

Cour des comptes



L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS

Rapport public thématique

Sommaire

Procédures et méthodes	7
Délibéré	11
Synthèse	13
Récapitulatif des recommandations	19
Introduction	21
Chapitre I Un minimum social à part, dont le nombre de bénéficiaires augmente continûment	27
I - L'ambiguïté d'un minimum social, également outil de la politique du handicap	28
A - Un minimum de ressources garanti aux personnes handicapées	28
B - Un contraste marqué entre le déploiement de l'AAH et celui plus limité de la prestation de compensation du handicap (PCH)	34
II - Depuis 2008, une forte augmentation du nombre d'allocataires	36
A - Une dynamique forte de l'AAH-2 contrastant avec la stabilité de l'AAH-1	36
B - L'impact de la réforme de 2005	38
III - Des taux d'attribution d'AAH disparates entre départements	39
A - Une grande disparité du nombre d'allocataires selon les départements	39
B - Des différences pouvant s'expliquer par les pratiques locales comme par les paramètres sociodémographiques	41
IV - Une dépense qui a augmenté de près de 6 % par an depuis dix ans	43
A - Une part croissante dans le budget de l'État	43
B - Une augmentation qui devrait se poursuivre, induisant des arbitrages budgétaires	45
Chapitre II La notion de handicap : des critères larges aux frontières du champ médical et du champ social	49
I - Infirmité, invalidité, handicap : évolutions sémantiques et ambiguïtés associées	50
A - De l'infirmité au handicap : volonté d'intégration et égalité des chances	50
B - Une approche sociale et environnementale du handicap promue par les instances internationales	51
C - Des conséquences concrètes sur le champ de la population concernée par le handicap en France	52

II - Un élargissement de la notion de handicap qui se heurte au besoin de critères objectifs pour fonder les décisions administratives	54
A - Une version initiale du guide-barème sous la forme de chapitres par déficience.....	54
B - Après la loi de 2005, de nouveaux critères transversaux de nature sociale et environnementale.....	57
III - Une connaissance insuffisante des bénéficiaires de l'AAH et de leurs handicaps.....	59
A - Le système d'information des MDPH : une obligation légale non respectée	59
B - Selon les données existantes, la part importante d'allocataires concernés par des déficiences psychiques	62
Chapitre III AAH et emploi : un rapport ambigu, entre substitution et incitation	67
I - L'accès à l'emploi : un nouvel objectif qui n'a de sens que pour une partie des allocataires	68
A - Renoncement à l'emploi ou incitation à l'activité : un changement majeur d'objectif à partir de 2006.....	68
B - Des résultats mitigés, justifiés par des situations de handicap et d'employabilité très diverses	71
II - La prise en charge par l'AAH-2 de situations de précarité ou de désocialisation.....	73
A - La restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi : une notion complexe et mal maîtrisée	73
B - Des passages fréquents du RSA vers l'AAH-2.....	78
Chapitre IV Le circuit de décision confronté au traitement de masse	81
I - L'instruction des demandes d'AAH par les MDPH : des objectifs contradictoires et des situations diverses selon les départements	81
A - Un taux d'accord stable au niveau national, proche de 70 % mais masquant des disparités départementales importantes	82
B - Une pression forte sur les MDPH pour respecter des délais de réponse inférieurs à quatre mois	83
II - Des modalités d'attribution qui ne respectent plus l'esprit de la loi	84
A - Les demandes d'AAH : un examen en temps restreint, presque exclusivement sur dossier et sans rencontre préalable	85
B - Le caractère exceptionnel des visites médicales	93
C - La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), une instance de décision n'examinant que 2 % à 5 % des demandes	95
III - Un angle mort en matière de contrôle.....	96
A - L'AAH : une allocation relativement moins contrôlée que les autres.....	96
B - Une procédure qui ne garantit pas la détection des recours frauduleux	98

Chapitre V La gestion de l'AAH : l'État-financeur marginalisé	103
I - Des compétences partagées entre l'État et les départements	104
II - Une gestion éloignée de l'équilibre prévu par la loi de 2005	106
A - Le fonctionnement théorique des MDPH et des CDAPH	106
B - En pratique : prépondérance du département, désengagement de l'État et présence active des associations	108
C - Le pilotage de l'AAH par l'État-financeur : un objectif devenu inaccessible	110
III - Une forme originale de co-gestion : la participation des associations de personnes handicapées à la gestion des MDPH et de l'AAH	114
A - De nombreuses instances de concertation, de co-construction et de co- gestion	114
B - La participation des associations à la rédaction des textes législatifs et réglementaires	116
C - La co-rédaction des guides et formulaires relatifs à l'AAH et la participation directe à l'évaluation des demandes	118
Conclusion générale	123
Liste des abréviations	127
Annexes	129
Réponses des administrations et des organismes concernés	179

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Au sein de la Cour, ces travaux et leurs suites, notamment la préparation des projets de texte destinés à un rapport public, sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La publication d'un rapport public est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapports publics.

La présente enquête a été réalisée par la cinquième chambre de la Cour. Elle est tout d'abord fondée sur des constats effectués dans dix maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) : pour cinq MDPH, ces constats sont issus des travaux de chambres régionales des comptes, réalisés entre 2012 et 2018 et, pour cinq autres, des visites sur place organisées spécifiquement en 2018 et 2019 afin d'examiner le circuit d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Ont également fait l'objet de visites sur place une direction départementale de la cohésion sociale (DDCS), un conseil départemental, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les services de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère chargé des affaires sociales. Cette méthode a permis d'observer les pratiques existantes et de recueillir les témoignages des agents qui examinent les dossiers de demande d'AAH ainsi que de leur encadrement proche.

Le choix des cinq maisons départementales des personnes handicapées, plus spécifiquement examinées, a veillé à retenir des départements illustrant des situations diverses, aussi bien en termes de caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques qu'au regard des tendances observées pour l'AAH.

Ces déplacements ont été complétés par d'autres investigations dont l'analyse des données nationales fournies par la CNSA, qui recueille chaque année une collection importante d'informations auprès de chaque MDPH, et par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé des affaires sociales. Ces données statistiques, qui concernent l'ensemble des départements, sont pour la plupart publiées pour la première fois.

Sur la base de ces constats, la Cour a organisé une large contradiction avec les responsables des ministères chargés des affaires sociales et du budget, de l'Assemblée des départements de France (ADF), de la CNSA, ainsi qu'avec les douze associations de personnes concernées par le handicap et siégeant au conseil de la CNSA (titulaires et suppléants).

Enfin, la Cour a examiné, à titre de comparaison, les caractéristiques des prestations équivalentes à l'AAH dans quatre pays européens : l'Allemagne, le Royaume-Uni, le Danemark et les Pays Bas¹.

Le projet de rapport soumis pour adoption à la chambre du conseil a été préparé, puis délibéré le 19 juillet 2019, par la cinquième chambre, présidée par M. Terrien, président de chambre, et composée de Mmes Soussia, Latournaie, Régis, conseillères maîtres, MM. Clément, Cabourdin, Montarnal, Seiller, conseillers maîtres, Bouvier, conseiller maître en service extraordinaire, et, en tant que contre-rapporteur, M. Giannesini, conseiller maître, ainsi que, en tant que rapporteurs, Mme Mondoloni, conseillère maître, Mme Gastaldo, conseillère maître en service extraordinaire et M. Dufaix, conseiller référendaire.

Il a été examiné et approuvé, le 24 septembre 2019, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Migaud, Premier président, Mme Moati, M. Morin, Mme Pappalardo, rapporteure générale du comité, MM. Andréani, Terrien, Mme Podeur, M. Charpy, présidents de chambre, et Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, entendue en ses avis.

*

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

¹ Ces comparaisons internationales sont présentées en annexe.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation ordinaire, a adopté le rapport public thématique intitulé *L'allocation aux adultes handicapés*.

Elle a arrêté ses positions au vu du projet communiqué au préalable aux ministres, organismes et associations concernés et des réponses adressées en retour à la Cour.

Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, Mme Moati, MM. Morin, Andréani, Terrien, Mme Podeur, M. Charpy, présidents de chambre, MM. Durrleman, Briet, Mme Ratte, M. Duchadeuil, présidents de chambre maintenus, MM. Barbé, Bertucci, Mme Darragon, MM. Ténier, Guédon, Zerah, Guérault, Mme Bouygar, MM. Feller, Le Mer, Glimet, Cabourdin, Mmes Bouzanne des Mazery, Soussia, MM. Fulachier, Dubois, Bouvard, Vught, Sciacaluga, Mme Lemmet Severino, MM. Montarnal, Vallet, Mme Mercereau, conseillers maîtres, Mme Revel, conseillère maître en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Terrien, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels les opinions de la Cour sont fondées et de la préparation du rapport ;
- en son rapport, Madame Pappalardo, rapporteure générale, rapporteure du projet devant la chambre du conseil, assistée de M. Clément, conseiller maître, Mme Mondoloni, conseillère maître, et de M. Dufoix, conseiller référendaire, rapporteurs devant la chambre chargée de le préparer, et de M. Giannesini, conseiller maître, contre-rapporteur devant cette même formation ;
- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, accompagnée de Mme Camby, Première avocate générale et de M. Luprich, substitut général.

M. Lefort, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 19 novembre 2019.

Synthèse

Créée en 1975, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une allocation destinée à assurer un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap qui ne disposent pas de revenus d'activité. Son montant mensuel est de 900 €. Pour les allocataires vivant seuls qui perçoivent le complément de ressources qui s'ajoute à l'allocation, l'AAH peut atteindre 1 040 € par mois, soit près du double du RSA.

Entièrement financée par l'État, la dépense liée à l'AAH s'est élevée à 9,7 Md€ en 2018 et atteindrait 10,3 Md€ en 2019. Avec plus d'un million d'allocataires, l'AAH est ainsi le deuxième minimum social en France. Il représente à lui seul 35 % des 26,5 Md€ consacrés à ces dispositifs en 2017 et il est, de fait, à la fois l'un des principaux instruments de la politique de lutte contre la pauvreté et un élément majeur de la politique en faveur des personnes handicapées.

Bien qu'ancienne, l'AAH connaît une croissance ininterrompue depuis sa création, croissance qui tend à s'accroître depuis une dizaine d'années. Entre 2007 et 2017, son coût a ainsi connu une augmentation régulière d'environ 400 M€ en moyenne par an, soit + 70 % en dix ans.

Il existe en réalité deux AAH distinctes :

- l'AAH-1 pour les personnes dont l'incapacité reconnue est supérieure à 80 % (handicaps lourds), dont le nombre de bénéficiaires croît à peu près au même rythme que la croissance démographique ;
- l'AAH-2 pour les personnes dont l'incapacité est évaluée entre 50 % et 80 % et qui sont considérées comme éloignées de l'emploi : le nombre de ces allocataires augmente de près de 7 % par an depuis 2008.

Le nombre d'allocataires de l'AAH-2 a ainsi été multiplié par deux depuis 2008. Avec plus d'un demi-million de personnes concernées, les allocataires de l'AAH-2 représentent désormais près de la moitié de l'ensemble des allocataires de l'AAH.

La Cour des comptes a déjà consacré plusieurs publications à l'AAH depuis 2005, mais elle n'avait pas encore dressé un tableau d'ensemble de cette allocation. Le présent rapport élargit et complète ces travaux et analyse la conception d'ensemble de l'AAH, ses modalités concrètes d'attribution et sa gestion.

La notion de handicap a considérablement évolué depuis le début des années 2000

Des travaux de recherche universitaires, relayés par des instances internationales comme l'Organisation mondiale de la Santé et l'ONU ont proposé depuis une vingtaine d'années une nouvelle définition du handicap. Celle-ci est fondée sur une altération de fonction - psychologique, physiologique ou anatomique - qui se combine avec des facteurs extérieurs ou environnementaux, indépendants de la personne, pour créer une entrave à l'autonomie ou affecter la vie quotidienne ou sociale. C'est désormais cette combinaison qui constitue la « situation de handicap » et non plus seulement une incapacité objectivable à partir d'un diagnostic médical.

Cette évolution conceptuelle a élargi considérablement le champ du handicap. Selon la définition large retenue par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), il y aurait ainsi 12 millions de personnes concernées par le handicap en France. Cette définition nouvelle a été introduite dans le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale par la loi d'orientation sur le handicap du 11 février 2005². Cette évolution importante est passée relativement inaperçue et le mot de handicap, dans son acception courante, renvoie toujours au domaine médical et à l'idée d'une atteinte corporelle ou intellectuelle grave et irréversible.

L'élargissement de la notion de handicap se heurte au besoin de disposer de critères d'attribution les plus objectifs possibles

La difficulté voire l'impossibilité de dégager des critères objectifs pour caractériser la situation individuelle des demandeurs explique la grande disparité départementale des taux d'attribution de l'AAH. Celle-ci n'est que partiellement imputable aux caractéristiques socio-démographiques des populations et révèle souvent des différences d'appréciation sur la portée de la loi de 2005 et de ses textes d'application.

Si un certain niveau de diversité des pratiques et des décisions a toujours été observé, y compris, avant 2005, entre les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), l'écart est désormais si important qu'il pose un problème d'équité territoriale et d'égal accès aux droits pour les personnes souffrant d'un handicap. Les efforts de la DGCS pour fournir des outils d'aide à la

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

décision et pour cerner les notions sont réels, mais semblent structurellement inopérants.

Le niveau de connaissance des bénéficiaires de l'allocation et de leurs handicaps est particulièrement faible. L'identification et le codage des déficiences rencontrées, même à un niveau très général, sont rarement réalisés par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), alors que ce suivi statistique est obligatoire depuis 2005. La prochaine harmonisation des systèmes d'information entre MDPH n'améliorera pas fondamentalement cette situation puisqu'elle est sans conséquence immédiate sur la pratique de codage de chaque département. L'objectif d'exhaustivité des informations codées ne sera mentionné au mieux qu'à partir de 2020 dans les conventions pluriannuelles négociées entre les départements et la CNSA.

Une forme originale mais aussi contraignante de co-gestion avec les associations représentant les personnes handicapées

Jusqu'en 2005, l'AAH était attribuée par les COTOREP, instances paritaires créées en 1975 et dont la composition avait évolué pour y faire participer des représentants des départements. L'État fournissait les moyens de fonctionnement de ces instances et en était l'acteur central.

En 2005, la nouvelle loi d'orientation sur le handicap a revu les conditions d'attribution de l'AAH. Celle-ci est désormais attribuée sur décision des commissions départementales des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dont le secrétariat est assuré par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), groupements d'intérêt public (GIP) dont les membres sont l'État, les départements et les associations représentant des personnes handicapées. Ces dernières ont acquis une place centrale dans les différents niveaux de conception et d'exécution des politiques qui leur sont destinées. Cette situation, qui donne un contenu concret au slogan « rien pour nous sans nous », contraint aussi les pouvoirs publics, État et départements. Au cours des dernières années, il s'est avéré très difficile d'entreprendre toute réforme de l'AAH, en dépit de recommandations nombreuses formulées en ce sens par la Cour des comptes, les inspections générales ou des rapports parlementaires.

La prise de décision au sein des MDPH et des CDAPH se fait désormais selon un processus qui peut être qualifié de traitement de masse, dans lequel l'État ne joue plus qu'un rôle de financeur

En 2017, les MDPH ont été saisies de 4,5 millions de demandes diverses et ont préparé 550 000 décisions relatives à l'AAH, les autres

concernant la prestation de compensation du handicap (PCH), les cartes d'invalidité, les reconnaissances de situation de travailleur handicapé, etc. Cette activité augmente régulièrement. Dans le même temps, il est demandé aux MDPH de respecter des délais de réponse inférieurs à trois mois. Pour faire face à cette double contrainte, les MDPH ont « industrialisé » leur processus de décision. Elles ont mis en place un mode d'examen des demandes marqué par un impératif de rapidité et de fluidité qui a des conséquences sur les conditions d'instruction des demandes.

Les CDAPH valident ainsi sans examen en séance 95 % à 98 % des pré-décisions établies par les équipes des MDPH et la présence de l'État au sein de ces commissions n'a plus aucune portée concrète. En moyenne, une CDAPH valide environ 1 100 décisions par réunion.

Le cœur du dispositif d'attribution repose donc en fait sur la seule instruction effectuée au préalable par les équipes d'évaluation au sein des MDPH. La composition de ces équipes est très variable en nombre (souvent un binôme, parfois une personne seule, parfois une équipe plus large) et en profils (la présence d'un médecin est loin d'être systématique). Elles examinent les pièces fournies (formulaire rempli par le demandeur, formulaire médical rempli par un médecin librement choisi par le demandeur et le cas échéant résultats d'examens médicaux). Le temps d'instruction peut être compris entre cinq minutes et vingt minutes par dossier. L'organisation de visites médicales ou même d'entretiens est devenue rare, voire exceptionnelle, les MDPH rencontrant de surcroît d'importantes difficultés pour recruter et retenir des médecins. Lorsqu'ils ont lieu, ils concernent souvent la prestation de compensation du handicap. Au terme de cette procédure, largement dématérialisée, les propositions des MDPH sont en réalité des pré-décisions validées globalement par les CDAPH sans intervention particulière des représentants de l'État.

L'absence de mécanismes de détection des demandes frauduleuses

Les équipes des MDPH sont amenées à se prononcer sur l'attribution ou le renouvellement de l'AAH sur la base quasi-exclusive de documents déclaratifs (certificat médical établi par le médecin choisi par le demandeur, formulaire de demande), qui ne font l'objet d'aucun mécanisme de contrôle particulier. Cette situation présente un risque de fraude. Les contrôles effectués par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) – qui sont organismes-payeurs et ne sont pas en charge des décisions – ne portent en effet que sur les conditions de ressources ou d'activité des bénéficiaires mais pas sur leur éligibilité à l'allocation ni sur l'évaluation de leur handicap. L'organisation n'est pas conçue pour détecter et poursuivre d'éventuelles fraudes intentionnelles (certificats de complaisance, faux dossiers, fausses déclarations).

Le présent rapport conclut à l'existence d'un « angle mort » en matière de lutte contre le recours frauduleux à l'AAH. Si le travail des MDPH ne peut être fondé sur la suspicion, il faut cependant reconnaître que la procédure présente des risques spécifiques, notamment du fait de sa dématérialisation et de l'absence d'entretien direct avec les demandeurs. L'AAH est de ce point de vue sensiblement moins pilotée, suivie et contrôlée que les autres minima sociaux, notamment le RSA.

L'AAH est au cœur de difficultés liées à la répartition des compétences entre l'État et les départements

Alors que les départements sont les chefs de file de la politique du handicap, l'AAH est demeurée une prestation nationale financée en totalité par l'État sur crédits budgétaires. L'organisation actuelle paraît ainsi paradoxale puisque les départements financent, quant à eux, le RSA : la coexistence de l'AAH et du RSA soulève nécessairement des enjeux d'équité dès lors que les montants unitaires servis au titre de la première sont sensiblement plus élevés que ceux servis au titre du second, et que l'ampleur des passages de l'un à l'autre – environ 25 % des nouveaux allocataires de l'AAH percevaient auparavant le RSA – montre que la frontière entre ces deux allocations est brouillée. S'ajoute à ce flou, le fait que les départements – qui supportent la charge financière du RSA – peuvent avoir un intérêt financier immédiat à ce que l'AAH prenne en charge leurs allocataires du RSA, dont les difficultés sociales se combinent généralement avec des difficultés d'ordre psycho-social et peuvent désormais relever du champ du handicap tel qu'il a été redéfini en 2005.

