée jusqu'aux vingt ans** de l'enfant ou, le cas échéant, jusqu'à son accès à l'AAH ; et la durée minimale d'attribution d'un éventuel complément à l'AEEH a triplé, passant d'un à trois ans. En cas de taux d'incapacité situé entre 50 % et 80 %, les droits à l'AEEH de base et de son complément sont attribués pour une durée au moins égale à deux ans.

Troisièmement, depuis 2020² et dans le prolongement des mesures précédentes, les CDAPH et les présidents de conseils départementaux ont la possibilité de **proroger des droits ouverts aux personnes en situation de handicap** (AAH et ACTP avec taux d'invalidité à 80 % et plus, cartes mobilité inclusion) **sans nouvelle demande de leur part** lorsque leur situation de handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement. Selon la CNSA, **cette possibilité reste peu mise en œuvre aujourd'hui**, les MDPH priorisant les dossiers en attente.

Par ailleurs, au cours de son audition, la CNSA a émis l'idée d'une **redéfinition du processus de traitement des demandes au sein de la MDPH**, estimant que certaines prestations, comme la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et l'obtention de la carte mobilité inclusion (CMI), ne devraient pas nécessiter autant de démarches voire ne pas nécessiter de déposer obligatoirement une demande auprès de la MDPH.

En effet, aujourd'hui, **pour tout dossier déposé**, l'équipe pluridisciplinaire est censée **analyser l'ensemble des droits auxquels la personne pourrait prétendre** même si la demande ne porte que sur un élément. Cette logique répond toutefois à l'objectif de lutter contre le non-recours : la remettre en cause pourrait présenter plus d'effets pervers que d'effets bénéfiques.

Enfin, interrogée par la commission des affaires sociales et le groupe d'études handicap du Sénat sur l'enjeu de la simplification des démarches en MDPH³, la ministre déléguée chargée de l'autonomie et du handicap a annoncé la **mise en place imminente d'une « task force »**. Celle-ci sera chargée d'élaborer une série de propositions pour alléger la structure du formulaire de demande et, éventuellement, simplifier certains circuits de décision.

¹ Décret n° 2018-1294 du 27 décembre 2018 relatif à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

² Décret n° 2019-1501 du 30 décembre 2019 relatif à la prorogation de droits sans limitation de durée pour les personnes handicapées.

³ Audition de Mme Charlotte Parmentier-Lecocq du mardi 28 janvier 2025.

b) Vers une meilleure information des usagers

La CNSA met en place des mesures pour **améliorer l'information du public** et faciliter leurs démarches. Elle a notamment contribué à la mise en place du **site internet « Mon Parcours Handicap »**, porté par la Caisse des dépôts et consignations, qui centralise l'information relative aux droits des personnes en situation de handicap. Elle a également conçu des **documents faciles à lire et à comprendre (Falc)** mis à la disposition des MDPH.

À plus petite échelle, **certaines MDPH entreprennent également une démarche qualité** auprès de leurs usagers. D'après les données fournies par la CNSA, vingt-deux d'entre elles ont mis en place un **comité des usagers** afin de prendre en compte l'avis et l'expérience des personnes dans leurs projets.

c) Une coopération territoriale à encourager

L'enjeu de la simplification est également porté par la structuration du **service public départemental de l'autonomie (SPDA)**. D'après les informations fournies par la CNSA aux rapporteuses, le cahier des charges national du SPDA, qui décrit les attendus des services publics, doit permettre de définir un cadre commun à tous les acteurs de proximité. Des activités sont également prévues pour mettre en œuvre des **objectifs en matière d'accueil, d'information et de mise en relation**.

Lors des auditions, les associations ont également souligné l'importance de **l'accessibilité de l'ensemble des services publics**. Il est en effet essentiel que l'ensemble des acteurs de droit commun que sont les mairies, les centres communaux d'action sociale, les maisons France services et les caisses de sécurité sociale jouent leur **rôle d'information de premier niveau** et ne renvoient pas systématiquement les usagers en situation de handicap vers les MDPH.

Enfin, si la coopération territoriale doit être encouragée, il convient d'**éviter l'empilement des dispositifs**. Plusieurs MDPH ont évoqué cette problématique dans le questionnaire qui leur a été adressé par les rapporteuses. Elles soulignent la **complexité de l'écosystème du handicap** et s'interrogent sur la multiplication des dispositifs. Les MDPH sont par exemple chargées de la réponse accompagnée pour tous (RAPT) qui vise à éviter de laisser des personnes sans solution, tandis qu'en parallèle, les Communautés 360 et le dispositif Assistance au parcours de vie (APV) ont été créés avec la même finalité.

<p>Proposition n° 12 : Simplifier le formulaire de demande et les notifications de droits.</p>

II. LE FONCTIONNEMENT DES MDPH : HARMONISER LES PRATIQUES ET RENFORCER LE PILOTAGE NATIONAL POUR RÉPONDRE À L'ENJEU D'ÉQUITÉ

A. UNE SIMPLIFICATION ET UNE HOMOGENISATION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL NÉCESSAIRES

1. Des outils de travail peu adaptés au traitement de masse

a) Une harmonisation progressive du système d'information

En 2015, la loi relative à l'adaptation de la société en vieillissement a donné mission à la CNSA de mettre en œuvre un **système d'information commun** aux MDPH. Ce chantier d'harmonisation se traduit par :

- l'**harmonisation progressive des systèmes d'information de traitement des demandes** par les MDPH, le nouveau système commun intégrant la numérisation des échanges entre les MDPH et leurs partenaires (CAF, France Travail, Éducation nationale, établissements et services sociaux et médico-sociaux, CNSA, système national des données de santé) ;

- la **mise à disposition d'un téléservice « ma MDPH en ligne »** qui permet aux usagers de déposer leur demande directement en ligne ;

- la conception, en cours, d'un **système national d'information portant sur l'évaluation** qui sera connecté au système d'information de chaque MDPH.

S'il a permis d'enclencher un processus d'harmonisation des pratiques, ce système d'information présente des lacunes. Le système d'échange avec les partenaires des MDPH n'est pas encore effectif dans tout le réseau, et il ne permet pas aux structures de récupérer des informations entrantes.

Surtout, ce système d'information harmonisé n'est **pas un système d'information unique**. Il existe quatre éditeurs différents, la CNSA étant chargée de leur commander les adaptations nécessaires en cas de modification ou création de droits. Chaque montée de version engendre une **charge de travail conséquente** pour le personnel, et les **évolutions réglementaires** sont souvent intégrées au système d'information postérieurement à leur entrée en vigueur¹.

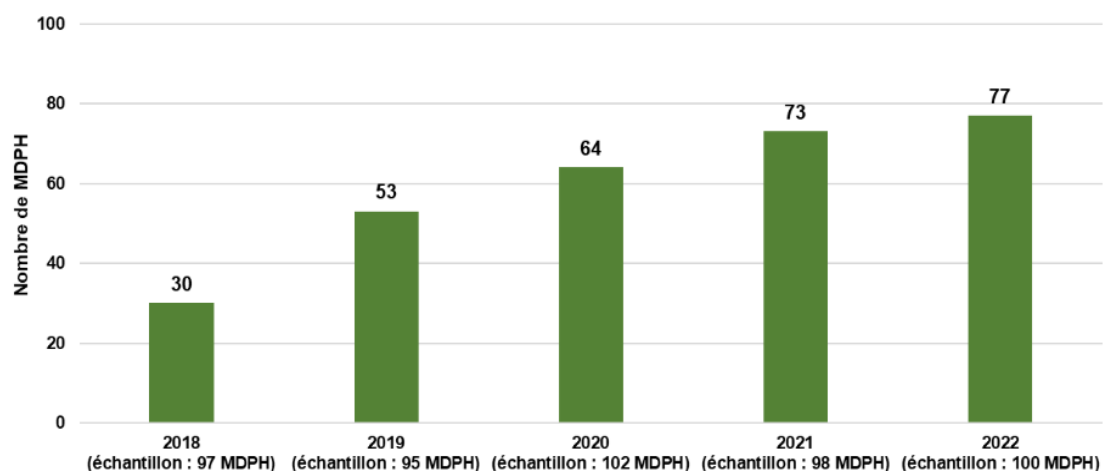
Il apparaît donc indispensable d'améliorer l'efficacité des outils informatiques utilisés par les MDPH. Pour atteindre cet objectif, l'**opportunité d'un système d'information national unique**, qui serait géré par la CNSA elle-même, mériterait d'être étudiée.

¹ *Igas, Accueillir, évaluer, décider : comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers, juin 2024.*

b) Un usage des outils informatiques qui reste sous-optimal

En outre, le travail en MDPH se caractérise toujours par la **prépondérance du traitement papier** et des tâches chronophages à faible valeur ajoutée (mise sous pli, numérisation...). Bien que **77 MDPH disposent d'un téléservice** qui permet aux usagers de déposer leur demande en ligne, en 2022, seulement **6 % des demandes** sont déposées par ce biais¹. En Charente-Maritime, alors que le téléservice existe depuis 2014, 10 % des dossiers seulement sont déposés numériquement.

Évolution du nombre de MDPH ayant déployé un téléservice



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2022

Dans la mesure où la numérisation est une des principales pistes pour simplifier le travail des personnels, il convient d'**inciter les usagers à utiliser davantage les téléservices**.

Presque toutes les MDPH concernées ont d'ores-et-déjà assorti le déploiement de leur téléservice de mesures d'**accompagnement des usagers à l'utilisation de cet outil**, cet accompagnement étant prodigué par la structure elle-même et/ou avec ses partenaires territoriaux (maisons France services, réseau des conseillers numériques et mairies). Cette démarche pourrait être renforcée, tout en veillant à **ne pas exclure les personnes touchées par l'illectronisme**.

La dématérialisation devrait également permettre d'**optimiser les contacts entre MDPH**, notamment dans le cadre d'un **transfert de dossier** en cas de déménagement d'un usager. Aujourd'hui, les délais de transfert sont trop longs et peuvent induire une rupture de prise en charge.

¹ CNSA, Synthèse des rapports d'activité 2022 des maisons départementales des personnes handicapées, juin 2024.

Il convient néanmoins de ne pas placer des espoirs disproportionnés dans la dématérialisation : si celle-ci permet de réduire le temps du recueil des données, elle **ne réduit pas nécessairement le temps de l'évaluation**, qui dépend largement de la disponibilité des évaluateurs.

Proposition n° 13 : Étudier l'opportunité d'un système d'information national unique des MDPH qui serait géré par la CNSA.

2. Des pratiques et des moyens hétérogènes qui nuisent au principe d'égalité de traitement

a) L'égalité de traitement est compromise par des différences de pratique et de moyens entre MDPH

Au cours des auditions, les associations ont alerté les rapporteuses sur les **différences de pratiques** constatées entre les MDPH.

Il convient toutefois de distinguer celles qui relèvent des **spécificités territoriales** et des marges de manœuvre induites par le **principe de libre administration** de celles qui, à l'inverse, devraient être harmonisées pour garantir l'égalité de traitement.

En l'occurrence, les divergences constatées au cours du **processus d'évaluation des besoins** ne sauraient être justifiées.

Le milieu associatif souligne que des **disparités d'interprétation de la loi** subsistent, créant des inégalités de traitement des dossiers et d'attribution des droits selon les départements. Par exemple, les MDPH ne s'emparent pas toutes de la possibilité d'ouvrir des droits sans limitation de durée, et leurs méthodes pour déterminer le taux d'incapacité des personnes divergent.

Ces divergences d'interprétation résultent en grande partie de la **complexité du corpus juridique** des droits et prestations, dans un contexte où certaines MDPH connaissent un taux de rotation du personnel important.

b) La CNSA doit accentuer ses actions en vue d'harmoniser les pratiques

La problématique de l'harmonisation des pratiques au sein du réseau des MDPH est particulièrement complexe, dans la mesure où la politique du handicap relève de la **compétence des départements**.

Si la loi confie à la CNSA le soin de **veiller à l'égalité de traitement** des droits et demandes de prestations¹, la caisse souligne la difficulté de cet exercice, **aucune doctrine précise** n'ayant été définie pour articuler les compétences départementales avec les objectifs d'équité territoriale de la branche autonomie de la sécurité sociale.

¹ Article L. 223-5 du code de la sécurité sociale.

Malgré ces difficultés, plusieurs actions ont été entreprises par la CNSA dans un souci d'harmonisation et de diffusion des bonnes pratiques :

- la contribution à l'élaboration de **référentiels d'évaluation** comme le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA) et la production de **fiches, notamment sur les droits et prestations**, qui sont mises à disposition des professionnels ;

- un **travail d'animation auprès des professionnels** chargés de l'instruction des demandes de compensation et de l'évaluation des besoins, et la diffusion de lettres d'information ;

- et un **soutien à la formation des professionnels**, en lien avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) qui a la charge de la formation initiale personnels des MDPH. Des contenus de formation en ligne sont en cours de conception et seront mis à disposition dans les prochains mois sur une plateforme ouverte aux professionnels.

B. UN ACCOMPAGNEMENT PAR LA CNSA QUI DEMANDE À ÊTRE RENFORCÉ

1. La CNSA, pilote du réseau des MDPH

La nature spécifique de la branche autonomie de la sécurité sociale, qui se déploie dans un **champ en partie décentralisé** du fait de la compétence départementale, conduit la CNSA à assurer un pilotage de réseau distinct du modèle classique. Le rôle de la CNSA a toutefois été renforcé avec la mise en place de la cinquième branche en 2021.

Auparavant, la caisse avait pour rôle d'assurer un **échange d'expériences et d'informations** entre les MDPH, de **diffuser les bonnes pratiques** d'évaluation individuelle des besoins et de **veiller à l'équité du traitement des demandes** de compensation du handicap¹.

Aux termes de l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale, la CNSA est désormais **chargée de piloter et d'assurer l'animation et la coordination des acteurs** qui participent à la mise en œuvre des politiques de soutien à l'autonomie. Elle assure, au bénéfice des départements et des MDPH, 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, et de **veiller à l'égalité de traitement** des demandes de droits et de prestations.

¹ Article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

Malgré le renforcement de ses missions, **la CNSA n'a pas remis en cause son mode de pilotage**, qui continue de s'appuyer principalement sur des recommandations ou des guides. Son rôle reste d'harmoniser les pratiques, de créer une culture commune au sein du réseau et de mettre en place des projets structurants (système d'information commun, déploiement du SPDA notamment).

La **feuille de route MDPH 2022** a toutefois marqué un engagement renforcé avec la conduite de projets ambitieux : mise en place du dispositif des droits sans limitation de durée, extension et amélioration de la PCH, déploiement du service en ligne de dépôt des demandes ou encore renforcement de la coopération territoriale.

2. Renforcer l'accompagnement des MDPH tout en préservant l'autonomie des structures

a) À l'échelle locale, le conseil départemental reste le pilote de fait de la MDPH

Sur le terrain, **le conseil départemental**, qui préside la commission exécutive (Comex) du GIP, **est le pilote de fait de la MDPH** et le rôle politique joué par son président peut avoir des effets déterminants sur le fonctionnement de la structure.

Le rôle du conseil départemental est aussi renforcé par le niveau parfois très élevé d'intégration des MDPH dans ses services, notamment lorsqu'une **maison départementale de l'autonomie (MDA)** a été mise en place. Le conseil départemental peut, dans certains cas, employer le personnel de la MDPH et la mutualisation des moyens peut concerner aussi bien la logistique et les systèmes d'information que l'accueil du public.

En outre, hors Éducation nationale, **les représentants de l'État apparaissent en retrait** : les sous-préfets en charge du handicap sont très souvent absents des Comex, et la présence des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) est inégale.

b) À l'échelle nationale, la CNSA manque de moyens pour accomplir pleinement sa mission

Ces dernières années, **de nouveaux dispositifs ont été mis en place pour renforcer le pilotage national**. Dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion État-CNSA 2022-2026, des moyens supplémentaires ont été alloués à la caisse pour **accompagner les MDPH les plus en difficulté et développer le contrôle interne** au sein du réseau.

Entre 2021 et 2024, la « **mission d'appui opérationnelle** » (Maop) déployée par la CNSA a permis d'accompagner **vingt-quatre MDPH en difficulté** sur demande des présidents des conseils départementaux concernées.

Dans un premier temps, l'équipe qui constitue la Maop observe, sur plusieurs mois, l'organisation de la structure pour établir un **diagnostic des difficultés** rencontrées. Ensuite, elle propose un **plan d'action** visant à réviser les processus de traitement et finance des **postes temporaires** afin de résorber les dossiers en attente de traitement. La durée moyenne d'un accompagnement est d'un an et demi à deux ans. **Le bilan de la Maop est globalement positif**, la plupart des MDPH accompagnées ayant identifié les points de blocage et réduit leur délai de traitement à l'issue de la mission.

Interrogée sur les perspectives de cet accompagnement, la CNSA a indiqué qu'une nouvelle offre serait déployée en 2025, avec la mise à disposition des MDPH d'un « **kit d'autodiagnostic** » qui leur permettra d'identifier plus facilement la source de leurs difficultés, et d'envisager un plan d'action pour y apporter des réponses.

La seconde structure récemment mise en place par la CNSA est la « **mission de contrôle interne et de conformité** » (MCIC). L'objectif est de conduire, en 2025, un certain nombre d'audits internes au sein des MDPH afin d'objectiver l'hétérogénéité des pratiques sur certains sujets comme l'attribution de l'AAH.

Malgré cette démarche, le constat de l'insuffisance du pilotage national demeure.

Si la feuille de route nationale MDPH 2022 était particulièrement ambitieuse, et que ses objectifs ont bien été déclinés dans les **conventions départementales** prévues par la loi¹, lesdites conventions n'ont fait l'objet d'**aucun suivi**. De fait, la CNSA n'est pas en mesure de suivre tous les indicateurs mis en place pour la centaine de départements.

L'Igas pointe deux principaux freins au pilotage national. D'une part, **les ressources de la CNSA sont limitées** : il n'existe pas de direction du réseau au sein de la caisse, et les ressources consacrées à l'animation du réseau restent fragiles. D'autre part, **il n'existe pas de relais territoriaux**, ce qui accentue le sentiment d'éloignement entre les MDPH et la CNSA.

S'il convient d'attribuer plus de moyens à la CNSA pour piloter le réseau des MDPH, les rapporteuses estiment en revanche qu'il n'est **pas souhaitable de doter la caisse d'un pouvoir de sanction**. En effet, outre les résultats très incertains que produiraient une politique de sanction à l'égard de MDPH supposées « mauvaises élèves », les départements doivent rester autonomes dans l'exercice des compétences qui sont les leurs.

