

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire

- Audition de M. Arnaud OSEREDCZUK, président par intérim de la 5^e chambre de la Cour des comptes, sur l'enquête demandée en application du 2^o de l'article 58 de la LOLF sur la prestation de compensation du handicap (PCH) 2
- Présence en réunion..... 15

Mercredi
3 décembre 2025
Séance de 12 heures

Compte rendu n° 048

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Présidence de
M. Éric Coquerel,
Président



La commission auditionne M. Arnaud Oseredczuk, président par intérim de la 5^e chambre de la Cour des comptes, sur l'enquête demandée en application du 2° de l'article 58 de la LOLF sur la prestation de compensation du handicap (PCH)

M. le président Éric Coquerel. Notre ordre du jour appelle l'examen d'une enquête de la Cour des comptes, effectuée à la demande de notre commission, relative à la prestation de compensation du handicap (PCH). Nous accueillons M. Arnaud Oseredczuk, président par intérim de la cinquième chambre de la Cour des comptes, pour la présentation des résultats de ces travaux.

M. Arnaud Oseredczuk, président par intérim de la cinquième chambre de la Cour des comptes. Mesdames et messieurs les députés, la prestation de compensation du handicap n'avait jamais été examinée en tant que telle dans un rapport dédié, ni par la Cour des comptes ni par d'autres institutions, à la différence de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui a fait l'objet de plusieurs travaux. L'enjeu financier est certes moindre, de l'ordre de 3 milliards d'euros par an pour la PCH contre 13 milliards d'euros pour l'AAH, mais la dynamique de la PCH est particulièrement soutenue et requiert par conséquent notre attention.

Le cadrage de cette enquête a été effectué en février dernier avec M. Jean-Didier Berger. De manière classique, nous nous sommes adressés à quatre conseils départementaux et quatre maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) associées, en Gironde, Seine-et-Marne, Oise et Sarthe.

Il convient en préambule de rappeler que l'AAH et la PCH obéissent à des logiques très différentes. L'AAH est un minimum social, qui prend acte de la difficulté des personnes en situation de handicap à vivre des revenus de leur travail. La PCH, quant à elle, compense les coûts induits par la situation spécifique de handicap. Elle est donc fondée sur des règles d'éligibilité complexes, sur la base des difficultés constatées pour un certain nombre d'actes de la vie courante choisis dans une liste assez complète, et un calcul tout aussi complexe, puisqu'elle est censée répondre de manière très précise aux besoins du bénéficiaire, à la différence de l'AAH.

La PCH sert à financer cinq éléments, cumulables selon les situations : les aides humaines, qui représentent 90 % de son coût, les aides techniques, les surcoûts de transport ou d'aménagement du véhicule ou du logement, les charges spécifiques ou exceptionnelles, et enfin l'aide animalière, qui est assez rare et concerne surtout les chiens guides d'aveugles. La procédure d'attribution demande une instruction approfondie afin d'évaluer précisément le besoin. Cette instruction inclut une visite à domicile, mais cette condition n'est pas toujours remplie. Enfin, la PCH est attribuée, sauf exception, aux personnes de moins de 60 ans. Au-delà de ce seuil d'âge, il est possible de bénéficier d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA).

À la différence de l'APA, la PCH n'est quasiment pas soumise à conditions de ressources, puisque le taux de prise en charge est seulement réduit à 80 % au-delà de 30 000 euros de revenus. Les montants accordés sont plafonnés, puisque le nombre d'heures d'aide humaine est limité à six. Cependant, des dérogations sont susceptibles d'être accordées, jusqu'à neuf heures, voire vingt-quatre heures dans certaines situations particulièrement lourdes, ce qui peut conduire à des montants considérables, de l'ordre de 200 000 euros par an. Enfin, l'AAH est financée sur le budget de l'État, tandis que la PCH l'est sur celui des départements, avec un concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En résumé, le régime français est particulièrement protecteur pour les personnes porteuses d'un handicap lourd. Une comparaison avec d'autres pays, présentée dans l'annexe 2 du rapport, montre que les systèmes étrangers prévoient des montants souvent plafonnés à des niveaux moindres et tenant davantage compte des revenus.

La commande qui nous a été passée nous a invités à examiner les déterminants de la dépense et de la contribution de la CNSA, les coûts de gestion, l'impact pour les bénéficiaires, les disparités territoriales dans l'octroi de la prestation par les MDPH, l'articulation avec les autres prestations liées au handicap – principalement l'APA et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) –, et enfin les dispositifs de contrôle et de lutte contre la fraude. La production de ce rapport nous a fourni, en outre, l'occasion de porter une réflexion de principe sur une prestation qui ambitionne de coller à la réalité des besoins, ce qui est très rare dans notre système de prestations sociales. Cette spécificité pose la question d'un arbitrage quant à lui classique en termes de politique sociale entre l'équité, qui exige de tenir compte de chaque situation, et la simplicité, qui influe sur la facilité d'accès et le taux de recours.

Notre rapport analyse premièrement la dépense et son financement, deuxièmement l'attribution des aides, troisièmement l'articulation avec les autres prestations, quatrièmement certains aspects de cohérence interne de la prestation et de la lutte contre la fraude.

La dépense liée à la PCH est particulièrement dynamique, et présente un écart croissant avec la contribution de la CNSA. En effet, cette dépense a quasiment doublé en dix ans, passant de 1,5 milliard d'euros en 2013 à 3 milliards d'euros en 2023. Cette augmentation s'explique principalement par l'augmentation du nombre de bénéficiaires, qui a lui aussi doublé en une décennie, passant approximativement de 200 000 à 400 000 personnes, et non par la décreue concomitante de l'allocation qui précédait la PCH, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), qui est en voie d'extinction puisqu'elle est passée dans le même temps de 50 000 à 25 000 bénéficiaires. Le rythme de croissance très élevé de la PCH est par ailleurs sensiblement supérieur à celui de la dépense liée à l'AAH, pourtant elle aussi très dynamique en raison d'une augmentation de 35 % du nombre de bénéficiaires, passé de 1 million à 1 350 000.

