

## RAPPORT D'INFORMATION

**LOI HANDICAP : 20 ANS APRÈS,  
QUEL BILAN ?**

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.

**1. 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<sup>er</sup> 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.

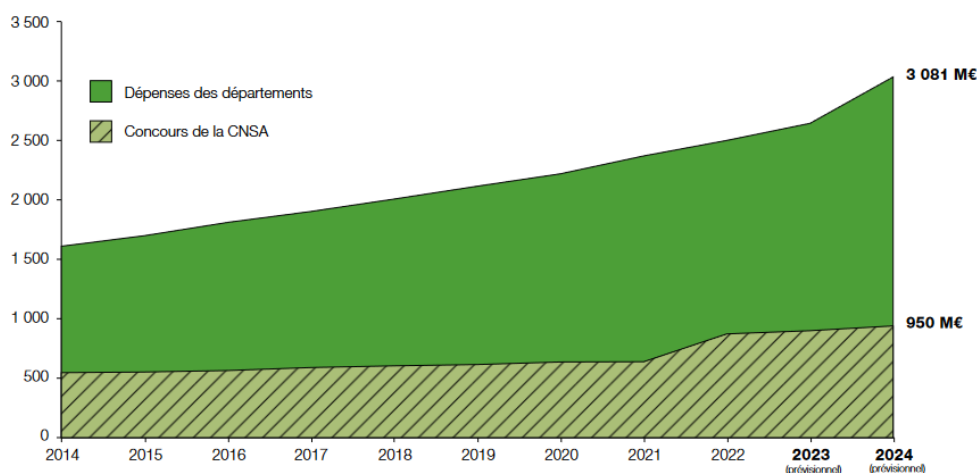
De plus, le **droit à compensation applicable aux enfants** est d'une grande complexité et ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins.

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<sup>er</sup> 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.**



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

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**.

### 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 handicapés au grand âge, et les établissements pour personnes âgées au handicap.

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

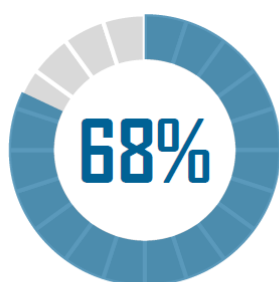
### A. LES MDPH : DES GUICHETS UNIQUES AU SERVICE DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LEURS FAMILLES

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

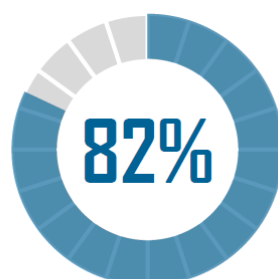
Dans un souci de **simplification des démarches** et de **personnalisation de l'accompagnement**, la loi de 2005 a créé les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Elles sont chargées de missions d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de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

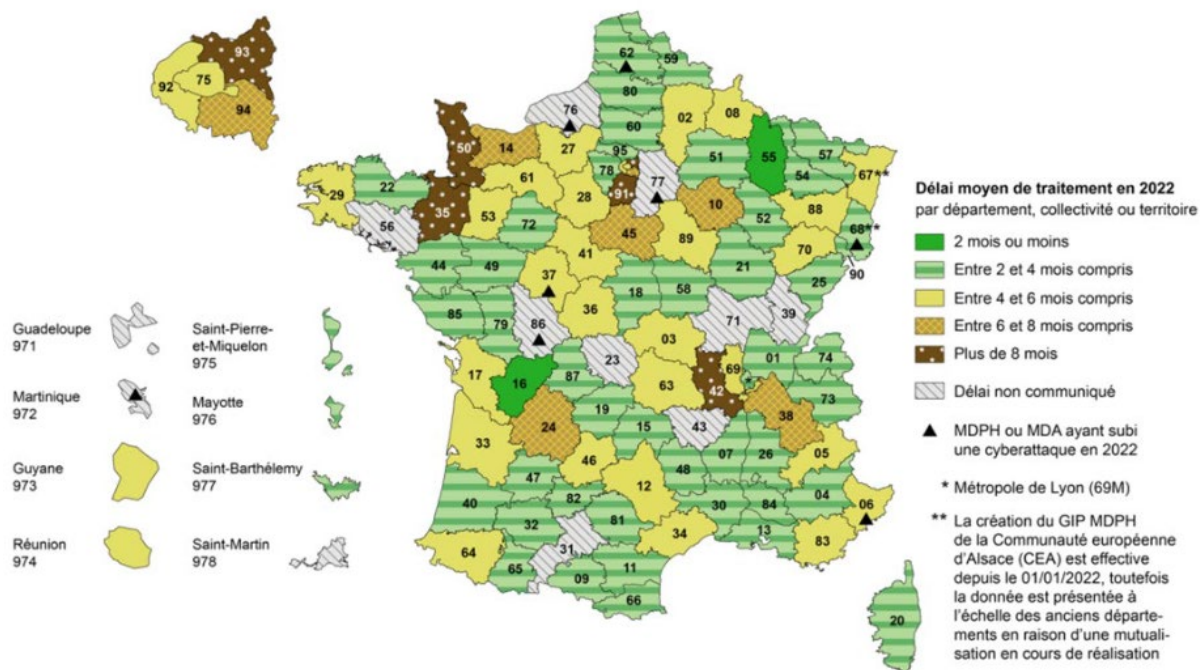
Depuis leur création, **l'activité des MDPH connaît une forte hausse**. Entre 2015 et 2022, le nombre d'avis et décisions rendus a augmenté de 12 %, principalement en raison de l'ouverture croissante de droits relatifs aux enfants (+ 40 %) et à la prestation de compensation du handicap (+ 36 %).

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**.



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.

### 3. 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 (GRTH). Les travailleurs handicapés admis dans un Ésat bénéficient, depuis lors, d'une rémunération garantie (GRTH), 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 GRTH sans une réforme globale du système de financement des Ésat**, afin de ne pas mettre en péril leur modèle d'accompagnement.



### Liste des principales recommandations

**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 ou la CNSA.

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

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

**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° 12 :** Simplifier le formulaire de demande et les notifications de droits.

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

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, rapporteures, et en a autorisé la publication sous forme d'un rapport d'information.



**Philippe Mouiller**  
Sénateur (LR)  
des Deux-Sèvres  
Président



**Marie-Pierre Richer**  
Sénatrice (LR)  
du Cher  
Rapporteuse



**Chantal Deseyne**  
Sénateur (LR)  
d'Eure-et-Loir  
Rapporteur



**Corinne Féret**  
Sénatrice (SER)  
du Calvados  
Rapporteuse

**Consulter le rapport d'information :**  
<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-306-notice.html>