L'État s'efforce néanmoins de piloter le dispositif de l'AAH au niveau national en produisant les textes de référence ou en précisant certaines notions comme celle de « restriction durable et substantielle d'accès à l'emploi » qui conditionne l'octroi de l'AAH-2. Cependant, ce pilotage s'avère inopérant en l'absence de présence locale forte et l'État observe la croissance rapide du nombre d'allocataires de l'AAH, en particulier de l'AAH-2, avec un relatif fatalisme. Il finance ainsi une dépense sur laquelle son droit de regard est très limité, voire inexistant, alors qu'elle augmente de 400 M€ tous les ans. Les départements et associations de personnes handicapées ne sont pas directement concernés par la dimension budgétaire du dispositif dans son ensemble et par la croissance annuelle rapide de son coût. En matière d'AAH, aucun acteur ne semble être le gardien de la juste utilisation des deniers publics et de l'équité territoriale.

Des réformes paraissent indispensables

L'AAH-2, dans sa configuration actuelle, est une source d'incertitude voire de risque budgétaire, dans la mesure où le nombre d'allocataires et la dépense associée aux prestations augmentent chaque année, dans des proportions bien supérieures à la seule tendance démographique et sans que les causes en soient connues. Plus généralement, les modalités d'attribution de l'AAH posent des problèmes d'équité territoriale et d'égal accès aux droits. C'est notamment pour ces deux raisons que des réformes paraissent indispensables, que ce soit dans le cadre d'une organisation inchangée – auquel cas les modalités de gestion et de suivi devront être significativement renforcées – ou dans le cadre des chantiers plus vastes mais déjà annoncés que seraient le projet de revenu universel d'activité (RUA) et une nouvelle révision des compétences attribuées aux départements dans l'organisation territoriale de l'État.

Quelles que soient les orientations prises, la Cour identifie les recommandations suivantes comme susceptibles d'améliorer le fonctionnement du dispositif, tant du point de vue de l'équité territoriale que de l'attribution à bon droit de l'AAH.

Récapitulatif des recommandations³

Sur les conditions d'attribution de l'AAH :

À destination du ministère chargé des affaires sociales :

2. Rétablir la cohérence du guide-barème entre ses principes généraux introductifs et les développements par déficience, en précisant que le seuil de 50 % d'incapacité n'est atteint qu'en cas de gêne notable dans les trois domaines de la vie quotidienne, sociale et professionnelle.
6. Instituer *a minima* une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH.
4. Conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale adaptée, quand celle-ci est possible.
5. Instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2.

Sur la gestion et le suivi de l'AAH :

À destination des ministères chargés des affaires sociales et du budget :

1. Dans les documents budgétaires (PAP et RAP), présenter de manière distincte les crédits prévus pour l'AAH-1 et ceux prévus pour l'AAH-2, en détaillant tous les éléments pris en compte pour la formation des prévisions de dépenses.

³ Les recommandations sont classées ici selon deux thèmes. Leur numérotation correspond à leur ordre d'apparition dans le rapport.

À destination du ministère chargé des affaires sociales :

8. Examiner en séance de CDAPH toute première demande d'AAH.
9. Donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH.
7. Mettre en place des mécanismes de contrôle de l'attribution à bon droit, en systématisant le contrôle interne au sein des MDPH et en créant une mission nationale de contrôle, compétente sur le plan médical.

À destination de la CNSA :

3. Sanctionner financièrement, dans le cadre des relations conventionnelles avec la CNSA, l'absence de mise en œuvre par les MDPH de leurs obligations légales en matière de suivi statistique, par exemple par un mécanisme de retenue financière.

Introduction

Avec un montant global de 9,7 Md€ en 2018 et plus de 1,1 million d'allocataires, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) occupe une place majeure au sein de la politique du handicap et de la lutte contre la pauvreté.

De tous les minima sociaux, l'AAH est celui dont la dépense a connu la plus forte croissance au cours des douze dernières années avec une progression de 73 % en euros courants depuis 2008, tirée à la fois par l'augmentation du nombre d'allocataires (+ 33 %) et par celle des montants moyens versés (+ 40 %).

Pour autant, les associations représentant des personnes handicapées et leurs familles font valoir la persistance de difficultés nombreuses, dans l'accès aux droits et dans le renouvellement des aides accordées, en matière d'insertion professionnelle en milieu ordinaire ou en établissement, sans même évoquer ici la question des soins ou de l'accompagnement spécifique au handicap.

Le deuxième minimum social après le RSA et la deuxième prestation de la politique du handicap

La loi d'orientation sur le handicap du 30 juin 1975, qui a créé l'AAH, se donnait pour but d'apporter « *la garantie d'un minimum de ressources [...]* » au bénéfice « *de l'adulte handicapé physique, sensoriel ou mental* », garantie constituant une « *obligation nationale* »⁴.

L'AAH a été conçue dès l'origine comme une prestation d'aide sociale, reposant sur le principe de la solidarité nationale, c'est-à-dire sur l'impôt, et donc non contributive.

⁴ Article 1^{er} de la loi du 30 juin 1975. À l'occasion de la présentation du projet de loi, le secrétaire d'État auprès de la ministre de la santé indiquait que « *la dignité de tout homme dépend de son degré d'autonomie, et l'autonomie suppose des ressources suffisantes* » (séance à l'Assemblée nationale du 13 décembre 1974). La création de l'AAH donne aussi une traduction concrète aux principes posés dans le préambule de la Constitution de 1946 : « *Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

Son introduction a profondément modifié l'équilibre de la protection sociale. Jusqu'alors, dans un contexte économique de croissance et de plein emploi, la logique assurantielle des pensions d'invalidité prévalait. Grâce aux cotisations versées à la sécurité sociale par les assurés sociaux et leurs employeurs, étaient compensées les pertes de revenu liées à des incapacités physiques.

En créant l'AAH, la loi a superposé à ce système contributif un mécanisme de garantie de ressources financé par l'impôt au nom de la solidarité nationale, proposé à toute personne handicapée ne percevant pas de pension ou de rente d'invalidité d'un montant équivalent. L'ambition de l'AAH n'était pas seulement d'être un filet de sécurité subsidiaire : selon l'exposé des motifs de la loi, elle constituait « *l'amorce de l'institution d'un véritable minimum de ressources garanti à tous les handicapés adultes, et consacr[ait] l'abandon du recours au principe d'assistance comme fondement des droits que détient le handicapé vis-à-vis de la collectivité* ».

Entre 2008 et 2018, l'AAH est devenue en volume le deuxième dispositif financé sur ressources publiques dans le champ du handicap et de l'invalidité, après l'accueil des personnes handicapées en établissement et avant les pensions d'invalidité. En 2016, elle représentait 23 % des 45 Md€ dépenses publiques en faveur de l'invalidité et du handicap (hors exonérations fiscales et sociales)⁵, tandis que les prestations destinées à la compensation de coûts directs du handicap n'en représentaient que 6 %.

L'AAH appartient de surcroît à l'ensemble dit des « minima sociaux » au même titre que le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS) destinée aux demandeurs d'emploi en fin de droits ou encore l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou « minimum vieillesse », dont le montant est proche. L'AAH représente ainsi 35 % des 26,5 Md€ consacrés à l'ensemble des minima sociaux, derrière le RSA qui représente 11,2 Md€ pour 1,9 million d'allocataires (Cf. annexe n° 1).

⁵ Telles que définies dans l'annexe « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA, handicap, dépendance » des projets de loi de financement de la sécurité sociale qui délimite le champ de la dépense publique consacrée à la politique du handicap, ainsi que dans les comptes de la protection sociale en France publiés chaque année par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Une dynamique singulière dont les causes ne sont pas toutes cernées

Bien qu'ancienne, l'AAH connaît une croissance ininterrompue depuis sa création, croissance qui tend à s'accroître depuis une dizaine d'années. Entre 2008 et 2018, son montant a connu une progression de plus de 73 % et la poursuite de cette tendance devrait aboutir à ce que dès 2020, la dépense consacrée à l'AAH dépasse les 10 Md€ et soit proche de celle consacrée au RSA.

Cette progression trouve en partie son origine dans les revalorisations du niveau de l'AAH intervenues entre 2008 et 2012 (+ 25 %), progression qui se poursuit en 2018 et 2019⁶. Cependant, la croissance observée tient aussi à une augmentation forte du nombre d'allocataires, passé de 850 000 à 1 160 000 entre 2008 et 2018, soit une augmentation de 37 % en dix ans.

Cette progression est concomitante au déploiement de la loi d'orientation sur le handicap du 11 février 2005, qui a élargi la définition du handicap et profondément modifié l'organisation institutionnelle et administrative de la politique publique qui lui est consacrée. Dans chaque département ont ainsi été créés un lieu unique de service public, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), et des commissions départementales des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), rassemblant des représentants des conseils départementaux, de l'État mais aussi des associations de personnes handicapées.

La démarche de la Cour

Plusieurs études et rapports ont été consacrés à l'AAH, en tout ou partie, au cours des quinze dernières années⁷. Bien que ces travaux aient permis d'identifier plusieurs des difficultés et enjeux auxquels fait face

⁶ Le montant de référence mensuel de l'AAH sera ainsi passé de 600 € en 2005 à 900 € fin 2019 (hors compléments de revenus éventuels).

⁷ Parmi les rapports de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF), le plus complet est le rapport d'audit de modernisation relatif à l'AAH, remis en avril 2006. Il dresse cependant un état des lieux sur la période antérieure à la loi de 2005. On peut également citer le rapport et le plan d'action de juillet 2013, consacrés à l'« amélioration du dispositif de l'AAH » et au « pilotage de l'AAH » : la plupart des actions préconisées – dont beaucoup ont été mises en œuvre – étaient plutôt d'ordre technique et ne concernaient pas l'organisation ou la gouvernance de l'AAH. Un rapport parlementaire des sénateurs Albéric de Montgolfier, Auguste Cazalet et Paul Blanc a traité de l'évaluation des coûts de l'AAH (octobre 2010). Un ensemble de rapports au Premier ministre a enfin abordé l'AAH à travers des problématiques particulières : en 2009, la mission dirigée par le docteur Michel Busnel étudiait par exemple la question de l'employabilité des personnes handicapées.

l'AAH, ils n'ont pas permis d'établir précisément toutes les causes de la croissance du nombre d'allocataires, plus élevée qu'attendu, pas plus que l'origine des disparités territoriales notables qui en caractérisent l'attribution. Surtout, l'architecture de l'AAH et ses conditions de gestion n'ont été ajustées qu'à la marge depuis 2005 en dépit de nombreuses recommandations visant à améliorer le service rendu à ses bénéficiaires tout en maîtrisant la dépense associée.

La Cour des comptes a déjà consacré plusieurs publications à l'AAH depuis 2005, mais elle n'avait pas encore dressé un tableau d'ensemble de cette allocation.

- Dans le cadre des rapports annuels sur l'exécution du budget de l'État, la Cour a régulièrement critiqué la tendance marquée du gouvernement à sous-budgétiser les crédits destinés à l'AAH, à la limite de l'insincérité.
- Dans un rapport fondé sur l'article 58-2 de la LOLF destiné à la commission des finances du Sénat (« *Évaluation des coûts de l'allocation aux adultes handicapés* », octobre 2010), la Cour a relevé les coûts de l'AAH et mis en évidence son rythme de croissance très élevé, à la fois en nombre d'allocataires et en montant.
- La place de l'AAH au sein des minima sociaux et son évolution en termes de nombre d'allocataires et de montants financés par l'État ont été abordées dans le cadre du référé de la Cour sur les minima sociaux adressé au Premier ministre en septembre 2015.

Le présent rapport élargit et complète ces travaux et analyse la conception d'ensemble de l'AAH, ses modalités concrètes d'attribution et sa gestion. Il complète par ailleurs les travaux publiés sur l'invalidité dans le dernier rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, qui appelle à un rapprochement plus marqué des régimes de l'invalidité et du handicap.

Ce rapport ne porte que sur l'AAH. Si la progression du nombre d'allocataires et de la dépense publique associée posent des enjeux de finances publiques, et si la conception du dispositif ainsi que ses conditions d'attribution, de gestion et de contrôle appellent des réformes qui ont déjà trop tardé, ces éléments ne doivent pas être lus comme portant sur l'ensemble de la politique du handicap.

De ce point de vue, le rapport ne peut caractériser les difficultés vécues et ressenties par les personnes en situation de handicap bénéficiaires de l'AAH, ni de leurs familles. De la même façon, il n'a pas vocation à dresser un bilan d'ensemble de la loi d'orientation du 11 février 2005, notamment de la mise en place des maisons départementales des personnes

handicapées (MDPH). L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est également exclue du champ⁸. Par ailleurs, il procède à une analyse du dispositif dans son ensemble et non à une étude de dossiers individuels, si bien que la question de l'attribution à bon droit, c'est-à-dire de la lutte contre la fraude à l'AAH, est abordée sous l'angle de l'analyse de risque et non à travers le recensement d'irrégularités détectées.

Le rapport est organisé en cinq chapitres, qui analysent successivement : la place de l'AAH dans les minima sociaux et les dispositifs de la politique du handicap ; l'évolution de la notion de handicap, en particulier depuis la loi du 11 février 2005 et le défi que pose sa définition pour la détermination de critères d'attribution objectifs ; les ambiguïtés associées à l'objectif de parcours vers l'emploi assigné à l'AAH ; le circuit de décision d'attribution ou de renouvellement de l'AAH ; les rôles respectifs de l'État, des départements et des associations dans ce mécanisme. En conclusion sont présentées des perspectives d'évolution et de réforme, à organisation inchangée ou dans le cadre des chantiers déjà ouverts par le gouvernement.

⁸ En annexe, sont présentés des éléments qui permettent de constater un accroissement important du nombre d'allocataires de l'AEEH, et donc d'anticiper un accroissement, décalé dans le temps, du nombre d'adultes susceptibles de percevoir l'AAH.

Chapitre I

Un minimum social à part, dont le nombre de bénéficiaires augmente continûment

Créée en 1975, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) partage avec les autres minima sociaux le fait d'accorder à ses allocataires un revenu minimum sous la forme d'une allocation monétaire égale à la différence entre un montant garanti (900 € mensuels en 2019 dans le cas de l'AAH) et les revenus personnels de l'intéressé.

Le fait que l'AAH soit antérieure, et spécifiquement destinée aux personnes handicapées explique en partie ses différences avec le RSA, notamment son montant significativement plus élevé que celui de ce revenu. Mais cela est aussi porteur d'ambiguïtés quant à la nature et aux objectifs de l'AAH, entre soutien au revenu, compensation du handicap ou plus indirectement, compensation de difficultés à percevoir des revenus d'activité.

I - L'ambiguïté d'un minimum social, également outil de la politique du handicap

A - Un minimum de ressources garanti aux personnes handicapées

En créant l'AAH en 1975, le législateur a entendu accorder, au titre de la solidarité nationale, des ressources individuelles minimales pour chaque personne en situation de handicap. Cette garantie de ressources n'avait pas vocation à couvrir des coûts imputables au handicap : pour remplir ce dernier objectif, la loi a mis en place l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) remplacée depuis 2005 par la prestation de compensation du handicap (PCH).

1 - Un minimum social obéissant à des règles spécifiques, distinctes de celles des autres minima sociaux

L'AAH peut être attribuée aux personnes qui se voient reconnaître un taux d'incapacité d'au moins 80 % (AAH-1) ainsi qu'aux personnes pour lesquelles ce taux est compris entre 50 % et 79 % (AAH-2)⁹ et qui rencontrent en outre des difficultés importantes d'accès à l'emploi du fait d'un handicap, condition que la loi désigne sous le terme de restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE)¹⁰.

Les conditions d'éligibilité à l'AAH

- Condition d'âge : sauf exception, l'âge minimum pour solliciter l'AAH est de 20 ans et l'âge maximal est l'âge légal de départ à la retraite.
- Condition de résidence permanente sur le territoire français.

⁹ Les deux cas de figure ont en effet été codifiés dans le code de la sécurité sociale aux articles L. 821-1 et L. 821-2, d'où respectivement les noms d'usage d'AAH-1 et d'AAH-2.

¹⁰ La restriction est substantielle lorsque les difficultés d'accès à l'emploi sont importantes, du fait du handicap, et ne peuvent être compensées, notamment par des mesures d'aménagement de poste de travail. La restriction est durable s'il est prévisible que sa durée se prolonge au-delà d'un an.

- Pas de condition de nationalité, sous réserve pour les personnes étrangères hors Union européenne d'être titulaire d'un titre de séjour. Contrairement au RSA, aucune durée minimale de séjour n'est requise.
- Conditions de ressources : les ressources du foyer doivent être inférieures au plafond mensuel de 900 € par mois pour une personne seule et 1 620 € pour un couple depuis le 1^{er} novembre 2019, montants auxquels s'ajoutent 430 € par enfant à charge.

Deux compléments sont en outre prévus, sous conditions, pour les personnes touchant l'AAH-1 qui vivent dans un logement indépendant et n'ont pas de revenu d'activité : le complément de ressources (CR), d'un montant de 179 € mensuels en cas de capacité de travail inférieure à 5 % ; la majoration pour la vie autonome (MVA), d'un montant de 105 € mensuels. 11 % des bénéficiaires de l'AAH-1 touchaient le CR fin 2017 et 24 % la MVA.

Selon un mécanisme commun à l'ensemble des minima sociaux, l'AAH permet de compléter les éventuelles ressources du bénéficiaire pour atteindre le montant de ressources garanti. Concrètement, si le bénéficiaire vit dans un foyer qui ne dispose d'aucune ressource, il perçoit le montant maximal de l'allocation ainsi que ses éventuels compléments. Si le foyer dispose de ressources, l'AAH versée est égale à la différence entre le montant garanti et les ressources du foyer. L'AAH est, à raison de ce mécanisme, une allocation dite « différentielle ». Du fait de la grande variété des situations, notamment vis-à-vis du logement ou de la prise en charge en établissement spécialisé, les règles de calcul de l'AAH sont complexes. L'AAH peut aussi contribuer au paiement des frais de séjour pour des personnes vivant en établissement médico-social.

La qualité d'allocataire de l'AAH emporte également des conséquences fiscales et sociales : l'exonération de la taxe d'habitation, de la taxe foncière sur les propriétés bâties et de la contribution à l'audiovisuel public, la non-imposabilité ou ½ part fiscale supplémentaire selon les situations ; l'affiliation gratuite au régime d'assurance maladie et maternité ; la réduction spécifique de la facture téléphonique en cas d'abonnement à un service téléphonique fixe.

Conjugalisation, familialisation, individualisation : quelle logique ?