Proposition n° 14 : Pérenniser la mission d'appui opérationnel de la CNSA en lui allouant davantage de moyens humains.

¹ L'article L. 14-10-7-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit qu'une convention pluriannuelle signée entre la CNSA et le département fixe leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

QUATRIÈME PARTIE : L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

En parallèle de l'attention portée par la loi du 11 février 2005 à l'amélioration des conditions de cumul entre l'AAH et les revenus du travail, celle-ci s'attache également à renforcer « l'accès de tous à tout »¹ dans le domaine de l'emploi. Elle **modernise pour cela les outils d'inclusion** qui préexistent, et pose dans le même temps un **principe de non-discrimination** des travailleurs handicapés.

I. LE RENFORCEMENT DE L'OBLIGATION D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS A PERMIS D'ACCÉLÉRER LEUR INTÉGRATION DANS LE MONDE DU TRAVAIL

A. L'OETH, UNE LOGIQUE RENFORCÉE ET ÉTENDUE

1. Une politique de quota volontariste renouvelée

Inspirés par les mutilations subies par les populations durant la guerre, les législateurs des pays européens se tournent spontanément vers des **logiques de quota afin de faire une place dans le monde du travail aux citoyens handicapés**. Cette philosophie a longtemps été critiquée par les **associations de représentation** des personnes en situation de handicap, notamment dans le monde anglo-saxon, lui **préférant la logique de non-discrimination**, en considérant que l'obligation d'emploi renforçait le stigmatisme, et soumettait les travailleurs handicapés à la décision d'un État discrétionnaire et intrusif.

En France, une « **priorité d'emploi réservée aux handicapés** » est **mise en place par la loi du 23 novembre 1957**, fixée à 3 % des effectifs², elle n'est cependant pas assortie de sanction dans le cas de son non-respect. Par conséquent, c'est **la loi du 10 juillet 1987 qui a réellement fixé une obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)**, qui ne s'applique alors qu'aux employeurs du secteur privé.

¹ Exposé des motifs de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

² Arrêté du 23 septembre 1963 relatif au pourcentage de bénéficiaires à employer dans les entreprises assujetties à la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

La notion de travailleur handicapé

C'est la loi du 23 novembre 1957 qui apporte pour la première fois une définition du travailleur handicapé : est considéré comme tel « *toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites, par suite d'insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales* ». Une commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep), est alors chargée de reconnaître cette qualité de travailleur handicapé (RQTH), mission désormais dévolue aux MDPH.

La RQTH appréhende de façon unifiée les conséquences en termes d'employabilité et de besoins d'aménagements qui peuvent naître de situations différentes : maladie invalidante, accident du travail ou de maladie professionnelle, mutilation de guerre, *etc.*

Une fois obtenue, **la RQTH permet de prétendre à des aménagements d'horaires de travail** ou à une **adaptation du poste**, mais également de **bénéficier de certains dispositifs d'insertion professionnelle**. Par ailleurs, elle est le critère pris en compte par l'administration dans le contrôle du respect de l'OETH par l'employeur.

Face aux difficultés d'insertion rencontrées par les personnes en situation de handicap, le législateur a donc fixé aux employeurs privés, de manière volontariste et ambitieuse, une **obligation d'établir que les travailleurs en situation de handicap représentent au moins 6 % de l'effectif total** employé des entreprises de plus de 19 salariés. À défaut, une **contribution financière proportionnelle à l'ampleur du manquement** à cet engagement doit être annuellement acquittée par l'employeur. Ce mécanisme permet de garantir l'incitativité de la mesure, tout en tenant compte des difficultés de recrutement que pourrait rencontrer un employeur compte tenu de son activité, ou de sa localisation.

La loi du 11 février 2005 est à la fois venue renforcer l'OETH, et en simplifier la mise en œuvre. Le calcul de la cible d'OETH est en effet opéré sur l'intégralité des effectifs salariés, avec la disparition des « emplois exclus ». De même, **l'abandon de la pondération de l'effectif selon la lourdeur du handicap** a grandement simplifié la compréhension de l'OETH par les employeurs. En parallèle, elle a imposé une **pénalité supplémentaire pour les entreprises n'employant aucun travailleur handicapé**, directement ou indirectement.

Les efforts de simplification ont été amplifiés depuis, même si le champ des entreprises concernées à récemment été réduit par la mesure de neutralisation des effets de seuils¹ au 1^{er} janvier 2020, puisque sont désormais concernées les seules entreprises dont l'effectif moyen annuel a dépassé le seuil de 19 salariés depuis au moins cinq années consécutives.

¹ Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises.

Le respect de l'OETH, qui s'apprécie au 31 décembre de l'année concernée, est calculé sur la base de la déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH). Auparavant adressée à l'Agefiph, la DOETH est depuis 2020¹ directement générée *via* la déclaration sociale nominative (DSN) gérée par l'Urssaf, de même que le recouvrement de la contribution due en cas de non-respect de l'obligation d'emploi. **Ce transfert a considérablement diminué la charge administrative supportée par les employeurs.** Par ailleurs, cela a également permis de fiabiliser la DOETH, qui est obligatoire pour l'ensemble des entreprises dès qu'elles ont un employé.

Enfin, l'OETH n'est pas synonyme de dessaisissement du dialogue social sur la politique sociales menées par l'employeur, puisqu'il **peut être mis en œuvre par application d'un accord** de branche, de groupe d'entreprise agréé par l'administration². Dans ce cas l'employeur est réputé satisfaire l'OETH en mettant en place un **programme pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés**, dont le financement doit au moins être égal à la contribution qu'il aurait acquitté à défaut. Cette possibilité d'option pour un plan triennal n'est renouvelable qu'une fois, considérant qu'au bout de six ans l'exécution des plans doit avoir conduit à un respect *de facto* du critère de 6 % d'emploi.

2. Une extension réussie au secteur public

La loi du 11 février 2005 a étendu l'OETH aux trois versants de la fonction publique, en leur appliquant le même objectif de 6 % des effectifs. Cette extension s'est faite selon les mêmes conditions que l'OETH dans le secteur privé, avec la mise en place d'une contribution annuelle financière en cas de non-respect de l'objectif. Afin d'accompagner les employeurs publics dans l'aménagement des postes de leurs agents en situation de handicap, et pour garantir le fléchage des financements collectés *via* la contribution financière, la loi a **créé un fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)**² à l'instar de l'association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) pour le secteur privé.

¹ Loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

² Article 5212-8 du code du travail.

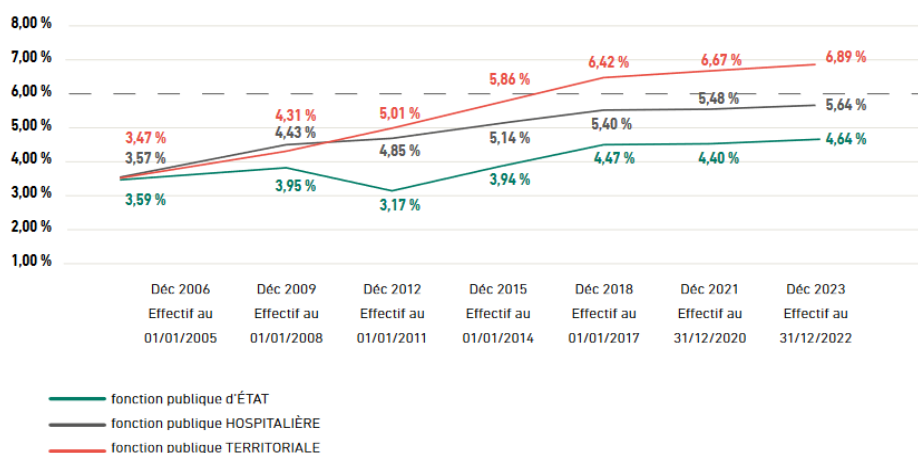
Respect de l'OETH dans la fonction publique au 31 décembre 2023

	Effectifs totaux	Bénéficiaires de l'OETH	Taux d'emploi direct
Fonction publique d'État	2 045 532	94 875	4,64 %
Fonction publique hospitalière	1 005 959	56 722	5,64 %
Fonction publique territoriale	1 716 172	118 189	6,89 %
TOTAL	4 767 663	269 786	5,66 %

Il faut noter que **la fonction publique a historiquement un taux d'emploi de personnes en situation de handicap relativement plus élevé que dans le secteur privé**. Ainsi la commission des affaires sociales constatait déjà en 2001 dans son rapport sur la politique de compensation du handicap¹ que le nombre de personnes handicapées était de 5,68 % dans la fonction publique hospitalière en 1999 et de 5,12 % dans la fonction publique territoriale, soit presque au niveau de l'OETH. En revanche son rapporteur, le sénateur Paul Blanc, considérait qu'avec 3,07 % de ses effectifs, « *la fonction publique de l'État appara[issait] comme la « lanterne rouge »* ».

Vingt-cinq ans plus tard, force est de constater que les trois versants de la fonction publiques demeurent de bons élèves en la matière, puisque la moyenne de la fonction publique est de 5,66 %. Il faut par ailleurs noter que les collectivités territoriales, qui étaient déjà les plus engagées, ont vu leur taux d'emploi augmenter de 3,42 points de pourcentage depuis 2006.

Évolution du taux d'emploi direct par versant de la Fonction publique



Source : FIPHFP

¹ Rapport d'information n° 369 (2001-2002) de M. Paul Blanc, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 24 juillet 2002.

Plus récemment, la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a modifié certains paramètres de la contribution des employeurs, allant dans le sens d'une plus grande exigence envers la fonction publique d'État et d'une meilleure prise en compte des difficultés spécifiques rencontrées par les travailleurs handicapés vieillissant.

Ainsi, **depuis 2021, les déductions de contributions dont bénéficiait l'Éducation nationale au titre des accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) ont été plafonnées** : cet accompagnement nécessite un soutien financier, mais celui-ci ne doit pas préempter les actions concernant les ressources humaines du ministère. Durant leurs auditions, les rapporteuses ont pu constater l'existence de plafonnements analogues concernant les forces de l'ordre. Il leur semble que, pour les mêmes raisons que pour les AESH, ces plafonnements doivent être supprimés.

Proposition n° 15 : Aligner les règles de calcul de l'OETH entre le secteur public et le secteur privé, et limiter les déductions de contributions qui fragilisent la lisibilité de l'OETH.

B. UN OBJECTIF LOIN D'ÊTRE ATTEINT MALGRÉ UN TAUX D'EMPLOI EN PROGRESSION

1. Un objectif de « mieux en mieux » respecté dans le secteur privé

La mise en place de l'OETH constitue une **avancée réelle dans la lutte pour l'égalité et l'inclusion**. Sans qu'il ne soit possible de lui attribuer tous les fruits de la meilleure insertion dans l'emploi des travailleurs handicapés, il demeure un levier efficace pour matérialiser au sein des entreprises les préoccupations d'inclusivité.

Les données fournies par la Dares sur le respect de l'OETH permettent de constater une évolution favorable, **puisque le taux d'emploi direct dans le secteur privé est de 3,6 % des effectifs assujettis en 2023 contre 2,88 % en 2007**. Cette amélioration mesurée, qui appelle à intensifier les efforts en la matière, ne doit cependant pas nécessairement être considérée comme un échec.

Synthèse du respect de l'OETH en 2023

Nombre d'entreprises assujetties à l'OETH	674 0001
Effectifs assujettis en ETP	12 459 400
Effectifs bénéficiant d'une RQTH en ETP	454 200
Part des employeurs respectant l'OETH de manière directe	31 %
Taux d'emploi direct en ETP	3,6 %
Taux d'emploi direct en ETP majoré	4,7 %

Source : Dares

Pour reprendre la seule année 2023, **674 400 travailleurs handicapés étaient employés dans une entreprise assujettie à l'OETH**, ce qui représente en effet un taux d'emploi direct de 3,6 %. Cependant, une fois pris en compte la **majoration liée aux bénéficiaires de l'OETH qui sont âgés de plus de 50 ans, le taux d'emploi direct ainsi majoré atteint 4,7 %**. Un autre facteur explicatif de cette faible avancée depuis 2005 réside également dans le fait que, depuis 2020, **les montants financiers dédiés à l'emploi indirect**, c'est-à-dire des contrats de sous-traitance avec entreprises adaptées (EA), des établissement et service d'aide par le travail (Ésat) ou des travailleurs indépendants handicapés (TIH), **ne sont plus directement comptabilisés dans le taux d'emploi de l'OETH** contrairement à ce que permettait la loi du 11 février 2005. Cette mesure permet une meilleure visibilité sur l'emploi au sein des entreprises, et ne pénalise pas les employeurs puisque les sommes consacrées à de l'emploi indirect sont toujours déductibles de la contribution financière due au titre de l'OETH.

Enfin, au cours des auditions avec France Travail et le Conseil national handicap et emploi des organismes de placement spécialisés (Cheops), les rapporteuses ont constaté qu'il pouvait **parfois être difficile pour un employeur**, fût-il engagé dans des politiques internes volontaristes, **d'identifier les profils en situation de handicap lors de ses recrutements**. En effet l'immense majorité des travailleurs handicapés a des handicaps qui ne sont pas visibles, et les candidats à l'embauche craignent encore trop souvent de mentionner leur situation durant la phase préalable à l'embauche.

Plus généralement, certaines personnes en situation de handicap ne souhaitent pas, pour des raisons qui leurs sont propres ou par méconnaissance, demander une RQTH. Ces éléments peuvent donc indiquer **que le respect *de facto* de l'OETH est peut-être plus élevé que les chiffres ne le laissent paraître**. Cette remarque ne doit pas donner lieu à un satisfecit, mais invite plutôt à renforcer les actions de communication et de sensibilisation auprès des employeurs et des salariés.

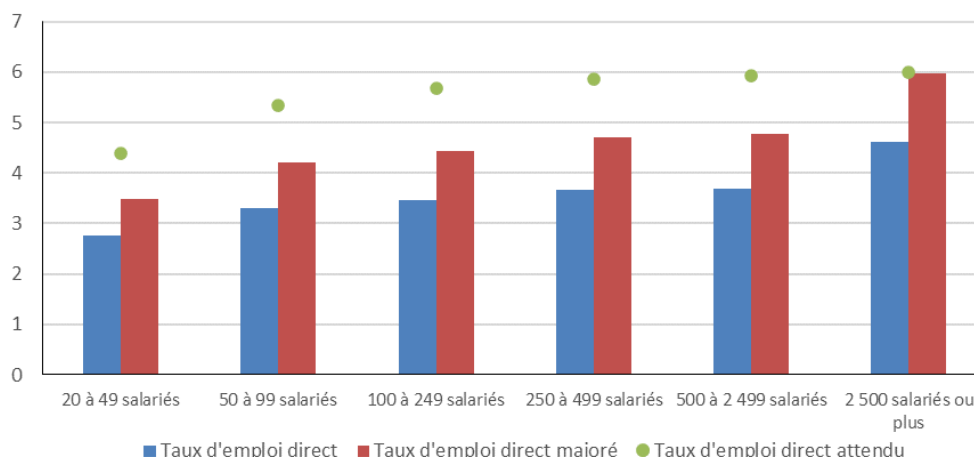
2. Une intégration inégale selon les secteurs, et plus difficile dans les TPE-PME

Les données sur le respect de l'OETH permettent de constater que le **taux direct d'emploi dépend à la fois de la taille des entreprises concernées et des secteurs d'activité**.

Ainsi le taux d'emploi direct majoré des grandes entreprises respecte l'OETH, ce qui s'explique par les moyens que ces dernières peuvent mobiliser en faveur de l'accompagnement, mais aussi du recrutement de travailleurs handicapés. Dans les plus petites entreprises, la règle de l'arrondi à l'unité inférieur aboutit à ce que le taux d'emploi direct attendu soit moins élevé que 6 %, avec par exemple une moyenne de 4,4 % pour les entreprises de 20 à 49 salariés. Cette construction de l'OETH conduit à ce que son respect dans les entreprises de moins de 250 salariés soit très proche de celui des entreprises de 250 à 2 499 salariés.

En revanche, c'est bien dans les TPE-PME que l'on retrouve la plus grande proportion d'entreprises qui n'emploient aucun bénéficiaire de l'OETH (41 %). Cet état de fait s'explique à la fois par la nature des activités des TPE-PME, et par le manque de connaissance des employeurs concernant les outils qui sont à leur disposition dans l'accompagnement d'un salarié en situation de handicap.

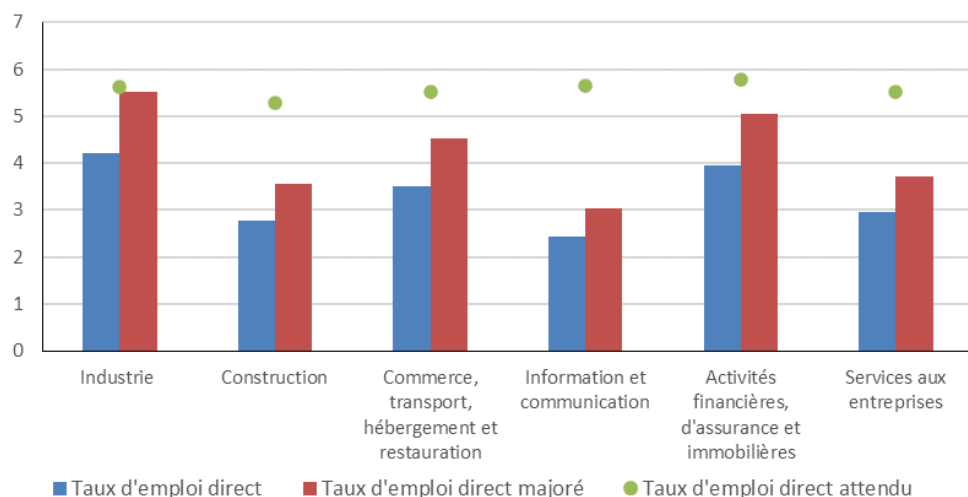
Taux d'emploi direct selon la taille de l'entreprise en 2023 (en %)



Source : Dares

De même, bien que la progression du taux d'emploi direct majoré concerne l'ensemble des secteurs d'activité, son niveau varie fortement entre eux. Ces différences ne correspondent, en outre, pas aux idées reçues sur la place du handicap dans l'entreprise, puisque le secteur de l'industrie a un taux de 5,5 % contre 3 % dans l'information et communication. Les bons résultats du secteur industriel sont en partie dus à la prévalence de troubles musculosquelettiques (TMS) et d'autres maladies professionnelles donnant lieu à une RQTH.