Dans une moindre mesure, la hausse des montants versés par bénéficiaire de la PCH contribue à l'augmentation de la dépense. La dépense par bénéficiaire a augmenté d'environ 10 % en deux ans, au gré de réformes qui ont rendu la prestation plus généreuse, notamment la suppression de la barrière d'âge de 75 ans, l'allongement voire la suppression de la durée maximale d'attribution, la couverture de nouveaux besoins liés à la parentalité et au soutien à l'autonomie, la revalorisation des tarifs pour l'aide humaine, et une meilleure prise en compte des handicaps psychiques. La dépense moyenne est proche de 7 600 euros par an et par bénéficiaire, soit près de 650 euros par mois, les 10 % des plans les plus coûteux se situant entre 3 000 et 10 000 euros, et le dernier centile entre 13 000 et 30 000 euros mensuels.

Cette dynamique de la PCH n'est pas près de s'infléchir, et cela pour deux raisons. La première raison est la prise en compte progressive du handicap mental depuis le 1^{er} janvier 2023, dont l'effet n'est pas encore visible dans les statistiques, les derniers chiffres disponibles concernant l'année 2023. Or ce type de handicap se développe fortement et sa reconnaissance également. En Gironde, entre 2023 et 2024, la part des heures d'aide humaine concernée par le handicap psychique est déjà de 27 %, et la problématique est présente dans 44 % des dossiers. La seconde raison, pour laquelle il est également prématuré d'évaluer précisément un impact, se rapporte à la revalorisation du coût de l'aide humaine, le niveau minimum de rémunération ayant augmenté de 38 % entre 2020 et 2025.

Le concours financier de la CNSA n'a pas accompagné la dynamique de dépense de la PCH : il couvrait environ 60 % de la dépense en 2009, il en couvre aujourd'hui moins d'un tiers. Pourquoi ? Parce que ce concours est calculé en pourcentage de recettes fiscales, et que celles-ci n'ont pas suivi la même dynamique que les prestations elles-mêmes. Ainsi le concours de la CNSA est allé aux départements sur la base d'une clé de répartition prenant en compte un certain nombre de facteurs tels que la démographie, le nombre de bénéficiaires, le potentiel fiscal, ou encore des mécanismes correctifs. Mais ces éléments ne correspondent pas suffisamment aux besoins. Par exemple, les montants notifiés en 2023 par la CNSA aux départements couvrent 63 % des besoins en Haute-Saône, mais seulement 23 % en Seine-Saint-Denis, le reste étant à la charge du département.

Dans le même temps, l'architecture interne du concours financier de la CNSA est devenue illisible. En effet, au-delà du calcul en pourcentage de recettes fiscales, des concours destinés à financer des mesures spécifiques d'élargissement du périmètre se sont sédimentées. On en dénombre une douzaine aujourd'hui, constituant un ensemble d'une grande complexité.

Enfin, il existe un dispositif complémentaire dit de fonds départementaux de compensation du handicap (FDC), qui a vocation à limiter à 10 % le reste à charge pour les bénéficiaires. L'objectif consistait à fédérer au niveau local, de manière à lever des fonds susceptibles d'améliorer la situation des personnes. Or ces fonds ne mobilisent qu'une quinzaine de millions d'euros dans l'ensemble des départements français, dont cinq en provenance de l'État, le reste étant apporté localement par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph), le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique (Fiphfp), les antennes locales de l'assurance maladie, le département, ou encore les caisses d'allocations familiales. Les montants des FDC sont si modestes qu'il est permis de se demander si les coûts de gestion et l'ingénierie que réclame ce dispositif n'excèdent pas son apport.

Nous avons évalué le coût de gestion de la PCH. Les dossiers PCH représentent 5 % des dossiers des MDPH, mais près d'un tiers du temps des agents, en raison de leur complexité. Le coût de gestion se situe dans une fourchette de 0,5 % à 2,5 % du coût de la prestation. Nous sommes sans doute plus proches de 2,5 %, ce qui est supérieur au RSA (1,5 %) mais reste cohérent au regard de la complexité de l'instruction.

La deuxième partie de notre rapport porte sur le service rendu à l'utilisateur bénéficiaire et les conditions d'attribution de la PCH. Sur ces sujets, nous constatons de très grandes disparités dans les délais, les taux d'accord et les montants octroyés. Ces divergences, bien documentées dans les MDPH, s'expliquent en grande partie par des facteurs organisationnels.

Avant d'évaluer la situation des bénéficiaires, permettez-moi d'évoquer brièvement la question du non-recours. Bien qu'il n'existe pas d'étude récente sur le sujet, un faisceau d'indices, retracés dans l'annexe 6 du rapport, suggère qu'il est élevé. Il suffit en effet de rapporter le nombre de personnes de moins de 60 ans déclarant recevoir l'aide d'un tiers, à savoir 2,5 millions, dont 75 000 qui font appel à des professionnels de l'aide à domicile, au nombre de bénéficiaires de la PCH, qui s'élève à 400 000.

Par ailleurs, la part des personnes de moins de 60 ans déclarant une incapacité fonctionnelle, c'est-à-dire la part des potentiels bénéficiaires de la PCH, varie de 2,5 % à 13,5 % selon les départements, ce qui suggère un renoncement ou un moindre recours à la prestation, vraisemblablement en raison d'une absence de services d'aide à domicile à proximité, en particulier dans les territoires ruraux.

Enfin, l'estimation du non-recours à l'APA est comprise entre 20 et 28 %, ce qui est cohérent avec le taux de non-recours à d'autres allocations telles que le RSA ou l'AAH, évalué approximativement à 30 %. Ces différents éléments laissent à penser que le taux de non-recours à la PCH est du même ordre, même si nous n'avons pas été en mesure de produire une donnée rigoureuse sur ce point.