L'AAH, comme le RSA, est calculée en fonction des revenus du foyer et non de ceux du seul titulaire de l'allocation. Cette règle de conjugalisation permet de tenir compte de la situation réelle d'un ménage et notamment des économies rendues possibles par la vie commune : le partage du logement, des charges de la vie courante, etc. Elle replace également la personne concernée dans un premier niveau de solidarité. Le code civil prévoit en effet que les époux ou partenaires pacsés se doivent mutuellement assistance, soutien et aide matérielle à hauteur de leurs facultés respectives.

Le mécanisme de conjugalisation fait l'objet d'une contestation très forte de la part des associations de personnes handicapées, au motif qu'il porterait atteinte à la dignité des personnes handicapées, en les plaçant en situation de dépendance financière vis-à-vis de leur conjoint. En effet, lorsque les revenus de ces derniers augmentent, l'AAH versée diminue. En conséquence, les associations revendiquent une individualisation du calcul de l'AAH. Une pétition a ainsi été lancée récemment par une personne bénéficiaire de l'AAH et a recueilli 187 000 signatures. Deux propositions de loi distinctes ont été déposées en octobre 2018 et février 2019 pour supprimer le mécanisme de conjugalisation.

Cette question concerne indirectement la notion d'autonomie individuelle et la nature même de l'AAH : revenu individuel « dû » par la société comme moyen d'une autonomie strictement individuelle, ou soutien accordé au titre de la solidarité nationale en association avec d'autres formes de solidarité.

En principe, l'AAH est attribuée pour une durée limitée (entre un an et cinq ans) mais depuis janvier 2019, en réponse à une demande de plusieurs associations, elle peut l'être sans limite pour les situations non susceptibles d'évolution si l'incapacité est supérieure à 80 %.

Tableau n° 1 : durée d'attribution des droits à l'AAH-1 et l'AAH-2

	En janvier 2008	À partir d'août 2011	À partir d'avril 2015	À partir de février 2017	À partir de janvier 2019
AAH-1	De 1 à 5 ans Si non susceptible d'évolution favorable : jusqu'à 10 ans			De 1 à 5 ans Si non susceptible d'évolution favorable : jusqu'à 20 ans	De 1 à 5 ans Si non susceptible d'évolution favorable : pas de limite
AAH-2	De 1 à 5 ans	De 1 à 2 ans	De 1 à 2 ans Si non susceptible d'évolution favorable : jusqu'à 5 ans		

Source : Cour des comptes d'après code de l'action sociale et des familles, article R. 821-5

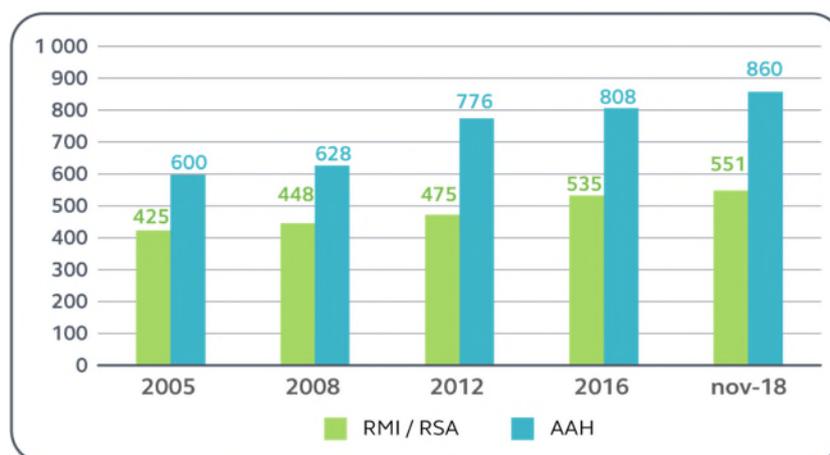
Selon la CNAF, fin 2017, la durée moyenne d'attribution de l'AAH était de 5,5 ans (6,9 ans pour l'AAH-1 et 3,75 ans pour l'AAH-2).

2 - Un revenu minimum garanti d'un montant deux fois plus élevé que le RSA

Créés au même moment en 1974, le minimum vieillesse et l'AAH ont été dès l'origine établis avec des montants financiers identiques. Lors de la création du revenu minimum d'insertion en 1988, un décalage est apparu entre le niveau du minimum vieillesse et de l'AAH, d'une part, et le niveau moins élevé de cette nouvelle allocation. Ce décalage a évolué dans le temps au gré des revalorisations de chaque allocation, mais il s'est accentué récemment.

Comme l'illustre le graphique ci-après, la différence entre les montants respectifs du RMI/RSA et de l'AAH était, en valeur absolue, de 175 € en 2005 et de 309 € fin 2018. Avec la revalorisation intervenue en 2019, c'est une différence de près de 350 € qui existe entre le RSA et l'AAH.

Graphique n° 1 : montants plafonds comparés du RMI/RSA et de l'AAH pour une personne seule



Source : Cour des comptes, données ministère des affaires sociales

L'écart réellement constaté est généralement plus important dans la mesure où les allocataires du RSA hébergés gratuitement se voient appliquer un forfait logement (d'environ 100 €) qui vient en déduction du RSA perçu, qui est alors de l'ordre de 450 €. Le montant de l'AAH effectivement perçu, compléments compris, est fréquemment le double de celui du RSA.

Par son niveau, l'AAH rapproche les allocataires qui en bénéficient du seuil de pauvreté monétaire (60 % du revenu médian, soit 1 026 € mensuels en 2018), voire leur permet de dépasser ce seuil lorsque l'AAH est associée à un complément d'activité ou à des revenus professionnels.

Au plan statistique, le taux de pauvreté monétaire (26,5 %) et en conditions de vie (38,0 %)¹¹ des allocataires de l'AAH est le plus bas parmi les allocataires des principaux minima sociaux (moyenne de 58,1 % et 56,5 % respectivement).

¹¹ Dans ses enquêtes, l'INSEE mesure la pauvreté en conditions de vie en identifiant les ménages qui connaissent au moins huit restrictions matérielles dans une liste de 27 difficultés regroupées en quatre grandes catégories : insuffisance de ressources, retards de paiement, restrictions de consommation et difficultés de logement. Cette approche repose sur les conditions à remplir pour atteindre un bien-être standard, dans une société donnée (pouvoir se loger, se nourrir convenablement, etc.).

Le montant de l'AAH a par ailleurs progressé de 28 % au-delà de l'inflation entre 2008 et 2019¹² à l'occasion de deux phases principales de revalorisation : une première augmentation entre 2008 et 2013 (+ 16 % hors inflation) puis une autre entre 2017 et 2019 (+ 8 % hors inflation).

Cet écart croissant entre l'AAH et le RSA suggère que l'AAH n'est pas seulement une garantie de ressources mais qu'elle a une autre portée. Interrogée par la Cour sur ce point, la DGCS explique que l'écart de montant entre les deux prestations est justifié par les difficultés plus grandes rencontrées par les allocataires de l'AAH pour accéder à l'emploi. L'AAH assurerait donc une compensation de coûts indirects liés au handicap – là où la prestation de compensation du handicap (PCH) prend en charge certains coûts directs. Dans une note de 2016 destinée à la ministre de la cohésion sociale¹³, la DGCS écrivait en ce sens que « *l'AAH-2 est une prestation sociale visant à garantir un minimum de ressources pour assurer la dignité des personnes les plus éloignées de l'emploi ; elle est attribuée dans une logique de compensation appréciée au sens large mais non de réparation de l'ensemble des dommages [...]* ».

Dans un rapport de 2018, le Sénat a constaté la persistance d'une confusion, ou du moins d'une ambiguïté quant, à la finalité de l'AAH, qui fait écho à la répartition des compétences entre État et départements : « *Il convient de ne pas entretenir une confusion dangereuse visant à faire supporter à l'AAH une mission de compensation du handicap qui n'est pas la sienne*¹⁴ ».

¹² Cette singularité de l'AAH (et du minimum vieillesse, qui est aligné sur l'AAH) vaut vis-à-vis de tous les minima sociaux : alors qu'en 2005, l'AAH était déjà l'allocation dont le montant était le plus élevé (derrière l'allocation équivalent retraite de remplacement, AER-R), c'est elle qui a connu la revalorisation la plus importante entre 2005 et 2019.

¹³ Note pour la ministre de la cohésion sociale du 18 novembre 2016 d'accompagnement au guide pratique sur l'attribution de l'AAH-2 s'agissant de l'appréciation de la RSDAE.

¹⁴ *Rapport d'information n° 35 du 10 octobre 2018 fait au nom de la commission des affaires sociales par le groupe de travail sur le financement de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées*, par M. Philippe Mouiller, sénateur.

Du point de vue des associations représentant les personnes handicapées ou leurs familles, l'AAH est, au sens propre, une dette de la société envers les personnes touchées par un handicap¹⁵. L'AAH n'est alors pas un minimum social comme un autre, relevant d'une logique de solidarité nationale et prenant en compte la situation familiale de la personne. Elle est considérée comme un mécanisme par lequel l'État soutient toute personne concernée par un handicap de naissance, par des accidents invalidants ou encore par des troubles de santé tels qu'elle ne peut exercer une activité professionnelle. L'AAH s'apparente ainsi à un régime d'invalidité général non contributif. Ce point de vue, qui fait de l'AAH une dette, n'est cependant pas le seul. Il est aussi possible de considérer que l'AAH est l'expression d'un choix collectif de solidarité.

De nombreuses associations de personnes handicapées considèrent aussi que le niveau de l'AAH devrait être celui du SMIC¹⁶, et qu'il devrait être attribué à la personne concernée à titre personnel et individuel, quelle que soit sa situation familiale ou les ressources de son entourage familial immédiat.

B - Un contraste marqué entre le déploiement de l'AAH et celui plus limité de la prestation de compensation du handicap (PCH)

La question du rôle de l'AAH a été clairement posée lorsque la loi du 11 février 2005 a créé un « *droit à la compensation monétaire du handicap* » et a cherché à clarifier l'objet de chaque prestation monétaire : d'un côté, l'AAH, destinée à assurer un revenu minimal, de l'autre une nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH) remplaçant l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), destinée à financer des dépenses spécifiques engagées du fait du handicap (aide humaine, aménagements, matériel, etc.).

¹⁵ Parmi les textes de référence de certaines associations, figure le préambule de la Constitution de 1946, déjà cité, mais aussi la Constitution du 24 juin 1793 dont l'article 21 disposait que « *Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler* ».

¹⁶ Il s'agit là d'une revendication centrale pour le collectif d'association créé en 2008 et intitulé « *Ni pauvre, ni soumis* ». Elle est formulée comme suit : « *Rassemblées autour d'une même revendication, les associations membres du mouvement Ni pauvre, ni soumis, revendiquent pour les personnes en situation de handicap et atteintes de maladie invalidante, un revenu d'existence décent, c'est-à-dire un revenu personnel égal au montant du smic brut pour les personnes qui ne peuvent pas ou plus travailler* ». *Le collectif rassemble 97 associations du monde du handicap*.

L'exposé des motifs de la loi de 2005 indiquait à cet égard : « *le projet de loi met fin à l'ambiguïté qui caractérise l'allocation aux adultes handicapés (AAH), créée en 1975, perçue tantôt comme minimum social, tantôt comme prestation de compensation et, de ce fait, toujours insuffisante pour faire face à la fois aux besoins de la vie courante et aux besoins spécifiques liés à la situation de handicap.* » Le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi¹⁷ ajoutait que « *cet aspect paradoxal de l'AAH se traduisait par une demande sans cesse réitérée du monde associatif d'obtenir le relèvement du montant de cette allocation, au nom du droit à compensation. La nouvelle prestation [de compensation du handicap (PCH)] permet une clarification qui était devenue indispensable entre compensation du handicap et revenu d'existence* ».

La clarification du rôle de l'AAH reposait ainsi sur la mise en place et la montée en puissance de la prestation de compensation du handicap (PCH), celle-ci ayant vocation à assurer la compensation monétaire des coûts du handicap. Cette clarification n'a pas réellement eu lieu dans la mesure où la PCH est restée limitée dans son ampleur, comparativement à l'AAH. La PCH comptait ainsi 349 190 allocataires fin 2016¹⁸, soit trois fois moins que l'AAH (1 090 300), pour un coût quatre fois moindre (2,3 Md€ en 2016¹⁹, soit 25 % du montant de l'AAH).

Cette situation résulte notamment de l'encadrement précis des dépenses pouvant être prises en charge par la PCH. Celles-ci sont limitativement énumérées et concernent des situations de pertes d'autonomie dans la vie quotidienne : aides humaines, aides techniques, aménagement du véhicule et du logement, dépenses spécifiques et aides animalières.

¹⁷ Rapport n° 210 fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, par M. Paul Blanc, sénateur (2004).

¹⁸ En y incluant les 65 100 bénéficiaires de l'ACTP, en voie d'extinction, ainsi que les bénéficiaires âgés en perte d'autonomie. Cf. DREES : *L'aide et l'action sociale en France*, 2018.

¹⁹ Même périmètre que le nombre de bénéficiaires cité au-dessus : il s'agit d'un total des versements incluant les 65 100 bénéficiaires de l'ACTP, en voie d'extinction, ainsi que les bénéficiaires âgés en perte d'autonomie.

Handicap et invalidité

La notion de handicap (AAH) se distingue de celle d'invalidité (notion qui gouverne le versement des rentes et pensions d'invalidité), laquelle renvoie à l'activité professionnelle et aux mécanismes contributifs de la sécurité sociale. Pour 2016, les rentes et pensions pour invalidité d'origine non professionnelle ont représenté 7,9 Md€, les rentes pour accidents du travail et maladies professionnelles 5,3 Md€ et les pensions militaires d'invalidité 0,6 Md€.

La Cour souligne régulièrement les problèmes d'articulation entre le dispositif de l'AAH et celui des pensions d'invalidité²⁰. Ils concernent plus particulièrement les conditions d'attribution, plus favorables pour l'AAH que pour les pensions d'invalidité, avec comme conséquence le fait que des situations qui devraient être prises en charge au titre de l'assurance sociale (pension) sont orientées vers le champ de la solidarité nationale (AAH et allocation supplémentaire d'invalidité - ASI²¹).

II - Depuis 2008, une forte augmentation du nombre d'allocataires

A - Une dynamique forte de l'AAH-2 contrastant avec la stabilité de l'AAH-1

Déjà soutenue avant 2008, l'augmentation du nombre d'allocataires de l'AAH a connu une hausse importante depuis cette date. De 17 400 personnes supplémentaires chaque année depuis le début des années 2000, la croissance du nombre d'allocataires est passée à un rythme moyen de 31 200 personnes supplémentaires par an depuis 2008. Ce sont ainsi 1 161 400 personnes qui sont titulaires de l'AAH fin 2018, soit + 312 000 personnes (+ 37 %) par rapport à 2008.

²⁰ Cf. les éléments présentés en annexe, ainsi que dans le *Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale*. La Documentation française, octobre 2018, Chapitre I : « Les pensions d'invalidité : une rénovation nécessaire au service de l'équité », disponible sur www.comptes.fr.

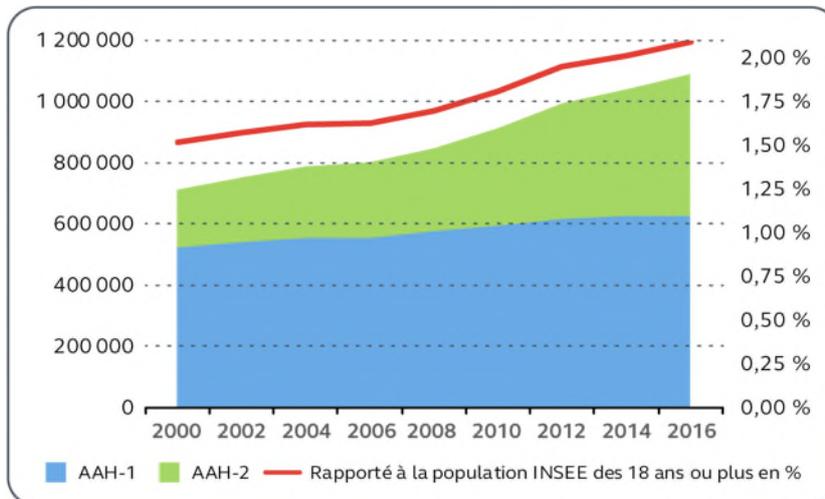
²¹ L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) (229 M€ en 2016) est une prestation non contributive, financée par l'État, et versée dans le cas de pensions dont le montant serait trop faible. Il s'agit donc, parallèlement à l'AAH, d'une autre forme de garantie apportée par l'État quand les mécanismes assurantiels sont jugés insuffisants.

Fin 2017, les allocataires de l'AAH représentaient 2,2 % de la population de 18 ans ou plus, contre 1,6 % dix ans plus tôt, et 1,2 % fin 1990. Parmi les minima sociaux, seul le RSA présente une progression comparable, bien qu'à un rythme plus irrégulier.

La croissance rapide du nombre d'allocataires de l'AAH s'explique pour l'essentiel par l'évolution de l'AAH-2. Sur les dix dernières années, la croissance annuelle du nombre d'allocataires de l'AAH-2 a été en moyenne de 7,3 % par an²², tandis que la croissance moyenne annuelle des allocataires de l'AAH-1 est demeurée inférieure à 1 % pendant la même période, et a été quasi nulle entre 2014 et 2017²³.

Le graphique ci-dessous témoigne d'une rupture dans le taux de croissance autour de 2006, c'est-à-dire après l'adoption de la loi du 11 février 2005. Le nombre d'allocataires de l'AAH progressait en moyenne annuelle de 2,7 % entre 1990 et 2005, tandis que l'accroissement observé entre 2008 et 2017 s'est élevé en moyenne à 3,3 %.

Graphique n° 2 : croissance comparée du nombre des allocataires de l'AAH et de la population de 18 ans ou plus



Source : Cour des comptes d'après DREES 2018 et Insee

²² Avec des croissances annuelles maximales de 9,6 % en 2011 ou 8,3 % en 2017.

²³ Par comparaison, la croissance du nombre d'allocataires du RSA apparaît plus irrégulière, avec une amplitude de taux annuel allant de -2,5 % à +10,5 %.

En 2017, parmi les nouveaux allocataires de l'AAH, deux sur trois sont bénéficiaires de l'AAH-2. Cette proportion est croissante puisqu'elle était de 46 % en 2008, et de 58 % en 2013.

L'analyse rétrospective des prévisions formées par la DREES et la CNAF en vue de la préparation des lois de finances montre que les facteurs de croissance de l'AAH-1 sont bien connus, tandis que ceux de l'AAH-2 demeurent mal appréhendés. Selon une étude de la DREES²⁴, l'AAH-1 progresse approximativement au rythme de la croissance démographique de la population de plus de 20 ans, et se trouve donc à un niveau assez stable en proportion de la population. Par contraste, la démographie de la population en âge de travailler explique moins d'un quart de la progression de l'AAH-2. En 2017 par exemple, sur les 8,3 % de croissance de l'AAH-2, seuls 0,9 % pouvaient être expliqués par les facteurs démographiques. La part des allocataires de l'AAH-2 augmente donc fortement en proportion de la population.

