

Contribution CNCPH

portant sur la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Assemblée plénière du 18 mai 2026

Le CNCPH a adopté une motion sur la PCH en 2021. Après les 20 ans de la loi de 2005 instaurant le droit à compensation et la PCH, le CNCPH actualise son analyse de cette prestation et rappelle ses préconisations et ses demandes.

I. Définition législative

1. Droit à compensation loi 2005

La loi du 11 février 2005, officiellement intitulée « *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* », constitue l'un des textes majeurs en France en matière de handicap. Elle marque une évolution profonde de la politique publique en reconnaissant, même de manière incorrecte et partielle, un certain rôle à l'environnement qui, en interaction avec telle ou telle altérité de la personne, conduit cette dernière à être confrontée à de multiples et diverses situations de handicap dans les actes quotidiens de la vie. D'où l'importance d'agir pour supprimer ou a minima réduire les obstacles et/ou compenser dans le même temps et chaque fois que de besoin les situations de handicap vécues au quotidien par les personnes.

Adoptée dans un contexte de revendications fortes pour une société plus inclusive, cette loi pose un cadre ambitieux. Elle renforce les droits fondamentaux des personnes en situation de handicap, réaffirme le droit à la compensation, et rend obligatoire l'accessibilité de l'ensemble de la société : établissements recevant du public, transports, écoles, services publics, et lieux de travail.

La loi du 11 février 2005 se distingue ainsi par son approche globale et transversale. Elle vise à garantir à chaque personne, quel que soit son handicap, la possibilité de participer pleinement à la vie sociale, professionnelle, scolaire et citoyenne, en mobilisant l'ensemble des acteurs publics et privés. Elle constitue depuis 2005 le socle des politiques d'inclusion en France et continue d'influencer de nombreuses réformes successives.

2. Définition législative PCH

Instituée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la PCH permet de prendre en charge tout ou partie des dépenses liées à la compensation d'un handicap.

La demande est instruite par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du département de résidence.

L'instruction de la demande de compensation comporte notamment l'évaluation des besoins de compensation du demandeur en fonction de son projet de vie et l'établissement d'un plan personnalisé de compensation par une équipe pluridisciplinaire.

La décision est prise par la Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes Handicapées (CDAPH). Elle précise le montant et la durée de chacun des éléments, dans le respect des montants et durées maxima fixés, pour chaque élément, par la réglementation.

Des dispositions particulières existent pour les personnes en établissement de santé ou médico-social (que la demande intervienne lors d'un séjour en établissement ou que ce séjour débute après l'attribution de la PCH à domicile).

Le versement et le contrôle de l'utilisation des sommes versées sont assurés par le conseil départemental.

Conditions d'attribution

L'accès à la PCH n'est pas évalué en référence au taux d'incapacité, mais il doit respecter plusieurs critères. La personne doit présenter un handicap entraînant :

- Soit une **difficulté absolue pour la réalisation d'une activité essentielle de la vie quotidienne**. Est qualifié d'absolue, une activité qui ne peut pas du tout être réalisée seul.
- Soit une **difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités**. Est qualifié de grave, une activité qui est difficilement réalisée.

Ce qui est apprécié, c'est la capacité fonctionnelle de la personne à effectuer l'activité. C'est-à-dire, sans aucune aide de quelque nature que ce soit, dans un environnement standard dit « normalisé ». Pour être appréciée, la difficulté doit persister au moins un an ou être définitive. Ces activités essentielles du quotidien sont listées sur le référentiel pour l'accès à la prestation de compensation (annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles) qui comporte 20 items (se déplacer, se laver, s'habiller, communiquer, etc.). L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est chargée d'évaluer les difficultés rencontrées par la personne et propose les aides à accorder.

Par ailleurs, certaines conditions administratives doivent être respectées :

- Être âgé de **moins de 60 ans au moment de la première demande** (sauf exceptions, notamment être en activité professionnelle après 60 ans). Condition supplémentaire **pour les jeunes de moins de 20 ans percevoir l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)** et ouvrir droit à un complément de l'AEEH.
- Résider de façon **stable et régulière sur le territoire français** à domicile ou en établissement.

La PCH est attribuée sans condition de ressources. Mais elle est accordée sur la base de tarifs et de montants fixés par nature de dépense et **le taux de prise en charge** varie en fonction des ressources de la personne handicapée. Les ressources prises en compte pour la détermination du taux de prise en charge sont celles perçues au cours de l'année civile précédant celle de la demande. Les ressources à prendre en compte sont les ressources du ménage. Elles incluent les ressources du conjoint ou de la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un PACS (Pacte Civil de Solidarité) dans les mêmes conditions que celles de la personne handicapée.