Taux d'emploi direct selon le secteur d'activité de l'entreprise en 2023 (en %)



Source : Dares

Ces données **invitent donc à des actions de communication et d'accompagnement différenciées selon les entreprises et leur secteur d'activité**. En ce qui concerne plus spécifiquement les TPE-PME, les réussites constatées dans certaines entreprises invitent à renforcer la sensibilisation des employeurs de concert avec l'ensemble des acteurs concernés : Agefiph, réseau France Travail et médecine du travail.

C. AU-DELÀ DE L'OETH, LE DÉFI DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

1. L'obligation d'aménagement des postes de travail : une traduction concrète du principe de non-discrimination

La loi du 11 février 2005 met en place, pour l'employeur, une **obligation d'aménagement des postes de travail des travailleurs handicapés**. Cette disposition procède à la transposition d'une directive du 27 novembre 2000¹ qui crée la notion « d'aménagement raisonnable » : les États membres doivent garantir que les employeurs prennent « *des mesures appropriées en fonction des besoins d'une situation concrète, pour permettre à une personne handicapée d'accéder à un emploi, de l'exercer et d'y progresser, ou pour qu'une formation lui soit dispensée, sauf si ces mesures imposent à l'employeur une charge disproportionnée* ».

Auparavant, le code du travail proscrivait déjà toute forme de discrimination envers une personne en situation de handicap lors de son recrutement ou de son évolution professionnelle², inversait la charge de la preuve en la matière³ et prévoyait des sanctions pénales⁴. Cependant, **la non-discrimination n'était envisagée que par la négative**, et ne se traduisait pas par des actions positives afin de favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap dans l'entreprise.

Ainsi **la loi du 11 février 2005** complète le droit existant, **a imposé à l'employeur de prendre « les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs [handicaper] d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée** ». De même, elle a **permis des dérogations au temps de travail** au bénéfice des travailleurs handicapés bénéficiaires de l'obligation d'emploi⁵.

¹ Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

² Actuel article L. 1132-1 du code du travail.

³ Actuel article L. 1154-1 du code du travail.

⁴ Actuel article L. 1155-2 du code du travail.

⁵ Article L. 3121-49 du code du travail.

Plus récemment, l'article 12 de la loi pour le plein emploi¹ a mis en place une « **portabilité** » des équipements de compensation du handicap, afin de lui permettre de conserver ces équipements en cas de changement d'employeur public ou privé.

En somme, l'aménagement de poste est complémentaire à l'obligation de reclassement du travailleur dont le handicap se déclare après son embauche². En effet, alors que l'obligation de reclassement s'impose sauf si le reclassement est impossible et ne concerne que le maintien dans l'emploi, l'aménagement de poste, lui, n'est exigible que lorsqu'il est « raisonnable » ; en revanche, il concerne l'ensemble de la vie professionnelle du travailleur : embauche, maintien dans l'emploi, évolution professionnelle ou formation.

Proposition n° 16 : Renforcer la connaissance des possibilités d'aménagement de poste auprès des employeurs, ainsi que des aides dont ils peuvent bénéficier à ce titre.

2. L'Agefiph et le FIPHFP : des opérateurs clés pour accompagner les entreprises et leurs salariés travailleurs handicapés

Le mécanisme de l'OETH met en place une **péréquation des moyens entre les employeurs** : ceux qui supportent le coût de l'aménagement de postes pour les travailleurs handicapés qu'ils recrutent bénéficient des contributions financières acquittées par ceux qui n'ont pas satisfait au critère de 6 % de BOETH.

Pour permettre le bon fonctionnement de ce mécanisme financier, l'action de **l'Agefiph et du FIPHFP** est essentielle. Ces opérateurs **permettent le financement des aides à l'insertion**, et accordent à l'ensemble des employeurs une garantie sur le bon fléchage des fonds.

¹ Loi n° 2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi.

² Articles L. 1226-2 et L. 1226-10 du code du travail.

Le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Créé par la loi du 11 février 2005, le FIPHFP est mis en place en 2006 sous la forme d'un établissement public administratif placé sous la tutelle des ministres chargés des personnes handicapées, de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale, de la fonction publique hospitalière et du budget¹.

Le fonds est chargé de financer les actions de recrutement, de maintien dans l'emploi et de formation des personnes en situation de handicap dans les trois versants de la fonction publique.

La mobilisation des fonds du FIPHFP se fait *via* la plateforme en ligne qu'il a développée, par l'intermédiaire de conventions pluriannuelles avec les employeurs publics ou bien dans le cadre de partenariats nationaux, notamment dans le champ de l'accessibilité numérique.

Concrètement, ces opérateurs mobilisent les contributions des employeurs pour financer des dépenses d'intervention qui peuvent être de deux types :

- **des aides directes** versées aux employeurs ;
- **des aides indirectes permettant le financement du réseau Cap emploi**, ou d'outils de formation mobilisables par tous les employeurs.

Dans le cas d'aides directes, le recours aux opérateurs, en plus de solvabiliser les opérations, offre également le bénéfice d'un accompagnement administratif et d'une ingénierie managériale, ce qui renforce dans la plupart des cas l'implication des employeurs au sujet de la prise en compte des handicaps dans le long-terme.

En 2024, **le budget d'intervention de l'Agefiph et du FIPHFP sont respectivement de 577 et de 111 millions d'euros**. Pour le seul secteur privé, 113 319 aides et prestations ont été réalisées en 2023, au bénéfice de plus de 207 000 personnes en situation de handicap.

Enfin, côté employeur, l'existence d'un opérateur unique de financement permet de renforcer la lisibilité du paysage institutionnel, même si l'Agefiph et le FIPHFP demeurent encore trop peu connus des TPE-PME et des petites collectivités territoriales.

¹ Articles L. 351-7 à L. 351-15 du code général de la fonction publique.

3. Un financement incitatif qui pose question pour l'avenir

La situation des opérateurs que sont l'Agefiph et le FIPHFP est paradoxale. En effet, **leur financement est assuré par la contribution financière versée par les employeurs à due concurrence de leur non-respect de l'OETH**. Par conséquent, à mesure que le taux d'emploi des travailleurs handicapés augmente, ce à quoi concourent les prestations versées par ces opérateurs, leur financement diminue. Cela est d'autant plus problématique que, pour la seule Agefiph, les contributions des employeurs représentaient en 2023 plus de 96 % de leurs ressources.

Ce mode de financement conduit à **soumettre ces opérateurs à un effet ciseau**, avec une augmentation continue de leurs dépenses à mesure que le taux d'emploi des travailleurs handicapés augmente, car cela entraîne de nouvelles prestations d'aménagement de poste notamment, et une diminution des ressources.

Des leviers existent à court et moyen terme pour répondre à ces difficultés. D'abord avec les possibilités déjà évoquées, de renforcer les contrôles de la déclaration de l'OETH des employeurs, ou de limiter, voire supprimer, certaines mesures dérogatoires et déductions de dépenses d'employeurs. Cependant, à plus long terme, deux possibilités semblent se dessiner : revoir à la hausse le taux d'emploi de référence de l'OETH, ou bien créer un nouveau mécanisme de financement en remplacement ou en complément de la contribution employeur.

Si **les rapporteuses n'entendent pas trancher ce débat**, qui supposera une étude approfondie, **elles appellent cependant à anticiper les difficultés de trésorerie que ne manqueront pas de rencontrer ces opérateurs**, et à les soutenir dans la durée.

II. UN ACCÈS À L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS ENCORE TROP SOUVENT CONTRARIÉ

A. LES PROGRÈS ENCORE TROP LIMITÉS EN MATIÈRE DE CHÔMAGE

1. Un écart de niveau de chômage avec la moyenne nationale qui peine à se réduire

Lors de la discussion générale de la première lecture de la loi du 11 février 2005 au Sénat, la secrétaire d'État Marie-Thérèse Boisseau estimait que le travail étant la dignité de tout homme, *« nous ne pouv[i]ons plus admettre que les chômeurs handicapés soient trois fois plus nombreux - et quatre fois plus si ce sont des femmes - que les chômeurs valides »*, appelant ainsi à l'action pour résorber cet écart. Vingt ans plus tard, le constat est celui d'une amélioration, qui reste pour autant mesurée.

En 2023, le taux de chômage des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE) est en effet de 12 %, contre 7 % en population générale¹. Facialement le taux de chômage des BOE est donc un peu moins de deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population, marquant un net progrès depuis 2005, mais demeurant profondément insatisfaisant pour autant.

Travailleurs handicapés inscrits à France Travail en 2024 en catégorie A, B et C

Demandeurs d'emploi tous publics	Demandeurs d'emplois handicapés	Part des demandeurs d'emploi handicapés parmi les demandeurs d'emploi tous publics
5,49 millions	0,47 million	8,6 %

Les associations de représentation auditionnées ont par ailleurs insisté sur l'intérêt de **considérer le taux d'emploi plutôt que le taux de chômage** pour rendre compte de la spécificité de la situation des personnes en situation de handicap sur le marché du travail. Le taux d'emploi, qui présente le ratio entre les actifs occupés et la population en âge de travailler, **permet de prendre en compte le « halo du chômage »**². C'est-à-dire l'ensemble des personnes qui souhaitent travailler, mais qui ne rentrent pas dans les critères de la population inoccupée, notamment parce qu'elles n'ont pas fait de démarche active pour trouver un emploi. Or, face aux difficultés rencontrées dans la recherche d'un emploi, **les personnes en situations de handicap peuvent être tentées de se retirer d'elles-mêmes du marché de l'emploi.**

De fait, le taux d'emploi qui est de 68 % pour l'ensemble de la population en 2023, chute à seulement 39 % pour les personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

2. Un cumul de difficultés dans l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap

Les causes des difficultés d'intégration des personnes en situation de handicap dans le monde du travail sont multiples. Elles ne relèvent pas uniquement de la problématique de la perception du handicap sur le marché de l'emploi, mais plutôt d'un cumul de freins à l'embauche.

¹ Insee, enquête Emploi.

² Jacques Freyssinet, Le chômage, coll. Repères, éd. La Découverte, 1984.

Du côté des employeurs, les freins à l'embauche de personnes en situation de handicap sont de trois ordres :

- **une méconnaissance et des stéréotypes persistants au sujet des handicaps** : ainsi les handicaps psychiques font l'objet de craintes de la part de nombreux employeurs, de même que la productivité des personnes en situation de handicap est systématiquement sous-évaluée, ou tout simplement que le handicap n'est pas identifié comme un objet de politique de ressources humaines ;

- **un manque d'accessibilité** : les normes en vigueur en matière d'accessibilité bâimentaire ou numérique ne sont pas toujours connues, ni respectées par les entreprises, auquel cas l'embauche est appréhendée comme un coût supplémentaire de mise aux normes ;

- **une méconnaissance des aides et des services à leur disposition** : l'ensemble de l'offre développée par l'Agefiph et le FIPHFP font l'objet d'une trop faible connaissance au sein des entreprises.

Cependant, les freins à l'emploi rencontrés par les personnes en situation de handicap **relèvent également de caractéristiques qui leurs sont propres** :

- **un niveau de diplôme et de formation inférieur à la moyenne** : dans la logique du cumul des handicaps, le manque d'accessibilité des formations, les difficultés de santé ou tout simplement le déficit d'orientation professionnelle aboutit à un niveau de compétence inférieur à l'ensemble des travailleurs ;

- **un manque de visibilité sur les avantages apportés par la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé** : notamment en matière d'accès des dispositifs d'insertion ou de maintien en emploi ;

- **des difficultés administratives dans la mobilisation des aides auxquelles les travailleurs en situation de handicap peuvent prétendre**, ou un manque d'information.

B. UNE RÉFORME AMBITIEUSE DU RÉSEAU DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

1. La loi de 2005 a mis en place une collaboration accrue entre les acteurs du service public de l'emploi

Les problématiques spécifiques rencontrées par les personnes en situation de handicap dans leur recherche d'emploi **justifient une certaine spécialisation au sein du service public de l'emploi**. C'est le réseau des Cap emploi, organismes de placement spécialisé (OPS), qui est en charge de cette mission.

C'est précisément la loi du 11 février 2005 qui a initié le rapprochement entre les Cap emploi et l'Agefiph. Plus précisément, elle a permis le financement du réseau des Cap emploi par l'Agefiph en contrepartie de la mise en place d'une convention quadripartite avec l'État, l'Agefiph et l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE).

Aujourd'hui, **les 96 Cap emploi sont financés conjointement par l'Agefiph, le FIPHFP et France Travail**. Ces OPS sont chargés, dans le cadre d'une délégation du service public de l'emploi, de l'orientation et du conseil en matière de de recherche d'emploi et de formation permettant une insertion dans le milieu ordinaire, de l'accompagnement dans l'emploi en vue d'une évolution professionnel ou même en prévention de la perte d'un emploi, et d'actions de communication institutionnelle auprès des employeurs.

Article L. 5214-3-1 du code du travail : le statut des Cap emploi

Les organismes de placement spécialisés, chargés de la préparation, de l'accompagnement, du suivi durable et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées, participent au dispositif d'insertion professionnelle et d'accompagnement spécifique prévu pour les travailleurs handicapés mis en œuvre par l'État, le service public de l'emploi, l'association chargée de la gestion du fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés et le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique.

Ces organismes sont des opérateurs spécialisés du réseau pour l'emploi mentionné à l'article L. 5311-7. Ils contribuent à la mise en œuvre des missions de ce réseau au bénéfice des demandeurs d'emploi en situation de handicap et ils participent à ses instances de gouvernance.

Ils sont conventionnés au titre de l'exercice de ces missions et peuvent, à cette condition, mobiliser les aides, actions et prestations proposées par l'association et le fonds mentionnés au premier alinéa du présent article.

Les organismes de placement spécialisés assurent, en complémentarité avec l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1, une prise en charge adaptée des demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi dans des conditions définies par une convention.

Ils assurent, en collaboration avec les autres opérateurs du réseau pour l'emploi, une mission d'appui des entreprises dans le recrutement de travailleurs en situation de handicap et d'aide à l'intégration de ces travailleurs.

2. La réforme pour le plein emploi : une opportunité pour l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap ?

La loi pour le plein emploi de 2023 a renforcé le rapprochement entre les structures des Cap emploi et de Pôle emploi, devenu France Travail. Ce rapprochement s'est traduit très concrètement, par la **mise en place de « lieu unique d'accompagnement » (LUA)**, dans toutes les agences France Travail. Au sein de ces LUA, l'accueil des demandeurs d'emploi en situation de handicap peut être réalisé par un conseiller de France Travail ou de Cap emploi.

Ce rapprochement se traduit aussi sur le plan des systèmes d'informations, dont la convergence entamée en 2019 a **permis de mettre en œuvre la promesse du « dites-le-nous une fois »**, et d'assurer à un demandeur d'emploi en situation de handicap que, quel que soit son point d'entrée au sein du réseau pour l'emploi, ses interlocuteurs ultérieurs disposent des informations nécessaires à son accompagnement. De même, cela permet une accessibilité à l'ensemble de l'offre des services des deux réseaux en même temps.

Durant les auditions, les représentants de France Travail et du conseil national handicap et emploi des organismes de placement spécialisés (Cheops), ont indiqué que **cette réforme permettait également de moduler le nombre de personnes suivies par conseiller** selon les besoins de ces personnes. Ainsi, 80 % des demandeurs d'emploi en situation de handicap sont actuellement accompagnés par un conseiller France Travail formé au handicap. Les 20 % restants sont accompagnés par un conseiller Cap emploi car ils présentent une situation de handicap plus complexe, nécessitant un accompagnement sur la compensation du handicap, et donc plus de temps à consacrer à cet accompagnement pour le conseiller. Selon les statistiques communiquées par France Travail, **en août 2024, 84,4 % des demandeurs d'emploi en situation de handicap sont satisfaits de leur accompagnement** et 86,9 % de la facilité à obtenir une réponse.

Sur le plan des résultats, il est difficile de conclure seulement une année après la mise en place de cette réforme. Cependant, le nombre de demandeurs d'emploi de longue durée bénéficiaires de l'obligation d'emploi a diminué de 0,8 % entre août 2023 et août 2024, pour s'établir à 185 277, ce qui semble prometteur.

C. LA FORMATION DEMEURE LE PRINCIPAL FREIN À L'EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

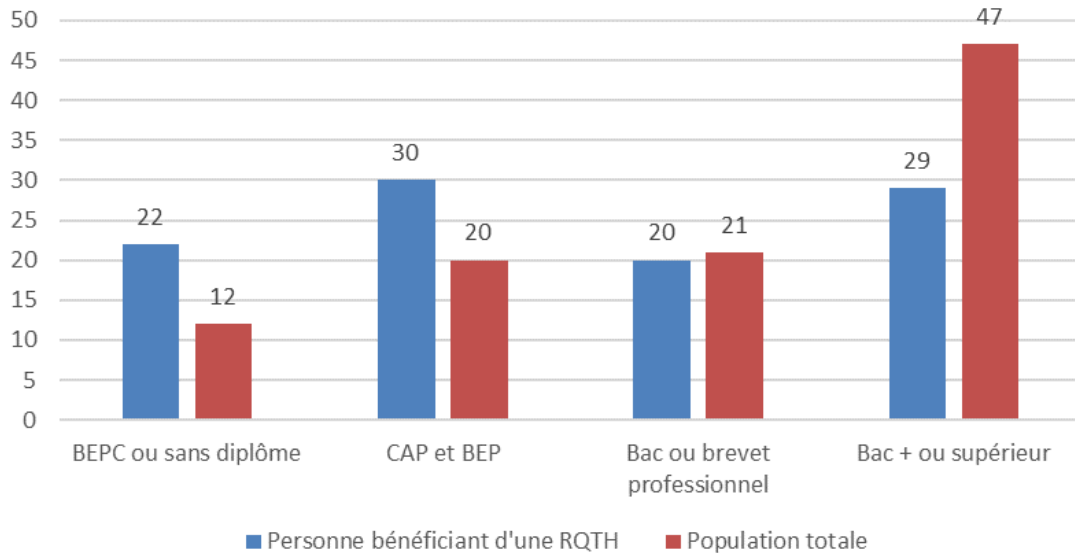
1. Des difficultés d'accès à la formation professionnelle qui perdurent

La nature des freins à l'emploi rencontrés par les personnes en situation de handicap est la même que celle des autres demandeurs d'emploi, notamment en matière de transports et de conciliation entre vie professionnelle et vie privée. En revanche **les conséquences de ces freins ne sont pas du même degré**. Ce constat est d'autant plus valable en matière de formation, puisque les personnes en situation de handicap bénéficient, toutes choses égales par ailleurs, d'un **plus faible niveau de qualification** avec seulement 29 % de personnes en emploi ayant une formation de niveau bac + 2 en 2023 contre 47 % en population générale selon la Drees¹.