Au vu de ces différences marquées et durables, il est raisonnable de déduire que ces deux allocations évoluent désormais selon des logiques différentes. Alors que l'AAH-1 est stable et évolue au rythme de la démographie (les personnes éligibles sont déjà reconnues, si bien que les effectifs d'allocataires progressent au même rythme que celui de la population en âge d'en bénéficier), l'AAH-2 étend son champ d'application (de nouvelles personnes y accèdent chaque année, au-delà des seuls effets démographiques).

B - L'impact de la réforme de 2005

L'année 2008 a correspondu, pour l'AAH, à la première année d'application pleine et entière de la réforme de 2005, cumulée au début d'une phase de revalorisation de + 16 % au-delà de l'inflation sur la période 2008-2013, suite à un engagement pris pendant la campagne présidentielle du printemps 2007. Ces deux évolutions simultanées ont eu un effet sensible sur le nombre d'allocataires.

- Comme toute revalorisation, celle des années 2008-2013 a augmenté le total des sommes versées aux allocataires déjà présents, mais elle a aussi rendu éligibles des ménages dont les ressources étaient jusqu'alors supérieures au plafond. De surcroît, en accentuant l'écart de montant avec le RSA, elle est susceptible d'avoir incité des personnes en situation de précarité à reconsidérer leur situation sous l'angle du handicap.

²⁴ DREES, le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés a doublé depuis 1990, In : *Études et résultats* n° 1087, octobre 2018.

- Seconde évolution majeure, les modalités et critères d'attribution de l'AAH-1 et de l'AAH-2 ont été réformés en application de la loi du 11 février 2005 : création des MDPH, mise en place des CDAPH, guide-barème, notion de restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi.

Des simulations réalisées par la CNAF à la demande de la Cour permettent de quantifier ces deux ensembles de facteurs²⁵. Elles montrent que la progression du nombre d'allocataires depuis 2006 (+ 369 000 personnes) peut s'expliquer à hauteur d'un tiers (136 000) par les revalorisations de l'allocation, tandis que les deux tiers de l'évolution (233 600) sont le résultat des autres facteurs : le facteur démographique, quoique minoritaire (pour environ 9 000 allocataires), et par déduction les nouvelles modalités d'attribution de l'allocation avec la mise en place des MDPH et des CDAPH, de la réforme du guide-barème et de la RSDAE.

Ces derniers effets apparaissent comme les facteurs principaux de l'évolution du nombre d'allocataires. La progression continue du nombre d'allocataires de l'AAH-2 en proportion de la population suggère ainsi, soit que la réforme de 2005 n'a pas encore produit tous ses effets, soit que les critères d'attribution de l'AAH 2 ne sont pas totalement clarifiés.

III - Des taux d'attribution d'AAH disparates entre départements

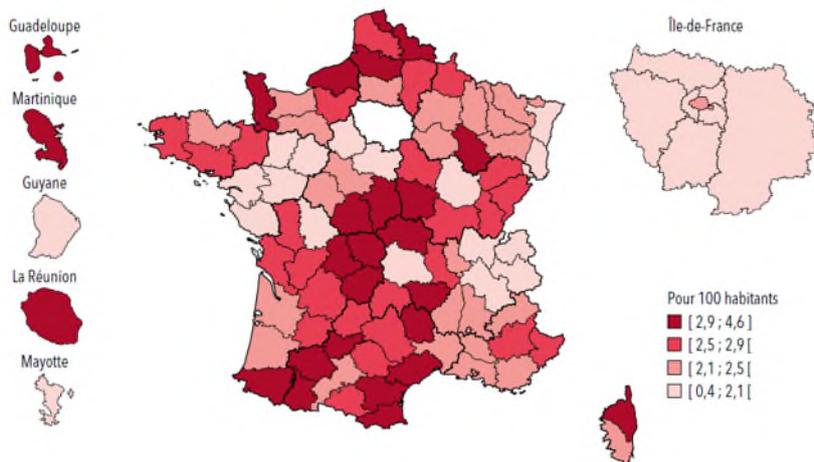
A - Une grande disparité du nombre d'allocataires selon les départements

La disparité de la fréquence de l'AAH par département, mesurée par le ratio entre le nombre d'allocataires et la population de plus de 20 ans, est une observation commune à tous les rapports et études relatifs à ce dispositif.

Pour l'année 2017, par exemple, la moyenne nationale était de 2,3 allocataires pour 100 habitants âgés de 20 ans ou plus. Comme le montre la carte ci-après, les départements d'Île-de-France se caractérisent par une faible fréquence (1,7 % en moyenne, allant de 1,3 % dans les Yvelines à 2,2 % en Seine-Saint-Denis), de même que les départements de l'ancienne région Rhône-Alpes (1,2 % en Haute-Savoie, 1,5 % dans l'Ain, 1,8 % en Isère), les départements d'Alsace et ceux des Pays de la Loire.

²⁵ Ces simulations sont présentées dans l'annexe relative aux facteurs d'évolution du nombre d'allocataires.

Carte n° 1 : part d'allocataires de l'AAH parmi la population âgée de plus de 20 ans (2017)



Note : En France, on compte en moyenne 2,3 allocataires de l'AAH pour 100 habitants âgés de 20 ans ou plus.

Sources : DREES d'après CNAF ; MSA ; Insee, population estimée au 1^{er} janvier 2018

À l'inverse, les départements métropolitains ayant le plus d'allocataires en pourcentage de la population se trouvent essentiellement au centre et au sud-ouest de la France : la Lozère (4,6 %), la Nièvre (3,8 %), les Hautes-Pyrénées (3,6 %), l'Allier (3,4 %), la Creuse (3,3 %) et la Haute-Loire (3,2 %). Les régions qui comptent le plus d'allocataires sont par ordre décroissant la Corse, les DOM-ROM, l'Occitanie et les Hauts-de-France.

Ces disparités départementales s'observent également en termes d'évolution de l'AAH sur plusieurs années, sans que ces évolutions ne fassent converger les départements. L'examen de binômes de départements proches par leurs caractéristiques sociodémographiques montre ainsi des différences très contrastées d'évolution du nombre d'allocataires de l'AAH-2, ainsi que du nombre d'allocataires du RSA.

**Tableau n° 2 : comparaisons par binômes de départements
des croissances 2012 à 2017 du nombre d'allocataires AAH-2 et RSA**

Binôme de départements	Augmentation AAH-2 (% et quintile national)		Augmentation RSA socle (% et quintile national)	
Calvados	+ 79 %	2 ^{ème} quintile	+ 77 %	2 ^{ème} quintile
Manche	+ 156 %	5 ^{ème} quintile	+ 86 %	4 ^{ème} quintile
Pas de Calais	+ 54 %	1 ^{er} quintile	+ 61 %	1 ^{er} quintile
Nord	+ 112 %	3 ^{ème} quintile	+ 58 %	1 ^{er} quintile
Drôme	+ 81 %	2 ^{ème} quintile	+ 71 %	2 ^{ème} quintile
Ardèche	+ 174 %	5 ^{ème} quintile	+ 4 %	5 ^{ème} quintile

Source : Cour des comptes d'après DataCaf et Insee.

Lecture : dans le Calvados, la fréquence du RSA socle était de 3,2 allocataires pour 100 habitants âgés de 20 à 59 ans au 31 décembre 2012. Cette fréquence est passée à 5,7 % au 31 décembre 2017. L'augmentation observée de la fréquence du RSA socle dans la population de 20 à 59 ans de ce département a donc été de 77 %. Ce taux situe le département dans le 2^{ème} quintile de hausse du RSA dans la population.

La comparaison des évolutions du Calvados et de la Manche illustre ce phénomène. Alors que les caractéristiques de ces départements sont très proches²⁶, la Manche fait partie des départements dans lesquels la part d'allocataires de l'AAH-2 dans la population a le plus augmenté (5^{ème} quintile de hausse), tandis que le Calvados a connu, pour sa part, une croissance modérée du nombre de ces allocataires (2^{ème} quintile de hausse). Un contraste similaire peut être observé entre le département du Nord (3^{ème} quintile) et celui du Pas-de-Calais (1^{er} quintile) ou entre la Drôme (2^{ème} quintile) et l'Ardèche (5^{ème} quintile).

B - Des différences pouvant s'expliquer par les pratiques locales comme par les paramètres sociodémographiques

En 2013, la DREES a étudié ces disparités territoriales et a cherché à en déterminer les causes²⁷. Cette étude examinait différents paramètres considérés comme représentatifs de la situation sanitaire et sociale du département : le nombre de bénéficiaires de la PCH, les capacités d'accueil en ESAT, les capacités d'accueil des services d'accompagnement de personnes handicapées, mais aussi l'âge moyen de la population, le nombre

²⁶ État de santé (espérance de vie à 20 ans), taux de pauvreté, niveau de vie médian, taux de chômage et taux d'activité.

²⁷ DREES, L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements. Des disparités liées au contexte sociodémographique des territoires, In : *dossiers solidarité et santé* n° 49, décembre 2013.

de décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose pour 10 000 habitants, les taux de chômage et de pauvreté. Elle concluait que les facteurs démographiques, territoriaux et économiques permettaient d'expliquer 73 % des disparités départementales de prévalence de l'AAH pour la période allant de 2008 à 2011. Ainsi 27 % seulement des disparités seraient imputables à des différences de pratiques locales, ce qui constituerait un résultat « rassurant » selon les termes employés par plusieurs acteurs institutionnels²⁸.

Cette étude soulève toutefois une question méthodologique. En retenant des variables qui sont elles-mêmes déterminées par les choix départementaux en faveur du handicap (par exemple l'attribution de la PCH, ou le nombre de places en établissements), l'analyse repose sur des paramètres qui ne sont pas indépendants les uns des autres et peuvent à l'inverse s'inscrire dans une dynamique cumulative. Une étude plus récente de l'université d'Aix-Marseille et du CREAI, cofinancée par la CNSA, s'appuie sur cette objection de méthode pour estimer que la part des disparités territoriales explicables par des différences sociodémographiques serait plutôt de l'ordre de 31 %²⁹, conduisant symétriquement à expliquer par d'autres facteurs, parmi lesquels les écarts de pratiques, plus des deux tiers des disparités observées³⁰.

Le décalage entre l'étude de la DREES, aujourd'hui ancienne, d'une part, et la réalité observée en MDPH et en CAF d'autre part, explique pourquoi la DGCS, comme la direction du budget font de la réduction des disparités départementales l'axe central de leur plan d'action sur l'AAH dans les années à venir.

²⁸ L'étude concluait également que les écarts départementaux pour la période 2008-2012 se réduisaient, ce qui pouvait être le signe d'une plus grande harmonisation des pratiques. Cette période correspond effectivement à une initiative prise par le ministère des affaires sociales pour suivre plus étroitement la gestion de l'AAH (projet d'amélioration du pilotage de l'AAH en 2011 examiné *infra*).

²⁹ Cette étude revient sur la publication de la DREES de 2013. Selon elle, cette dernière « introduit un biais en cherchant à expliquer dans son modèle les taux départementaux d'allocataires de l'AAH (qui intègrent les personnes à domicile mais aussi en établissement) par les variables relatives à l'équipement médico-social des départements. Ces variables ne fonctionnent pas comme des déterminants mais sont des artefacts qui gênent la compréhension des phénomènes explicatifs. » De même, « une relation faible mais significative existe entre le taux de bénéficiaires de l'[AAH-2] et le taux de chômage alors que la relation n'est pas significative entre le taux de bénéficiaires de l'[AAH-1] et le taux de chômage [...] ».

³⁰ Université d'Aix-Marseille (laboratoire population environnement et développement) et centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) PACA et Corse, *Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine*, 2018.

Sans prétendre comparer la méthodologie des différentes études, il semble au moins établi que les disparités territoriales non expliquées par des facteurs sociodémographiques objectifs sont plus importantes que les 27 % souvent évoqués. Elles se situent plutôt dans une fourchette qui pourrait aller jusqu'à 69 % selon les résultats du CREAL.

IV - Une dépense qui a augmenté de près de 6 % par an depuis dix ans

A - Une part croissante dans le budget de l'État

Les dépenses d'AAH sont financées par le budget de l'État. Du fait des revalorisations de l'allocation et de l'augmentation du nombre d'allocataires, celles-ci ont progressé de 72 % depuis 2008, pour atteindre un montant de 9,7 Md€ en 2018.

Plusieurs éléments permettent de prendre la mesure de leur importance dans le budget de l'État :

- L'AAH représente, en 2018, 11 % des dépenses d'intervention de l'État (90,2 Md€), c'est-à-dire de l'ensemble des aides et transferts que l'État finance sur son budget ;
- Depuis 2008, la croissance moyenne annuelle des dépenses d'AAH (+ 5,8 % par an) est nettement supérieure à celle des dépenses du budget de l'État à périmètre constant (+ 0,2 % par an). L'AAH voit ainsi son poids augmenter régulièrement dans le budget de l'État, de 2,8 % en 2008 à 4,5 % en 2017³¹.

³¹ De 2007 à 2017, la loi de finances initiale a été votée avec un niveau de crédits consacrés à l'AAH manifestement insuffisant au regard des projections de dépenses, conduisant la Cour à signaler une sous-budgétisation chronique affectant la sincérité de la mission « Solidarité, insertion, égalité des chances » du budget de l'État. Entre 2008 et 2017, cet écart s'est élevé à 267 M€ en moyenne chaque année et a nécessité à chaque fois un abondement en fin d'année, de 249 M€ en moyenne, les autres dispositifs de la mission ne pouvant guère contribuer au financement de l'AAH par redéploiement.

Tableau n° 3 : montant et poids de la dépense au titre de l'AAH dans le budget de l'État, à périmètre constant 2008 (*)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AAH et ses compléments (en Md€)	5,6	6,1	6,6	7,2	7,8	8,2	8,5	8,8	9,1	9,4
Budget de l'État format 2008 (en Md€) (*)	202,9	206,0	205,7	202,3	199,3	194,4	193,1	197,1	197,6	208,1
Poids de l'AAH (en %)	2,8 %	3,0 %	3,2 %	3,5 %	3,9 %	4,2 %	4,4 %	4,5 %	4,6 %	4,5 %

Source : Cour des comptes

(*) Budget de l'État hors fonds de concours, charge de la dette et CAS Pensions. Cette enveloppe est retraitée des mesures affectant son périmètre, afin de garder ce dernier constant (format 2008).

Les projets et rapports annuels de performance (PAP-RAP) du programme 157-Handicap et dépendance ne distinguent pas, en dépense, l'AAH-1 de l'AAH-2. Ce serait pourtant indispensable eu égard aux fortes différences de tendance qui existent entre les deux composantes. À titre d'illustration, en 2018, la croissance du nombre d'allocataires de l'AAH-2 a été de 8,5 %, alors que celui des allocataires de l'AAH-1 est resté quasi-stable.

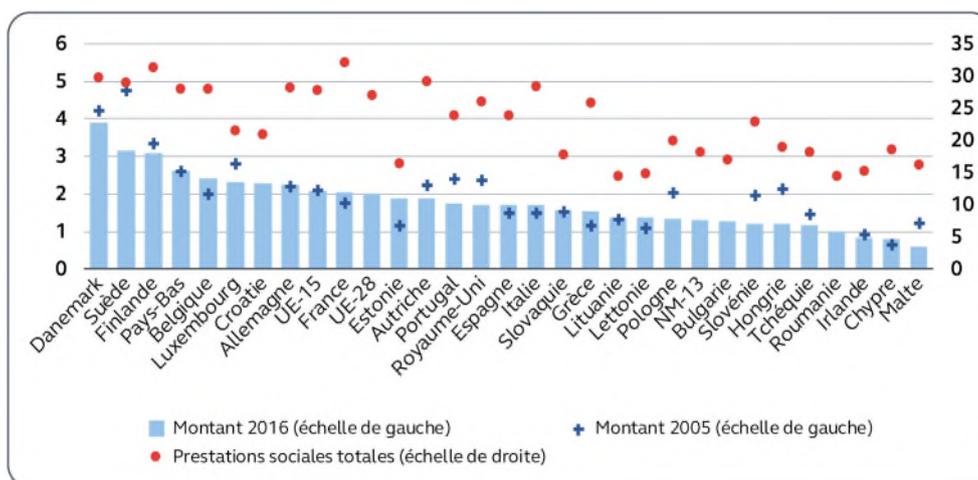
Comparaison européenne de la part des prestations de la politique du handicap et de l'invalidité dans le PIB

Selon la DREES³², l'effort de la France en matière de protection sociale spécifique au handicap et à l'invalidité est passé de 1,7 % du PIB en 2005 à 2,1 % du PIB en 2016, faisant passer la France de la 14^e place à la 9^e place des pays européens.

Ce chiffre mineur pourtant l'effort total de protection sociale bénéficiant aux personnes atteintes d'un handicap dans la mesure où, par construction, les dépenses des autres catégories de protection sociale, notamment les dépenses de santé, ne sont pas prises en compte dans ce périmètre. Pour mémoire, la France se situe en tête des pays européens en termes de prestations sociales totales dans le PIB : 32,1 % du PIB, contre 27,9 % en moyenne dans l'UE-15.

³² DREES, *La protection sociale en France et en Europe en 2017, 2019.*

Graphique n° 3 : niveau des prestations de handicap et d'invalidité en 2016 (en % du PIB)



NM-13 : treize nouveaux membres ayant adhéré à l'UE depuis 2004

Source : DREES : La protection sociale en France et en Europe en 2017, 2019.

B - Une augmentation qui devrait se poursuivre, induisant des arbitrages budgétaires

Les projections relatives à l'AAH sont réalisées conjointement par la DREES, qui procède à l'estimation du nombre probable d'allocataires dans les trois à cinq années à venir, et par la CNAF qui traduit ces projections en dépense.

La DREES prévoit une poursuite de la tendance actuelle à la hausse du nombre d'allocataires, et plus précisément des allocataires de l'AAH-2, bien au-delà des seuls effets mécaniques liés à la démographie³³. L'essentiel de la progression continuerait donc de s'expliquer par l'« effet tendanciel », selon le terme employé par les administrations pour désigner la perpétuation de la dynamique des effectifs liée aux pratiques des MDPH et des CDAPH.

³³ L'étude la plus récente de la DREES anticipe ainsi un nombre d'allocataires de 1 271 000 en 2023, soit + 13 % par rapport à 2017. Ce niveau se décomposerait en + 14 300 pour l'AAH-1 et + 128 000 pour l'AAH-2 (+ 26 %).

Selon la CNAF³⁴, la croissance des dépenses d'AAH sera « dynamique » en 2019 (+ 6,5 %) et 2020 (+ 4,5 %) sous l'effet des revalorisations exceptionnelles intervenues aux 1^{er} novembre 2018 et 2019³⁵. Au total, l'AAH devrait atteindre 11,8 Md€ en 2022. La croissance prévue pour la période 2018-2022 serait donc proche de + 18 % (en euros courants), soit quatre points de plus que la croissance observée entre 2014 et 2018 (+ 14 %).