La liste des ressources exclues pour la détermination du taux de prise en charge mentionnée à l'alinéa Art. L. 245-6 de la loi no 2005-102 du 11 février 2005. Nous pouvons noter principalement que **sont exclus les revenus d'activité**.

Les dépenses sont prises en charge à **100%** de leur tarif si les ressources annuelles sont inférieures ou égales à **30 915,30€**, ou **80%** si elles sont supérieures.

Nature des aides financées

La PCH permet de prendre en charge 5 éléments distincts cumulables, selon la situation du bénéficiaire :

- **Les aides humaines (élément 1)** : La PCH aides humaines permet de rémunérer (ou dédommager) une aide à domicile. Les soins infirmiers, aide-ménagère ou pour les courses, portage des repas, la garde d'enfants ne relève pas de la PCH. La particularité de cette aide est qu'elle est définie en volume horaire. L'évaluation par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est faite avec l'utilisation du GEVA (Guide d'Évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées) pour définir un nombre d'heures par jour octroyé à la personne en fonction de ses besoins.

Ce besoin peut être évalué jusqu'à 24 heures par jour, voire même au-delà dans certaines situations. Une fois le nombre d'heures établi, c'est à la personne de choisir un ou plusieurs modes d'intervention possibles (emploi direct, services d'aide à la personne, services mandataires, dédommagement aidant familial) et le financement est appliquée en fonction de celui-ci. (cf. tableau des tarifs.)

Il est à noter qu'un forfait surdité, cécité et surdicécité pour l'aide humaine a été mis en place avec 30 heures d'aide humaine par mois en cas de surdité, 50 heures en cas de cécité, 30, 50 ou 80 heures en cas de surdicécité (personnes sourdes-aveugles), depuis le 1er janvier 2023.

- **Les aides techniques (élément 2)** : La PCH aide technique est destinée à l'achat ou la location d'un matériel pour compenser la situation de handicap. Le niveau de remboursement diffère selon que l'aide figure ou non sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) par la Sécurité sociale.
- **Les aménagements du logement ou du véhicule et les surcoûts liés aux transports (élément 3)** : La PCH aide à l'aménagement du logement est destinée à prendre en charge une partie des travaux du logement de la personne pour compenser la situation de handicap. La PCH permet aussi de compenser les surcoûts liés au handicap en termes de mobilité avec 2 dispositifs complémentaires :
 - La prise en charge du surcoût des transports.
 - La prise en charge de l'adaptation du véhicule de la personne.
- **Les charges spécifiques ou exceptionnelles (éléments 4)** : Les charges *spécifiques* sont des dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap et non prises en compte par un des autres éléments de la PCH. Les charges *exceptionnelles* sont des dépenses ponctuelles liées au handicap et non prises en compte par un des autres éléments de la PCH.
- **L'aide animalière (éléments 5)** : La PCH aide animalière est destinée à l'acquisition et à l'entretien d'un animal qui doit avoir été éduqué par des éducateurs qualifiés. L'aide couvre l'acquisition et les frais d'entretien de l'animal.

Pour mieux prendre en compte la réalité du handicap, la PCH s'est enrichie ces dernières années de dispositions spécifiques à certaines situations.

- Depuis le 1^{er} janvier 2023, les personnes atteintes d'une altération de fonction psychique, mentale, cognitive ou avec des troubles du neurodéveloppement (TND) peuvent aussi accéder à la PCH aide humaine. La liste des activités permettant l'accès à la PCH et l'accès à l'aide humaine est élargie. Un nouveau domaine d'activité a été ajouté : le soutien à l'autonomie. Ce soutien à l'autonomie consiste à accompagner la personne dans la réalisation de ses activités, sans les réaliser complètement à sa place. Il doit être durable ou survenir fréquemment. Ce besoin de soutien s'apprécie au regard de l'hypersensibilité à l'anxiété, l'hypersensibilité au stress et au contexte et des conséquences d'altérations des fonctions mentales, psychiques, cognitives ou des TND.
- Depuis le 1^{er} janvier 2021, un parent en situation de handicap percevant la PCH peut bénéficier d'une aide à la parentalité. Cette aide (à ne pas confondre avec la PCH enfants, versée aux bénéficiaires mineurs) se compose d'un volet aide humaine pour pouvoir rémunérer quelqu'un pour aider le parent en situation de handicap à s'occuper de l'enfant en cas de besoin et d'un volet aide technique pour l'achat de matériel de puériculture adapté pour s'occuper de l'enfant. C'est un forfait variant selon l'âge de l'enfant (la PCH parentalité s'arrête aux 7 ans de l'enfant) et de la situation familiale (parent seul ou en couple).