J'en viens à présent aux disparités de traitement, et d'abord aux délais d'octroi. De manière générale, il apparaît que les délais excessifs ne sont pas spécifiques à la PCH, mais tiennent plutôt à la situation d'engorgement des MDPH – il en va de même pour l'AAH. Toutefois la complexité des dossiers de PCH allonge la durée de l'instruction. En moyenne, le délai d'instruction est de six mois dans l'ensemble du territoire, contre cinq mois pour l'ensemble des droits et des prestations – ces délais moyens dépassant le délai légal de quatre mois. Cette durée moyenne de l'instruction masque des écarts importants entre départements, de deux mois et demi en Haute-Marne à seize mois en Meurthe-et-Moselle, ce qui oblige à constater une rupture d'égalité. Au moins pouvons-nous nous féliciter que ces délais moyens ne se dégradent pas depuis trois ans.

Les disparités entre les départements tiennent pour l'essentiel à des choix d'organisation, ainsi qu'aux effectifs consacrés à la PCH dans les MDPH, où les difficultés de recrutement sont très importantes et perturbent la continuité du service, certaines MDPH se trouvant dans des situations de forte désorganisation – sur ce sujet, je vous renvoie aux différents travaux de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), qui ont permis de documenter ce problème. En outre, certaines MDPH ont subi des cyberattaques, à l'image des MDPH de Seine-et-Marne et des Hauts-de-Seine. Enfin, le délai d'octroi dépend également du choix d'approfondir plus ou moins l'instruction.

Deuxième facteur de disparité, le taux d'accord pour la PCH varie entre 20 % et 92 % selon les départements, avec une moyenne de 47 %. Cette amplitude est sensiblement plus prononcée que celle observée pour l'AAH. Quelques explications de nature qualitative sont avancées dans notre rapport. La première a trait au degré d'accompagnement en amont par les associations : l'aide au remplissage des formulaires favorise des taux d'accord élevés. De même, les visites à domicile, parce qu'elles permettent d'établir plus finement le besoin, concourent à l'augmentation du taux d'accord. Certaines associations affirment – mais nous n'avons pas été en mesure d'établir ce point précis – que des MDPH en difficulté n'instruisent plus les dossiers de PCH lorsque cette prestation n'est pas explicitement demandée dans le formulaire qui, depuis qu'il a été réformé, n'est plus conçu pour adresser une demande de prestation spécifique, mais pour décrire la situation du demandeur. D'autres MDPH, et je relaie à nouveau le discours des associations, rejettent les demandes lorsqu'elles sont mal rédigées et ne sont pas accompagnées des justificatifs nécessaires, plutôt que de réclamer au demandeur des éléments complémentaires.

Nous avons tenté d'établir un lien entre l'état financier du département et le caractère plus ou moins favorable des décisions rendues au sujet de la PCH, en posant l'hypothèse qu'un département en situation financière dégradée pourrait être tenté d'impulser une politique plus restrictive dans sa MDPH. Il s'avère que rien ne permet de conclure à l'existence de ce phénomène, ce dont il convient de se féliciter. Nous avons également envisagé que les départements exigent des MDPH davantage de rigueur sur la PCH, qu'ils financent, que sur l'AAH, financée par l'État. De même, rien ne met en évidence une telle politique, ce qui est heureux.

Le troisième et dernier facteur de disparité que nous avons analysé est celui des montants versés. À l'image des délais d'octroi et du taux d'accord, nous constatons de très importants écarts, d'un ratio de 1 à 6, y compris pour des dossiers qu'en l'absence d'une expertise médicale il n'est pas permis de qualifier de rigoureusement identiques mais qui sont au minimum comparables. Des cas de déménagement, impliquant une nouvelle instruction par la MDPH, nous ont permis de documenter les écarts de montant de PCH accordé : ils s'avèrent fréquemment considérables d'un département à un autre.

Les facteurs explicatifs de ces très fortes disparités sont liés aux diverses doctrines en vigueur dans les MDPH, par exemple en matière de frais de transport, mais surtout à l'écosystème local. En d'autres termes, les politiques plus ou moins restrictives des MDPH influent moins sur le montant des prestations versées que la situation du territoire. Partout où le maillage territorial des prestataires d'aide humaine est moins serré, en particulier dans certains territoires ruraux enclavés, les plans de PCH sont moins généreux. En effet, les agents des MDPH savent pertinemment qu'il est inutile de prescrire six heures d'aide humaine par jour si aucun prestataire ne peut les assurer. Dans certains cas, les MDPH prescrivent même des horaires au-delà des besoins, de manière à mobiliser des prestataires qui sans cela ne se déplaceraient pas. Inversement, certaines MDPH élaborent de petits plans, d'une heure ou deux, dans le seul but de rompre des situations d'isolement. D'autres ouvrent un droit à la PCH à des personnes proches de 60 ans afin de leur garantir, une fois passé ce seuil d'âge, un accès à cette prestation plus généreuse que l'APA.

Ainsi, s'il n'a pas été possible de quantifier ces phénomènes, ce qui aurait demandé un traitement statistique considérable, il apparaît clairement que l'écosystème local influe sur les décisions des MDPH et rétroagit sur les finances des départements. Ainsi, lorsque l'offre d'accueil en établissement ne suffit plus pour les cas les plus lourds, ce sont les MDPH et les départements qui en subissent le contrecoup financier. Face à ces difficultés, la CNSA a mis en place une dotation spécifique visant à accompagner les salariés des services d'aide à domicile, à mieux les former, avec pour finalité d'accroître leur présence. Mais cet effort demeure embryonnaire.

Les troisième et quatrième parties de notre rapport sont consacrées aux articulations entre les prestations et à certains aspects du contenu de la PCH.