L'État a intégré ces projections dans la loi de programmation des finances publiques (LPPF) pour 2018-2022, dont l'un des objets est de décrire la manière dont l'État compte maîtriser l'évolution en volume (hors inflation) de ses dépenses dites « pilotables », avec une cible de -1 % en moyenne par an. L'augmentation annuelle de 5 % anticipée pour l'AAH s'écarte sensiblement de cet objectif global à la baisse. Dans le contexte budgétaire actuel, cette prévision de hausse illustre la priorité accordée par l'État à la mise en œuvre de l'engagement de revalorisation pris en 2017, mais elle laisse aussi penser que le Gouvernement considère que les dépenses d'AAH ne sont pas pilotables.

Tableau n° 4 : projections de dépenses de l'AAH dans la loi de programmation des finances publiques pour la période 2018 à 2022

En M€	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 18-22
Dépenses d'AAH	9 735*	10 398	10 974	11 376	11 775	+ 21 %
Progression de l'AAH	-	+7,3 %	+5,5 %	+3,7 %	+3,5 %	na
Progression de la dépense « pilotable »	+ 1 %	- 0,5 %	- 1 %	- 1 %	- 1 %	na

Source : Note 2018/087 CNAF mai 2018 et direction du budget.

* Pour l'année 2018, la CNAF prévoyait une dépense totale de 9 707 M€ soit 17 M€ de plus que le réalisé. La réalisation a été de 9 690 M€.

³⁴ Note CNAF 2018-087/DANSE du 28 mai 2018, *Prévisions de dépenses d'AAH à l'horizon 2022*.

³⁵ Le coût de ces revalorisations est estimé à 42 M€ pour l'année 2018 (deux mois), à 512 M€ pour 2019 et 362 M€ pour 2020. Pour les années suivantes, la prévision repose sur une hypothèse de croissance un peu plus faible (+ 2,6 % en 2021 et + 2,9 % en 2022).

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Avec plus de 1,1 million d'allocataires et un coût de 9,7 Md€ en 2018, l'AAH est le deuxième minimum social en France. Il s'agit d'un minimum social à part puisqu'il contribue aussi à la politique du handicap. En effet, l'AAH n'est théoriquement pas destinée à compenser les coûts liés au handicap – ce qui est l'objet d'une autre prestation, la PCH – cependant, son niveau nettement plus élevé que celui du RSA alimente les ambiguïtés quant à sa vocation réelle, entre soutien au revenu, compensation monétaire des conséquences du handicap et substitution à l'activité professionnelle. Contrairement aux intentions du législateur, la réforme de 2005 n'a pas apporté la clarification voulue.

L'augmentation du nombre d'allocataires de l'AAH, qui était déjà constatée au début des années 1990, s'est poursuivie et nettement amplifiée à partir de 2008. Elle se concentre particulièrement sur l'AAH-2 et est très contrastée selon les départements. Ces disparités territoriales, que les différences sociodémographiques objectives ne suffisent pas à expliquer, soulignent l'enjeu que constituent les pratiques départementales d'attribution : celles-ci sont, avec les changements de la réglementation, les facteurs principaux de la croissance du nombre d'allocataires.

Les prévisions les plus récentes, qui portent jusqu'à 2023, indiquent que l'augmentation du nombre de bénéficiaires va se poursuivre au même rythme, et qu'elle continuera d'être concentrée sur l'AAH-2. Alors que la loi fixe un objectif de réduction en volume des dépenses pilotables de l'État (- 1 % dans les quatre années à venir), une augmentation annuelle de 5 % est encore attendue pour l'AAH. Cette situation rend nécessaire des arbitrages. Il importe à cet égard que ces choix ne soient pas opérés par défaut, mais exposés et arbitrés de manière explicite.

La Cour formule la recommandation suivante :

- 1. dans les documents budgétaires (PAP et RAP), présenter de manière distincte les crédits prévus pour l'AAH-1 et ceux prévus pour l'AAH-2, en détaillant tous les éléments pris en compte pour la formation des prévisions de dépenses.*

Chapitre II

La notion de handicap : des critères larges aux frontières du champ médical et du champ social

Pendant longtemps, les définitions et les barèmes hérités des régimes de l'infirmité et surtout de l'invalidité ont gouverné celui, plus récent, du handicap. Depuis les années 1980, sous l'influence notamment de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des Nations Unies, la notion de handicap a acquis une autonomie législative, assise sur des définitions plus larges mettant en relation une altération fonctionnelle avec les facteurs sociaux et environnementaux susceptibles de la prolonger en situation de handicap.

Cette évolution profonde de la notion de handicap aurait dû avoir pour corollaire l'élaboration d'outils d'aide à la décision destinés à asseoir les décisions relatives à l'AAH sur les bases les plus objectives possibles. Tel n'a pas été le cas. Aujourd'hui encore, le guide-barème et les autres références utilisés pour attribuer les deux AAH sont jugés incomplets par une grande partie des associations représentant les personnes handicapées, tout en laissant une très large place à l'interprétation locale des équipes chargées de la préparation des décisions.

I - Infirmité, invalidité, handicap : évolutions sémantiques et ambiguïtés associées

A - De l'infirmité au handicap : volonté d'intégration et égalité des chances

La notion de handicap est relativement récente. Elle a été utilisée pour la première fois dans un texte officiel en France en 1957, à propos du reclassement professionnel des travailleurs handicapés. Auparavant et jusqu'en 1975, c'est la notion d'infirmité qui était utilisée dans les textes législatifs et réglementaires. Avant la création de l'allocation aux adultes handicapés, existait ainsi une « allocation mensuelle aux infirmes, aveugles et grands infirmes ». L'infirmité était comprise comme une anomalie mentale ou corporelle et donc comme un écart par rapport à une norme.

La notion de handicap s'est imposée progressivement à partir des années cinquante. Le déploiement de mécanismes d'assurance et de solidarité va en effet de pair avec l'idée que la société peut et doit prendre en charge les conséquences des accidents de la vie ou des circonstances qui causent un dommage à un individu. Par ailleurs le progrès des techniques de rééducation médicale et des appareillages rend possible ou favorise, dans de nombreux cas, l'intégration à la vie sociale ordinaire des personnes concernées.

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 avait précisément pour objet de prendre acte de cette évolution en reconnaissant une obligation nationale de solidarité à l'égard des personnes handicapées³⁶, ainsi qu'un objectif d'égalisation des chances et de plein accès à la vie sociale.

Pour autant, ce texte fondateur n'a pas explicitement défini le handicap. Lors des discussions parlementaires sur le projet de loi, la ministre de la santé avait ainsi résumé l'approche retenue dans une formule qui a fait référence : *« Comme vous avez pu le remarquer, le texte ne donne pas de définition du handicap. Le Gouvernement, sur ce point, a choisi une conception très souple et très empirique : sera désormais considérée comme handicapée toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales prévues par les articles 4, pour les mineurs, et 11, pour les adultes, du projet »*³⁷, c'est-à-dire par les COTOREP. C'est donc la reconnaissance administrative qui délimite les contours du handicap.

³⁶ Les termes de « handicap » et de « personnes handicapées » ont remplacé toutes les références à l'infirmité dans le code de la sécurité sociale.

³⁷ *JORF du 4 avril 1975*, débats parlementaires, Sénat, compte-rendu intégral des séances, 2nde session ordinaire 1974-1975 : séance du jeudi 3 avril 1975.

B - Une approche sociale et environnementale du handicap promue par les instances internationales

Une deuxième évolution fondamentale se produit à partir des années 1980. Des associations représentant les personnes handicapées et des sociologues défendent l'idée, dans les instances nationales et internationales, que le handicap n'a pas sa cause dans une déficience individuelle, mais plutôt dans la rencontre entre cette déficience et l'environnement physique, social, culturel de la personne, la conjugaison des deux opposant des obstacles à la pleine participation à la vie sociale. Ce changement d'approche se traduit, au plan sémantique, par l'emploi de l'expression « situation de handicap » ou « situation handicapante », par opposition à celle de « personne handicapée ». Cette dernière expression, pourtant consacrée par la loi de 1975, est alors considérée comme stigmatisante, dans la mesure où elle figerait l'idée d'une non-conformité ou d'une disqualification de la personne handicapée par rapport à une « personne normale »³⁸.

Cette nouvelle conception est relayée par les textes élaborés dans les instances internationales, comme l'ONU ou l'OMS, qui promeuvent une approche du handicap de plus en plus globale et sociale, et de moins en moins centrée sur des critères médicaux.

En 1980, l'OMS a ainsi adopté une première classification internationale des handicaps, intitulée CIH-1, qui a pour vocation de fournir un cadre conceptuel et des références communes en matière de handicap. Pour définir le handicap, la CIH-1 ajoute pour la première fois aux dimensions traditionnelles de déficience (située au niveau de l'organisme et causée par des troubles ou des maladies) et d'incapacité (niveau altéré de performance de l'individu) une troisième notion, celle de désavantage qui est la conséquence pour l'individu de l'interaction avec le milieu physique ou social.

³⁸ Cf. Wynance Myriam, Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions, In *Politix*, vol. 17, n° 66, deuxième trimestre 2004.

En 2001, cette classification, considérée comme encore trop médicale, est remplacée par la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) qui cherche à prendre en compte l'environnement autant que la personne³⁹. La CIF pose les concepts qui sont depuis au cœur des politiques du handicap : la notion d'interaction entre un problème de santé et des fonctions de la personne (déplacement, participation à la vie sociale, etc.) ; la notion de facteurs environnementaux (attitudes sociales et culturelles, cadre de vie) et personnels (sexe, âge, profession, etc.), qui constituent un contexte, lui-même en interaction avec les éléments précédents ; la notion de facteurs individuels qui renvoient à ce qui est ressenti par la personne. Le handicap est alors la situation qui résulte des interactions complexes entre toutes ces dimensions : dans cette logique, le handicap d'une personne en fauteuil roulant provient aussi de l'absence de rampe.

Il s'agit d'une évolution importante. Toute fonction peut être altérée et à l'origine d'une difficulté qui sera qualifiée de situation de handicap. Ainsi, une personne qui souffre de dépression, ou encore d'une addiction, peut être considérée comme étant en situation de handicap, dans la mesure où cette dépression ou cette addiction ont un retentissement dans sa vie sociale.

C - Des conséquences concrètes sur le champ de la population concernée par le handicap en France

La réforme de 2005 s'est inscrite dans ce mouvement et a fait entrer dans le champ de la loi une définition globale du handicap, qui reprend les concepts de l'OMS et de la CIF⁴⁰ : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la*

³⁹ Voir sur ce point, par exemple : Jamouille Marc, *Introduction critique à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, Université catholique de Louvain, janvier 2009 : « *La démedicalisation de l'outil est à l'aune de la participation croissante de sociologues, psychologues et anthropologues et de personnes atteintes elles-mêmes de déficiences dans leur processus de production. Un puissant mouvement intellectuel, communautaire et politique est à la base de l'évolution vers la CIF. (...) Fruit d'une évolution profonde des concepts de santé en une vingtaine d'années, la CIF s'organise autour du concept bio-médico-psycho-social et de la complexité des interactions sociales et environnementales. (...) Ainsi, le handicap n'est pas une maladie, ni un problème seulement individuel, mais une situation influencée par différents facteurs, notamment des facteurs corporels et des facteurs sociaux. Une même déficience, un même problème corporel sera vécu de manière très différente selon le regard que la société porte sur lui, selon la manière dont la société est organisée* ».

⁴⁰ CASF, article L. 114, créé par la loi 2005-102 du 11 février 2005.

vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». La majorité des associations représentant les personnes ou familles concernées par le handicap sont très attachées à cette définition.

En s'émancipant d'une norme objectivable (déficience physique ou mentale par rapport à une situation de référence « normale »), le champ du handicap s'est donc partiellement « démedicalisé » et s'est parallèlement « socialisé » dans la mesure où il inclut l'environnement social dans ses facteurs constitutifs. Ce faisant, son champ est devenu potentiellement très vaste.

Cette évolution crée une difficulté pour appréhender la population concernée, difficulté qu'illustrent par exemple les études de l'Insee et de la DREES. Dans un dossier intitulé « Les personnes en situation de handicap en Ile-de-France » publié en 2014, l'Insee distingue cinq catégories ou définitions du handicap⁴¹. Prises individuellement ou combinées, elles peuvent désigner de 7,4 % à 17,9 % de la population, avec une marge d'incertitude importante.

À partir des mêmes données, la DREES retient trois autres critères pour définir le champ des personnes handicapées au niveau national qui, seuls ou combinés, désignent entre 3,1 % et 23 % de la population, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 5 : effectifs de population concernée par le handicap de 16 ans ou plus vivant à domicile, selon la définition retenue (2008)

	Limitation fonctionnelle	Restriction dans les activités du quotidien	Limitation d'activité depuis au moins six mois pour raison de santé	Au moins un des trois critères précédents
Effectifs (16 ans ou plus)	10 242 000	3 735 000	4 810 000	11 523 000
% de la population	20,5 %	7,5 %	9,6 %	23,0 %
Effectifs (16 à 59 ans)	4 811 000	1 113 000	2 114 000	5 598 000
% de la population	13,1 %	3,1 %	5,7 %	15,2 %

Source : DREES, 2018 : *L'aide et l'action sociale en France*

⁴¹ Ces définitions sont : reconnaissance administrative du handicap ou de perte d'autonomie (7,4 % de la population) ; limitations fonctionnelles graves (12,1 %) ; restrictions d'activité (8,4 %) ; handicap identifié (8,6 %) ; handicap ressenti (9,5 %).

C'est ce dernier chiffre de 12 millions de personnes handicapées en France (23 % de la population de 16 ans et plus, incluant donc aussi les personnes âgées) que la DGCS et le secrétariat d'État aux personnes handicapées affichent dans leur communication.

La démedicalisation et la socialisation de la notion de handicap peuvent donc créer un malentendu. Les situations d'interactions complexes entre des facteurs individuels et environnementaux peuvent concerner, à des degrés divers, toute personne. Mais aujourd'hui encore, le mot de handicap renvoie plus spontanément, dans son acception courante, à une notion de déficience physiologique irréversible, que celle-ci s'exprime sur le plan physique ou mental.

Il résulte de cette évolution qui s'est inscrite dans un temps long, un élargissement du champ du handicap, mais aussi un brouillage de la frontière entre le handicap, au sens commun du terme, et les situations de difficultés d'ordre économique et social, dans la mesure où elles peuvent induire des troubles ou des conséquences médicales ou psychologiques qui font désormais partie du champ du handicap.

II - Un élargissement de la notion de handicap qui se heurte au besoin de critères objectifs pour fonder les décisions administratives

Si la loi de 2005 a introduit en droit une nouvelle définition du handicap, les grandes catégories de la période antérieure, notamment les niveaux d'incapacité de 80 % et de 50 % à 79 % qui déterminent l'éligibilité à l'AAH-1 ou à l'AAH-2 sont restées inchangées et structurent l'action des administrations et instances chargées de prendre les décisions d'attribution.

Afin d'éclairer ces dispositions, les critères de l'incapacité ont été fixés par décret sous la forme d'un guide-barème, qui joue un rôle central, au-delà de la loi, dans le système d'attribution de l'AAH.

A - Une version initiale du guide-barème sous la forme de chapitres par déficience

1 - La difficile adoption du guide-barème relatif à l'incapacité des personnes handicapées

De 1975 à 1993, à défaut de disposer d'un autre outil, les COTOREP ont utilisé le « *guide-barème du code des pensions militaires d'invalidité*

et des victimes de guerre » pour évaluer les niveaux d'incapacité des personnes demandant l'AAH⁴².

Le processus d'élaboration d'un guide-barème propre au handicap n'a été lancé qu'en 1987. Il a duré six ans, preuve de la sensibilité sociale et politique du sujet, mais aussi de la difficulté à faire entrer dans les procédures administratives « classiques » la notion élargie de handicap qui commençait à s'imposer.

Une première version de ce guide a été adoptée en novembre 1993⁴³ sous la forme d'un « *guide-barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées* », figurant en annexe de la partie réglementaire du CASF. Il est construit en rupture avec le modèle précédent, se voulant moins médical et intégrant des éléments relatifs à la vie quotidienne ou à la vie sociale.

Dès 1993, la Cour observait qu'il résultait de ce processus « *une grande incertitude quant aux effets du barème sur la procédure d'attribution des allocations, notamment celle de l'AAH octroyée au titre de l'article 35-II de la loi de 1975 [AAH-2]* »⁴⁴.

2 - Les critères spécialisés par déficience : des éléments indicatifs, hétérogènes et subjectifs

Le guide-barème se présente sous la forme de huit chapitres spécialisés par grand type de déficiences :

- (i) Déficiences intellectuelles et difficultés de comportement ;
- (ii) Déficiences du psychisme ;
- (iii) Déficiences de l'audition ;
- (iv) Déficiences du langage et de la parole ;
- (v) Déficiences de la vision ;

⁴² Ce guide, datant de 1924, répertoriait de manière très détaillée toutes les atteintes corporelles pouvant résulter d'une situation de guerre et y faisait correspondre des taux d'invalidité qui pouvaient d'ailleurs s'additionner entre eux selon la règle dite de « Balthazar ».

⁴³ Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, modifié en 2007 pour tenir compte de la définition nouvelle du handicap introduite par la loi du 11 février 2005. Ce guide-barème est commun avec d'autres prestations : AEEH et carte d'invalidité, notamment.

⁴⁴ Cour des comptes, *Rapport public particulier, Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes*. La Documentation française, novembre 1993, 195 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

- (vi) Déficiences viscérales et générales ;
- (vii) Déficiences de l'appareil locomoteur ;
- (viii) Déficiences esthétiques.

Chaque chapitre définit l'ensemble des critères et des éléments constitutifs des niveaux d'incapacité à prendre en compte lors de l'évaluation des dossiers des personnes handicapées.

Ces éléments sont peu précis, en raison de deux caractéristiques principales.

a) Les taux d'incapacité ne sont pas déterminés sous forme d'un barème, avec un lien univoque entre une limitation fonctionnelle précise et un taux d'incapacité. Les critères se présentent sous la forme de listes, ou simplement d'éléments à prendre en compte, qu'il s'agit d'évaluer de façon globale⁴⁵.

Comme l'explique la DGCS, cette présentation a l'avantage d'être souple et de refléter la grande diversité des situations à évaluer, quelle que soit la nature des déficiences et incapacités, l'origine des troubles (lorsqu'ils ne sont pas explicitement évoqués). Le guide permet aussi de prendre en compte la situation de personnes concernées par des déficiences multiples.

Cependant, le caractère général et disparate des éléments à prendre en compte pose problème. Ces éléments sont décrits en termes généraux, chacun n'est pas nécessairement obligatoire, certains se présentent sous forme de questions sans que les réponses n'apportent de solutions univoques. Parfois, seuls des exemples tiennent lieu de références. Dans d'autres cas, l'accumulation des éléments pouvant être pris en compte est telle que le champ des possibles est extensible. Au total, les marges d'interprétation sont considérables.

b) Les niveaux ou fourchettes de taux d'incapacité fixés par le guide sont déterminés par une échelle d'adjectifs et non par l'énoncé de situations factuelles : selon un chapitre du guide, l'évaluateur doit décider si la déficience est plutôt « légère » (fourchette d'incapacité la plus basse), « moyenne », « importante » ou « sévère » (pour la fourchette d'incapacité la plus haute), ou encore, selon un autre chapitre, si l'incapacité est « modérée », « importante » ou « majeure ». Ainsi, l'attribution de l'AAH correspondra à la transition entre d'une part un retentissement « moyen », « modéré » ou « gênant » (constitutif d'une incapacité inférieure à 50 %, non éligible à l'AAH) et d'autre part un retentissement « important » (caractéristique d'une incapacité supérieure à 50 %, éligible à l'AAH). Cette gradation d'adjectifs, qualitative et

⁴⁵ Comme en témoignent les exemples reproduits en annexe.

subjective, est peu déterministe et donne une place importante à l'appréciation au cas par cas.