Durée d'attribution

La PCH est attribuée pour une durée déterminée, variable selon la situation de la personne et l'évolution prévisible de son handicap. Elle peut être accordée pour plusieurs années, et, dans certaines situations où le handicap est durable et peu susceptible d'évolution, pour une durée plus longue voire sans limitation de durée.

À l'issue de cette période, un renouvellement de la demande peut être effectué afin de réévaluer les besoins et maintenir l'aide si la situation le justifie.

[Tarifs-PCH-1er-janvier-2026.pdf](#) (source CNSA)

II. Analyse/critique

1. L'équité territoriale et l'application de la réglementation :

La disparité territoriale est souvent qualifiée de **loterie géographique** par le CNCPH et constitue l'un des points les plus critiques. C'est là où la décentralisation de la loi de 2005 entre en conflit direct avec le principe constitutionnel d'égalité des citoyens.

Bien que les critères d'attributions soient fixés dans le Code de l'action sociale et des familles plus précisément à l'annexe 2-5, les équipes pluridisciplinaires des MDPH l'interprètent différemment. Pour un même handicap psychique, une MDPH accordera 3h de soutien à l'autonomie (le maximum), tandis qu'une autre n'accordera que 30 minutes, estimant que la guidance n'est pas indispensable mais seulement souhaitable.

De même, certains départements, en difficulté financière, durcissent officieusement les critères d'attribution.

L'allongement des délais de traitement varie de 4 mois à plus de 18 mois selon les territoires. Tout comme le taux d'accord pour la PCH aide humaine qui peut passer du simple au double entre deux départements. Selon les départements, l'accès au 24h/24 en aides humaines est accordé alors que dans d'autres, seules des heures de présence responsable sont allouées. Enfin, la densité de l'offre de soins et d'aide a également une incidence sur les disparités. Le non-recours est plus fort dans les déserts médicaux. Sans accès à un professionnel de santé expert d'une déficience donnée et de ses répercussions (ergothérapeute, médecin spécialiste), à même de remplir le certificat médical détaillé, le dossier PCH ne peut aboutir ou est sous-évalué.

L'impact de ces différences territoriales se traduit par une rupture d'égalité en droit. On constate une jurisprudence instable. Les tribunaux (pôle social) doivent trancher des litiges où la décision dépend plus de l'adresse de l'usager que de son état de santé. Cela crée une insécurité juridique majeure pour les personnes.

De plus, le droit au déménagement se retrouve entravé. En effet, une personne handicapée hésite à changer de département par peur de perdre ses acquis, le transfert de dossier entraînant souvent une réévaluation défavorable. Le Code de l'Action sociale et des familles (L 245-2-1) permet certes au président du conseil départemental de demander la réévaluation de la PCH, mais le seul motif du déménagement ne peut justifier cette demande.

L'impact financier doit aussi être évalué. Là où la PCH est faible, les familles sollicitent davantage d'autres prestations de solidarité nationale ou se tournent vers l'hospitalisation plus coûteuse pour la Sécurité Sociale et donc pour la Solidarité nationale.

Devant ces inégalités, le CNCPH propose de sortir de la logique départementale pour aller vers une PCH pilotée nationalement par la CNSA.

Garantissant l'individualisation des besoins, la renationalisation doit permettre un financement plus équitable sur le territoire. Cela suppose de retravailler l'annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles afin d'éviter les interprétations locales et de rendre opposable le référentiel. Les MDPH resteraient un ancrage local afin de permettre d'évaluer les besoins et de recueillir le Projet de Vie, mais les aspects financiers concernant la gestion quotidienne seraient transférés à la CNSA.

De même, revenir au niveau national permettrait une meilleure portabilité des droits. Un plan de compensation validé dans le département A doit être maintenu sans réévaluation en cas de déménagement dans le département B.

La centralisation permettrait d'économiser environ 150 millions € en frais de gestion et de contentieux (RAPO), somme qui pourrait être réallouée directement à la couverture des besoins.

2. L'évaluation

Le Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation (annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles) est l'outil pivot des MDPH. Il ne s'agit pas d'un simple tableau de mesures médicales, mais d'une grille d'évaluation de la capacité à réaliser des activités.