Les familles peinent souvent à appréhender l'articulation entre la prestation de compensation du handicap et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Il existe une complémentarité entre ces deux prestations, à la faveur d'un droit d'option particulièrement difficile à exercer du fait de ses implications en termes de calendrier de versement et de droit d'accès à d'autres prestations. La coexistence de la PCH et de l'AEEH est une source de confusion pour les familles. L'État envisage depuis longtemps une convergence entre elles, mais elle n'est pas intervenue à ce jour parce que, comme il est fréquent dans de telles circonstances, elle pourrait être coûteuse si elle s'effectue sur la base du dispositif le plus généreux, et pénalisante pour certaines familles si elle s'effectue sur une base médiane.

Par ailleurs, la PCH pour les enfants en situation de handicap apparaît elle-même assez inadaptée au caractère évolutif d'une période de la vie où les aptitudes et les capacités changent rapidement. À cet égard, le guide de référence censé aider les MDPH à évaluer la situation apparaît totalement obsolète.

La barrière d'âge de 60 ans qui délimite le champ de la PCH fait l'objet d'exceptions de plus en plus nombreuses, si bien qu'aujourd'hui 28 % des bénéficiaires de la PCH sont âgés

de plus de 60 ans. Il s'agit des personnes entrées dans ce régime avant 60 ans et qui en conservent le bénéfice – l'allocation de la PCH étant plus favorable que celle de l'APA d'environ 50 % en moyenne. D'ailleurs, cet âge pivot de 60 ans alimente des contestations puisqu'il ne se fonde sur aucune réalité pratique et ne correspond à rien en termes de prévalence du handicap.

Comme pour l'AEEH, un projet de fusion entre la PCH et l'APA existe, mais là encore la difficulté consiste à concilier la maîtrise de la dépense et l'équité. L'Institut national d'études démographiques (Ined) évalue le surcoût annuel d'un hypothétique alignement de l'APA sur la PCH à un montant compris entre 1 et 7 milliards d'euros selon les scénarios, avec un scénario central à 3,5 milliards d'euros – soit une dépense supérieure à celle de la PCH.

Pour cette raison, la Cour des comptes réfléchit à une fusion à coût constant, en jouant sur un certain nombre de paramètres établis avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Une solution consiste à aligner les critères d'éligibilité de l'APA sur ceux de la PCH, les premiers étant plus larges que les seconds. Mais cela impliquerait que des personnes aujourd'hui éligibles à une allocation ne le soient plus, ainsi qu'une diminution des plafonds d'aides applicables à la PCH, voire une modulation des plans d'aides en fonction des ressources des bénéficiaires. Dès lors, nous voyons bien que ce sujet de la fusion, d'apparence purement technique, pose en réalité un problème d'acceptabilité sociale puisqu'il impacterait le quotidien et les conditions de maintien à domicile de personnes lourdement dépendantes, ce qui constitue un enjeu politique certain.

Une autre solution consisterait à édifier un système d'attribution de la PCH après 60 ans avec une forme de ticket modérateur. Ainsi le processus d'attribution de la PCH serait plus vertueux puisqu'il reposerait sur une évaluation plus fine du besoin que l'APA. Cela, toutefois, ne satisferait qu'en partie la demande, qui porte sur un alignement de l'APA sur la PCH.

Au sujet du contenu de la prestation, le rapport met en évidence le problème posé par deux composantes forfaitaires qui échappent à la logique d'adaptation maximale à la situation du bénéficiaire de la prestation. La première est la composante de parentalité, qui engendre un effet d'aubaine pour les ménages dans lesquels la situation de parentalité réduit les besoins et, inversement, une sous-compensation pour les ménages devant financer davantage d'aide humaine ou de matériel adapté que l'octroi du forfait.

La seconde composante forfaitaire problématique est la composante relative aux situations de surdi-cécité, qui n'est pas adaptée à la diversité des situations, voire injustifiée au regard de l'évolution des appareils de compensation de la surdité partielle. Revenir à l'esprit de la PCH sur ces sujets permettrait de répondre davantage à la réalité du besoin.

Enfin, j'en termine par la prévention de la fraude et les contrôles d'effectivité. Nous avons certes été en mesure de documenter un certain nombre de schémas de fraude, notamment à la faveur de nos échanges avec les MDPH. Mais en vérité il n'existe concrètement aucun outil de prévention et de contrôle de la fraude. Les MDPH effectuent très peu de contrôles, et la CNSA ne s'est pas emparée du sujet. En effet, bien qu'elle soit censée outiller les MDPH en matière de lutte contre la fraude, elle n'a pas encore inscrit la PCH à son programme. En d'autres termes, tout reste à construire dans ce domaine.

En conclusion, la PCH apparaît comme une prestation complexe qui engorge les MDPH, est souvent mal comprise par ses bénéficiaires, et donne lieu à des disparités

territoriales considérables. La tentation est grande de faire table rase et de revenir à une approche plus frustrée en conditionnant l'allocation d'une prestation aux ressources des demandeurs, et en tenant moins compte des situations particulières. Mais recommander un tel programme excède le mandat de la Cour des comptes. Aussi notre délibéré s'en tient à des ajustements très ciblés, des ajustements de cohérence interne du dispositif et des recommandations qui peuvent sembler assez techniques.

Nous recommandons ainsi d'inciter la CNSA à renforcer son appui dans la lutte contre la fraude à la PCH, de revenir sur le caractère forfaitaire des composantes parentalité et surdi-cécité, d'expertiser la convergence de la PCH enfants et de l'AAEH, d'évaluer l'intérêt de conserver les fonds départementaux de financement ou du moins d'en harmoniser les pratiques, et enfin de revoir le financement des aides techniques en le confiant à l'assurance maladie, même si la décision récente sur le financement des fauteuils roulants règle en grande partie cette question.