Deux chapitres du guide-barème font exception et déterminent de façon univoque le taux d'incapacité en fonction d'une mesure quantifiée de la déficience. Il s'agit des déficiences de l'audition (le critère est la moyenne de la perte en décibels pour trois fréquences d'audition données), et des déficiences de la vision (critère de l'acuité visuelle mesurée en dixièmes).

Au total, les chapitres du guide-barème sont hétérogènes et obéissent à leur logique propre, alors que le guide-barème devrait être un outil unifié garantissant l'homogénéité de l'analyse. Le chapitre relatif aux déficiences du psychisme, dont des extraits sont reproduits en annexe, illustre particulièrement les différentes dimensions évoquées ci-dessus : le flou des définitions et des critères, la difficulté à évaluer la situation en particulier ce qui établit spécifiquement le handicap et l'interprétation extensive qui peut en résulter.

B - Après la loi de 2005, de nouveaux critères transversaux de nature sociale et environnementale

Pour renforcer l'approche sociale et environnementale du handicap, et tenir compte de la nouvelle définition introduite par loi du 11 février 2005, le guide-barème a été revu en 2007. Cette réforme a introduit des principes généraux en introduction du guide⁴⁶. Superposée aux critères déjà présents dans les chapitres, une nouvelle définition très générale des seuils de 50 % et 80 % est proposée :

- L'incapacité comprise entre 50 % à 79 % résulte de « *troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne, alors même que l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne* » ;
- L'incapacité supérieure à 80 % résulte de « *troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle* ».

Par ailleurs, la nouvelle introduction du guide pose le principe selon lequel l'évaluation de la personne doit être globale et individualisée. Pour mener à bien cette évaluation, le texte rappelle que l'analyse ne doit pas se

⁴⁶ Ajout opéré par le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007. Témoin de la sensibilité de cette réforme, tout comme celle de 1993, elle a nécessité trois ans, alors même que son objet était en apparence limité. Le décret réécrit, par ailleurs, le chapitre relatif aux déficiences viscérales et générales.

limiter à la prise en compte de la déficience de fonction et à celle de l'incapacité (c'est-à-dire la limitation d'activité) qui en résulte, mais que doivent être pleinement intégrés les « *désavantages* », qui sont les conséquences de ces deux premières dimensions en termes de limitations du « *rôle social normal en rapport avec [...] les facteurs sociaux et culturels* »⁴⁷.

Dans ce schéma conceptuel, le diagnostic médical est un élément utile à la connaissance de la situation, mais il n'est pas strictement nécessaire et dans tous les cas ne suffit pas pour caractériser et évaluer le handicap.

Cette modification apportée au guide-barème, qui semble *a priori* limitée à des principes, a cependant plusieurs conséquences concrètes :

- Tout d'abord elle dispose que le taux d'incapacité de 50 % est atteint dès lors qu'une « gêne notable » est observée dans la seule vie sociale, quand bien même la vie quotidienne ou professionnelle ne serait pas perturbée. Les marges d'interprétation qui en résultent sont particulièrement larges. La notion de vie sociale n'est pas définie, pas plus que le moment à partir duquel celle-ci peut être considérée comme altérée « notablement ». Par comparaison, la notion d'actes de la vie quotidienne (seuil à 80 %) est définie par des exemples concrets et relativement clairs – même s'ils peuvent être sujets à interprétation.
- Par ailleurs, pour le taux de 50 % à 79 %, elle entre en contradiction avec les critères détaillés dans chacun des chapitres par déficience, qui prévoient que les retentissements pris en compte doivent concerner, non seulement la vie sociale, mais aussi la vie professionnelle et quotidienne. Quelques exemples sont présentés en annexe.

Une tentative de remise en cohérence de la part de la CNSA

En complément du guide-barème adopté par décret, la CNSA a élaboré plusieurs guides à destination des équipes des MDPH chargées de l'instruction de demandes nécessitant la reconnaissance d'une situation de handicap.

⁴⁷ Les désavantages subis peuvent être plus ou moins importants selon que l'environnement de la personne est facilitateur ou constitue un obstacle : ils doivent donc être estimés en fonction des « *interaction[s] entre la personne et son environnement* ».

Dans le « Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées » (2013), s'agissant du seuil d'incapacité de 50 %, la CNSA propose une synthèse entre les définitions données par l'introduction du guide-barème d'une part et ses chapitres d'autre part, afin que les équipes d'évaluation sachent comment appliquer les textes. Elle retient comme critère central l'« *entrave notable dans la vie quotidienne* ».

Cependant, cet outil ne s'impose pas aux MDPH ; il n'est pas opposable non plus aux demandeurs dans la mesure où seul le guide-barème a une valeur juridique. Sa diffusion et son usage dépendent de la formation des équipes pluridisciplinaires, ainsi que de la place que les différents acteurs souhaitent lui donner.

Compte tenu de ces limites, voire contradictions, la remise en cohérence des critères du guide-barème apparaît nécessaire, notamment pour la définition du seuil à 50 % qui concentre aujourd'hui les difficultés.

III - Une connaissance insuffisante des bénéficiaires de l'AAH et de leurs handicaps

En parallèle de la nouvelle définition du handicap, la loi de 2005 posait comme impératif de disposer pour l'ensemble du territoire d'un système d'information unique permettant de collecter les données sur les usagers des MDPH. Cet impératif n'a pas été respecté.

A - Le système d'information des MDPH : une obligation légale non respectée

Le système de gestion des COTOREP n'était pas conçu pour collecter des données et informer sur la nature des handicaps pris en charge. Par conséquent, l'État ne disposait d'aucune connaissance sous l'angle épidémiologique et statistique des personnes recensées.

Pour remédier à cette lacune, la loi du 11 février 2005 prévoyait la création d'un système d'information unique par lequel les MDPH devaient transmettre à la CNSA des données relatives à leur activité, ainsi qu'aux caractéristiques des personnes inscrites auprès d'elles. Ces données devaient être transmises à l'État « *à des fins de constitution d'échantillons statistiquement représentatifs en vue de l'étude des situations et des parcours des personnes* »⁴⁸.

⁴⁸ Articles L. 247-2 et L. 247-4 du code de l'action sociale et des familles.

Ces obligations n'ont jusqu'à présent jamais été respectées.

En juin 2005, moins de six mois après la promulgation de la loi, la tonalité de la circulaire venant préciser les modalités de mise en place des moyens des MDPH nouvelles⁴⁹ était déjà très en retrait des principes posés par le législateur. Les systèmes existants, OPALES et ITAC, étaient maintenus et leur usage transféré aux nouvelles MDPH. Quant au système d'information prévu par la loi, la circulaire mentionnait désormais « *une réflexion [...] actuellement conduite sous [l']autorité [de l'État] en étroite relation avec la CNSA et en lien avec l'assemblée des départements de France (ADF) pour déterminer les conditions dans lesquelles les systèmes d'information devront évoluer à moyen terme* ».

Dès 2006, les MDPH ont commencé à se doter de leurs propres systèmes d'information et à abandonner progressivement les logiciels OPALES et ITAC. L'obligation de passer à un nouveau système unique était toujours évoquée mais non mise en œuvre. La pratique consistant pour la CNSA à collecter manuellement, via des enquêtes annuelles, des données départementales nécessairement disparates et à effectuer des redressements statistiques s'est ainsi mise en place dès cette époque, et perdure.

Dans le même temps, deux décrets ont été pris en 2007 et 2008⁵⁰ pour organiser le futur système d'information unique et préciser les contours du dispositif statistique devant être mis en œuvre. Ils réaffirmaient le fait que le traitement automatisé de données à caractère personnel a pour finalité la production de statistiques « *nécessaires au suivi des politiques du handicap et à l'élaboration et à la mise en œuvre du schéma départemental* » et listaient en conséquence parmi les informations à recueillir « *la nature du diagnostic médical, des déficiences et des limitations d'activité, désignées par référence aux classifications reconnues [...] ainsi qu'aux nomenclatures de limitation d'activité [...]* ».

Ces textes n'ont pas été davantage respectés que le précédent et la mission de recueil d'information statistique confiée par la loi à la CNSA et aux MDPH a continué à être réalisée via des enquêtes annuelles.

⁴⁹ Circulaire du 24 juin 2005 du ministère de l'éducation nationale et des ministères sociaux portant sur les concours apportés par l'État au fonctionnement des MDPH.

⁵⁰ Décrets n° 2007-965 du 15 mai 2007 et n° 2008-833 du 22 août 2008.

Le « club des codeurs »

À défaut d'un système d'information unique, une meilleure connaissance du public handicapé au plan national aurait nécessité un encouragement à la collecte des informations au niveau de chaque MDPH et une structuration de ces pratiques. Un temps poursuivis, ces objectifs n'ont pas été menés à terme. Sous l'impulsion de la CNSA, un « club des (départements) codeurs » a été lancé en octobre 2012 et la région Champagne-Ardenne a été désignée comme pilote. Cette initiative visait la saisie par les MDPH des types de pathologies et de déficiences pour chaque dossier d'usager, sur la base d'une nomenclature commune. Non partagée par l'ensemble des acteurs locaux, le projet n'a cependant pas perduré et *a fortiori* n'a pas été généralisé.

Le codage est désormais une réalité très disparate. Près de la moitié des MDPH ne pratique aucun suivi statistique des déficiences et pathologies de leurs usagers⁵¹.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV, est venue réaffirmer le principe du système d'information unique, en renforçant et clarifiant ses ambitions : le système d'information doit être commun aux MDPH et interopérable avec les systèmes d'information des départements, de la CNAF et de la CNSA.

Cette nouvelle étape a donné l'occasion à la CNSA et aux conseils départementaux de relancer le projet. Mais en dépit de la volonté très claire du législateur, la situation reste encore très éloignée de l'objectif de la loi de 2005 :

- Plutôt qu'un système unique, le choix a été fait, après concertation avec l'ADF et l'association des directeurs de MDPH, de conserver les trois types de systèmes existants actuellement, et de les faire converger par des adaptations à réaliser par les éditeurs de logiciels. Au terme du projet, tous les systèmes devront respecter un cahier des charges commun.
- Concernant la connaissance du handicap, le cahier des charges défini par la CNSA ne prévoit le codage des déficiences dans un premier temps que pour un sous-ensemble limité de situations et comme condition du versement du solde de subventions aux MDPH pour le changement de leur système d'information. Ont été retenues à ce stade trois catégories de demandes : (i) les demandes de PCH ; (ii) les orientations en

⁵¹ Source : CNSA. À la question : « En 2017, pratiquez-vous le codage ? », 46 MDPH ont répondu : « non, pas du tout » ; 33 : « oui pour certains dossiers » ; 20 : « oui pour tous les dossiers ». 33 n'ont pas répondu à la question.

établissement ou en service médico-social et (iii) les dossiers des bénéficiaires usagers de moins de 20 ans. L'AAH ne figure donc pas parmi ces premiers domaines de codage. Cette évolution est considérée par la CNSA comme étant d'ores et déjà un objectif exigeant au regard de la diversité des réalités locales et l'exhaustivité reste un objectif qui ne fera partie des conventions négociées qu'à partir de 2020 entre les départements et la CNSA.

En d'autres termes, une fois déployé, le SI commun des MDPH ne garantira toujours pas le respect de l'impératif posé par la loi en 2005 d'une meilleure connaissance statistique des usagers des MDPH.

B - Selon les données existantes, la part importante d'allocataires concernés par des déficiences psychiques

Chaque année, la CNSA tente, à travers plusieurs enquêtes auprès des MDPH, de rassembler des données épidémiologiques relatives au handicap et aux besoins des personnes. En 2017, seules trente-trois MDPH ont transmis des informations de suivi relatives aux grands types de handicap – données dont la fiabilité est, au demeurant, incertaine.

D'après ces données, la déficience la plus représentée quantitativement parmi les usagers des MDPH toutes prestations confondues est la déficience motrice (29 % des dossiers annuels, 34 % des personnes ayant un droit ouvert), suivie de la déficience du psychisme (22 % pour le « flux » et 18 % pour le « stock »), puis les déficiences viscérales et intellectuelles. Au total, ces quatre catégories représentent entre 70 et 80 % des personnes disposant de droits ouverts auprès des MDPH (cartes d'invalidité ou de priorité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou RQTH, prestations, etc.). Les déficiences auditives et visuelles ne représentent respectivement que 4 % et 3 % des dossiers.

Pour ce qui concerne les allocataires de l'AAH, la CNSA ne disposant pas de données spécifiques, seules deux sources sont disponibles. Il s'agit d'une part d'une enquête statistique de la DREES établie en 2007, déjà ancienne, et d'autre part de données récentes issues d'un échantillon de MDPH qui ont mis en place un suivi des déficiences principales pour les allocataires de l'AAH. Dans les deux cas, le codage montre une surreprésentation du handicap psychique au sein de l'AAH par rapport aux demandes reçues par les MDPH.

(i) L'enquête AAH de la DREES en 2007, examinait la répartition des demandes d'AAH par type de déficience principale. Ses résultats, reproduits en annexe, montrent que la répartition des déficiences pour les demandeurs d'AAH était similaire à celle de l'ensemble des demandes (y compris demandes hors AAH). En revanche, s'agissant non plus des demandes mais des attributions d'AAH, la répartition était sensiblement différente. Représentant 25 % des demandes, le handicap psychique constituait la déficience la plus représentée parmi les AAH attribuées : 28 % des AAH accordées, et même 42 % des AAH-2⁵². La situation était ainsi particulièrement contrastée avec le handicap moteur, dont la part parmi les demandes était plus importante (29 %), mais celle parmi les AAH accordées la plus faible (22 %).

(ii) Des données disponibles plus récentes concernant quatre départements pour lesquels la Cour a pu exploiter les données de codage. Les résultats en sont reproduits ci-dessous.

Tableau n° 6 : déficiences principales des attributaires de l'AAH dans quatre départements (années 2016 et 2018)

	Département A (données de stock)			Dpt B (flux)	Département C (flux)			Département D (flux)		
	AAH-1	AAH-2	Total	Total	AAH-1	AAH-2	Total	AAH-1	AAH-2	Total
Déficiences intellectuelles et cognitives	19 %	7 %	12 %	30 %	18 %	14 %	15 %	11 %	22 %	18 %
Déficiences du psychisme	14 %	26 %	21 %	29 %	27 %	50 %	40 %	51 %	39 %	44 %
Déficiences auditives	4 %	1 %	2 %	2 %	5 %	0 %	2 %	0 %	5 %	3 %
Déficiences du langage	6 %	1 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Déficiences visuelles	6 %	1 %	3 %	2 %	4 %	0 %	2 %	0 %	4 %	3 %
Déficiences viscérales	11 %	22 %	17 %	12 %	15 %	10 %	12 %	17 %	15 %	16 %
Déficiences motrices	21 %	35 %	29 %	13 %	17 %	17 %	17 %	20 %	13 %	16 %
Autres déficiences	0 %	0 %	0 %	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Surhandicap	0 %	0 %	0 %		1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Plurihandicap	13 %	7 %	10 %	7 %	11 %	7 %	9 %	0 %	0 %	0 %
Polyhandicap	6 %	1 %	3 %	1 %	2 %	0 %	1 %	0 %	2 %	1 %
État végétatif chronique	0 %	0 %	0 %		0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Année 2016 pour le département B, année 2018 pour les départements A, C et D

Source : Cour des comptes, d'après les données des quatre MDPH concernées

⁵² Dans la précédente enquête statistique, qui avait eu lieu dix ans auparavant, en 1998, la déficience psychique représentait 39 % des AAH-2 accordées, soit 3 points de moins qu'en 2007.

Ces données soulignent l'importance du handicap psychique, qui représente, selon les départements, entre 21 et 44 % des déficiences principales des nouveaux attributaires de l'AAH. Cette proportion atteint 50 % des nouveaux attributaires dans un département pour l'AAH-2, et 51 % dans un autre département pour l'AAH-1.

Dans deux départements sur les quatre étudiés, le handicap psychique est ainsi la déficience principale la plus représentée, et elle est la seconde dans les deux autres départements (respectivement derrière les déficiences intellectuelles et les déficiences motrices).

Les données, quoique lacunaires, mettent en évidence un ensemble de résultats qui confirment le décalage entre l'image associée au handicap et sa réalité : les troubles psychiques sont la déficience principale au sein de l'AAH (plus de 40 % des entrées dans l'AAH-2 dans certains départements), tandis que d'autres types de déficience y ont une part beaucoup plus réduite (5 % par exemple pour les déficiences auditives et visuelles).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'accentuation de la croissance du nombre d'allocataires de l'AAH, intervenue à partir du milieu des années 2000, correspond aussi à un moment de renouvellement du contenu du handicap, par la prise en compte de dimensions sociales et d'aspects plus subjectifs.

L'élargissement notable de la notion, porté par les disability studies anglo-saxonnes et repris par les normes internationales, a été réalisé en France par la loi de 2005. Cette évolution consiste en une relative démedicalisation : tout désavantage né d'une altération de fonction, combiné à des facteurs extérieurs à la personne concernée (son environnement), peut désormais constituer un handicap, dans la mesure où il vient affecter sa vie quotidienne ou sociale. Dans cette perspective, selon la DGCS, 12 millions de personnes seraient concernées par le handicap en France, soit plus d'une personne sur cinq.

Ce changement profond, que l'on peut qualifier de sociétal, a des conséquences majeures pour l'AAH :

- *d'une part, la définition de critères d'attribution objectifs est rendue plus complexe. Certains critères actuellement appliqués sont vagues, en particulier concernant la notion d'atteinte à la vie sociale, et placent les évaluateurs dans la situation de devoir faire des choix en partie subjectifs, avec pour conséquence mécanique des différences de*

pratiques territoriales incompréhensibles pour les personnes concernées ;

- *d'autre part, un certain nombre de situations complexes, mêlant des facteurs médicaux et sociaux, peuvent être considérées comme des handicaps, au fur et à mesure que la définition du handicap évolue.*

Au total, l'élargissement de la notion de handicap constitue un facteur essentiel de compréhension de la croissance de l'AAH. Il importe donc, tout en prenant acte de l'évolution normative du handicap, de donner plus de cohérence aux critères d'attribution de l'allocation, et d'en tracer plus clairement les limites, notamment pour la question du seuil à 50 % (éligibilité à l'AAH-2) qui concentre aujourd'hui les difficultés.