Malgré ses défauts, le référentiel a introduit des concepts révolutionnaires par rapport à l'ancienne allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

Ce référentiel ne s'intéresse pas au diagnostic médical (la pathologie) mais aux conséquences concrètes sur 20 activités de la vie quotidienne (se laver, se déplacer, parler, etc.). Cela permet de traiter de manière identique deux personnes ayant des pathologies différentes mais des besoins similaires. De même, la notion de Difficulté Grave permet d'ouvrir des droits même si la personne peut réaliser l'acte mais avec une lenteur extrême, une douleur ou une fatigue excessive. On n'attend plus que la personne soit incapable (difficulté absolue) pour l'aider.

Le décret 2022 sur la prise en compte de la situation et des besoins des personnes sourdaveugles (surdicécité) et des personnes vivant avec une altération des fonctions mentales, psychiques ou cognitives ou des troubles neuro-développementaux était attendue par les personnes. L'introduction des critères de guidance, de besoin de rappel et de soutien à l'autonomie a permis de reconnaître toutes les situations de handicap.

Mais le recul des 20 dernières années permet de souligner les angles morts du référentiel :

- **Le cantonnement au domicile** : Le référentiel évalue principalement la capacité à survivre chez soi (se laver, manger, aller aux toilettes). Son interprétation donne des évaluations qui tiennent peu ou pas compte du besoin d'accompagnement pour tous les déplacements, la vie citoyenne, le travail, les loisirs, ou encore les changements de lieux de résidences (domicile vers établissements etc.) alors même que l'accessibilité de l'espace public et numérique restent très déficitaires ;
- **L'absence de prise en compte des activités ménagères**, pourtant indispensables à la dignité de vie de la personne dans son domicile ;
- **La fatigue et la fluctuation** : Le référentiel peine à prendre en compte les handicaps invisibles ou fluctuants (ex : sclérose en plaques, troubles bipolaires, épilepsie sévère, etc.). Si le jour de l'évaluation la personne va bien, le référentiel tend à sous-estimer le besoin global sur l'année.
- **Le couperet des 1 activité absolue ou 2 graves** est trop rigide. Une personne ayant 5 difficultés modérées peut se retrouver sans aucune aide humaine, alors que le cumul de ses difficultés rend sa vie quotidienne épuisante et précaire.
- **Le plafond des 3 heures** : Pour le soutien à l'autonomie, le guide limite réglementairement l'aide à 3h/jour. Le CNCPH dénonce un plafond hors sol qui ne repose sur aucune réalité clinique, mais uniquement sur une volonté de maîtrise budgétaire.
- **Le temps de préparation** : Le référentiel compte le temps de l'acte (ex : 20 min pour la toilette) mais oublie souvent le temps autour (préparation, installation, échanges humains nécessaires à la dignité).
- **La communication** : Le volet communication est souvent sous-évalué pour les personnes n'ayant pas de déficience sensorielle mais des troubles du langage ou de l'interaction sociale.
- **L'absence de prise en compte globale des répercussions des handicaps** (atteinte du champ visuel, conséquences des épilepsies sévères etc.)
- **La non revalorisation des montants de la PCH, hors aide humaine**

Les prochains travaux annoncés sur la réévaluation du référentiel sont nécessaires pour le CNCPH. Il demande à y être activement associé. En effet, le conseil milite pour que le projet de vie rédigé par la personne soit l'élément central, et que **le référentiel soit un vrai outil technique de traduction**, et non l'inverse. Actuellement, les MDPH ont tendance à faire rentrer l'utilisateur dans les cases du référentiel, au lieu d'adapter le référentiel à la vie de l'utilisateur.

Il en est de même sur le principe forfaitaire imposé sur certaines compensations dont les modalités de l'évaluation n'ont pas été révisées depuis leur création pour garantir la prise en compte des besoins lorsqu'ils dépassent le montant du forfait.

De même, la PCH parentalité s'arrête aux 7 ans de l'enfant. Les conditions de cette PCH doivent également être modifiées pour qu'elle soit disponible au-delà des 7 ans de l'enfant, et ouverte par ailleurs aux parents qui n'ont pas de PCH volet aides humaines (condition actuelle pour accéder à la PCH parentalité). La prise en compte des besoins individuels allant au-delà du forfait doit être garantie et facilitée.