M. le président Éric Coquerel. Je vous remercie, monsieur le président. Bien que la CNSA verse au département un concours pour couvrir une partie du coût de la PCH, vous notez dans votre rapport que ce transfert n'a pas suivi le rythme de la dépense. Alors que les finances des départements se trouvent dans une situation très dégradée, cette sous-compensation soulève un véritable enjeu de soutenabilité financière. Elle est d'autant plus préoccupante que la disparité entre départements est particulièrement prononcée.

Ma première question est donc la suivante : comment garantir une meilleure compensation et une couverture égale pour chaque département ? Ce sujet de la couverture des dépenses est d'autant plus important que le sous-financement entraîne une hétérogénéité des pratiques d'attribution des aides selon les départements. Les besoins de compensation de personnes en situation de handicap devraient être intégralement financés partout et pour tous. Or, je relève dans votre rapport que la Seine-Saint-Denis, où se trouve ma circonscription, est le département où le taux d'accord est le plus faible, de l'ordre de 28 %.

Comme vous le notez dans votre rapport, il existe une corrélation entre les délais d'attribution de la PCH et le taux d'accord. Or, si les délais de traitement sont élevés, cela s'explique notamment par des MDPH en situation de sous-effectif. Les départements étant sous-compensés, les MDPH ne disposent pas des moyens financiers et humains nécessaires pour remplir correctement leur mission et répondre aux demandes croissantes. D'où ma deuxième question : comment se prémunir contre une inégalité de traitement liée au lieu de résidence ?

M. Arnaud Oseredczuk. Concernant la couverture des dépenses par la CNSA, il convient de distinguer deux sujets. Le premier est un sujet d'égalité de la couverture sur lequel, puisque la Cour des comptes n'a pas émis de recommandation spécifique, je vous livre un sentiment tout personnel. Il me semble qu'il serait pertinent de réexaminer le mécanisme actuel de péréquation. Il n'est effectivement pas satisfaisant que les taux de couverture divergent autant, même en tenant compte des différences de potentiel fiscal des habitants.

L'autre sujet est le niveau moyen de couverture dans l'ensemble du territoire qui, s'étant dégradé, pose la question de la contribution de l'État à ce financement. À cet égard, il m'est difficile de vous répondre précisément, puisque la réflexion sur une prestation isolée telle que la PCH ne saurait être appréhendée sans questionner l'ensemble du financement des politiques sociales décentralisées par les départements. Financer davantage la PCH par la

CNSA n'apporterait qu'une résolution marginale au problème global que soulève le financement des prestations à la charge des départements.

M. Jean-Didier Berger, rapporteur. Je me félicite que notre commission ait saisi la possibilité de recourir à l'examen et à l'enquête par la Cour des comptes sur le sujet de la PCH, parce que ce sujet me semble très symptomatique du système social français. Nous ne cessons d'établir de nouveaux droits et, dans notre grande générosité, nous étendons ces droits à des publics plus larges, pour des situations toujours plus variées. Puis, nous nous apercevons que ces dispositifs génèrent des effets innombrables, au point de remettre en cause la soutenabilité de l'ensemble du système.

J'aimerais revenir sur le sujet de la participation de la CNSA auprès des départements, qui a fortement décru, jusqu'à représenter moins d'un tiers du financement. Que pensez-vous, monsieur le président, de la proposition de Départements de France d'instaurer un financement minimum de 50 % ?

Vous évoquez dans votre rapport les immenses disparités territoriales concernant les délais de traitement, le taux d'accord, et les montants des prestations. Comment, selon vous, convient-il de procéder pour rétablir une égalité d'accès au droit ? Serait-il opportun d'organiser une instruction nationale couplée à des paiements départementalisés ?

Concernant la coexistence, voire la redondance de certains dispositifs, il est évident qu'aménager un alignement par le haut serait extrêmement coûteux. Cependant vous avez souligné que des mesures de simplification et de convergence ont été envisagées sans jamais être mises en œuvre. Que préconise exactement la Cour des comptes à cet égard, pour éviter les effets de bord et les dépenses supplémentaires ?

Votre rapport met en lumière des problèmes de calibrage, tels que des barèmes non révisés depuis 2008, notamment des barèmes relatifs au matériel, ainsi que le problème du volet parentalité, dont la nature forfaitaire engendre des injustices, avec des familles recevant des montants excessifs au regard de leurs besoins réels, et d'autres qui, au contraire, pâtissent du forfait alors que leurs dépenses sont extrêmement élevées. Comment procéder à une évaluation correcte sur cet aspect ?

Le sujet du contrôle et de la lutte contre la fraude constitue selon moi la plus grande interrogation. Vous préconisez d'inciter la CNSA à remplir sa mission de contrôle. Par quels mécanismes concrets suggérez-vous d'y parvenir ? Par ailleurs, vous observez qu'un système de badges déployé dans certains départements a permis d'identifier certaines dérives. Ne serait-il pas pertinent de généraliser ce dispositif ?

Enfin, vous décrivez dans votre rapport les fortes disparités pour les enfants et les personnes âgées. Préconisez-vous, pour y mettre fin, d'intégrer la PCH à l'intérieur de l'allocation sociale unique, ou de créer une allocation sociale unique dédiée au handicap, à côté de l'allocation sociale unique ? N'y a-t-il pas, ici, une piste intéressante en matière d'harmonisation ?

M. Arnaud Oseredczuk. La Cour des comptes, dans un rapport public datant de février 2023, a montré que le choix de décentraliser les prestations supposait d'assumer une certaine hétérogénéité. Nous voyons bien aujourd'hui que cette hétérogénéité s'avère excessive. Ce rapport préconisait de s'accorder sur un nouveau socle de financement dont le montant devait être fixé en tenant compte de la dynamique non seulement de la PCH, mais de l'ensemble

des allocations concernées. Il reviendrait ensuite aux départements de se montrer plus ou moins généreux, et d'assumer leur choix.

Nous n'avons pas expertisé, sur le plan technique, la pertinence d'une fusion des deux allocations destinées aux enfants en situation de handicap. En revanche, cette expertise a été produite par la DGCS. Comme je l'ai souligné, il manque un cadrage politique pour mener à bien une telle fusion, puisqu'il convient d'évaluer le nombre de personnes qui en pâtiraient.