Enfin, le fait que le recueil d'informations statistiques sur les pathologies et les déficiences soit tributaire de l'intérêt de chaque MDPH pour ce sujet, en dépit d'une obligation légale leur confiant explicitement cette mission, est particulièrement préoccupant. Le nouveau système d'information en cours de déploiement constituera un progrès mais ne garantit pas à lui seul que le codage des déficiences sera effectif et que la connaissance des profils et des besoins des usagers s'améliorera. À organisation inchangée, la CNSA et la DGCS resteront largement tributaires de la bonne volonté de chaque département et de chaque MDPH. Seul un mécanisme de retenue financière serait de nature à rendre effective l'exigence de suivi statistique posée par le législateur en 2005.

Dans ces conditions, la Cour formule les recommandations suivantes :

2. *rétablir la cohérence du guide-barème entre ses principes généraux introductifs et les développements par déficience, en précisant que le seuil de 50 % d'incapacité n'est atteint qu'en cas de gêne notable dans les trois domaines de la vie quotidienne, sociale et professionnelle ;*
 3. *sanctionner financièrement, dans le cadre des relations conventionnelles avec la CNSA, l'absence de mise en œuvre par les MDPH de leurs obligations légales en matière de suivi statistique, par exemple par un mécanisme de retenue financière.*
-

Chapitre III

AAH et emploi : un rapport ambigu, entre substitution et incitation

Bien que cela n'ait pas été formulé avec beaucoup de clarté au moment de la création de l'AAH, il ne fait guère de doute que, dans l'esprit de ses concepteurs, cette allocation visait à se substituer à des revenus d'activité, étant donné la quasi-impossibilité pour ses bénéficiaires de s'insérer sur le marché du travail. Aujourd'hui encore, pour les administrations en charge du dispositif et pour les associations représentant des personnes handicapées, le différentiel significatif qui existe entre l'AAH et le RSA à l'avantage de la première est d'abord et principalement la conséquence de cet état de fait.

Au fil du temps, depuis 1975 et avec une nette accélération depuis l'intervention de la loi de 2005, cette conception a changé. L'idée selon laquelle les personnes en situation de handicap doivent être encouragées et accompagnées vers l'emploi, en milieu ordinaire ou en milieu protégé, s'est progressivement imposée. En conséquence, depuis une dizaine d'années, l'AAH s'est vue assigner un nouvel objectif, celui de constituer un « tremplin pour l'emploi », et différentes facilités ont été mises en place pour permettre aux allocataires de cumuler partiellement revenus d'activité et AAH. Cet objectif n'est de fait pas pertinent pour tous les allocataires.

I - L'accès à l'emploi : un nouvel objectif qui n'a de sens que pour une partie des allocataires

A - Renoncement à l'emploi ou incitation à l'activité : un changement majeur d'objectif à partir de 2006

L'objectif de l'AAH, à sa création en 1975, n'était pas spécifiquement de favoriser l'accès à l'emploi ou à un parcours d'insertion. Elle était au contraire réservée à des personnes concernées par une incapacité permanente de travailler ou à celles qui, bien que leur incapacité soit plus faible, étaient dans l'impossibilité de se procurer un emploi du fait de leur handicap. L'AAH était à cette époque, avec le minimum vieillesse, le seul revenu minimum garanti, et dans un contexte pré-RMI, ces deux minima se substituaient clairement aux revenus d'activité.

Le champ de l'AAH a ainsi dès l'origine comporté une part d'indétermination. L'AAH-2 a rapidement pu être utilisée pour répondre à des situations mêlant handicap et difficultés sociales, ou conséquences psycho-médicales du chômage de longue durée et de la précarité. La Cour des comptes notait dans son rapport public thématique de 1993 précité, qu'« un certain nombre de COTOREP ouvraient des droits à l'[AAH-2] à des personnes dans l'impossibilité de se procurer un emploi du fait du chômage et non de leur handicap » et qu'il convenait, pour revenir aux principes de la loi d'orientation de 1975, « qu'il soit mis fin à l'extension du champ d'application de l'AAH au-delà de la population qu'elle vise »⁵³.

La mise en place du RMI (puis du RMA en 2003 et du RSA en 2008) créait en principe une distinction nette entre les publics bénéficiaires des dispositifs : les personnes justifiant d'un taux d'incapacité important relevaient de l'AAH-1 ; l'AAH-2 concernait les personnes pour lesquelles la perspective d'un emploi était quasi inexistante du fait d'un handicap⁵⁴ ; et le RMI / RSA était destiné aux personnes pour lesquelles un parcours d'insertion était possible (capacité à exercer une activité professionnelle à court ou moyen terme).

⁵³ C'est notamment pour répondre à cette difficulté qu'a été introduit en 1994 un seuil d'incapacité minimum de 50 % pour l'AAH-2 : article 95 de la loi de finances pour 1994 et seuil minimal fixé à 50 % par décret en mai 1994.

⁵⁴ Condition d'impossibilité de se procurer un emploi ou IPE.

Le lien entre handicap et emploi a évolué sensiblement, notamment avec l'émergence d'une obligation d'emploi de travailleurs handicapés en 1987, puis lors de l'adoption de la loi du 11 février 2005 précitée, dont un chapitre était exclusivement consacré à l'emploi et à l'insertion professionnelle. L'exposé des motifs de la loi indique que l'emploi, comme l'école, permet la participation effective des personnes handicapées à la vie sociale.

Concrètement, la loi du 11 février 2005 a rendu possible le cumul intégral pendant six mois, puis partiel sans limitation de durée entre AAH et revenus d'activité. Cette mesure s'est aussi traduite par l'introduction dans les documents budgétaires d'indicateurs de performance relatifs au taux d'allocataires de l'AAH percevant également une rémunération d'activité (objectif fixé à 20 % environ)⁵⁵, attestant que l'État a désormais pour objectif d'accompagner les allocataires vers l'emploi, au moins à hauteur de cette cible.

Dans le prolongement de cette approche nouvelle, une mission conjointe de l'IGF et de l'IGAS a proposé en 2006 de substituer à la notion d'« impossibilité d'occuper un emploi » celle de « désavantage reconnu dans la recherche d'emploi du fait du handicap » pour atténuer l'aspect absolu de « l'impossibilité » et pour rendre la perception de l'AAH conciliable avec une démarche d'insertion dans les situations où l'incapacité est inférieure à 80 % (AAH-2).

Ainsi, à partir de 2006, l'AAH doit remplir non seulement son objectif initial de garantir un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap, mais elle doit aussi participer à leur insertion sociale et professionnelle. Cette évolution s'affirme particulièrement en 2008, avec l'adoption du Pacte national pour l'emploi des personnes handicapées où l'objectif est de faire de l'AAH un « tremplin vers l'emploi »⁵⁶.

⁵⁵ En 2006, l'État s'est fixé comme objectif pour l'AAH d'« accompagner le retour vers l'emploi pour développer la part du revenu du travail dans les ressources des allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) », objectif qui demeure inchangé depuis (objectif n° 3 du programme « Handicap et dépendance »).

⁵⁶ Par exemple, l'examen de la qualité de travailleur handicapé lors d'une demande d'AAH est devenu systématique. En cas de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), l'ambition était de proposer à l'allocataire un bilan professionnel et un accompagnement par le service public de l'emploi.

Ces évolutions se retrouvent dans les rédactions successives de la condition d'emploi prévue pour l'AAH-2.

Tableau n° 7 : rédactions successives de la condition d'emploi prévue par l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale

De 1975 à 2004	De 2005 à 2006	De 2007 à 2008	Depuis 2009
« être, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité – reconnue par une commission – de se procurer un emploi »	« ne pas avoir occupé d'emploi depuis plusieurs années et être, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité – reconnue par une commission – de se procurer un emploi »	« ne pas avoir occupé d'emploi depuis plusieurs années et se voir reconnaître par une commission une restriction durable et substantielle d'accès à l'emploi (RSDAE), compte tenu de son handicap »	« se voir reconnaître par une commission une restriction durable et substantielle d'accès à l'emploi, compte tenu de son handicap »

Source : Cour des comptes d'après code de la sécurité sociale

L'introduction de la notion de restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) en 2007⁵⁷ a renforcé la possible confusion entre le champ du handicap et celui de la précarité ou des difficultés d'accès à l'emploi dans un contexte de chômage élevé⁵⁸.

En pratique la question des frontières du handicap continue de se poser, notamment parce que ces frontières sont interprétées différemment sur le territoire et donnent lieu, selon les départements, à des transferts du

⁵⁷ Article 131 de la loi n° 2006-1666 du 21 décembre 2006 de finances pour 2007.

⁵⁸ Dans un rapport de 2010, l'IGAS relevait que « l'appréciation de cette restriction substantielle et durable dépend largement d'un examen médical (qui, au-delà de l'appréciation d'un taux d'incapacité au moins égal à 50 %, ne peut guère aller au-delà du constat de quelques contre-indications par rapport à certains métiers ou de difficultés psychiques rendant difficile la socialisation par le travail) et d'informations sur l'ancienneté du chômage, sans que puisse véritablement se dégager une norme à ce sujet. Le caractère très relatif ou subjectif de ces appréciations, et l'absence d'identification et de suivi de cette question au sein des MDPH [...] donnent à penser qu'il y a là une zone de risques non négligeable de dérive vers le handicap social, ou de transfert RSA/minima sociaux vers l'AAH ».

RSA vers l'AAH⁵⁹, risque identifié dès 2010 par l'IGAS mais qui n'a encore jamais été rigoureusement quantifié ni circonscrit.

B - Des résultats mitigés, justifiés par des situations de handicap et d'employabilité très diverses

Plus de dix ans après la fixation de cet objectif, les résultats sont cependant limités. On observe dans le tableau ci-dessous la stabilité, et même le recul, du taux d'accès à l'activité professionnelle salariée pour les allocataires de l'AAH depuis 2008. De 18,8 % en 2005, la proportion d'allocataires salariés est passée à 24,9 % en 2014, avant de redescendre à 19,0 % en 2017.

Les allocataires sans activité ou au chômage représentent 81 % de l'ensemble.

Tableau n° 8 : part des allocataires de l'AAH percevant une rémunération d'activité (indicateur LOLF)

En %	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
En ESAT	12,1	12,5	12,4	12,5	12,0	12,0	13,1	10,2	10,1	10,0
En milieu ordinaire	7,0	7,9	7,6	8,0	10,8	10,8	11,8	9,1	9,0	9,0
Total	19,1	20,4	20,0	20,5	22,8	22,8	24,9	19,3	19,1	19,0

Source : Rapports annuels de performance (RAP) de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances, 2006 à 2018.

Avertissement : la DREES, citée supra, chiffre l'emploi salarié à 17,5 % des allocataires de l'AAH en 2015, alors que selon ces dernières données, la proportion serait de 19,3 %. Ce décalage n'est pas une erreur mais s'explique par des sources différentes : chacune de ces sources reste valable dans son domaine (comparaison entre minima pour l'une, évolution temporelle pour l'autre).

⁵⁹ Exemple de l'audition du 25 mai 2000 de M. Patrick Segal, délégué interministériel aux handicapés (1995-2002), devant la mission d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale, au sujet du fonctionnement des COTOREP : « Les COTOREP ne sont pas du tout préparées à aborder correctement le handicap social [...] Cette appellation qui, à mon sens, est fallacieuse, qui a trompé son monde et qui a contraint les COTOREP à faire un métier qui n'était pas le leur, c'est-à-dire à amalgamer [...] des handicapés physiques, mentaux, sensoriels et polyhandicapés à ceux que l'on appelle des handicapés sociaux. À mon sens, c'est là une erreur sémantique, une erreur fonctionnelle. [...] Aujourd'hui, il y a presque une forme de provocation à dire aux personnes handicapées physiques, mentales, sensorielles et polyhandicapées qu'elles sont amalgamées à des personnes qui sont dans le stress du chômage. Ce sont deux choses totalement séparées ».

Par comparaison avec les autres minima sociaux, cette situation est relativement moins défavorable. Les statistiques de la DREES⁶⁰ indiquent que l'AAH est le minimum social présentant le taux d'allocataires salariés le plus important : 17,5 % pour l'AAH fin 2015, contre 12,4 % pour le RSA socle et 9,6 % pour l'ASS. Cela s'explique néanmoins par l'emploi en établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), dispositif d'emploi protégé qui bénéficie spécifiquement aux personnes handicapées. Parmi les allocataires de l'AAH qui occupent un emploi salarié, la majorité (58 %) travaillent ainsi en ESAT et une minorité (42 %) travaillent en milieu ordinaire⁶¹.

Les taux de sortie de l'AAH demeurent néanmoins très faibles (sur 100 allocataires en année N, 94 seront toujours allocataires en année N+1) et *a fortiori* les taux de sortie vers un emploi (1,2 % de sortie de l'AAH vers un emploi salarié). Par comparaison, ce même taux est de 9,9 % pour les allocataires du RSA et 14,8 % pour les allocataires de l'ASS.

Tableau n° 9 : taux d'entrée et de sortie dans les principaux minima sociaux (année 2016)

En %	RSA socle	AAH-1	AAH-2	Ensemble AAH	ASS	Ensemble
Taux d'entrée	24 %	6 %	17 %	11 %	31 %	20 %
Taux de sortie	27 %	5 %	8 %	6 %	30 %	21 %

Taux d'entrée : entrées en année N (et présence au 31/12/N) rapportées au stock au 31/12/N.

Taux de sortie : sorties en année N (absence au 31/12/N) rapportées au stock au 31/12/N-1.

Source : DREES, 2018 : Minima sociaux et prestations sociales.

Cette situation peut s'expliquer par les difficultés des personnes pour lesquelles cette allocation a été créée : certaines déficiences et pathologies (polyhandicaps, atteintes neurologiques graves) sont très invalidantes et rendent illusoire l'accès à un emploi salarié, que ce soit dans le milieu ordinaire ou protégé. Selon les types de handicap, les associations ont des appréciations très différentes sur cette orientation vers le travail et sur ses modalités.

⁶⁰ Source : DREES, *Minima sociaux et prestations sociales*, 2019.

⁶¹ Les caractéristiques particulières de l'emploi en ESAT expliquent, au demeurant, certaines particularités de l'emploi salarié des allocataires de l'AAH. Les allocataires salariés de l'AAH semblent ainsi moins nombreux à être titulaire d'un CDI (19 %) que la moyenne des allocataires salariés des minima sociaux (27 %), mais cette différence s'explique par le fait que les travailleurs en ESAT n'ont pas de CDI : ils signent un contrat particulier, dit de soutien et d'aide par le travail. De même, les allocataires salariés de l'AAH semblent moins nombreux à travailler à temps partiel (36 %) que la moyenne (53 %). Ceci s'explique par une part de travail à temps complet beaucoup plus importante (76 %) en ESAT qu'en milieu ordinaire (46 %).

Cette situation peut aussi s'expliquer par le cumul de difficultés d'ordre physique, psychique et social qui peuvent être lues sous l'angle du handicap. Comme l'écrivait la CNSA en 2010 dans un bilan sur les MDPH nouvellement créées : « *La notion de « handicap social », si elle doit être bannie du vocabulaire, n'en est pas moins une réalité qualifiant les risques psycho-sociaux rencontrés par certaines personnes qui s'adressent à la MDPH, souvent orientées vers elle par les services sociaux, ou par leur médecin, ces professionnels se trouvant démunis de réponses de droit commun* »⁶². Seules des données statistiques générales sur les types de déficiences des allocataires de l'AAH permettraient de mieux comprendre la diversité des situations au regard de l'emploi et de l'employabilité.

II - La prise en charge par l'AAH-2 de situations de précarité ou de désocialisation

A - La restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi : une notion complexe et mal maîtrisée

1 - Plus de dix ans après son introduction, un concept difficile à cerner et susceptible d'interprétations diverses

Plus de dix ans après son introduction dans le champ législatif et réglementaire de la politique du handicap, la notion de RSDAE reste source d'interprétations multiples, en dépit des efforts fournis par la DGCS pour en délimiter le contenu et la portée⁶³. Ces difficultés témoignent, à nouveau, des enjeux sociaux voire sociétaux qui y sont associés.

Comme l'évaluation du handicap, la notion de RSDAE est « *complexe et globale* », ainsi que le note la DGCS elle-même. La définition du handicap adoptée par le législateur en 2005 rend possible l'analyse des difficultés d'insertion dans la vie sociale ou professionnelle sous l'angle du handicap. Des difficultés d'insertion sociale peuvent déclencher des altérations de fonction (par exemple une dépression grave

⁶² CNSA, *MDPH : cinq ans déjà ! synthèse des rapports d'activité 2010 des maisons départementales des personnes handicapées*, décembre 2011, p 5.

⁶³ Il s'est écoulé cinq ans entre l'introduction de la RSDAE dans le code de la sécurité sociale (2007) et la publication d'un décret d'application et d'une circulaire (2011), et six ans supplémentaires pour l'élaboration par la DGCS d'un guide pratique (sans portée obligatoire) sur l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (2017), guide largement centré sur la question de la RSDAE.

au terme d'une période de chômage, qui sera donc une altération du psychisme), ou peuvent être comprises comme les conséquences de difficultés préalables (phobie sociale par exemple).

La DGCS a mis en place des outils d'aide à la décision, de plus en plus riches et volumineux, mais ils font appel à des notions qui elles-mêmes peuvent être sources de difficultés d'appréciation importantes.

En 2011, une première tentative de clarification a consisté en un décret et une circulaire d'application, qui disposent que les difficultés importantes pour obtenir un emploi doivent être liées exclusivement aux effets du handicap et ne peuvent être compensées par des mesures d'aménagement d'un poste de travail. Cette RSDAE peut être reconnue dès lors que les effets prévisibles de la déficience observée dureront au moins un an. Une déficience non définitive et donc susceptible de s'atténuer voire de disparaître peut conduire à la reconnaissance d'une RSDAE.

En dépit de ces précisions, plusieurs difficultés demeurent.

Le décret prescrit de comparer la situation d'une personne avec ou sans handicap « *présentant les mêmes caractéristiques en matière d'accès à l'emploi* », exercice particulièrement complexe, d'autant plus que les effets du handicap, depuis la loi du 11 février 2005, résultent d'une interaction globale et multifactorielle entre les facteurs personnels et l'ensemble des facteurs environnementaux et sociétaux⁶⁴. Les difficultés d'accès et de maintien dans l'emploi devant être appréciées sont également très vastes : situation médicale, mais aussi « *facteurs d'ordre personnel* » – âge, logement, situation sociale ou familiale, contexte local du marché du travail, etc. – « *si les effets du handicap ont un impact direct sur eux* ». La circulaire observe que ces mêmes facteurs peuvent être des obstacles à l'emploi pour des « personnes valides ».

La RSDAE suppose nécessairement de porter une appréciation sur l'employabilité de la personne et elle repose sur l'existence d'une « démarche avérée d'insertion professionnelle »⁶⁵. Entre 2010 et 2016, a été menée une réflexion puis une expérimentation destinée à mieux cerner

⁶⁴ La circulaire distingue les facteurs personnels (limitations d'activité, contraintes liées aux traitements et troubles susceptibles d'aggraver les déficiences et les limitations, mais aussi potentialités, savoir-faire adaptatifs de la personne et prise en compte de l'évolutivité des troubles) et les facteurs extérieurs à la personne (possibilités de déplacement, besoin de formation, nécessité de procéder à des aménagements du poste de travail).