3. Le droit d'option PCH / AEEH :

La PCH pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans peut être cumulée avec :

- L'allocation journalière de présence parentale (AJPP). À noter qu'il a toutefois une exception, les aides humaines de la PCH ne peuvent pas se cumuler avec l'AJPP.
- L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Certaines MDPH, sans fondement légal, refusent d'attribuer la PCH au motif que les enfants de moins de 3 ans ou de moins de 7 ans ne seraient pas éligibles. Pour accéder à la PCH enfant, il faut ouvrir droit à un complément AEEH : sur ce point, en cas de dépenses ponctuelles, certaines MDPH font une moyenne des dépenses mensuelles en lissant sur 12 mois, d'autres 36 mois. Selon le mode de calcul, le complément d'AEEH ne sera pas ouvert et donc l'enfant ne sera pas éligible à la PCH. L'arrêté apportant des précisions sur l'éligibilité à l'AEEH et au complément n'a pas évolué depuis 2002.

De plus, la PCH ne peut pas être cumulée avec le complément d'AEEH, à l'exception des aménagements du logement, du véhicule et les surcoûts liés aux transports (le 3^e élément de la PCH). Une personne sollicitant en même temps l'AEEH, ses compléments et la PCH ou bénéficiant déjà de l'AEEH lors de sa demande de PCH doit choisir entre :

- L'AEEH de base et un complément d'AEEH ;
- L'AEEH de base et la PCH ;
- L'AEEH de base et le troisième élément de la PCH plus un complément de l'AEEH pour couvrir tous les autres frais.

Il est bien précisé que le choix n'est pas définitif et qu'un changement est possible à la date d'échéance du droit.

Le droit d'option entre la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et le complément de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) est l'un des points les plus complexes et les plus critiqués du droit de la compensation pour les enfants.

Les évaluations et les informations fournies aux familles sont jugées insuffisantes ou erronées, rendant le droit d'option inopérant dans de nombreux cas. Le choix est souvent fait par les familles sans une visibilité réelle sur le long terme.

Une fois l'option choisie, il est difficile de revenir en arrière rapidement, et les MDPH manquent de simulateurs performants pour aider les parents à comparer les montants exacts sur 5 ou 10 ans. La rigidité du système force les familles à entrer dans des cases :

- Soit la famille accepte le forfait AEEH et les compléments qui peut être insuffisant pour financer les interventions professionnelles.
- Soit la famille opte pour une AEEH et la PCH qui impose des tarifs horaires qui ne correspondent pas toujours à la réalité du marché.

Dans un cas comme dans l'autre, le CNCPH considère que ce droit d'option est une entrave à la compensation intégrale en occasionnant des restes à charge pour les parents, notamment pour l'aide à la communication (CAA). Le conseil dénonce également le fait que de nombreux parents sont contraints de choisir l'AEEH catégorie 4 ou 5 (forfaitaire) car cela revient parfois à être moins mal payé que les heures de PCH, tout en étant moins protecteur en termes de droits à la retraite.

Pour le CNCPH, la solution n'est pas seulement de simplifier le choix, mais de supprimer la nécessité même de choisir. L'idée serait de créer une **PCH Enfant** qui absorberait l'AEEH, garantissant :

- L'inscription dans les textes qu'il n'existe pas d'âge minimum pour accéder à la PCH
- Le remboursement intégral des frais de santé non couverts par la CPAM.
- Une prise en charge financière des parents qui cessent leur activité.
- La prise en charge des besoins éducatifs sans plafond arbitraire.

Le passage au cumul permettrait d'éviter l'épuisement des parents et, à terme, de favoriser la désinstitutionnalisation (voir feuille de route) en développant un véritable droit à compensation quelque soit l'âge de la personne. Cela mettrait également fin aux nombreux RAPO (recours) de parents qui contestent l'évaluation de leur catégorie d'AEEH en comparaison de ce qu'ils auraient pu avoir en PCH.

4. Transition Grand âge :

La loi de 2005 a instauré une barrière d'âge fixée à 60 ans. Avant 60 ans, la personne a un accès de plein droit à la PCH (fondée sur la compensation intégrale). Après 60 ans, la bascule se fait vers l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), gérée sous une logique d'aide sociale aux personnes âgées, souvent moins généreuse pour les besoins humains lourds. Enfin, depuis 2020, une personne peut désormais solliciter la PCH après 60 ans si elle remplit les critères d'éligibilité avant cet âge. C'est la fin de la barrière d'âge couperet pour ceux qui étaient déjà handicapés, mais pas pour ceux dont le handicap survient après 60 ans.