À propos du forfait parentalité, il me semble qu'il n'existe pas d'autre solution que de travailler de la même manière que sur les autres règles d'attribution de la PCH, c'est-à-dire entrer dans une discussion avec la famille afin d'évaluer le besoin exact d'aide humaine. La situation des familles est à même d'être objectivée en fonction de certains critères, et je ne vois pas de raisons pour lesquelles il en irait autrement que pour les autres composantes de la PCH.

Nous n'avons pas émis de recommandations particulières sur la fraude, mais elles se déduisent de la description des schémas de fraude que nous rapportons. Ainsi, nous n'avons pas suggéré dans le rapport de généraliser le système de badges, mais à titre personnel il me semble évident que ce souhait est implicite, puisque ce système permet de détecter des fraudes.

De même, nous avons constaté l'absence de croisement des bases de données. Des fraudeurs sollicitent la PCH dans plusieurs départements, parviennent à cumuler l'APA et la PCH, ou encore à bénéficier du calcul le plus avantageux de la PCH tout en vivant en établissement d'accueil de personnes dépendantes. Ces fraudes sont rendues possibles par le manque de communication entre les départements et les services, et à l'évidence croiser des bases de données permettrait de repérer des abus.

Enfin, vous avez évoqué l'allocation sociale unique. Le périmètre du débat sur ce sujet est aujourd'hui recentré sur les minima sociaux, qui sont alloués en fonction des ressources du foyer. La logique prévalant à l'allocation de prestations pour des personnes en situation de handicap est toute autre, puisque ces prestations ont été conçues par rapport à la situation de la personne, indépendamment des ressources de son foyer. Passer d'une logique à l'autre n'est pas impossible, mais il s'agirait d'une révolution, puisque cela supposerait de placer la prestation sous condition de ressources et de conjugaliser les revenus.

Mener une telle transformation ne va pas dans le sens de l'histoire, au moment même où l'AAH vient d'être déconjugalisée. Conjugaliser la PCH se heurterait à des obstacles très importants et à des problèmes d'acceptabilité considérables. Pour autant, une allocation handicap unique est-elle envisageable ? Nous n'avons pas approfondi ce point dans notre rapport, mais à titre personnel il me semble que, sans aller jusqu'à une allocation unique, il serait pertinent de simplifier le paysage des prestations, notamment à la faveur de convergences entre l'APA et la PCH, et entre les deux prestations à destination des enfants.

M. Denis Masségli (EPR). Monsieur le président, votre rapport met l'accent sur la grande complexité des règles d'éligibilité. Mais au-delà de ce point précis, c'est la complexité de l'établissement des dossiers qu'il convient d'appréhender. Elle est si grande que certains départements, plutôt que chercher à simplifier les dossiers, mettent à disposition des personnes qui aident à les compléter. Il me semble qu'il s'agit là d'un véritable sujet, consécutif à une multitude d'évolutions empilées sans que l'on n'ait jamais remis à plat l'ensemble du système.

La question des disparités de traitement est un autre trait saillant de votre rapport. En termes de délais, l'écart peut atteindre 450 % d'un département à un autre. Quant à la variété des montants versés, elle contrevient au principe d'égalité figurant dans notre devise nationale. Ces disparités ne sont-elles pas la conséquence d'une loi de décentralisation inaboutie, avec un pilotage de la gestion et du financement du handicap partagé entre les départements et l'État ? Ne serait-il pas préférable qu'un seul et unique acteur pilote ce dossier ? Ne faudrait-il pas transférer toutes les compétences aux départements, afin qu'ils gèrent les dossiers d'un bout à l'autre de la procédure ?

M. Arnaud Oseredczuk. La complexité est la rançon de l'équité et de la recherche d'adaptation au plus près des besoins de chaque bénéficiaire. Les dossiers sont difficiles à remplir, mais, ainsi que vous l'avez observé, des associations et certaines MDPH s'efforcent d'apporter une aide aux requérants. Pour avoir moi-même rempli récemment un dossier de MDPH pour un proche, j'ai pu constater que des progrès ont été accomplis, en particulier avec les formulaires qui requièrent de décrire la situation d'une personne sans avoir à pénétrer dans les méandres de catégories administratives souvent incompréhensibles.

La complexité pèse légèrement sur le bénéficiaire, mais elle pèse aussi sur les services chargés du traitement des dossiers, et cela se répercute sur les délais. Cependant, la durée moyenne d'instruction ne me semble pas alarmante, puisqu'elle n'est supérieure que d'un mois à celle de l'ensemble des prestations. Et l'AAH, pour laquelle la procédure est sensiblement plus simple, réclame des délais à peine inférieurs à ceux de la PCH. Aussi, les inconvénients de la complexité, s'ils sont avérés, ne me semblent pas justifier une mesure drastique de simplification.

Il existe plusieurs réponses à la question des disparités de traitement, et l'une d'elles est en effet d'accentuer la décentralisation. Mais en réalité les départements sont déjà en situation de responsabilité, puisque, s'ils sont contraints en termes de financements, ils sont en revanche autonomes en matière de décision, ayant la main sur les MDPH.

À l'inverse, il existe une autre réponse, jacobine, consistant en une recentralisation. Nous ne nous sommes pas prononcés sur cette idée, cette question très politique excédant notre mandat, mais à mon sens recentraliser ne mettra pas nécessairement fin aux disparités. Parce qu'une recentralisation ne réglerait pas le manque d'effectifs et les difficultés de recrutement dans ce type de service, où les agents traitent de situations de détresse lourde, et doivent expliquer aux usagers que leur dossier est incomplet et que leur demande sera traitée dans plusieurs mois, ce qui est usant sur le plan psychique et génère beaucoup de turnover.