¹ Drees, Le handicap en chiffres, édition 2024.

Niveau de diplôme des personnes en situation de handicap en emploi en 2023

(en %)



Source : Dares

Cette différence de qualification s'explique en grande partie par le **non-respect du principe d'égalité de traitement**, pourtant fixé par la loi du 11 février 2005. La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a pourtant mis en place une **nouvelle obligation de certification nationale de qualité, dite Qualiopi, pour l'ensemble des organismes de formation**, qui comprend des critères d'accessibilité aux personnes en situation de handicap.

2. Formation professionnelle des personnes en situation de handicap : une visibilité des dispositifs à renforcer auprès de chacun

Dans les faits, la mobilisation des « **ressources handicap formation** » **proposées par l'Agefiph n'est pas connue par les instituts de formation**, ce qui conduit à des abandons de formation, ou à des échecs de formation faute de l'accompagnement adéquat. Les solutions de compensation permettent pourtant, une fois déployées, de bénéficier d'une aide au déplacement, cumulable avec l'aide de France Travail dans le cas d'une formation pour demandeur d'emploi, ou d'une aide à l'adaptation des situations de formation.

Plus spécifique au champ de la formation professionnelle, **se pose la question de l'accessibilité de la partie de la formation se déroulant en entreprise**. Là encore, des études ergonomiques sont proposées par l'Agefiph et le FIPHFP, mais les **difficultés rencontrées par les employeurs** dans le cas d'une embauche pérenne d'une personne en situation de handicap sont **redoublées lorsqu'il s'agit d'un stage de courte ou moyenne durée**. Ainsi, si en 2022, selon la Drees, les travailleurs reconnus handicapés représentent 10 % des entrées en formation professionnelle des personnes en recherche d'emploi, ils ne représentent que 2 % des entrées en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.

III. LES SECTEURS PROTÉGÉS ET ADAPTÉS : DES MODÈLES UNIQUES À PRÉSERVER

A. LA CRÉATION DES ENTREPRISES ADAPTÉES A PERMIS UNE RÉPONSE ADAPTÉE AUX BESOINS DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS À LA FRONTIÈRE ENTRE MILIEU PROTÉGÉ ET MILIEU ORDINAIRE

La loi du 11 février 2005 a porté une réforme des ateliers protégés, en créant les entreprises adaptées (EA) et en leur conférant le statut juridique d'entreprise.

Les entreprises adaptées ont donc une vocation commerciale concurrentielle, conjuguée avec une mission sociale puisqu'elles **doivent employer au moins 55 % de travailleurs handicapés**. Ces travailleurs sont donc régis par le droit du travail du milieu dit ordinaire, tout en bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins, leur permettant ainsi d'obtenir ou de conserver un emploi.

Les EA **soutiennent donc le projet professionnel des travailleurs handicapés**, et permet sa réalisation au sein de l'entreprise, ou même en vue d'une mobilité vers une entreprise classique – auquel cas l'EA peut conserver un rôle d'accompagnement dans cette mobilité.

Pour financer cette mission d'accompagnement faisant l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), l'État verse aux EA deux aides différentes :

- **une aide au poste forfaitaire, correspondant à 80 % du Smic brut**, et permettant d'assurer une rémunération au moins égale au Smic pour les travailleurs des EA ;

- **une subvention spécifique** destinée à renforcer l'encadrement des travailleurs handicapés.

Cette création portée par la loi du 11 février 2005 connaît un franc succès, puisqu'il existe à ce jour **près de 800 entreprises adaptées**, nombre en croissance continue depuis dix ans.

B. LES ÉSAT : UN PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PAR L'EMPLOI AU DÉFI DU RAPPROCHEMENT DU DROIT ORDINAIRE DU TRAVAIL

1. Les Ésat proposent un accompagnement par le travail des personnes en situation de handicap

Établissement social et médico-social¹, l'Ésat se démarque des autres offres en matière du handicap par la place accordée au travail dans le projet d'accompagnement. Les Ésat offrent aux personnes en situation de handicap des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social. C'est la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui, lorsqu'elle constate une capacité de travail réduite au sens du droit du travail², oriente la personne concernée en Ésat, selon le souhait qu'elle a exprimé dans son projet de vie.

Du fait de sa nature, l'Ésat déroge au droit du travail et relève d'un « milieu protégé » dans l'intérêt des personnes en situation de handicap. En tant **qu'usager d'un établissement médico-social, la personne handicapée accueillie en Ésat n'est pas liée à l'établissement par un contrat de travail** mais par un « contrat de soutien et d'aide par le travail » qu'il n'est pas possible de rompre dans les conditions du licenciement³. Cette notion de « milieu protégé » fait parfois l'objet de critiques de la part de certaines associations, considérant qu'il s'agit d'une moindre ambition par rapport à la compensation du handicap au sein du milieu ordinaire⁴.

La loi de 2005 a porté une profonde modification des modalités de rémunération des travailleurs handicapés accueillis en Ésat, en remplaçant la garantie de ressources par une garantie de rémunération du travailleur handicapé⁵. Les travailleurs handicapés admis dans un Ésat bénéficient, depuis lors, d'une **rémunération garantie qui varie entre 55 % et 110 % du Smic, financée au moins à 5 % par l'activité de production de l'Ésat** et par l'aide au poste versée par l'État.

2. Le rapprochement des droits des travailleurs en milieu protégé des droits du milieu ordinaire ne doit pas se faire au péril de la stabilité financière des Ésat

Sous l'impulsion du **droit européen, qui ne reconnaît pas la spécificité du statut de travailleur en Ésat**⁶, le législateur a initié un mouvement de rapprochement avec les droits des travailleurs en milieu ordinaire.

¹ Article L. 312-1 du code l'action sociale et des familles.

² Article L. 5213-2 du code du travail.

³ Cour de Cassation, Chambre sociale, 14 décembre 2022, n° 21-10.263.

⁴ Voir par exemple le livre de Thibaut Petit, *Handicap à vendre*, paru en 2022.

⁵ Article L. 243-4 du code du travail.

⁶ CJUE, affaire C-316/13 du 26 mars 2015, Gérard Fenoll c/ Centre d'aide par le travail « la Jouvène ».

Après de premières avancées dans le sillage du plan de transformation des Ésat (2021-2022), en matière de rémunération le dimanche et les jours fériés ou de bénéfice de la prime de partage de la valeur, c'est la loi pour le plein emploi qui a étendu au milieu protégé les garanties de droit commun du code du travail pour les volets suivants :

- adhésion à un syndicat ;
- prise en charge par l'employeur des frais de transports et des titres-restaurant ;
- création de nouveaux droits collectifs (droit de grève dans le code de l'action sociale et des familles, inclusion au comité social et économique des Ésat) ;
- mise en place d'une complémentaire santé obligatoire.

Ces avancées pour les travailleurs en Ésat, unanimement saluées par les représentants de ces établissements durant les auditions menées par les rapporteuses, **se sont cependant traduites par une dégradation sans précédent de leur situation financière**. La seule mise en place de la complémentaire santé est évaluée à hauteur de 282 euros en moyenne par travailleur et par an¹ pour un Ésat, ce qui aurait conduit plus de 29 % des Ésat en situation de déficit net.

Plus récemment, l'hypothèse de la **mise en place d'un « statut de quasi-salarié » a été évoquée** par les ministres du travail et des comptes publics. À leur demande, un rapport des inspections générale des affaires sociales et des finances² a expertisé le scénario d'une garantie de rémunération réhaussée au niveau du Smic. Il ressort de leur travaux qu'une telle hypothèse, en plus d'avoir un **effet très inégal sur les ressources des travailleurs du fait du caractère différentiel de l'AAH**, conduirait **plus de 55 % des Ésat à être déficitaires dès la première année**.

Proposition n° 17 : L'augmentation de la garantie de rémunération des travailleurs en Ésat ne peut être envisagée à moyens constants, et nécessite une réforme du système de financement.

¹ Rapport Igas-IGF, 2024, *Convergence des droits des travailleurs handicapés en établissement et services d'aide par le travail (Ésat) vers un statut de quasi-salarié*.

² Ibid.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DE MME CHARLOTTE PARMENTIER-LECOCQ, MINISTRE DÉLÉGUÉE CHARGÉE DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP, SUR LE BILAN 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

(Mardi 28 janvier 2025)

M. Philippe Mouiller, président. – Mes chers collègues, nous recevons à présent Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'autonomie et du handicap, en association avec le groupe d'études sur le handicap, dont la présidente, Marie-Pierre Richer, n'a malheureusement pu se joindre à nous.

Je vous précise que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo. Elle est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et sera consultable en vidéo à la demande.

Madame la ministre, le Sénat organisera, mardi 11 février prochain, un important colloque qui marquera les vingt ans de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Nous sommes heureux de vous compter parmi les participants.

À cette occasion, de nombreux acteurs, dont les commissions du Sénat concernées par cette loi, dresseront un bilan de cette loi pour en souligner tant les apports que le chemin qu'il reste à parcourir pour l'intégration des personnes en situation de handicap.

Afin de préparer cette échéance, la commission des affaires sociales a créé une mission d'information, dont Marie-Pierre Richer, Chantal Deseyne et Corinne Féret sont les rapporteuses, qui nous présentera le résultat de ses travaux la semaine prochaine. Les autres commissions ont choisi leur mode d'organisation, sous l'égide du groupe d'études Handicap. Tel est le cadre de cette audition, madame la ministre.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'autonomie et du handicap. – Je me réjouis d'être parmi vous cet après-midi pour ces travaux ô combien importants consacrés à l'évaluation de la loi de 2005, dans le contexte assez particulier de la constitution récente du Gouvernement, après une précédente équipe qui fut éphémère.

Je tâcherai de maintenir une continuité avec les travaux et orientations portés par mes prédécesseurs, tout en me projetant vers l'avenir, avec une première échéance importante qui est évidemment l'adoption du projet de loi de finances (PLF) et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025. Viendra ensuite la construction d'une feuille de route, puisque François Bayrou a demandé aux ministres de faire des propositions.

Notre échange arrive donc à point nommé, car je souhaite pouvoir nourrir cette feuille de route des travaux d'évaluation de cette loi de 2005, en particulier des vôtres, mais également de ceux que produira la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, ainsi que des travaux du Conseil économique, social et environnemental (Cese) et du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH).

Je tiens à mentionner les différentes propositions d'initiative sénatoriale qui permettront d'enrichir nos politiques en faveur des personnes handicapées. Je pense notamment à la loi pour améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neurodéveloppement et à favoriser le répit des proches aidants, présentée par Jocelyne Guidez, à la loi sur la prise en charge par l'État de l'accompagnement humain des élèves en situation de handicap durant la pause méridienne, portée par Cédric Vial, ou encore à la proposition de loi sur la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) et d'autres maladies évolutives graves, portée par vous-même, monsieur le président, aux côtés de Gilbert Bouchet. Voilà autant d'initiatives qui vont dans le sens d'une société plus inclusive, à laquelle nous aspirons tous.

Nous sommes à la veille du vingtième anniversaire de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes : c'est dans ce cadre que vous avez lancé un travail d'évaluation avec les autres commissions du Sénat pour dresser le bilan de la loi et voir le chemin parcouru, mais également celui qu'il nous reste à faire.

Je suis particulièrement attachée à cette méthode de co-construction avec le Parlement : c'est d'ailleurs ainsi qu'est née la loi de 2005, qui a été l'aboutissement de trois années de réflexion partagée entre les gouvernements successifs, le Parlement et les associations.

En renonçant à une approche strictement médicale du handicap et en affirmant dès son intitulé l'objectif d'intégration des personnes handicapées dans l'ensemble de la société, à rebours d'une politique reposant sur les dispositifs spécialisés, cette loi a porté une vision ambitieuse et réformatrice, trente ans après l'acte fondateur qu'a représenté la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées.

La loi de 2005 a d'abord permis d'introduire une nouvelle définition du handicap, permettant de prendre en compte l'ensemble des handicaps, qu'ils soient moteurs, sensoriels, cognitifs ou psychiques. De cette nouvelle définition ont découlé deux principes fondamentaux, à savoir l'accessibilité et la compensation, placés au service d'une société qui accorde les mêmes chances et les mêmes droits aux personnes en situation de handicap.

L'accessibilité doit permettre à chacun, quel que soit son handicap, de participer pleinement à la société, sans restriction. Plus la société sera accessible dans son ensemble, moins la compensation devra prendre le relais.

Afin de favoriser le maintien à domicile et une meilleure intégration dans l'espace public, l'obligation d'accessibilité s'impose aux différentes composantes de la vie collective, qu'il s'agisse des établissements recevant du public (ERP), des locaux professionnels, des logements, des transports, des écoles, des services publics ou encore de la communication en ligne.

Aujourd'hui, 900 000 ERP – sur les 2 millions que compte le pays – se sont engagés dans une démarche de mise en accessibilité, tandis que 97 gares nationales et 237 gares régionales sont intégrées dans les différents schémas d'accessibilité. Pour ce qui concerne le logement, plus de 31 000 dossiers avaient été déposés au titre du dispositif MaPrimeAdapt' en novembre 2024, contre 6 000 dossiers en mars de la même année.

La loi de 2005 a également reconnu à tout enfant porteur de handicap le droit d'être inscrit en milieu ordinaire, dans l'école dont relève son domicile, ce qui constitue un changement d'approche considérable pour casser les représentations, dès le plus jeune âge : l'école adaptée n'est désormais plus envisagée que lorsque l'éducation en milieu ordinaire s'avère impossible.

Nous comptons ainsi aujourd'hui plus de 520 000 élèves handicapés scolarisés dans nos écoles, collèges et lycées, avec un nombre toujours croissant d'accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) à leurs côtés. Des progrès restent là aussi nécessaires, mais le déploiement des pôles d'appui à la scolarité (PAS) permettra de fluidifier le travail entre professionnels de l'éducation nationale et professionnels du secteur médico-social.

En matière d'emploi, la loi de 2005 a aussi permis des progrès significatifs en étendant l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) à la fonction publique, tout en renforçant les sanctions financières en cas de non-respect de cette règle. Si la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) évalue à 111 300 le nombre d'entreprises publiques et privées soumises à l'OETH en 2022, et que le taux de chômage des personnes handicapées a nettement diminué, les défis en matière d'emploi restent considérables.

Pour ce qui est de la compensation, second pilier de la loi, l'ambition de la loi était élevée, avec l'objectif de permettre à chacun de faire face aux conséquences du handicap. Dès 2006, la prestation de compensation du handicap (PCH) a ainsi été mise en place pour prendre en charge les surcoûts liés au handicap.

Afin de faciliter l'accès aux droits et aux prestations, la loi a créé les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) comme guichet unique d'accueil, d'information et de conseil, en rassemblant l'ensemble des acteurs de la prise en charge du handicap, qui étaient jusqu'alors dispersés.

Si le temps qui m'est imparti ne me permet pas de dresser un bilan exhaustif des 101 articles de la loi de 2005, force est de reconnaître que ce texte a été porteur d'une approche radicalement différente du handicap et qu'il a permis des avancées significatives.

Pour autant, et encore plus dans le contexte de l'héritage des jeux Olympiques et Paralympiques de l'été dernier, nous devons maintenir un haut niveau d'exigence pour parvenir véritablement à une société inclusive, des chantiers colossaux étant devant nous.

À l'occasion de la dernière réunion de la conférence nationale du handicap (CNH), le Président de la République a pris des engagements forts, notamment le remboursement intégral des fauteuils roulants, que nous pourrons enfin tenir dans les prochains jours. Dans son discours de politique générale, le Premier ministre a, quant à lui, réaffirmé l'engagement de l'ensemble du Gouvernement en faveur des personnes handicapées.

Une prochaine réunion du comité interministériel du handicap permettra de garantir le suivi de l'ensemble des travaux déjà engagés et de réfléchir à de nouvelles pistes d'action, y compris d'un point de vue législatif.

Je tiens donc à réaffirmer l'importance que j'attache au travail d'évaluation et aux propositions que vous formulerez afin de nourrir ma feuille de route et les prochains grands rendez-vous, au-delà du 11 février prochain.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Madame la ministre, nous nous sommes intéressées aux MDPH dans le cadre de notre mission d'information et nous avons constaté que la qualité de l'accompagnement est assez inégale sur le territoire, en particulier en matière de délais de traitement, en dépit des dispositifs mis en place par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour épauler ces structures. Quel regard portez-vous sur ces disparités territoriales et comment envisagez-vous de les résorber ?

Je souhaite également vous interroger sur la rémunération des travailleurs en établissements et services d'aide par le travail (Ésat). Vous avez sans doute consulté comme nous le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) de février 2024, dont les conclusions sont pour le moins mitigées quant à l'augmentation de la garantie de rémunération des

travailleurs État au niveau du Smic. Ces établissements nous ont interpellés et ont manifesté une certaine inquiétude, dans la mesure où cette mesure pourrait conduire plus de la moitié des États à une situation déficitaire. De plus, il semblerait qu'une telle mesure n'apporte pas une rémunération complémentaire aux travailleurs de ces établissements, en raison de la compensation qui s'opère par le biais de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Quelles suites le Gouvernement compte-t-il donner à ce rapport ? Comment concilier les droits des travailleurs en État avec la pérennité financière de ces établissements ?

Enfin, pouvez-vous nous faire un point de situation concernant la prise en charge à 100 % des fauteuils roulants ?

Mme Corinne Féret, rapporteure. – Madame la ministre, depuis sa création en 2005, la PCH a connu des évolutions positives, tant sur le plan des conditions d'éligibilité que sur celui des charges couvertes : je pense notamment à la création de la PCH parentalité et à l'accès des personnes atteintes d'un trouble psychique, mental ou cognitif à cette prestation.