Le CNCPH dénonce une inégalité de traitement basée sur un critère chronologique arbitraire. Cela crée une inégalité financière préjudiciable pour les personnes. L'APA est soumise à des plafonds de plans d'aide nationaux beaucoup plus bas que ceux de la PCH. Pour un besoin d'aide humaine 24h/24, la PCH peut couvrir jusqu'à 24 heures de présence (sous conditions). L'APA, même au GIR 1 (le plus dépendant), est plafonnée à environ 1 900€/mois, ce qui ne couvre que 2 à 3 heures d'aide professionnelle par jour.

Le reste à charge pour une personne dont le handicap survient à 61 ans est donc massivement plus élevé que pour une personne de 59 ans.

Le CNCPH exige la fin de cette barrière, qu'il qualifie de **discrimination liée à l'âge**. Le handicap ne s'arrête pas à 60 ans. Une personne qui devient paraplégique à 62 ans a les mêmes besoins techniques et humains qu'une personne de 40 ans. Elle doit avoir accès aux mêmes outils de compensation.

De plus, le CNCPH a récemment publié une contribution sur la retraite dans laquelle il recommande que :

- l'affiliation à l'AVA de l'aidant d'un adulte handicapé soit possible avec un taux inférieur à 50%, lorsqu'il existe une prestation de compensation du handicap (PCH) aide humaine pour un aidant familial ;
- sur information de la MDPH, il appartienne à l'organisme débiteur des prestations familiales (CAF, MSA) de prendre l'initiative d'une ouverture de droits à l'AVA "

5. Le niveau de prise en charge et les restes à charge :

Le reste à charge ne provient pas d'un seul facteur, mais de l'empilement de trois logiques administratives et économiques :

- Le RAC Réglementaire (Les Ressources) est le mécanisme le plus contesté. La PCH n'est prise en charge à 100% que si les ressources annuelles sont inférieures au plafond (environ 31 000€ en 2026). Au-delà, la prise en charge tombe à 80%. Pour le CNCPH, c'est une taxe sur les ressources qui contrevient à l'universalité de la compensation.
- Le RAC Tarifaire (L'effet de ciseaux) concerne l'écart entre le tarif de remboursement (solvabilisation) et le prix réel du service. Pour l'Aide humaine, le tarif plancher (env. 25€) est souvent inférieur de 5€ à 10€ au tarif des prestataires, laissant un RAC très élevé. Pour le CNCPH, il est absolument urgent de revoir les tarifs de l'aide humaine (en emploi direct notamment) pour mieux couvrir les dépenses réelles des bénéficiaires
- Le RAC de Plafond (Les besoins non couverts) : quelques exemples de RAC actuellement supportés par les personnes handicapées : le référentiel pour l'accès à la prestation de compensation limite le nombre d'heures (ex : 3h pour le handicap psychique). Si la personne a besoin de 6h, les 3h supplémentaires sont un RAC en temps, que la personne doit financer elle-même ou compenser par sa famille. De même, le tarif de la PCH aide animalière n'a pas évolué depuis 2006. Le volet aides techniques de la PCH ne permet pas de prendre en charge l'ensemble des aides techniques (notamment visuelles, très onéreuses. Enfin, la PCH pour les personnes vivant en établissement ne s'adapte pas aux besoins des personnes (notamment lors de retour à domicile).

Bien que les durées d'attribution aient été modifiées en 2022, le CNCPH demande que les éléments de la PCH (aides humaines, aides techniques, aménagement du logement, transport, charges exceptionnelles, aide animalière) soient revus pour ne plus avoir de RAC. Le handicap n'est pas un choix de consommation. Personne ne choisit d'avoir besoin d'un lève-personne ou d'une aide à la toilette. Ces dépenses doivent être couvertes à 100%.

Les **fonds départementaux de compensation du handicap (FDC)** constituent l'ultime filet de sécurité du système pour réduire le reste à charge (RAC) subsistant après l'attribution de la PCH.

Ils sont gérés par la MDPH et alimentés par plusieurs financeurs (le Département, l'État, la CNSA, l'Assurance Maladie, et parfois des mutuelles ou la CAF). Contrairement à la PCH, les FDC sont strictement soumis à condition de ressources.

L'analyse de ces fonds révèle une situation de charité organisée qui s'oppose, selon le CNCPH, à la logique de droit à la compensation. Chaque département abonde son fonds comme il le souhaite. Résultat, dans certains départements, le FDC est riche et peut couvrir 100% du RAC. Dans d'autres, il est vide dès le mois de juin, laissant les usagers avec des factures de plusieurs milliers d'euros. Ce manque de lisibilité financière et une gestion de saupoudrage ne permet pas un pilotage national de l'autonomie.