De même, nous avons souligné que les disparités de prestations étaient liées aux spécificités des écosystèmes locaux. Renationaliser l'octroi de la PCH ne va pas faire surgir des services d'aide à domicile dans des départements où ils font défaut.

Mme Mathilde Feld (LFI-NFP). M. le rapporteur disait que la situation de la PCH est symptomatique de l'aide sociale en France. Selon moi, elle est surtout symptomatique d'une fracture sociale et territoriale provoquée par des décennies de libéralisme économique. Je rappelle en effet que les personnes porteuses de handicap sont les plus exposées à la privation matérielle et sociale, que leur taux de pauvreté est de 26 % contre 14 % dans la population, et qu'elles sont généralement largement exclues de l'emploi avec un taux de chômage de 12 % contre 7,3 % pour l'ensemble de la population active. Dès lors, la PCH n'est pas qu'un mécanisme sanitaire, elle est aussi un dispositif social qui permet de pallier partiellement la pauvreté matérielle. C'est pourquoi il me paraît impératif de garantir et d'améliorer son

fonctionnement. À cet égard, la Gironde, qui consacre 35 millions d'euros à la PCH en 2025 et envisage de réduire ce montant de 20 % au regard des difficultés financières qu'elle rencontre, est un exemple très inquiétant susceptible de se reproduire dans d'autres départements.

Une gestion nationale par l'assurance maladie serait la bienvenue, mais à condition de lui allouer les moyens requis par la dépense de la PCH qui, en cas de plein recours, pourrait avoisiner 4 milliards d'euros par an. Monsieur le président, avez-vous une idée du montant à engager pour permettre l'accès égal à la PCH dans l'ensemble du territoire ?

Par ailleurs, je tiens à dire que je suis choquée que l'on puisse insister sur la fraude comme l'a fait M. le rapporteur, alors que celle-ci représente 1,46 % des 30 % que représente la fraude sociale, ce qui est assez marginal. Le système de badges est complexe à mettre en place et il n'est pas imperméable aux erreurs et aux dysfonctionnements. Ainsi, lorsque des prestataires se rendent au domicile de la personne, badgent, et que la personne est absente, cela crée de nombreuses complications relatives au remboursement de la prestation, qui est pourtant payée par les associations d'aide à domicile et n'est pas forcément remboursée. C'est la raison pour laquelle je ne suis pas favorable à la généralisation de ce système.

M. Arnaud Oseredczuk. Déterminer le niveau de financement garantissant un accès égal dans l'ensemble du territoire supposerait d'établir à la faveur d'une étude le bon taux d'acceptabilité des dossiers. Or, en l'absence de cette référence, il est difficile de savoir qui, du département donnant satisfaction à 20 % des demandes ou de celui qui accepte 80 % des dossiers, est excessif.

Tous les travaux de la Cour des comptes consacrent un développement à la fraude. Il appartient ensuite aux politiques de décider de la place qu'ils entendent lui accorder dans le débat, mais il nous semble que s'assurer que les prestations sont versées à bon droit fait partie de notre mandat. Nous émettons des recommandations sur la fraude lorsque cela nous semble nécessaire, et c'est le cas pour la PCH, où rien n'est mis en place. Mais vous aurez remarqué, madame la députée, que ce sujet tient une place modeste dans le rapport.

M. Sébastien Saint-Pasteur (SOC). J'aimerais, si vous me passez l'expression, remettre la PCH au milieu du village inclusif. Nous avons parlé de fraude, de générosité, de CNSA, mais peut-être avons-nous omis de poser cette question simple : la PCH, à quoi ça sert ? Il s'agit d'abord de la possibilité d'accéder à certains droits élémentaires dont le handicap prive des milliers de nos concitoyens : le droit de se laver, de s'alimenter, d'aller aux toilettes, d'accéder à la vie sociale. Ces droits sont calculés avec des barèmes éminemment complexes, souvent en dissonance avec d'autres modes de calcul, qui s'inscrivent dans un écosystème du handicap évidemment très complexe. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, comme ma collègue, je m'étonne que l'on s'attarde autant sur la fraude alors que l'enjeu essentiel est celui de l'effectivité des droits. En effet, nombre de nos concitoyens ayant droit à la PCH ne peuvent en bénéficier, faute de services d'aide à domicile et d'accompagnement dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

La PCH s'inscrit dans un écosystème normatif complexe. La coexistence avec l'AEEH, par exemple, place les familles dans des logiques de calcul et d'optimisation très éloignées de l'esprit 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. Concrètement, elles évaluent les montants qu'elles sont susceptibles de recevoir selon qu'elles demandent la PCH ou l'AEEH, sachant que l'AEEH donne lieu à peu de contrôles.

Le rapport de la Cour des comptes souligne très justement la carence en maisons d'accueil spécialisées (MAS), qui contraignent des personnes qui, si elles le souhaitent, devraient pouvoir accéder à ces institutions, à se replier sur la PCH à domicile. Le logement inclusif et la mutualisation des PCH répondent certes à l'expression des besoins des personnes, et sont moins coûteux qu'une institution spécialisée, mais ils pèsent finalement sur les dépenses des départements. Ainsi, les départements les plus vertueux en termes de logement inclusif et de mutualisation de PCH subissent une double peine : ils prennent en charge l'expression des besoins, mais souffrent des non-compensations de la CNSA.

Concernant l'articulation entre l'AEEH et la PCH, il me semble qu'il existe une dissonance incompréhensible et insupportable pour les familles. Au-delà d'une nécessaire clarification, c'est le calcul des compléments d'AEEH, totalement dépassé, qui doit être revu, notamment à propos de la modulation du temps de travail pour les familles.

Vous préconisez, monsieur le président, de supprimer les FDC. Je suis réservé sur ce point, parce que les FDC constituent un outil de régulation qui peut s'avérer utile en dernier recours.

Enfin, il me paraît essentiel d'effectuer un diagnostic par territoire, compte tenu des difficultés rencontrées par certains départements sous-dotés en établissements spécialisés.