Néanmoins, l'article 13 de la loi de 2005 prévoyait la suppression, dans un délai de cinq ans, de la barrière d'âge fixée à 60 ans pour bénéficier de la PCH. Or, vingt ans plus tard, il n'en est rien et les personnes dont le handicap se déclare après 60 ans continuent de bénéficier, injustement, d'une prise en charge moins adaptée au travers de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

De surcroît, de plus en plus de personnes seront concernées par cette inégalité de traitement du fait du vieillissement de la population, et la suppression de cette distinction basée sur l'âge est l'une des principales mesures demandées par le milieu associatif. Envisagez-vous la levée, ou au moins, l'augmentation de cette barrière d'âge ?

Par ailleurs, une réforme de la PCH enfant est-elle envisagée afin de mieux répondre aux besoins des enfants et des adolescents handicapés ?

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – En ce qui concerne les MDPH, j'ai été parlementaire avant d'être ministre et je suis conseillère départementale du Nord : je n'ignore donc pas les difficultés signalées par de nombreuses familles, dont la lourdeur administrative et des délais de traitement très inégaux d'un département à l'autre.

Il convient donc de simplifier l'accès, le remplissage et le traitement du dossier MDPH, car nous sommes entrés dans une forme de course consistant à augmenter les moyens de ces établissements afin de répondre à une hausse importante du nombre de dossiers, mais sans véritablement prendre à bras-le-corps la question de l'efficacité de la procédure de remplissage et de traitement. En outre, la question d'une meilleure harmonisation entre départements reste posée.

À cet effet, je mets actuellement sur pied un groupe de travail resserré – une *task force* – qui élaborera une série de propositions permettant d’alléger la structure du dossier, en s’appuyant sur l’expertise des professionnels des MDPH et en ayant comme leitmotiv la recherche de l’efficacité, au bénéfice des familles.

Certains circuits de décision – concernant la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), par exemple – pourraient être simplifiés, tandis qu’il existe des marges de progression importantes dans le développement du remplissage numérique des dossiers, remplis essentiellement à la main à l’heure actuelle. L’intelligence artificielle pourrait également nous apporter des solutions afin d’améliorer l’efficacité de ce traitement.

Je table sur une officialisation rapide de cette *task force*, afin qu’elle puisse rapidement se mettre au travail et produire des résultats. La CNSA accompagne bien sûr ces travaux, certaines MDPH parvenant à réduire leurs délais de traitement : nous nous inspirerons de leurs solutions.

Pour ce qui est des travailleurs des Ésat, je dois encore compléter mon analyse de la situation. La loi du 18 décembre 2023 pour le plein emploi a permis d’engager une dynamique de convergence des droits et de renforcement des liens entre le milieu ordinaire et les Ésat. Une convention a ainsi été récemment signée entre ces structures, France Travail et les Cap emploi, afin de multiplier les possibilités d’allers-retours et de concomitance entre un emploi à temps partiel en milieu ordinaire et le travail en Ésat.

Dans ce contexte, il importe de réaffirmer les droits des travailleurs des Ésat et de veiller à ce qu’ils puissent bénéficier d’un revenu digne, tout en soutenant le modèle économique de ces structures, ce que nous faisons d’ailleurs au moyen du Fonds d’accompagnement de la transformation des Ésat (Fatésat), afin de favoriser une diversification de leurs activités. J’ai par ailleurs bien noté la problématique du cumul avec l’AAH, mais j’ai besoin d’étudier ce point de façon plus approfondie.

J’en viens à la prise en charge intégrale des fauteuils roulants, qui est un engagement fort du Président de la République comme du Premier ministre. Nous avons besoin d’aller vite et je souhaite arrêter les grandes lignes du dispositif dans les prochains jours, afin que le remboursement de ces équipements soit effectif en septembre 2025. Il est vrai que la censure du précédent gouvernement a retardé ces travaux.

Pour ce qui est de la PCH et de la suppression de la barrière d’âge, la problématique est très complexe et nécessite des investigations plus poussées. Nous faisons face à deux objets différents dans la mesure où la PCH compense un risque susceptible de survenir, la solidarité devant être pleine et entière lorsqu’une personne est frappée de handicap, alors que la perte d’autonomie liée à l’âge nous concerne tous, dans le cadre d’un débat plus large sur le financement de la protection sociale face au mur démographique qui se profile.

Enfin, la réforme de la PCH enfant n'est pas encore à l'ordre du jour. À ce stade, je n'ai pas identifié un scénario faisant consensus, la situation actuelle présentant quelques avantages, comme le droit d'option. Une fois encore, ma feuille de route est en cours de construction et je continue de recueillir les propositions.

M. Khalifé Khalifé. – Madame la ministre, je salue votre annonce concernant les fauteuils roulants et souhaite que votre feuille de route puisse s'appliquer le plus longtemps possible, car je n'ai connu rien de moins que quatre ministres depuis mon entrée au Sénat, il y a à peine seize mois : nous souffrons de l'absence de suivi des dossiers qui en découle.

L'an dernier, le Sénat a adopté à l'unanimité un amendement revenant sur l'amendement Creton – datant de 1989 – afin de libérer des places au sein des instituts médico-éducatifs (IME), car environ 10 000 d'entre elles sont occupées par des personnes devenues adultes depuis l'adoption de cet amendement, au détriment de personnes les plus jeunes. Nous n'avons toujours pas eu de réponse à cette question, qui a déjà été posée à vos trois prédécesseurs.

Par ailleurs, l'extension de la prime du Ségur, décidée en juillet dernier par l'un de vos prédécesseurs, pose problème à une série d'organismes hébergeant des personnes handicapées, qui ne peuvent pas assumer cette dépense supplémentaire de 185 euros par mois et par employé.

M. Bernard Jomier. – Madame la ministre, j'ai apprécié votre intervention liminaire : nous sommes nombreux à penser que les jeux Paralympiques ont été synonymes d'un changement culturel, l'ambiance dans les stades ayant été incroyable, ce qui doit nous inciter à avancer de manière plus déterminée.

Ma première question porte sur les soins dentaires : si des moyens ont été mis en place dans la dernière convention afin d'inciter les chirurgiens-dentistes à prendre en charge les personnes en situation de handicap, l'une des dispositions de ce texte a malheureusement créé une discrimination. En effet, la revalorisation de 100 euros n'est pas prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. Or de nombreuses personnes handicapées – notamment celles qui vivent en institution médicalisée – ne disposent pas de mutuelle et les patients concernés doivent donc payer plus cher pour le même soin. De plus, les chirurgiens-dentistes hésitent à appliquer cette revalorisation afin de ne pas pénaliser le patient et de ne pas risquer de se retrouver avec un indu de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Comment comptez-vous résoudre cette situation ?

Ma deuxième question concerne l'accès des personnes en situation de handicap à la formation professionnelle et à l'emploi. Comme vous l'avez rappelé, la scolarisation en milieu ordinaire a beaucoup progressé, et c'est heureux, mais de nombreux jeunes souhaitent poursuivre une formation professionnelle dans ce même milieu, et nous n'avons guère progressé dans

ce domaine. Les refus sont en effet généralisés et permanents et ces jeunes ne parviennent pas, en dehors de quelques secteurs, à poursuivre leur formation et à accéder à l'emploi en milieu ordinaire, alors qu'ils en ont la capacité. Quelles initiatives proposez-vous en la matière ?

Mme Jocelyne Guidez. – La loi de 2005 a ouvert la question de l'inclusion scolaire des enfants handicapés et nous pouvons nous féliciter du quadruplement du nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire par rapport à 2006.

Début décembre, j'ai interrogé la ministre de l'éducation nationale sur les ruptures d'accompagnement des élèves handicapés qui bénéficient d'une AESH. De nombreuses familles regrettent le manque de stabilité pour leurs enfants ou des modifications d'affectations des AESH en cours d'année, sans concertation. Il serait pourtant nécessaire de garantir une continuité pédagogique à ces jeunes sur l'ensemble d'une année scolaire, voire sur l'ensemble du cycle scolaire.

À cette question orale, la ministre de l'époque n'a répondu que très partiellement. Quelles actions votre ministère compte-t-il mettre en œuvre pour garantir aux enfants en situation de handicap la stabilité de leur accompagnant ? Envisagez-vous aussi des mesures visant à renforcer le dialogue entre les équipes éducatives et les familles, afin de sécuriser le parcours scolaire de ces élèves dans des conditions dignes et stables ?

Par ailleurs, il y a un aidant derrière chaque enfant et chaque personne handicapée, ce qui m'amène à évoquer le dispositif de relayage. La loi du 15 novembre 2024 relative aux troubles du neurodéveloppement (TND), que le Parlement a adopté à l'unanimité, a mis un terme, dans son article 9, à l'expérimentation relative au relayage à compter du 31 décembre dernier et prévoyait la pérennisation de ce dispositif à partir du 1^{er} janvier 2025.

Cependant, cet article renvoyait à un décret d'application, qui n'a toujours pas été publié à ce jour. Par conséquent, les offres de relayage actuellement proposées aux aidants sont dépourvues d'une base légale ; s'y ajoute le fait que la censure n'a pas permis au PLFSS pour 2025 d'être adopté avant le 31 décembre alors que ce dernier comportait – à mon initiative, ainsi qu'à celle de Paul Christophe – un article permettant de repousser au 1^{er} avril l'entrée en vigueur de l'article 9. Désormais, la seule solution consiste à publier le décret d'application : peut-on espérer qu'il soit rapidement signé ?

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Monsieur Khalifé, l'objectif est, d'une part, que les enfants en IME qui devraient être à l'école rejoignent celle-ci, libérant ainsi des places, et, d'autre part, de répondre aux jeunes adultes en leur offrant de nouvelles solutions leur permettant de sortir des IME. Plusieurs voies peuvent être empruntées à cet effet, dont les PAS, le fait de compléter l'offre de places en IME et les nouvelles solutions que je viens de mentionner.

Concernant ces deux dernières voies, le plan 50 000 solutions doit se déployer, en précisant que 15 000 d'entre elles doivent être créées dès cette année, sous réserve de l'adoption du PLFSS, qui programme 270 millions d'euros pour financer cet effort, au lieu des 200 millions d'euros initialement prévus. Nous entendons accélérer dans ce domaine, les agences régionales de santé (ARS) ayant beaucoup travaillé à la définition des besoins sur les territoires, en lien avec les départements et les organismes gestionnaires.

Vous rappelez également les difficultés liées aux primes du Ségur de la santé. L'État a néanmoins pu, en grande partie, apporter le soutien nécessaire. Sans doute doit-il consentir d'autres efforts, mais il ne pourra le faire que dans le cadre budgétaire contraint qui est le nôtre. Cela fait donc partie des arbitrages à rendre ; je vous renvoie à cet égard à nos débats de la semaine dernière, lors de l'examen du PLF. En outre, les départements doivent aussi y mettre du leur. Des discussions ont été engagées à cet égard avec Départements de France pour élargir les marges de manœuvre.

Sur la question des soins dentaires, monsieur Jomier, je n'ai pas de réponse à apporter dans l'immédiat à la question précise que vous avez posée ; je vous répondrai ultérieurement.

Cela étant, j'ai annoncé le lancement d'une mission Santé sur l'accès aux soins des handicapés, dans le cadre du dixième anniversaire de la charte Romain Jacob, afin de dresser un bilan de la situation et de repérer les bonnes pratiques et les freins en la matière, puis de soutenir de nouvelles initiatives. Pour l'administration de soins dentaires, il y a une initiative intéressante dans le Calvados : le matériel nécessaire est embarqué dans un véhicule et le dentiste se rend dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS), de sorte que les personnes handicapées soient préparées et accompagnées par leurs éducateurs. Le praticien gagne ainsi du temps, car il peut faire plusieurs consultations d'un coup, tout en étant dans un environnement sécurisé ; cela donne en outre de la souplesse. Il y a beaucoup d'autres initiatives intéressantes sur le terrain. Cette mission permettra de les identifier.

Sur les stages en milieu ordinaire, je suis d'accord avec vous, il y a des efforts à faire pour ouvrir davantage l'entreprise, mais aussi l'université. Néanmoins, les progrès sont réels dans les perceptions et les mentalités, notamment dans les entreprises. Il y a des dispositifs intéressants, les entreprises s'engagent ou se regroupent en faveur de l'inclusion, mais il faut les soutenir, pour rendre les choses plus faciles, promouvoir leurs initiatives et embarquer les plus petites, pour lesquelles c'est beaucoup plus difficile.

Madame Guidez, vous évoquiez l'accompagnement scolaire et la question des AESH. Une des solutions doit venir des pôles d'appui à la scolarité. Ces pôles permettent de proposer, territoire par territoire, des renforts d'enseignants formés et du personnel médico-social. L'objectif est de mieux accompagner les enseignants, les AESH, les familles, les enfants. Cela fonctionne dans les expérimentations, mais il faut accélérer le processus ;

je m'en suis entretenue avec Élisabeth Borne, qui est très sensible à la question de l'inclusion. L'objectif est d'aider les enseignants dans cette démarche, car ils se retrouvent parfois dans des situations difficiles et je ne veux rien lâcher sur l'objectif de l'inclusion des enfants à l'école. C'est la promesse de la loi de 2005 et je souhaite qu'elle soit tenue. On ne recule pas sur ce sujet, puisque nous continuons de recruter des AESH et de nous intéresser à leur formation et à leur parcours de carrière.

Sur le dispositif de relaying, le retard s'explique par la censure du gouvernement précédent et par l'absence de loi de financement de la sécurité sociale. Nous souhaitons publier les décrets en avril au plus tard.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Je souhaite vous interroger sur le fonds départemental de compensation du handicap (FDC), qui fournit une aide financière complémentaire à la PCH visant à réduire le reste à charge du bénéficiaire, après participation des financeurs sollicités par le dossier unique de demande de financement. Avant d'accorder cette aide, les départements pouvaient prendre en compte les ressources des bénéficiaires, mais, depuis une évolution législative sur le sujet, une participation égale à 10 % des ressources annuelles nettes d'impôts leur est imposée, ce qui déstabilise les finances des MDPH. L'État entend-il compenser cette mesure ?

Je souhaite ensuite vous faire une suggestion, madame la ministre : dématérialisons les cartes d'invalidité, de stationnement et de priorité. Cela favoriserait la lutte contre la fraude, tout en permettant de faire une importante économie budgétaire. Il serait intéressant de savoir le montant consacré par l'État à l'impression de toutes ces cartes.

Mme Monique Lubin. – L'accessibilité des établissements recevant du public est loin d'être effective, de même que l'accès au numérique. Une programmation législative sur trois à cinq ans, prévoyant des moyens précis, ne serait-elle pas opportune ? Quelles sont les ambitions du Gouvernement concernant le fonds territorial d'accessibilité, dont les ressources sont très peu sollicitées en raison d'un manque de notoriété et d'une trop grande complexité ? Que comptez-vous faire pour que cette obligation devienne une réalité à brève échéance ?

En novembre 2024, l'association France Assos Santé a rappelé que la loi obligeait les entreprises de plus de vingt salariés à employer au moins 6 % de handicapés. Cette obligation n'est toujours pas respectée : ce taux ne s'élève qu'à 3,5 % dans le privé et à 5,5 % dans le public. Confirmez-vous ces éléments ? Allez-vous vous emparer de cette question ?

Mme Martine Berthet. – Ma première question porte sur l'accessibilité des logements. Un bilan de l'application des objectifs d'accessibilité des logements devait être réalisé cinq ans après la promulgation de la loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (Élan). Ce rapport a bien été remis par l'inspection générale de l'environnement et du développement durable (Igedd) fin 2023, mais n'a toujours pas été transmis au Parlement. Sera-ce bientôt le cas ?

Ma deuxième question porte sur le fonds territorial d'accessibilité, qui a été très peu utilisé en 2024 parce qu'il est trop complexe. Or ce fonds est intéressant pour les commerces. Sera-t-il reconduit en 2025 et simplifié ?

Mme Patricia Demas. – Il y a une difficulté pour les handicapés à accéder aux soins de premiers recours, en médecine générale, en soins dentaires et en gynécologie. Comment l'offre de soins pourrait-elle s'organiser mieux sur le territoire, puisque 25 % des personnes handicapées ont des difficultés à accéder aux soins de premier recours ? Quelle place le maillage du territoire aura-t-il dans votre feuille de route ?

Ma seconde question porte sur la simplification des démarches administratives et sur l'obtention de la prime d'activité pour les allocataires de l'AAH. À ce jour, il faut deux déclarations différentes, avec des montants nets sociaux différents. Pourquoi ne pas prévoir une déclaration unique des ressources, pour simplifier ?

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Madame Romagny, sur le FDC, je n'ai pas d'élément assez précis pour vous répondre immédiatement, je le ferai ultérieurement. Avec la prise en charge des fauteuils roulants par l'assurance maladie, peut-être aurons-nous de nouvelles marges de manœuvre, puisque ce fonds ne financera plus ces appareils.

Je vous remercie de votre proposition de dématérialisation des cartes d'invalidité, de stationnement et autres. Cela fait partie des propositions intéressantes à prendre en compte dans le cadre de la *task force* que j'évoquais, car ces dossiers engorgent les MDPH.

Madame Lubin, sur l'accès au numérique, nous sommes bien équipés en matière de réglementation : la loi et les directives européennes sont claires. Nous devons tous faire un effort en la matière, car nous sommes en retard. Le Gouvernement a néanmoins fourni des outils et des méthodes, car l'État fournit du conseil et de l'accompagnement pour rendre les sites accessibles, même s'il n'est pas parfaitement exemplaire. Nous devons tenir cet engagement.

Le fonds territorial d'accessibilité est en effet peu utilisé. Il n'était pas très connu et il a été détourné de son usage ; en outre, c'est vrai, il n'est pas simple d'usage. J'ai donc demandé à la délégation interministérielle à l'accessibilité (DIA) de faciliter l'accès à cet outil. En outre, nous avons, au travers du service civique, de jeunes ambassadeurs qui encouragent les communes et les commerces à mobiliser ce fonds. Sur l'accessibilité des ERP, ce fonds apporte des solutions, mais il faut lui donner un coup d'accélérateur ; on ne peut plus accepter que les commerces ne soient pas tous accessibles. Du reste, pour les commerçants, restaurateurs ou professions libérales qui bénéficient de ce fonds, cela représente de nouveaux clients.