La loi de 2005 instaure que le RAC pour l'utilisateur ne doit pas dépasser 10 % de ses ressources personnelles. En pratique, ce plafond est très rarement respecté pour les investissements lourds (aménagement de maison). Les FDC, sous-dotés, plafonnent leurs aides (ex : maximum 2 000 € par dossier), rendant la loi inopérante. Le calcul même de ce 10 % des ressources est d'une complexité telle que de nombreuses MDPH ne l'appliquent pas ou mal. Le recours au FDC intervient après la notification de la PCH. Cela rajoute souvent 3 à 6 mois de délai supplémentaire avant que l'utilisateur ne puisse commander son matériel.

Pour le Conseil, le constat est clair : le FDC est le symptôme d'une PCH sous-tarifée. C'est une rupture d'égalité qui transforme un citoyen en demandeur d'aide sociale. Les fonds de compensation ne devraient pas exister si la PCH remplissait son rôle.

Le CNCPH demande :

- De fusionner les budgets des FDC dans le budget global de la PCH pour que la compensation soit un droit de premier rang, et non une subvention accordée après examen des comptes bancaires de la personne.
- En attendant une fusion, rendre le plafond de reste à charge de 10% automatiquement contraignant pour l'État et les Départements. Si le RAC dépasse 10%, le FDC doit couvrir le surplus sans discussion.
- De créer un guichet unique de financement. L'utilisateur ne devrait recevoir qu'une seule notification de financement global, sans avoir à solliciter plusieurs fonds (PCH, puis CPAM, puis Mutuelle, puis FDC).

6. L'accès au droit et les recours : Un gain budgétaire trompeur

L'analyse de la PCH ne serait pas complète sans aborder sa face sombre : le non-recours aux droits (ceux qui ne demandent pas) et l'explosion des Recours Administratifs Préalables Obligatoires (RAPO) (ceux qui contestent). Le non-recours à la PCH est estimé par certains rapports entre 20% et 30% selon les volets (notamment pour les aides techniques et l'aménagement du logement). Le nombre de RAPO, étape obligatoire avant de saisir le juge (Tribunal Judiciaire) a bondi de façon spectaculaire ces dernières années.

La complexité du dossier (formulaire de 20 pages et certificats médicaux détaillés), la crainte du contrôle (notamment pour le volet aide humaine) et le reste à charge anticipé (remboursement dérisoire face au devis de travaux d'accessibilité par exemple) constituent des freins réels à l'accès aux droits. Pour le CNCPH, ce non-recours est une rupture de contrat social. Le conseil dénonce un système qui compte sur la lassitude des usagers pour limiter les dépenses. Il préconise un aller-vers systématique et une simplification radicale (droit à vie, formulaires simplifiés). Quant à la hausse des RAPO, les impacts sont juridiques. Le traitement des RAPO mobilise les équipes d'évaluation (EPR) au détriment de l'instruction des nouveaux dossiers, créant un cercle vicieux de délais.

De plus, le passage devant le juge devient la norme pour obtenir des heures de soutien au-delà des plafonds, transformant les magistrats en évaluateurs du handicap à la place des médecins. Si toutes les MDPH envoyaient un PPC (Plan Personnalisé de Compensation), cela laisserait une opportunité à la personne d'exprimer son mécontentement avant la CDAPH, de le modifier et ainsi d'éviter un recours. Mais force est de constater que ce n'est pas toujours le cas, obligeant les personnes à déposer un RAPO.

Cela a un impact financier. Un dossier qui part en RAPO, puis au contentieux, coûte souvent plus cher en frais administratifs et juridiques que le montant de l'aide initialement refusée. Les tribunaux commandent des expertises médicales indépendantes, facturées à l'État, pour trancher les litiges techniques sur le Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation.

Pour le CNCPH, il faut passer d'une logique de guichet de contrôle (où l'on vérifie si on peut refuser) à une logique de guichet d'accompagnement (où l'on aide à construire le plan). Cela implique la validation automatique des préconisations des ergothérapeutes libéraux (réduction des RAPO sur les aides techniques).

7. Dédommagement Aidant

Le dédommagement d'un aidant familial via la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est une aide financière versée par le Conseil départemental à la personne handicapée, qui la reverse ensuite à son proche. Ce dispositif repose sur un tarif horaire fixé, en 2026, à 4,78 € (tarif de base) ou 7,16 € si l'aidant a dû réduire ou cesser son activité professionnelle. Bien que ce montant soit exonéré d'impôt sur le revenu et de cotisations sociales pour l'aidant, il comporte des limites structurelles importantes : il ne s'agit pas d'un salaire mais d'une compensation, ce qui signifie qu'il n'ouvre pas de droits au chômage ni à la retraite (sauf via l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des aidants sous certaines conditions de ressources individuelles d'activité professionnelle). De plus, le montant mensuel est strictement plafonné (environ 1 231,15 € en 2026), et le lien de parenté limite parfois le recours à ce dispositif, notamment pour les conjoints qui ne peuvent être dédommagés que dans des situations de handicap d'une particulière gravité nécessitant une aide totale.