M. Arnaud Oseredczuk. Je partage votre point de vue, monsieur le député, sur la plupart des sujets que vous avez évoqués, en particulier sur l'importance de l'effectivité des droits, qui est d'ailleurs soulignée dans notre rapport.

Vous avez également raison d'insister sur la situation des familles qui sont laissées seules devant le choix entre différentes prestations, et c'est la raison pour laquelle nous proposons d'aller vers une prestation unique.

En revanche, je ne suis pas certain que le logement inclusif et la mutualisation des dépenses de PCH découragent la vertu, précisément parce qu'ils permettent aux départements de mutualiser les dépenses. Les départements qui s'engagent dans cette voie, au lieu de financer deux PCH pour deux personnes vivant à deux endroits différents, réalisent une forme d'économie en mutualisant l'aide humaine.

Enfin, j'ai bien noté votre réserve sur la suppression des FDC.

M. Jean-Paul Mattei (Dem). Il ressort d'un sondage réalisé par l'association France Handicap en septembre 2025 que le taux de chômage des personnes en situation de handicap atteint 12 %, soit près du double de celui de la population générale. Le chômage longue durée concerne plus de 54 % d'entre elles, ce qui atteste d'une exclusion structurelle du travail, qui parfois va de pair avec une exclusion économique et sociale et un basculement dans la pauvreté.

Le bilan de la PCH que vous dressez vingt ans après son instauration par la loi de février 2005 appelle une révision de cette prestation, tenant compte de l'impératif de solidarité nationale. Ainsi, la superposition de certaines prestations, notamment pour les enfants, mérite d'être reconsidérée. Toutefois, si nous suivons vos recommandations relatives à la suppression des FDC et des aides à la parentalité hors PCH, comment être certain de n'exclure aucune des personnes handicapées pour lesquelles ces dispositifs ont été introduits ?

M. Arnaud Oseredczuk. Notre recommandation sur les FDC est plus nuancée : avant de se prononcer sur une suppression immédiate de ces fonds, il convient d'abord d'en évaluer précisément l'utilité. Cette évaluation n'est qu'esquissée dans le rapport.

De même, nous ne proposons pas de supprimer le forfait de parentalité, mais plutôt de le basculer dans le droit commun de la PCH, c'est-à-dire de s'appuyer sur des besoins documentés pour octroyer la prestation qui leur correspond.

Mme Félicie Gérard (HOR). Créée en 2005, la PCH représente un droit essentiel pour nos compatriotes en situation de handicap, car elle compense les conséquences du handicap de manière personnalisée. Dans votre rapport, monsieur le président, vous soulignez que cette prestation est devenue extrêmement complexe, coûteuse pour nos finances publiques et surtout inégale selon le département où l'on vit. Ces dernières années, les dépenses consacrées à la PCH ont explosé. Elles ont atteint 3 milliards d'euros en 2023 et pourraient dépasser les 4 milliards d'euros d'ici 2030.

Vous soulignez également que les délais de traitement de ces demandes sont très variables, entre deux et seize mois selon les territoires, et que les taux d'accord varient de 20 à 92 % selon les territoires. À ces inégalités territoriales s'ajoute une superposition de dispositifs difficilement lisibles pour les familles, qui ne fait qu'accroître l'incompréhension et pousse parfois au renoncement.

Votre rapport présente plusieurs pistes de réforme : recentrer le financement des aides techniques sur l'assurance maladie, harmoniser les fonds départementaux ou encore renforcer les contrôles et la coordination nationale pour garantir l'effectivité des droits. J'aimerais vous interroger sur ce dernier point : comment envisagez-vous le renforcement des contrôles ? Devraient-ils être réalisés uniquement par la CNSA, ou bien par l'assurance maladie, ou encore par les départements eux-mêmes ? Comment ces contrôles pourraient-ils être mis en place au regard des fortes disparités territoriales ?

M. Arnaud Oseredczuk. La CNSA est tenue de fournir des outils de lutte contre la fraude aux MDPH, afin que celles-ci n'aient pas à concevoir elles-mêmes des systèmes de croisement des bases de données ou de badges. Il appartient ensuite aux MDPH, ainsi outillées, de mettre en œuvre les mesures de lutte contre la fraude. Mais cette mission requiert des effectifs qui, sur le terrain, font souvent défaut.

Mme Christine Pirès Beaune (SOC). J'aimerais savoir, monsieur le président, si vous avez pu évaluer le nombre de places manquantes en foyer d'accueil médicalisé et en maison d'accueil spécialisée. Dans le Puy-de-Dôme, par exemple, le manque de places est flagrant pour ces deux dispositifs financés par la PCH, pour l'un à 100 % et pour l'autre à 50 %.

M. Arnaud Oseredczuk. Nous avons concentré notre effort sur l'évaluation de la prestation elle-même, et nous n'avons pas appréhendé cette question.

La commission autorise, en application du 2° de l'article 58 de la loi organique relative aux lois de finances, la publication du rapport.

Membres présents ou excusés
Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire

Réunion du mercredi 3 décembre 2025 à 12 heures

Présents. - M. Jean-Didier Berger, M. Christophe Bex, M. Philippe Brun, M. Éric Coquerel, M. Charles de Courson, Mme Mathilde Feld, M. Emmanuel Fouquart, Mme Félicie Gérard, M. Emmanuel Mandon, M. Denis Masségli, M. Jean-Paul Mattei, Mme Sophie Mette, M. Jacques Oberti, Mme Christine Pirès Beaune, M. Nicolas Ray, M. Sébastien Saint-Pasteur

Excusés. - M. Christian Baptiste, Mme Yaël Braun-Pivet, Mme Stéphanie Galzy, M. Pierre Henriet, M. Philippe Juvin, M. Corentin Le Fur, M. Charles Sitzenstuhl, M. Emmanuel Tjibaou, M. Gérault Verny