Sur l'obligation d'emploi des handicapés, je partage votre analyse. Les employeurs ne sont pas tous au rendez-vous. Nous devons collectivement être plus performants, plus efficaces et ouvrir les portes de l'entreprise aux handicapés. Ces derniers demandent surtout que l'on reconnaisse leurs compétences et leur envie de travailler. Ils veulent avoir toute leur place en entreprise, où ils démontrent qu'ils apportent beaucoup. Nous devons simplifier certains dispositifs ; je pense en particulier à l'emploi accompagné, qui assiste les employeurs dans l'accueil d'une personne handicapée. Cet outil fonctionne bien, notamment pour le handicap psychique, mais il n'est pas très utilisé : nous comptons 10 000 emplois accompagnés, alors que nous en visons 30 000 et que nous avons le budget requis. Cela exige de la simplification et je travaille en ce sens avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et avec France travail.

Madame Berthet, si le rapport d'application de la loi Élan était prévu et a été produit, il n'y a pas de raison que le Parlement n'en dispose pas. Je me pencherai sur cette question.

Madame Demas, votre question sur l'accès aux soins rejoint le sujet précédemment abordé. C'est une préoccupation pour moi, il est déjà difficile d'accéder à l'offre de soins dans certains territoires, mais c'est encore plus le cas pour les personnes handicapées. La mission d'évaluation de la charte Romain Jacob et d'amélioration de la formation des professionnels de santé en matière de handicap vise à mieux prendre en charge les handicapés. Par ailleurs, le PLFSS comporte de belles mesures pour l'accès aux soins des handicapés, notamment des femmes, avec par exemple la consultation handi-gynécologique, qui permet de mieux prendre en charge le patient, d'autant que les femmes handicapées sont les plus exposées aux violences sexuelles. Il est donc important que le PLFSS soit adopté.

Mme Annie Le Houérou. – On promet l'inclusion, mais celle-ci ne répond pas à toutes les situations et les IME continuent de prendre en charge certains besoins particuliers ; les deux aspects sont indispensables. Or on manque de places dans ces établissements.

En ce qui concerne les compensations du Ségur de la santé, vous appelez les départements à s'engager, mais nombre d'entre eux ne sont plus en mesure de le faire, faute de budget. Ils comptent donc sur l'accompagnement de l'État.

Peut-on faire le bilan des dispositifs d'autorégulation, mis en place pour accompagner les enfants souffrant de troubles autistiques ? Dans ma circonscription, il y a une école qui propose ce dispositif. Cela fonctionne bien, mais très peu d'enfants peuvent en bénéficier, puisqu'il n'y a que six places pour tout le département.

Enfin, l'accès à l'emploi reste difficile et l'on constate notamment de nombreux licenciements pour inaptitude.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Oui !

Mme Annie Le Houérou. – Ce sujet a-t-il été identifié par vos services et envisagez-vous des mesures ? Comment garder ces personnes dans l'entreprise ?

M. Jean-Luc Fichet. – Vous avez évoqué l'accompagnement pour les entreprises qui accueillent des personnes handicapées. En matière de handicap, notre constante doit être l'accompagnement social. Les personnes handicapées n'ont pas de difficultés insurmontables au travail, à l'école, en formation ou dans leur vie de famille s'ils bénéficient d'un suivi social adapté à leurs besoins et leur donnant une certaine sérénité. Or le système est aujourd'hui trop complexe : ils ont des travailleurs sociaux dans les États, des tutelles, leur famille, leur patron, des formateurs, toutes sortes de dispositifs d'aide, qui en outre ne sont pas cohérents entre eux. Comment leur donner un accompagnement de qualité tout au long de la vie ? L'inclusion ne fonctionne à l'école que s'il y a des AESH. De même, les chefs d'entreprise sont plutôt d'accord pour respecter la loi, mais quand le salarié est confronté à des problèmes de mobilité ou de santé, vers qui peut-il se tourner ? Le travailleur social n'est souvent pas disponible. Comment les rendre plus sereins ?

Mme Laure Darcos. – Je suis membre de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication. Je suis présente à votre audition, madame la ministre, en tant que membre du groupe d'études Handicap.

Je souhaite vous alerter sur certains points.

En application de la loi visant la prise en charge par l'État de l'accompagnement humain des élèves en situation de handicap durant le temps de pause méridienne, issue d'une proposition de loi de notre collègue Cédric Vial, le ministre de l'éducation nationale a publié une circulaire extrêmement confuse, à telle enseigne que certains départements n'ont pas pu l'appliquer à la rentrée dernière. Nous avons saisi la ministre de l'éducation nationale de ce problème, mais nous vous serions reconnaissants de pousser de votre côté. Cette loi permet aux AESH d'avoir des temps complets et aux enfants d'être accompagnés pendant le déjeuner.

Nombre de spectacles ne sont à ce jour pas accessibles *via* le pass Culture pour les jeunes atteints de handicap. Pourriez-vous travailler à cette question avec la ministre de la culture ?

Par ailleurs, il reste beaucoup de progrès à faire sur les campus universitaires et dans les centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (Crous), dont les logements sont peu adaptés aux handicapés. Il faut garantir une égalité de traitement. Cette question avait d'ailleurs été évoquée lors de l'examen de la loi de 2005.

Enfin, pour finir sur une note positive, la Fédération française du bâtiment Essonne a produit un beau document sur les travaux publics et l'accès à ce secteur des jeunes handicapés. (*L'oratrice remet le document à Mme la ministre déléguée.*)

M. Daniel Chasseing. – Pour les soins, la complémentaire devrait être disponible partout pour les salariés. Certains États sont en déficit et ne paient donc pas la moitié de la complémentaire. L'État devait prendre en charge 50 % de la part employeur. Qu'en est-il ?

Par ailleurs, il conviendrait de renforcer les passerelles entre les États, les entreprises adaptées et le milieu professionnel, voire les foyers occupationnels pour les personnes psychotiques. Il n'y a pas de suivi ; les gens sont casés dans un endroit et y restent toute leur vie. Comment améliorer cet accompagnement ?

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Madame Le Houérou, j'ai répondu précédemment à vos questions. Pour ce qui concerne les dispositifs d'autorégulation, je suis d'accord avec vous, ils donnent de bons résultats. Je souhaite donc les évaluer et les déployer, car ils participent à l'école inclusive. J'ai répondu sur le Ségur de la santé. Je suis conseillère départementale, donc je connais les difficultés des départements à ce sujet. Nous avons beaucoup discuté avec l'association Départements de France pour trouver des moyens de soutien. D'ailleurs, le PLFSS comporte des mesures d'aide aux départements, en maintenant les taux de compensation, en suivant les dépenses d'APA et de PCH et en engageant un travail de convergence vers une meilleure compensation. Le dialogue est renoué ; il faut désormais avancer de concert avec les départements, pour mieux valoriser ces métiers.

Les licenciements pour inaptitude sont en effet un phénomène en hausse, alors que des solutions existent. J'ai soutenu, avec Pascale Gruny, la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail ; elle prévoit de nombreux dispositifs, qui sont en cours de déploiement. Je pense notamment à une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle ou à une visite à mi-carrière, autant d'outils devant permettre de mieux anticiper les situations et de maintenir les intéressés dans l'emploi. Il faut en outre renforcer le lien entre les *teams* Handicap de France Travail et les pôles de prévention et de santé au travail, afin de mieux accompagner le parcours des handicapés et d'éviter d'arriver à l'inaptitude.

Monsieur Fichet, vous parlez de la difficulté de s'y retrouver, face à la multitude des dispositifs et des acteurs. Nous prenons des mesures pour améliorer la lisibilité de tout cela. Cela passe par les *teams* Handicap de France Travail, par le rapprochement des Cap emploi et de France Travail, pour que les conseillers travaillent ensemble et assurent un suivi. L'emploi accompagné doit être mieux connecté avec France Travail, afin que les parcours soient plus fluides. Nous souhaitons avancer vers la transformation de l'offre, pour que les acteurs du médico-social apportent les bonnes réponses aux besoins des bénéficiaires. Il faut passer d'une logique de placement des bénéficiaires à une logique de plateforme de services coordonnés, qui réponde à leurs besoins. Le service public départemental de l'autonomie (SPDA) doit également permettre d'améliorer la réponse dans les territoires.

Madame Darcos, en ce qui concerne la circulaire d'application de la loi Vial, je souhaite entamer une discussion avec l'auteur de la proposition de loi et la ministre de l'éducation nationale, afin de simplifier le dispositif. Dans le PLF, il est prévu un recrutement de 2 000 AESH, qui deviennent un contingent important de l'éducation nationale. Il y a des moyens à la disposition des enfants, mais il en faut encore plus loin.

Sur le pass Culture, j'ai reçu ce matin les députés Yannick Monnet et Sophie Mette, qui ont mené une mission sur l'accès à la culture. Leurs travaux nourriront la feuille de route interministérielle sur la culture et nous avons bien identifié le problème que vous soulevez.

Je partage votre avis sur l'accessibilité des universités et l'accueil des étudiants. Je suis effarée par les différences de traitement d'une université à l'autre. Il faut y remédier. On peut rencontrer des difficultés financières, mais le premier facteur est la volonté de s'engager à accueillir correctement les étudiants.

Mme Laure Darcos. – Ne serait-ce que pour les examens !

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Mais aussi pour l'accès aux cours, aux outils, aux supports. On ne doit pas transiger.

Monsieur Chasseing, nous avons parlé, la semaine dernière, lors de l'examen du PLF, du modèle économique des Ésat. Le Sénat a adopté le principe du soutien aux Ésat pour apporter un cofinancement aux mutuelles. Le PLF va poursuivre son chemin parlementaire.

De même, les parcours professionnels des personnes handicapées doivent être plus fluides, je suis d'accord avec vous. Nous prenons cet engagement, avec France Travail, avec le réseau des Ésat ; l'accompagnement doit être plus fluide, favoriser la mixité entre emploi ordinaire et emploi en Ésat, les allers-retours. Ces changements sont à l'œuvre, mais doivent se poursuivre.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Je veux revenir sur la question de la barrière d'âge, qui devrait être résolue depuis quinze ans. Vous devriez engager des concertations autour de ce sujet. Nous avons examiné une proposition de loi introduisant une exception pour une maladie, mais on va devoir multiplier les textes pour résoudre tous les problèmes ! Lorsque a été créée la branche autonomie, nous espérions que ce problème serait résolu.

Par ailleurs, si le vieillissement est inéluctable, la perte d'autonomie des personnes âgées ne l'est pas ! C'est un risque qui se prévient et qui se compense ; seule une personne sur treize bénéficie de l'APA, il y en a donc douze qui ne la touchent pas. Tant que l'on ne s'attellera pas à ce chantier difficile, tant que l'on repoussera la résolution de cette question de ministre en ministre, on gardera des taux élevés de non-recours et on ne répondra pas à une demande sociale importante. Il faudrait que vous vous engagiez à une concertation sur le sujet. Ou alors, abrogeons carrément cet article !

Mme Corinne Imbert. – L'école pour tous est un bel idéal, mais il y a des acteurs qu'il ne faut pas oublier : les enseignants, qui se retrouvent parfois en grande difficulté, notamment quand ils accueillent des enfants souffrant de troubles du comportement et qui ont un dossier à la MDPH. On ne peut pas fermer les yeux sur cette situation, qui concerne même des enseignants expérimentés. Au-delà du bel idéal, il faut tenir compte de la réalité sur le terrain, car certains enseignants sont victimes d'agressions. On peut maintenir le cap de l'école pour le plus grand nombre, mais il faudrait aussi rouvrir des places en IME.

Ma question porte sur le remboursement à 100 % des fauteuils roulants. Pouvez-vous nous en dire plus ? Ce taux s'appliquera-t-il sur la base d'un tarif de responsabilité inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables ? Y aura-t-il un plafond ?

M. Yves Bleunven. – Un mot revient beaucoup cet après-midi : la simplification. Elle s'impose vraiment en matière de handicap.

À ma permanence, en quelques mois, j'ai reçu deux personnes se trouvant dans la même situation. Ils devaient constituer un dossier de retraite anticipée pour travailleur handicapé, car ils souffrent tous les deux d'une maladie congénitale les frappant d'un handicap de naissance. On leur parle de périodes lacunaires alors qu'ils ont travaillé toute leur vie. Ils n'ont jamais demandé la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Le premier a mis deux ans et demi pour obtenir sa retraite et le second cinq ans, après deux procédures.

Avant de faire appel à l'intelligence artificielle, faisons appel à l'intelligence humaine et au bon sens...

M. Michel Canévet. – Madame la ministre, je souhaite appeler votre attention sur la nécessité de prendre en compte le vieillissement de la population des travailleurs, ce qui pose, pour les entreprises adaptées, un problème de productivité et d'accidentologie du travail. Il conviendrait de rencontrer les intéressés, qui auraient des propositions intéressantes à formuler.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Inscrivez-vous dans votre feuille de route la création de places et de structures, comme les Ésat, les IME, les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ? Je reçois beaucoup de personnes au bord du désespoir, parce qu'elles ne trouvent aucune solution pour le placement d'un enfant ou d'un jeune adulte autiste.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Madame Poncet Monge, mon approche est différente de la vôtre sur la barrière d'âge. Je n'envisage pas de modifier le dispositif actuel. Je l'ai dit, je prépare ma feuille de route, je m'appuie sur les travaux du Sénat, de l'Assemblée nationale, du Cese, du CNCPPH. Puis, je définirai des priorités.

Sur la perte d'autonomie, j'entends vos remarques, l'autonomie ne se perd pas de la même manière pour tout le monde. Le SPDA doit permettre d'aller vers les personnes âgées, de faire de la prévention et de préserver l'autonomie le plus longtemps possible.

Madame Imbert, soyons clairs : je suis parfaitement consciente des difficultés auxquelles sont confrontés les enseignants, il ne s'agit pas de mettre un couvercle dessus et de regarder ailleurs. On a besoin d'accompagner l'école inclusive, en répartissant mieux les enfants en fonction de leur handicap ; il n'y a pas que la participation à la classe ordinaire, il y a les unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), les Ésat, les IME, qui se transforment pour que l'enfant soit à temps partiel à l'école de son quartier.

C'est ce type de solutions qu'il faut mettre en œuvre, selon les besoins de l'enfant et en accompagnant les professionnels. Les pôles d'appui à la scolarité doivent donc se déployer pour apporter des moyens supplémentaires importants. En outre, j'ai déjà évoqué les 50 000 solutions d'accompagnement destinées à débloquent des places en IME.

Nous reviendrons sur l'école pour tous, car c'est un enjeu majeur. En effet, sur le terrain, des expériences très difficiles entraînent des retours en arrière, alors que de telles situations auraient pu être évitées, avec les bonnes solutions. Il ne faut pas rester sur ces mauvaises expériences ; on doit envisager tous les outils possibles, pour tenir la promesse de cette école pour tous, qui est le ferment de la société inclusive. Les personnes handicapées souhaitent être pleinement dans la société et cela commence à l'école.

Sur le remboursement des fauteuils roulants, nous envisageons de mettre en place un remboursement intégral par catégorie de fauteuil, avec un prix limite de vente et un système d'inscription en nom de marque accélérée pour les fauteuils n'entrant dans aucune catégorie. Nous sommes sur le point d'aboutir à une bonne solution, qui conviendrait aux associations et aux fabricants.

Monsieur Bleunven, vous avez évoqué les questions de simplification. Je suis pleinement d'accord avec vous, nous devons nous battre pour cela. C'est l'objet de cette *task force*. Vous avez raison, à côté de l'intelligence artificielle, il y a l'intelligence humaine et le bon sens, et les acteurs de terrain en sont fortement pourvus. C'est pourquoi je veux m'appuyer sur leur expérience et sur celle des usagers et des familles. Laurent Marcangeli et moi sommes très attachés à la simplification pour les usagers du service public.

Monsieur Canévet, j'ai en tête la situation des entreprises adaptées, je suis disposée à les rencontrer pour parler de l'emploi des personnes handicapées. Je les ai d'ailleurs rencontrées une première fois dans le cadre de la semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées.

Madame Apourceau-Poly, vous m'interrogez sur ma feuille de route. Elle n'est pas encore écrite, mais je vous la présenterai volontiers si vous m'invitez. Elle comporte d'ores et déjà la création de places et de solutions, conformément aux engagements de la conférence nationale du handicap. Le budget consacré à la création de 50 000 solutions est sanctuarisé, sous réserve que l'on adopte le PLFSS ; sans cela, je le répète, aucune solution ne sera possible. Le budget prévu a été porté de 200 à 270 millions d'euros. Les départements, les ARS et les organismes gestionnaires ont défini les besoins et les solutions adaptées ; elles sont prêtes à les sortir des tiroirs. J'ai le pied sur l'accélérateur, je n'attends que l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour trouver une solution à la masse de tous les « amendements Creton » et pour donner du répit aux aidants. Nous avons besoin de ces 50 000 solutions.

Je vous remercie, mesdames, messieurs les sénateurs, de vos questions, remarques et propositions.

M. Philippe Mouiller, président. – Merci de cette audition, qui anticipe un peu sur votre feuille de route.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, qui est [disponible en ligne sur le site du Sénat](#).

II. EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le mercredi 5 février 2025, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport d'information de Mmes Marie-Pierre Richer, Chantal Deseyne et Corinne Féret, rapporteuses, sur le bilan 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.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous allons à présent entendre la communication de Mmes Marie-Pierre Richer, Chantal Deseyne et Corinne Féret à l'issue des travaux de la mission d'information qu'elles ont conduite sur le bilan de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Je vous rappelle que le vingtième anniversaire de cette loi donnera lieu, la semaine prochaine, à un grand colloque au Sénat, au cours duquel l'ensemble des commissions concernées livreront leur vision et leur bilan de cette loi. Marie-Pierre Richer a coordonné ces travaux en sa qualité de présidente du groupe d'études Handicap.

La communication que nous allons entendre constitue donc la contribution de notre commission à ces travaux plus larges. Elle donnera lieu, si vous l'autorisez, à la publication d'un rapport d'information.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Nous sommes très heureuses, à quelques jours de l'anniversaire de la loi du 11 février 2005, de vous présenter les conclusions de nos travaux. Ce texte a été l'aboutissement d'un travail long de dix-huit mois, mené en concertation approfondie avec les associations. Il a suscité, pour reprendre les mots du rapporteur Paul Blanc, « l'immense espoir, pour les personnes en situation de handicap et leurs proches, d'une compensation enfin effective du handicap et d'une intégration pleine et entière dans tous les aspects de la vie sociale et politique ».