Le CNCPH demande dans la « contribution portant sur les personnes aidantes familiales, en situation de handicap ou non » de consolider la reconnaissance juridique, sociale et économique du rôle des proches aidants, afin que leur engagement ne reste pas invisible ni fragile. Le CNCPH demande que le dédommagement familial soit d'un montant identique à la majoration tierce personne versée par la sécurité sociale.

III. Les 3 Propositions

En résumé, les demandes et recommandations du conseil sont les suivantes :

1. Nationalisation et pilotage centralisé de la PCH

Pour mettre fin à la loterie géographique et aux disparités de traitement et de décisions entre départements, le CNCPH préconise de sortir de la logique départementale. Il propose que la **CNSA pilote nationalement** la prestation afin de :

- **Garantir l'individualisation des besoins** : assurer un financement équitable sur tout le territoire
- **Garantir la portabilité des droits** : Permettre le maintien des acquis pendant 2 ans lors d'un déménagement pour lever les freins à la mobilité résidentielle.

2. Refonte du Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation centrée sur l'Autodétermination

Le CNCPH milite pour que le **projet de vie** de la personne devienne l'élément central de l'évaluation, et non l'inverse. Cela implique :

- **Dépasser le cadre du domicile** : L'adaptation du barème à la vie de l'utilisateur permettra d'inclure l'évaluation à la vie citoyenne, au travail et aux loisirs, au-delà des simples actes de survie domestique.
- **Prendre en compte la fluctuation du handicap** : Adapter les outils pour intégrer la fatigue et les handicaps invisibles, évitant ainsi les sous-évaluations liées à l'état de l'utilisateur le jour J.
- **Supprimer les plafonds arbitraires** :
 - **Lever le verrou des 3 heures pour le soutien à l'autonomie** afin de coller à la réalité clinique des besoins des personnes vivant avec une altération des fonctions mentales, psychiques ou cognitives ou des troubles neuro-développementaux.
 - **La fin de la barrière d'âge à 60 ans**, qualifiée de discrimination, afin que toute personne puisse accéder aux mêmes outils de compensation quel que soit l'âge de survenue du handicap.
 - **Consolider la reconnaissance juridique, sociale et économique du rôle des proches aidants** en transformant le dédommagement pour assurer des droits sociaux complets du proche aidant afin de sortir les aidants de la précarité et reconnaître leur rôle comme une brique du service public de l'autonomie.
 - **Créer une PCH Enfant** en fusionnant l'AEEH et la PCH pour garantir un remboursement au réel des frais de santé et des besoins éducatifs sans plafonnement. Ce nouveau volet devra aussi sécuriser le statut des parents en assurant une rémunération digne et des droits à la retraite pour les parents aidants, prévenant ainsi l'épuisement familial et les placements en institution plus coûteux

3. Simplification radicale de l'accès au droit

En rappel des engagements internationaux de la France, en particulier de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations unies (CDPH), ratifiée en 2010 (articles 9, 19 et 28 notamment), le Conseil souhaite que la compensation soit un droit de premier rang et passer d'une logique de contrôle à une **logique d'accompagnement** pour réduire le non-recours et les contentieux.

Le CNCPH propose de :

- **Supprimer des conditions de ressources** pour la PCH (fin du RAC réglementaire) afin de lever la taxe sur le travail qui réduit la prise en charge à 80% au-delà d'un certain plafond
- **Instaurer un guichet unique de financement** piloté par la CNSA, en fusionnant des fonds départementaux de compensation (FDC) dans le budget global de la PCH pour éviter que l'usager ne multiplie les démarches auprès de différents organismes.
- **Ajuster les tarifs aux prix du marché** en revalorisant les tarifs planchers de l'aide humaine et des aides techniques pour couvrir 100% de la dépense réelle.
- **Valider les expertises de terrain** en rendant automatiques les préconisations des ergothérapeutes libéraux pour accélérer l'attribution des aides.

Vote de l'Assemblée plénière du CNCPH

Les membres du CNCPH, réunis en assemblée plénière, approuvent et adoptent cette contribution du CNCPH.