Vingt ans plus tard, cinq commissions du Sénat sont mobilisées pour en dresser le bilan, ce qui témoigne de la diversité des thématiques embrassées. Nous nous sommes, pour notre part, intéressées aux dispositions relatives au droit à compensation, aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et à l'emploi.

Tout d'abord, la loi s'est fixé comme objectif de garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie, en donnant une traduction concrète au droit à la compensation.

Cette ambition s'est tout d'abord traduite par la création de la prestation de compensation du handicap (PCH), dispositif aussi innovant qu'ambitieux. Un dispositif innovant, d'abord, car son attribution est entièrement personnalisée. Au sein des MDPH, ce sont des équipes pluridisciplinaires, constituées de professionnels aux compétences variées

- médecins, ergothérapeutes, psychologues ou encore travailleurs sociaux -, qui sont chargées d'évaluer les besoins de la personne en tenant compte de ses aspirations et de son projet de vie. Un dispositif ambitieux, ensuite, car cette prestation, qui est attribuée sans condition de ressources, a vocation à couvrir des charges de nature très diverse : aide humaine, aides techniques, aide animalière ou encore aménagement du logement et du véhicule.

Il ne fait nul doute que la PCH, dont bénéficient aujourd'hui plus de 350 000 personnes, dont près de 33 000 enfants, a permis d'améliorer les conditions de vie des personnes handicapées. Elle a été réformée à plusieurs reprises depuis 2005, toujours dans le sens d'une meilleure compensation. Par exemple, en 2021, la « PCH parentalité » a été créée pour financer des aides humaines et techniques pour les parents en situation de handicap. Autre exemple, en 2023, les critères d'attribution de la PCH ont été élargis pour améliorer l'accès à cette prestation des personnes atteintes de troubles mentaux, psychiques, cognitifs ou du neurodéveloppement.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. - Néanmoins, si nous revenons aux ambitions de la loi de 2005, le bilan de la PCH n'est pas pleinement satisfaisant.

Le premier constat est celui du maintien de la barrière d'âge à 60 ans, alors que l'article 13 de la loi prévoyait sa suppression dans un délai de cinq ans. La situation actuelle est la suivante : une personne dont le handicap est survenu après l'âge de 60 ans n'est pas éligible à la PCH, mais peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Or il existe, comme vous le savez, des différences de prise en charge entre ces deux prestations. L'APA est attribuée en fonction du degré de perte d'autonomie uniquement, alors que la PCH regarde l'ensemble des besoins de la personne, qui sont intimement liés à son type de handicap et à son cadre de vie. Sur le plan des charges couvertes, l'APA est également moins ambitieuse. Pour les handicaps qui nécessitent une présence quasi continue d'intervenants, elle ne permet pas de financer l'intégralité de l'aide humaine ; et les aides techniques, lorsqu'elles sont coûteuses, ne sont que partiellement couvertes.

Nous avons eu ce débat il y a peu de temps lors de l'examen de la proposition de loi pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) et d'autres maladies évolutives graves : le différentiel de prise en charge entre PCH et APA représente une inégalité de traitement peu supportable pour les personnes concernées. Et il faut avoir à l'esprit que, avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, de plus en plus de personnes déclareront un handicap après l'âge de 60 ans.

Il est donc nécessaire de conduire une réflexion globale sur l'articulation des dispositifs de compensation de la perte d'autonomie, qu'elle soit liée au handicap ou au grand âge, et sur les moyens alloués par l'État ou la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Notre deuxième constat, toujours sur la PCH, porte sur le droit à compensation applicable aux enfants. Depuis 2008, les parents d'un enfant handicapé disposent d'un droit d'option entre bénéficier de la PCH et du complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), selon des règles complexes, pour ne pas dire illisibles. Non seulement le droit existant est difficile à appréhender pour les familles, mais aucune des deux options n'est satisfaisante du point de vue de la compensation du handicap. Le complément d'AEEH est forfaitaire, il ne s'adapte donc pas aux spécificités de chaque enfant ; et les critères de la PCH n'ont pas été adaptés aux particularités du handicap chez les plus jeunes. Il nous semble donc impératif de simplifier le dispositif de compensation pour les enfants, tout en le renforçant.

Notre troisième et dernier constat est le suivant : certaines personnes, surtout celles qui présentent un handicap lourd, continuent d'assumer un reste à charge important. D'une part, le niveau de prise en charge des aides techniques n'a connu aucune revalorisation depuis 2006. D'autre part, la PCH ne couvre pas les aides ménagères et les assistants de communication, qui sont pourtant des aides essentielles. Il faut néanmoins reconnaître que des mesures ont été prises pour réduire le reste à charge : en 2024, le niveau de remboursement des frais liés à l'emploi direct d'une aide à domicile a été rehaussé, et comme nous l'a confirmé la ministre la semaine dernière, la mise en œuvre du remboursement intégral des fauteuils roulants ne saurait tarder.

Pour terminer sur la PCH, nous avons été interpellées par les départements qui en assurent le versement. Ils doivent faire face à la montée en charge constante de cette prestation depuis 2006, dans un contexte budgétaire toujours plus restreint. En parallèle, la compensation assurée par l'État a chuté de 60,4 % en 2009 à 30 % en 2024. Il est impératif que l'État cesse de se désinvestir. À ce titre, la réforme des concours versés par la CNSA aux départements prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 représente une première étape importante.

Mme Corinne Féret, rapporteure. – Le droit à compensation est aussi intimement lié à la problématique des revenus, souvent affectés par les limitations dues au handicap.

Sur ce plan, la loi de 2005 n'apporte qu'une réponse incomplète. Elle permet le cumul de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) avec les revenus du travail, et instaure deux compléments à l'AAH, non cumulables : le complément de ressources, pour assurer un revenu égal à 85 % du Smic net aux personnes très gravement handicapées dans l'incapacité de travailler, et la majoration pour la vie autonome (MVA), une aide mensuelle qui permet aux personnes atteintes de 80 % d'incapacité de financer des dépenses d'aménagement de leur logement.

Les associations que nous avons auditionnées déplorent la suppression, en 2019, du complément de ressources : il s'élevait à 179 euros par mois, soit 75 euros de plus que la MVA, et certaines personnes qui auraient pu y prétendre ne sont pas éligibles à la MVA. Néanmoins, en parallèle, l'AAH a été revalorisée à plusieurs reprises et son attribution a été déconjugalisée. Nous nous souvenons que cette question avait été fortement relayée au Sénat et que suite avait été donnée à une pétition sur ce thème, qui avait recueilli plus de 100 000 signatures.

Toujours est-il qu'en 2025, malgré les dispositifs existants, le handicap reste un facteur de précarité : 25,8 % des personnes handicapées âgées de 15 à 59 ans sont pauvres, contre 14,4 % des personnes de la même tranche d'âge sans handicap.

Enfin, si la thématique de l'offre médico-sociale n'est qu'indirectement traitée par la loi de 2005, il nous a semblé important de l'aborder, car elle conditionne également l'effectivité du droit à compensation.

Comme vous le savez, l'augmentation de l'offre depuis 2005 n'a pas permis de combler les besoins ni d'empêcher les ruptures de prise en charge. Dans certains territoires, les délais d'attente sont très longs et de nombreuses familles restent sans solution. Nous avons tous en tête le sujet des départs en Belgique, mais aussi celui de l'amendement Creton, qui permet aujourd'hui à près de 6 000 jeunes adultes d'être accueillis dans des établissements pour enfants, non sans conséquences sur la qualité de l'accompagnement et l'organisation des établissements concernés.

Nous ne pouvons donc que saluer les plans récemment lancés pour renforcer et transformer l'offre médico-sociale. Le déploiement des 50 000 solutions doit notamment se poursuivre, cibler les territoires les plus en tension et les publics les plus en difficulté. Il est aussi nécessaire de développer l'accueil de jour, d'ouvrir des places en foyer d'accueil médicalisé et en maison d'accueil spécialisée. Enfin, il ne faut pas oublier les solutions de vie à domicile, comme l'habitat inclusif : elles contribuent au maintien de l'autonomie des personnes handicapées et doivent aller de pair avec le renforcement des services d'aide et de soins à domicile.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Le deuxième volet de nos travaux porte sur les maisons départementales des personnes handicapées, qui ont été créées par la loi de 2005.

Les 104 maisons maillant le territoire sont les premiers interlocuteurs administratifs des personnes en situation de handicap, et près de 5,9 millions de personnes bénéficient d'au moins un droit ouvert en MDPH.

Sur le plan de la simplification des démarches, les MDPH sont une réussite. En réunissant en un même lieu la quasi-totalité des démarches relatives aux droits et prestations des personnes handicapées, elles ont mis fin au parcours du combattant qui les précédait. Surtout, le processus d'évaluation des demandes, répondant à une approche par les besoins, permet

de garantir la pertinence des droits et prestations attribués. D'après les enquêtes de satisfaction menées par la CNSA, 68 % des usagers sont satisfaits du service rendu par leur MDPH, tandis que 81,6 % estiment avoir pu y exprimer leurs besoins et leurs souhaits.

Pour autant, la simplification des démarches doit se poursuivre. Le formulaire à adresser à la MDPH, d'une trentaine de pages, est mal compris et donc mal renseigné par de nombreux usagers. En fin de processus, les courriers de notification de droits sont inintelligibles et n'exposent même pas les motifs précis de la décision. Une simplification de ces documents s'impose, et ce constat est partagé de tous. L'enjeu de la simplification ne concerne d'ailleurs pas que les usagers : côté personnel, le traitement des demandes implique le maniement de règles et de notions très complexes.

Les pouvoirs publics n'ignorent pas la nécessité de simplifier encore davantage les démarches. Depuis 2019, certains droits peuvent être attribués sans limitation de durée, tandis que la durée d'attribution de l'AEEH a été allongée de sorte qu'elle puisse être ouverte par cycle scolaire. Depuis 2020, les MDPH ont aussi la possibilité de proroger des droits ouverts aux personnes sans nouvelle demande de leur part, si leur situation n'est pas susceptible d'évoluer favorablement. Des marges de manœuvre existent sûrement encore, et la ministre nous a annoncé la semaine dernière la mise en place d'une « *task force* » pour réfléchir sur le sujet.

Toutefois, c'est davantage l'augmentation des demandes, combinée au manque de moyens humains, qui compromet la qualité de service des MDPH.

D'abord, l'inflation du nombre de demandes. Celles-ci ont augmenté de 12 % entre 2015 et 2022, tirées à la hausse par l'ouverture de droits relatifs aux enfants et à la PCH. De manière plus générale, il est évident que l'augmentation des demandes est intimement liée aux retards en matière d'accessibilité. Lorsque la cité, les loisirs, l'école ou encore le milieu professionnel sont inaccessibles, les personnes handicapées recourent à des aides dont elles n'auraient pas nécessairement besoin dans un monde parfaitement accessible.

En parallèle, certaines MDPH doivent composer avec d'importantes difficultés sur le plan des ressources humaines. Non seulement elles manquent de moyens humains, mais le taux de rotation des équipes est particulièrement important. Il s'explique en partie par des conditions de travail difficiles, notamment pour les équipes chargées de l'accueil et de l'instruction des dossiers, qui doivent traiter un nombre croissant de demandes et sont exposées à des situations souvent difficiles sur le plan émotionnel. À cela s'ajoute, dans les déserts médicaux, la faible disponibilité des médecins et des ergothérapeutes pour constituer les équipes pluridisciplinaires.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Ces deux enjeux cumulés, hausse des demandes et manque des moyens, concourent à l’allongement des délais de traitement, principal motif d’insatisfaction des usagers. Nous sommes d’ailleurs nombreux à recevoir, dans nos territoires respectifs, des plaintes à ce sujet.

La loi donne 4 mois aux MDPH pour rendre une décision. En 2022, le délai moyen est de 4,3 mois pour les demandes enfants et de 4,5 mois pour les demandes adultes. Mais, vous vous en doutez, cette moyenne cache d’importantes disparités : en fonction des départements bien sûr – certains affichent des délais supérieurs à 6, voire 7 mois –, mais aussi en fonction des droits et des prestations concernés. Par exemple, le délai de traitement moyen pour la PCH est de 5,7 mois, contre 3,3 mois pour les orientations scolaires. Or de longs délais peuvent avoir de lourdes conséquences. Pour les personnes dont le handicap évolue rapidement, la décision rendue peut être inadaptée à leurs besoins. Plus grave encore, certaines personnes peuvent finir par renoncer à leurs droits, la cellule familiale étant alors amenée à se substituer à la solidarité nationale.

En cascade, l’inflation des demandes, doublée de l’exigence de réduire les délais, nuit à la qualité de service. Nous déplorons notamment les conséquences sur le processus d’évaluation des besoins, qui est pourtant central pour établir des plans de compensation pertinents. Entre la difficulté à se réunir et la nécessité d’aller vite, les évaluateurs tendent à privilégier l’approche médicale, à rebours de l’approche pluridisciplinaire prévue par la loi. De plus, l’évaluation des besoins et la prise de décision par la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH) se font essentiellement sur la base du dossier, laissant peu de place à l’échange avec les personnes concernées et encore moins aux visites à domicile.

L’autre grand chantier concernant les MDPH concerne l’harmonisation des pratiques. Certes, les spécificités territoriales et le principe de libre administration peuvent induire des différences de fonctionnement. En revanche, les discordances observées sur le plan de l’interprétation de la loi nuisent à l’égalité de traitement des citoyens. Ces écarts d’interprétation résultent en grande partie de la complexité du corpus juridique des droits et prestations, dans un contexte où, comme nous venons de l’évoquer, certaines MDPH connaissent un taux de rotation du personnel important. Les associations mettent également en avant la tentation, pour certains départements, d’adapter les plans de compensation à leurs contraintes budgétaires.

Mme Corinne Féret, rapporteure. – Quoi qu’il en soit, il est nécessaire d’harmoniser les pratiques. C’est justement le rôle que confère la loi à la CNSA, qui est plus largement chargée du pilotage national des MDPH. Cette mission n’est pas aisée, puisqu’elle se déploie dans un champ en partie décentralisé. Malgré tout, la CNSA entreprend un certain nombre d’actions pour homogénéiser le fonctionnement et les pratiques des MDPH. Sur le plan

des méthodes de travail, elle élabore des référentiels d'évaluation, anime le réseau et soutient la formation des professionnels. Elle vient également en aide aux MDPH en difficulté : entre 2021 et 2024, la mission d'appui opérationnel a accompagné 24 structures. Les résultats sont encourageants, les MDPH ayant dans leur quasi-totalité identifié la source de leurs difficultés et réduit leurs délais de traitement. Concernant les outils de travail, la CNSA accompagne la dématérialisation des demandes. Elle veille également, depuis 2015, à l'harmonisation des systèmes d'information.

En somme, il nous semble qu'à bien des égards le rôle de pilote confié à la CNSA répond à de vrais besoins, à condition que la Caisse dispose de moyens suffisants et qu'elle n'empiète pas de manière indue sur les compétences des départements.

Enfin, en matière d'emploi et d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, nos auditions ont permis de constater que la dynamique lancée par la loi du 11 février 2005 a conduit à de réels progrès. Cependant, les objectifs ambitieux fixés par cette loi ne sont toujours pas atteints, et les efforts en la matière ne doivent pas être relâchés.

Pour rendre effectif l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap, la loi de 2005 a modifié le mécanisme de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH). Elle l'a renforcé, en pénalisant davantage les entreprises qui n'emploient aucun travailleur handicapé, et en a simplifié la mise en œuvre pour les employeurs en supprimant la pondération des emplois selon la lourdeur du handicap. Par ailleurs, elle a étendu le périmètre de l'OETH aux employeurs publics, considérant à juste titre qu'ils se devaient d'être exemplaires. Ces derniers sont donc, comme les entreprises, contraints de verser une contribution financière lorsqu'ils n'atteignent pas le taux de 6 % de travailleurs handicapés rapporté à leur effectif total.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Quels résultats pour cette politique de quotas ?

En 2023, le taux d'atteinte directe de l'OETH était de 3,6 % dans le privé, et de 5,66 % dans le public, dépassant même la cible de 6 % pour les collectivités territoriales. Ces chiffres laissent une marge de progression, mais ils sont plus d'un point au-dessus des moyennes de 2006, alors même que les modalités de calcul sont plus exigeantes désormais.

Ces avancées ne doivent pas masquer les difficultés auxquelles font face les personnes en situation de handicap sur le marché du travail : le taux de chômage des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE) demeure deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population ; leur taux d'emploi est de 39 %, contre 68 % pour l'ensemble de la population.

Pourtant, la loi de 2005 a multiplié les dispositifs permettant de renforcer l'inclusion des personnes en situation de handicap dans le monde du travail.

Elle a d'abord érigé une obligation d'aménagement de poste pour les employeurs, traduisant le principe de non-discrimination des travailleurs handicapés de manière concrète. Ces aménagements de postes peuvent passer par un renforcement de l'accessibilité bâtementaire ou numérique, par des équipements ergonomiques ou même par des dérogations au temps de travail. Bien sûr, ces aménagements représentent une réelle charge financière pour l'employeur. C'est pourquoi des opérateurs de l'État se voient affecter les contributions financières des employeurs ne respectant pas l'OETH, afin de solvabiliser les projets d'aménagements et de formation des entreprises qui embauchent ou maintiennent dans l'emploi des personnes en situation de handicap. La loi de 2005 a créé, à l'image de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph), le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) afin de tirer les conséquences de l'extension de l'OETH au secteur public. En 2023, l'Agefiph et le FIPHFP ont respectivement mobilisé 577 et 111 millions d'euros au bénéfice du maintien dans l'emploi des salariés et des agents publics en situation de handicap.

Un autre chantier concerne plus précisément l'accès à l'emploi des travailleurs handicapés. Là encore, la loi de 2005 a fait preuve d'innovation, en rapprochant les différents acteurs du service public de l'emploi dans l'intérêt des personnes en situation de handicap. Cet objectif s'est trouvé concrétisé dans la récente réforme pour le plein emploi, qui a porté le rapprochement du réseau des Cap emploi et de Pôle emploi, renommé France Travail. Ce rapprochement a, entre autres, permis la création de « lieux uniques d'accompagnement », où des équipes mixtes de France travail et de Cap emploi procèdent à une orientation unique des demandeurs d'emploi en situation de handicap. Cet accompagnement rénové doit aussi permettre de faciliter l'accès des demandeurs d'emploi en situation de handicap aux formations professionnelles, puisque le niveau de formation demeure leur premier frein à l'emploi.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – La loi de 2005 a également eu un fort impact sur les secteurs protégés et adaptés, qui nous semblent être des modèles uniques à préserver.

Les entreprises adaptées, créées sous leur forme actuelle par cette loi, sont tenues d'employer au moins 55 % de travailleurs handicapés, et visent à soutenir le projet professionnel de ces travailleurs. Elles connaissent un grand succès, puisqu'il en existe plus de 800 de nos jours, et qu'elles offrent un positionnement intermédiaire entre le milieu protégé et le milieu ordinaire, permettant ainsi des logiques de parcours progressifs pour certains travailleurs.

La loi de 2005 a par ailleurs porté une réforme des établissements et services d'accompagnement par le travail (Ésat), en mettant en place une garantie de rémunération du travailleur handicapé. Ces établissements sociaux et médico-sociaux qui placent le travail au cœur du projet d'accompagnement des personnes en situation de handicap sont ainsi tenus de financer au moins 5 % de la garantie, qui varie entre 55 % et 110 % du Smic, par leur activité de production – le reste étant abondé par l'État.

Cette mesure a initié un mouvement de rapprochement des droits des travailleurs du milieu protégé de ceux du milieu ordinaire, récemment accentué par la loi pour le plein emploi : complémentaire santé, titres-restaurant, droits syndicaux, *etc.* Dans cet élan, l'hypothèse de la mise en place d'un « statut de quasi salarié » a récemment été évoquée par les ministres de tutelle de ces établissements. Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) a expertisé le scénario d'une garantie de rémunération rehaussée au niveau du Smic. Il ressort de ces travaux qu'une telle évolution aurait un effet assez inégal sur le niveau de vie des travailleurs d'Ésat du fait du caractère différentiel de l'AAH, et qu'elle conduirait plus de 55 % de ces établissements à être déficitaires dès la première année. Par conséquent, nous vous proposons d'appeler le Gouvernement à ne pas envisager d'augmentation de la rémunération des travailleurs d'Ésat sans mettre en œuvre une réforme globale du système de financement de ces établissements.

Mme Corinne Féret, rapporteure. – En définitive, vous l'aurez compris, le résultat de nos travaux invite, non pas à proposer une nouvelle loi pour le handicap, mais plutôt à continuer de s'emparer des outils et des principes posés par la loi du 11 février 2005.

Celle-ci a permis de nombreuses avancées, mais les efforts ne doivent pas être relâchés, avec toujours la conviction, énoncée dans la déclaration de Madrid, que « ce qui se réalise aujourd'hui au nom des personnes handicapées prendra sens pour chacun dans le monde de demain ».

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Je salue le travail de nos collègues. Votre communication sur le bilan de la loi de 2005 nous conduit à constater que des progrès ont été réalisés, mais que des marges de progression sont encore possibles.

Vos propos rejoignent ceux que nous avons entendus hier lors du colloque avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) : il est nécessaire de changer les mentalités. Il faut passer d'une injonction à un réflexe, puis à une normalité. On ne devrait plus s'interroger sur les marges de progression à faire dans les politiques publiques ; il faudrait passer de la démarche inclusive au vivre ensemble, et cela passe par l'éducation et la formation.

Au cours de ces dernières années, j'ai le sentiment que nous avons un peu perdu le sens des priorités. En effet, pour le football amateur, par exemple, dans le cadre de la construction des vestiaires, les communes sont obligées de prévoir des vestiaires pour les arbitres handicapés – les cas sont plutôt rares, alors qu'elles pourraient contribuer à améliorer la mobilité pour l'ensemble des personnes handicapées.

Par ailleurs, je note que la tarification des établissements médicosociaux n'a pas été augmentée depuis des années, ce qui a des conséquences sur leurs investissements.

Enfin, je déplore les temps d'attente insupportables dans certains départements. Un compteur avait été prévu dans chaque MDPH ou maison départementale de l'autonomie (MDA) pour améliorer le temps d'attente. Il était de nature à inciter les départements à faire mieux d'année en année.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Le président Gérard Larcher et le président Philippe Mouiller ont souhaité que le bilan de la loi de 2005 soit transversal, ce qui est inédit. Cela a permis d'organiser des auditions différenciées de plusieurs associations au sein des différentes commissions. Aussi, c'est la commission des affaires économiques qui traite de l'accessibilité des bâtiments.

Nous avons envoyé un questionnaire aux MDPH concernant le temps d'attente. Nous vous faisons part du constat tiré de la trentaine de réponses que nous avons reçues. Toute amélioration est évidemment bienvenue.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – En matière d'amélioration des délais, il faut souligner que la CNSA vient en appui des MDPH par le biais de la mission d'appui opérationnel pour identifier les difficultés et proposer des pistes d'amélioration.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Je remercie nos trois rapporteuses pour leur rapport, qui est fidèle à la réalité. Dans le cadre du groupe d'études Handicap, la ministre Charlotte Parmentier-Lecocq a évoqué la création de places d'hébergement, les délais d'instruction des dossiers, la question de l'inclusion. À cet égard, je veux saluer l'action du milieu associatif, qui a permis d'obtenir des avancées significatives, intervenant auprès du Gouvernement pour défendre les personnes en situation de handicap.

Je veux vous rendre attentifs au problème rencontré par les élus municipaux ou les présidents d'associations en situation de handicap, qui a été soulevé par le président de la délégation départementale du Pas-de-Calais de l'Association des paralysés de France (APF), M. Stéphane Joly, que j'ai rencontré. Alors qu'il est en fauteuil roulant et vit dans une structure pour personnes handicapées, il n'est pas remboursé de ses frais de déplacement. Si le directeur de la structure d'hébergement ne mettait pas gracieusement à sa disposition un aide-soignant pour l'emmener, il ne pourrait pas assister aux réunions de la délégation départementale de l'APF ni à celles du conseil municipal où il siège. C'est un véritable sujet sur lequel nous devons pencher.

Mme Frédérique Puissat. – Je remercie nos rapporteuses de ne pas solliciter financièrement plus encore les départements dans leurs préconisations. Dans nos territoires, les présidents des conseils départementaux nous demandent d’arrêter de voter des lois qu’ils ne peuvent plus appliquer !

Vous n’avez pas évoqué le manque de places dans les instituts médico-éducatifs (IME), notamment pour les enfants. Il manquerait 600 places dans le département de l’Isère. Tout ne relève pas de l’inclusion et ces familles sont dans la détresse.

Mme Annick Petrus. – Je remercie les rapporteuses de ce travail remarquable. Je m’inspirerai de leur rapport d’information en tant que co-rapporteur d’une mission sur le handicap en outre-mer, au titre de la délégation sénatoriale aux outre-mer.

Je souhaite mettre en lumière les défis spécifiques rencontrés dans nos territoires pour ce qui concerne l’application de la loi du 11 février 2005. À ce titre, je veux poser une question sur l’inclusion scolaire et l’accompagnement des élèves en situation de handicap.

L’accès à l’éducation des enfants en situation de handicap est encore trop souvent un parcours du combattant en outre-mer. Le manque des accompagnants d’élèves en situation de handicap (AESH) et l’absence de structures adaptées obligent certaines familles à quitter leur territoire pour garantir une scolarité digne à leur enfant. Comment assurer une meilleure répartition des AESH et garantir un accompagnement pérenne et efficace de ces élèves ?

Mme Jocelyne Guidez. – Merci pour ce rapport très intéressant, qui est sans surprise. Même si des avancées ont été réalisées, il faut continuer à progresser.

Si l’on construit de moins en moins d’IME, c’est parce que l’on veut inclure absolument tous les enfants, quels que soient la nature et le degré du handicap. Mon propos va peut-être choquer certains d’entre vous, mais il n’est pas possible de suivre cette logique. Cette inclusion à tout prix a des conséquences sur les enfants, qui ont besoin de bienveillance et d’un suivi adapté ; mais aussi pour les parents et pour les professeurs des écoles qui ne sont pas formés pour cela. Arrêtons avec l’inclusion à tout prix ! Construisons des IME et accueillons nos enfants lourdement handicapés dans des structures bienveillantes !

J’évoquerai également la question de l’emploi des personnes handicapées, qui exige des avancées. On peut employer, sans aucun problème, les personnes mal entendant, par exemple.

Mme Raymonde Poncet Monge. – N’oublions pas les possibilités hybrides : des enfants peuvent être accueillis durant des demi-journées. Développons les accueils de jour, car ces structures voient leurs moyens diminuer, au prétexte de l’inclusion.

Mme Patricia Demas. – Je remercie également les rapporteurs de leur travail.

Je veux vous alerter sur la question de l’accès aux droits des personnes handicapées qui travaillent. Les bénéficiaires de l’AAH qui souhaitent percevoir la prime d’activité doivent remplir deux formulaires différents, avec des montants sociaux différents à déclarer. Il importe de faciliter l’accès aux droits de ces personnes en simplifiant la base des ressources, car il est plus difficile encore pour une personne handicapée de solliciter une prime d’activité.

Mme Émilienne Poumirol. – N’oublions pas les personnes handicapées vieillissantes, car il y a là un trou dans la raquette. On manque de structures pour ces personnes à partir de cinquante-cinq ans qui ont des problèmes d’autonomie très importants. Je travaille sur un projet de construction d’une telle structure et je me heurte à la lourdeur de la bureaucratie. Comment faciliter la création de ces structures ?

Mme Anne-Sophie Romagny. – Merci pour cet excellent rapport.

Je veux attirer votre attention sur les âges charnières des personnes handicapées. Les parents ne savent pas comment leur enfant handicapé va évoluer à l’âge adulte. On se focalise sur le handicap, mais l’accompagnement des parents est également important, car ils s’interrogent sur l’avenir de leur enfant quand eux-mêmes seront âgés.

J’ai évoqué avec la ministre Charlotte Parmentier-Lecocq la possibilité de dématérialiser les cartes d’invalidité, source d’économies. Toutefois, ne faisons pas d’amalgame avec la dématérialisation des demandes formulées auprès des MDPH.

Mon troisième point de vigilance porte sur les évolutions législatives ou réglementaires. Veillons à ne pas alourdir trop les charges financières des départements ; je pense à la PCH attribuée dorénavant sans condition de ressources.

Mme Corinne Imbert. – Je partage vos propos sur la question des places en IME. La ministre est attentive à la création de places.

Permettez-moi de faire un lien entre la protection de l’enfance et la santé. Certains enfants confiés au titre de l’aide sociale à l’enfance (ASE) ont un dossier à la MDPH pour des troubles psychologiques plus ou moins graves. Les départements sont confrontés au problème de la sectorisation en psychiatrie. Considérant les difficultés que rencontrent la psychiatrie et la pédopsychiatrie, il faut lever cette contrainte de sectorisation dans l’intérêt de ces enfants.

M. Philippe Mouiller, président. – Pour finir, j’aurais également une question qui me semble importante : quel est le sentiment des personnes, et notamment des associations, que vous avez auditionnées sur la loi de 2005 ?

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Nous l’avons dit en préambule, nous nous sommes cantonnées aux questions relatives aux affaires sociales. Soyez assurés que les autres problématiques sont examinées.

La question des mandats électoraux est traitée par la commission des lois. Notre collègue Marie Mercier a pris en considération cette demande, ainsi que celle de la dématérialisation de la carte d’invalidité. Le colloque nous permettra d’avoir une restitution des travaux des quatre autres commissions qui travaillent sur le bilan de l’application de la loi de 2005.

De la même façon, les questions relatives à l’éducation et aux AESH sont traitées par la commission de la culture.

Les acteurs que nous avons rencontrés estiment que la loi de 2005 est un acte fondateur dans la mesure où, pour la première fois, les élus ont travaillé en collaboration avec les associations. Il faut continuer à cheminer pour obtenir de nouveaux progrès.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Nous avons abordé dans notre rapport d’information la nécessité d’avoir des IME, mais sans nous y attarder, car la loi de 2005 n’en traite pas. Rien ne nous empêche de faire des propositions sur ce sujet.

Des personnes auditionnées nous ont fait part de la souffrance des enseignants, se sentant quelquefois démunis pour prendre en charge des enfants souffrant de handicaps différents et multiples et déplorant le manque de formation.

Certes, les personnes souffrant de handicaps rencontrent des difficultés pour faire une demande de prestations sociales du fait des revenus de référence retenus, mais cela est vrai pour toute personne. Il faut faire un travail de simplification et de convergence afin d’harmoniser les bases, et le déploiement de la solidarité à la source nous semble être une opportunité en ce sens.

Les associations ont reconnu que la loi de 2005 constitue une avancée exceptionnelle, avec la reconnaissance du handicap dans la vie quotidienne, même si elles portent d’autres revendications.

Mme Corinne Féret, rapporteure. – La CNSA dispose d’une cellule de soutien aux MDPH, qui a montré son efficacité. Nous déplorons toutefois qu’elle ne soit pas reconduite à partir de cette année, et qu’elle soit remplacée par la mise à disposition des MDPH d’un kit d’autodiagnostic. On enlève de l’humain là où c’est précisément nécessaire. Démonstration sera faite que rien ne vaut la présence de personnes.

Madame Apourceau-Poly, vous avez raison d'insister sur le rôle des associations. La loi de 2005 a été élaborée avec les associations. Toutes ont reconnu cet atout essentiel, tout en indiquant qu'il fallait poursuivre le travail pour s'adapter à l'évolution de la société.

Madame Petrus, nous avons évoqué la situation des outre-mer dans notre rapport, en insistant sur le fait que la délégation aux outre-mer travaille sur le sujet.

Lors de l'audition avec la ministre Catherine Vautrin, nous avons parlé du vieillissement de la population, mais n'avons pas eu le temps de parler des personnes vieillissantes en situation de handicap ; il faudra y revenir.

Les associations ont eu à cœur de nous faire part de ce qu'elles vivent sur le terrain depuis vingt ans. Elles ne remettent pas en question la loi de 2005, mais estiment que des marges de progrès sont possibles.

M. Philippe Mouiller, président. – Madame Petrus, lors du colloque, nous annoncerons les travaux que vous faites au titre de la délégation aux outre-mer. Lorsque vous aurez terminé vos travaux, nous vous inviterons à nous présenter votre rapport.

Madame Poumirol, peut-être pourriez-vous vous rapprocher de l'agence régionale de santé pour obtenir quelques crédits.

Concernant les problématiques rencontrées par les départements, je vous rends attentifs au fait que les représentants de l'Assemblée des départements de France (ADF) siègent au sein du conseil d'administration de la CNSA, mais que leur parole n'est pas toujours suffisamment entendue. Nous auditionnerons dans les semaines qui viennent le directeur de la CNSA.

Les recommandations sont adoptées à l'unanimité.

La mission d'information adopte le rapport d'information et en autorise la publication.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

Auditions

- **Philippe Bas**, sénateur, ancien secrétaire général de la présidence de la République (2002-2005) et ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille (2005-2007)
- **Collectif Handicaps**
 - Axelle Rousseau**, coordinatrice et chargée de plaidoyer
 - Marie-Christine Tézenas du Montcel**, groupe Polyhandicap France
 - Malika Boubekour**, APF France Handicap
- **Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)**
 - Jérémy Boroy**, président
 - Julia Tabath**, vice-présidente du CNCPH et pilote de la commission compensation et ressources (PMR)
 - Sophie Crabette**, pilote de la commission santé
 - Lauriane Le Menn**, responsable de la coordination des délégations
- **Conseil départemental d'Eure-et-Loir**
 - Christophe Le Dorven**, président
 - Romain Cerclé**, directeur de cabinet du président
- **Conseil départemental du Cher**
 - Jacques Fleury**, président
 - Cédric Gourin**, chef de cabinet du président
- **Départements de France (ADF)**
 - Christophe Le Dorven**, président du conseil départemental d'Eure-et-Loir et représentant d'ADF
 - Marylène Jouvien**, chargée des relations avec le Parlement
 - Silva Sahakian**, conseillère relations internationales

- **Association des directeurs des maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH)**
Florence Magne, présidente
Cécile Azouz, directrice de la MDPH de Charente-Maritime et secrétaire de l'ADMDPH
- **Association nationale des directeurs et cadres d'Ésat (Andicat)**
Delphine Théron, directrice d'Ésat et administratrice d'Andicat
Axelle Pruvot, directrice exécutive
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**
Maëlig Le Bayon, directeur général
Étienne Deguelle, directeur adjoint de la direction de l'accès aux droits et des parcours (DADP)
- **Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph)**
Christian Ploton, président
Didier Eyssartier, directeur général
- **Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)**
Marine Neuville, directrice
- **France Travail**
Caroline Dekerle, directrice du programme handicap
Eudes de Morel, chargé des relations institutionnelles
- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**
Jean-Benoît Dujol, directeur général
Benjamin Voisin, chef du service des politiques sociales et médico-sociales
Joris Jonon, adjoint au sous-directeur du service autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

- **Cap emploi**
Marlène Cappelle, déléguée générale
- **Charlotte Parmentier-Lecocq**, ministre déléguée chargée de l'autonomie et du handicap

Contribution écrite

- **Étienne Pot**, délégué interministériel à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement

TABLEAU DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

N°	Recommandations	Acteurs concernés	Support
3	Simplifier et renforcer le dispositif de compensation destiné aux enfants en situation de handicap.	Parlement et Gouvernement	Loi
4	Ouvrir la PCH « aide humaine » aux activités ménagères.	Gouvernement	Règlement
5	Garantir la pérennité et l'homogénéité des pratiques des fonds départementaux de compensation du handicap.	CNSA	/
6	Poursuivre la réforme du concours « PCH » versé par la CNSA aux départements afin de garantir un taux de compensation minimal de leurs dépenses relatives à cette prestation.	Parlement	LFSS
7	Poursuivre la transformation de l'offre médico-sociale afin de garantir un continuum partant des besoins et des préférences des personnes.	Gouvernement et Parlement	Loi et règlement
8	Développer l'accueil de jour, ouvrir des places en foyer d'accueil médicalisé (Fam) et en maison d'accueil spécialisée (Mas).	ARS	/
10	Dans le cadre du service public départemental de l'autonomie (SPDA), généraliser la démarche de territorialisation de l'accueil de premier niveau des MDPH.	Départements et ARS	/
12	Simplifier le formulaire de demande et les courriers de notification des droits.	CNSA	/
15	Aligner les règles de calcul de l'OETH entre le secteur public et le secteur privé, et limiter les déductions de contributions qui fragilisent la lisibilité de l'OETH.	Gouvernement	Règlement