⁶⁵ Ce dernier point ne figure pas explicitement dans le décret de 2011, mais est introduit par la circulaire et fait l'objet de contestations de la part d'associations représentant des personnes ou familles concernées par des troubles psychiques.

les critères de l'employabilité⁶⁶. Intitulée « Potentiel emploi », l'évaluation visait principalement des primo-demandeurs d'AAH. Elle n'avait pas pour objectif d'éclairer la décision d'octroi ou de refus de l'AAH, mais plutôt d'accompagner pendant plusieurs mois les personnes concernées, par des bilans personnalisés plus globaux (sanitaires, fonctionnels, sociaux, etc.) ainsi que par des mises en situation professionnelle, mobilisant le cas échéant des partenaires extérieurs aux MDPH. Étendue à vingt-cinq départements en 2014, l'expérimentation a tendu à montrer que la RSDAE était accordée trop largement : « *si les conditions de l'évaluation (absence de cohorte témoin, faible nombre de parcours de bénéficiaires analysés) ne permettent pas de démontrer formellement que les décisions des MDPH auraient été différentes sans la prestation [d'évaluation], on constate toutefois que le taux d'attribution de l'AAH pour les publics bénéficiaires de Potentiel emploi est inférieur au taux d'attribution national* ». L'expérimentation montrait aussi le dénuement des MDPH pour traiter seules la question de l'employabilité. La démarche, dont la généralisation à l'ensemble du territoire devait coûter environ 25 M€ par an, a été interrompue en 2016⁶⁷. À titre de comparaison, on peut noter que le Royaume-Uni a mis en place un système de rencontre systématique avec les personnes souhaitant recevoir l'équivalent de l'AAH ou d'une pension d'invalidité (*employment support allowance*)⁶⁸.

Enfin, en 2017, dans son « guide pratique sur l'attribution de l'AAH » (2017), la DGCS est revenue sur cette notion d'employabilité, dont elle indique qu'elle « *est complexe et multidimensionnelle. Il n'existe de ce fait aucune grille globale de sa mesure et il est indispensable de mettre en place un processus multifactoriel, dynamique et évolutif, d'évaluation et de suivi* ». Le guide propose ainsi un schéma dit « en arête de poisson », qui doit aider les équipes à prendre en compte tous les facteurs liés au handicap, mais est au final d'un grand foisonnement⁶⁹.

Le cumul d'explications nécessaires et la profusion de cas-types montrent que la frontière est structurellement brouillée entre le champ du handicap et celui des conséquences médico-sociales de la précarité sociale. C'est donc ce brouillage qui rend possible, au plan statistique, les passages observés du RSA vers l'AAH-2 (cf. *infra*).

⁶⁶ Travaux du groupe d'experts convoqué en 2010.

⁶⁷ Une note de la DGCS du 16 janvier 2014 indique que le besoin de financement annuel pour pérenniser le dispositif était de 25 M€, qui correspondent à 20 000 bilans par an dont un quart de bilan pour des situations de handicaps psychiques.

⁶⁸ Cf. éléments présentés en annexe qui décrivent les systèmes existant pour la prise en charge des situations de handicap et de travail dans plusieurs pays européens.

⁶⁹ Ce schéma est reproduit en annexe.

2 - Exemples de situations complexes : addictions et refus de soin

Le guide de la DGCS pour l'attribution de l'AAH (2017) décrit trente-huit cas-type représentatifs de situations complexes régulièrement rencontrées. Deux exemples sont ici donnés.

a) À propos des conduites addictives, le guide pratique d'aide à la décision indique explicitement qu'« *une conduite addictive ne peut pas être par principe une condition d'exclusion de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE), parce que l'on suppose que la situation est réversible ou que la personne est responsable de sa situation* ». Dans ce cas aussi, « *l'analyse globale doit prévaloir : il convient d'identifier les facteurs ayant un impact limitatif substantiel sur l'accès et le maintien dans l'emploi et étant en lien direct et exclusif avec le handicap. Cette approche multifactorielle repose sur une évaluation objective et équitable de la personne quelle que soit l'origine des limitations et en dehors de tout jugement de valeur* ».

Conduites addictives et AAH : cas-type du guide de la DGCS

Exposé de la situation : « *Homme de 43 ans [...] anciennes conduites addictives qui nécessitent encore un suivi spécialisé. A travaillé dans le bâtiment [...], arrêt du travail depuis 2008 suite à des lombalgies. Reconnu travailleur handicapé depuis 2011, [...] les stages qu'il effectue démontrent qu'il reste loin d'un retour à l'emploi, très freiné par son alcoolisation [...]* ».

Analyse au regard des éléments transmis : « *La conduite addictive génère des limitations d'activité et des restrictions de participation à la vie en société constitutives d'un handicap. Dans cette situation, elle est un obstacle important pour accéder et se maintenir dans une activité professionnelle (échec des stages d'insertion)* ».

Décision au regard des éléments transmis : « *Au regard des éléments fournis, la personne semble relever de la RSDAE* ».

b) Le « refus de soins » : tandis que les COTOREP pouvaient refuser l'attribution de l'AAH au motif que la situation du demandeur « relevait de soins », ou pouvaient conditionner l'attribution de l'AAH à une prise en charge médicale ou sociale, cette réponse n'a plus cours et serait désormais contraire aux préconisations de la DGCS.

Refus de soins et AAH : cas-type du guide de la DGCS

Exposé de la situation : « *Homme de 30 ans [...]. A travaillé comme ouvrier pépiniériste. Hernie discale avec indication chirurgicale et refus de se faire opérer suite à la présentation des risques opératoires qui incombent à toute opération chirurgicale. Pourrait reprendre une activité professionnelle sur un poste adapté à l'issue de la convalescence* ».

Analyse au regard des éléments transmis : « *le refus de se soigner n'est pas une condition d'exclusion de la RSDAE. L'état de santé entraîne des limitations d'activité et des restrictions de participation importantes, constitutives d'un handicap. C'est un obstacle important pour l'accès et le maintien dans une activité professionnelle [...]* ».

Décision au regard des éléments transmis : « *Au regard des éléments fournis, la personne semble relever de la RSDAE* ».

Ces deux exemples montrent que la situation de handicap peut être reconnue pour des troubles ou atteintes qui ont un caractère réversible, sous réserve d'une prise en charge médicale ou médico-sociale adéquate. Or le recours à cette prise en charge, qui pourrait stabiliser ou améliorer la situation individuelle (au plan médical, psychologique, technique, social, etc.) voire y remédier, ne fait pas partie des critères examinés lors de l'attribution de l'AAH, pas plus qu'elle ne fait partie des obligations nées de l'attribution de l'allocation.

La CNSA indique à ce propos qu'une telle obligation « *pourrait être perçue comme un contournement du principe de consentement aux soins posé par le code de la santé publique* », qu'elle pourrait « *mettre en grande difficultés les personnes présentant un handicap psychique qui les met dans l'incapacité d'entreprendre elles-mêmes de telles démarches* » et qu'au demeurant l'offre sanitaire et médico-sociale ne serait pas nécessairement en mesure d'accueillir toutes les personnes concernées.

Ces éléments montrent que la situation actuelle n'est ni optimale ni satisfaisante puisque l'attribution de l'AAH apparaît bien dans certain cas comme un pis-aller en l'absence de solution de prise en charge ou d'accompagnement réellement adaptée.

B - Des passages fréquents du RSA vers l'AAH-2

1 - Une frontière incertaine entre RSA et AAH-2

D'après les données recueillies dans le cadre de la présente enquête à partir du panel ENIACRAMS⁷⁰, le transfert d'allocataires du RSA vers l'AAH est un phénomène important, contrairement à ce qui est habituellement affiché⁷¹. Sur la période longue étudiée, il représente chaque année un quart des entrées dans l'AAH. Comme le montre le tableau ci-dessous, ce phénomène est par ailleurs très contrasté entre AAH-1 et AAH-2. En moyenne, ce sont 14 % des nouveaux allocataires de l'AAH-1 et 30 % de ceux de l'AAH-2 qui étaient l'année précédente bénéficiaires du RSA.

Tableau n° 10 : part d'allocataires ou de conjoints d'allocataires du RSA socle en année N-1 parmi les entrants dans l'AAH en année N

En %	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AAH-1	12,5 %	13,4 %	12,6 %	13,0 %	14,7 %	13,9 %	14,0 %
AAH-2	31,6 %	29,8 %	28,8 %	29,5 %	28,4 %	30,7 %	30,4 %
Total AAH	23,8 %	23,5 %	22,8 %	23,7 %	23,9 %	25,4 %	25,5 %

Source : DREES, ENIACRAMS

Selon les départements, l'ampleur des transferts peut être très différente. Pour les seuls allocataires des CAF, la part des entrants de l'AAH-2 en 2017 qui percevaient le RSA en 2016 varie de 4,4 % (Pyrénées-Atlantiques) à 38,1 % (La Réunion)⁷². Les départements disposant de grands effectifs d'allocataires (Nord, Bouches du Rhône) ont un taux de 32 % pour l'AAH-2, et 15 % à 16 % pour l'AAH-1.

⁷⁰ Ces données sont reproduites en annexe. Le panel ENIACRAMS est constitué d'une cohorte de bénéficiaires de minima sociaux sur une durée longue (neuf ans).

⁷¹ Le chiffrage qui fait habituellement référence pour l'ensemble des acteurs est publié annuellement, depuis 2010, dans le recueil *Minima sociaux et prestations sociales* de la DREES. Dans cette présentation qui compare le flux annuel des transferts au stock total des bénéficiaires du RSA, on constate que le transfert concerne chaque année moins de 1,5 % du nombre total d'allocataires ou conjoints d'allocataires du RSA. Le phénomène semble donc, en apparence, très limité. Dans une note établie en février 2017 à l'attention de l'IGAS, la DREES indiquait ainsi que « la part d'allocataires ou de conjoints d'allocataires du RSA socle qui deviennent, d'une fin d'année à l'autre, allocataires de l'AAH est faible et tend à diminuer entre 2011 et 2014. Elle passe de 1,5 % pendant l'année 2011 à 1,2 % pendant l'année 2014 ». Il convient au contraire, pour donner une image fiable du phénomène, de déterminer quelle est la part du flux de transfert depuis le RSA au sein du flux total des entrants dans l'AAH.

⁷² Ce taux est élevé dans tous les départements d'outre-mer (hors Mayotte) : pour la Réunion (38,1 %), la Martinique (37,5 %), la Guadeloupe (35,7 %) et la Guyane (32,7 %).

2 - L'existence de parcours du RSA vers l'AAH-2

Les allocataires passant du RSA à l'AAH ont une ancienneté dans le RSA proche de la moyenne, qui est relativement faible (50 % des bénéficiaires percevaient le RSA depuis deux ans ou moins)⁷³. Cette faible ancienneté moyenne laisse penser que le RSA peut être dans ce cas une prestation d'attente avant de bénéficier de l'AAH. Cette interprétation n'est pas pour autant univoque, puisque le RSA se caractérise également par sa relative instabilité (entrées et sorties fréquentes).

Cependant le cas le plus fréquent semble plutôt le passage vers l'AAH après un parcours de plusieurs années. L'examen des données montre que le passage du RSA à l'AAH est croissant avec l'âge. C'est la catégorie des 50-64 ans qui est la plus concernée : 44 % des allocataires du RSA entrant à l'AAH appartiennent à cette classe d'âge, alors qu'elle ne représente que 24 % des allocataires du RSA.

Sans que ces directives ne soient explicites et encore moins écrites, les interlocuteurs de la Cour ont confirmé que les travailleurs sociaux qui accompagnent des allocataires du RSA peuvent, dans certains départements, les encourager à déposer un dossier de demande d'AAH et à faire reconnaître leur situation comme relevant du handicap. Lorsque ces allocataires dépassent 50 ans, qu'ils ont passé plusieurs années dans le RSA et que leurs perspectives d'emploi semblent faibles, la solution retenue comme la plus juste et la plus adaptée, consiste à les orienter vers l'AAH, pour augmenter leur revenu de subsistance. La nouvelle définition large du handicap rend ce transfert possible, par exemple pour des personnes en inactivité longue, en dépression, en situation d'addiction ou encore souffrant de troubles musculo-squelettiques liés à leur activité professionnelle passée⁷⁴.

⁷³ Cette ancienneté est légèrement plus courte pour les allocataires basculant vers l'AAH-2, sans que cette différence ne soit significative, tandis qu'elle est plus élevée pour les passages vers l'AAH-1 (21 % perçoivent le RSA depuis neuf ans ou plus, contre 15 % en moyenne).

⁷⁴ Un rapport d'information du Sénat sur l'évaluation des coûts de l'allocation aux adultes handicapés, par MM. Albéric de Montgolfier, Auguste Cazalet et Paul Blanc, observait déjà, en 2010 : « Certaines MDPH ont reconnu avoir tendance à attribuer assez facilement l'AAH à des personnes âgées de plus de cinquante ans, qui percevaient le RSA depuis plus de trois ans, présumant ainsi que l'échec de leur insertion serait imputable à leur état de santé. [...] Ces pratiques se sont légitimement accentuées consécutivement à la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005, qui intègre dans la définition du handicap, le handicap psychique ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'élargissement de la notion de handicap a rendu possible la prise en charge des conséquences psycho-sociales de la précarité et du chômage par la politique du handicap : la condition d'impossibilité de se procurer un emploi pour bénéficier de l'AAH-2 a été remplacée par celle, plus perméable, de faible employabilité. Tout se passe comme si l'AAH-2 était devenue, pour une partie de ses bénéficiaires, une allocation de soutien face à une situation de précarité sociale ayant des conséquences physiques ou psycho-pathologiques. Cette orientation n'est pas critiquable en soi mais il importe :

- *qu'elle ne soit pas ignorée ou niée, mais qu'elle corresponde à un choix explicite de politique publique ;*
- *que l'employabilité des allocataires soit pertinemment évaluée et prolongée le cas échéant par un accompagnement personnalisé. Or, les MDPH n'ont ni les moyens ni les compétences pour traiter cette question. Dans ces conditions, l'arrêt du dispositif d'évaluation de l'employabilité, expérimenté jusqu'en 2016 sous le nom de Potentiel-Emploi, est regrettable. Son coût, estimé à 25 M€ par an, apparaît supportable au regard des bénéfices attendus en termes d'équité et de juste accès aux droits.*

Par ailleurs, chaque année, 30 % des nouveaux entrants dans l'AAH-2 proviennent du RSA. Ce taux de passage illustre la proximité d'une partie des publics de ces deux prestations. La différence de niveaux entre AAH-2 et RSA pose un problème de principe quant à l'articulation des minima sociaux entre eux et peut susciter des effets injustifiés de transferts de l'un vers l'autre, qui devrait être pris en compte dans une réforme des minima sociaux.

Dans ces conditions, la Cour formule les recommandations suivantes :

4. *conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale adaptée, quand celle-ci est possible ;*
 5. *instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2.*
-

Chapitre IV

Le circuit de décision confronté au traitement de masse

Loin de l'accueil personnalisé prévu par la loi de 2005 au moment de la création des MDPH, l'examen des demandes d'AAH, sous l'effet de la forte croissance de leur nombre, chaque année, est marqué par un temps d'instruction limité, par des décisions prises sur liste sans examen individuel des dossiers et globalement par une procédure exclusivement déclarative et sur dossier, au cours de laquelle les entretiens individuels sont extrêmement rares.

I - L'instruction des demandes d'AAH par les MDPH : des objectifs contradictoires et des situations diverses selon les départements

Depuis leur création, les MDPH font face à une augmentation régulière des demandes qui leur sont adressées au titre des dispositifs pour lesquels elles jouent le rôle de point d'entrée : AAH, reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH), orientation en établissement médico-social (ESMS) ou en établissement spécialisé (ESAT), prestation de compensation du handicap (PCH), complément de ressource, délivrance de carte d'invalidité, etc.

En 2017, d'après les données de la CNSA, les MDPH ont reçu 4,5 millions de demandes, formulées par 1,73 million de personnes. Ce sont 26 personnes pour 1 000 habitants qui sollicitent annuellement une ou

plusieurs décisions de la MDPH dont elles dépendent. Au total, la CNSA estime que 5,3 millions de personnes ont des droits ouverts auprès d'une MDPH, soit 8 % de la population française, cette proportion variant selon les départements entre 5 % et 23 %.

A - Un taux d'accord stable au niveau national, proche de 70 % mais masquant des disparités départementales importantes

Depuis 2008, les demandes d'AAH ont augmenté à un rythme nettement plus élevé que celui de la population : de 336 000 en 2007, elles sont passées à 546 000 en 2017, soit + 63 % en dix ans. Selon les années, les demandes d'AAH constituent ainsi le deuxième, troisième ou quatrième motif des demandes adressées aux MDPH.

Tableau n° 11 : demandes d'AAH et taux d'accord (2017)

	Première demande d'AAH	Renouvellement d'AAH	Total
Part des demandes	42 %	58 %	100 %
Taux d'accord	45 %	90 %	68 %

Taux d'accord : Nombre d'accords en 2017 rapporté au nombre total de décisions (accord, refus, sursis) pour cette même prestation (en %).

Source : CNSA, Repères statistiques « activité des MDPH en matière d'AAH en 2017 ».

Le taux d'accord moyen est de 68 % en 2017. Il est moins élevé pour les premières demandes (45 %) que pour les renouvellements (90 %), qui représentent un peu plus de la moitié des décisions. Cette moyenne nationale est relativement stable depuis 2007, puisqu'elle est restée dans une fourchette allant de 66 % à 72 %.

Les taux départementaux sont en revanche très variables. Pour les premières demandes, les taux d'accord vont de 24 % pour le département des Bouches-du-Rhône à 71 % pour celui du Cantal ; pour les renouvellements, les taux d'accord vont de 67 % en Guyane à 100 % dans le Gers. Enfin, la dispersion est particulièrement élevée pour ce qui concerne l'AAH-2 : le taux de renouvellement de l'AAH-2 par exemple, varie de 40 % en Côte d'Or à 98 % dans le Val d'Oise⁷⁵.

⁷⁵ Pour l'AAH-1 le taux de renouvellement varie de 83 % à 99 %.

B - Une pression forte sur les MDPH pour respecter des délais de réponse inférieurs à quatre mois

Les délais de traitement des demandes reçues par les MDPH sont suivis de façon prioritaire, tant par les conseils départementaux que par la CNSA et l'État. Un délai de référence de quatre mois à compter du dépôt de la demande figure implicitement dans le code de l'action sociale et des familles (article R. 241-33) qui prévoit que « *le silence gardé pendant plus de quatre mois par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vaut décision de rejet* ».

En outre, l'État a progressivement resserré ce délai, en assignant aux MDPH des objectifs de plus en plus ambitieux, dont il suit la réalisation grâce aux indicateurs LOLF⁷⁶. Jusqu'en 2008, la cible fixée par l'État était un délai de traitement inférieur à quatre mois ; cette cible a été ramenée à 3,6 mois en 2009, puis à 3 mois en 2013.

Selon la CNSA, le délai moyen observé est de quatre mois et neuf jours en 2017⁷⁷ pour les demandes des personnes handicapées adultes, les délais variant beaucoup selon le type de demande : les demandes simples de cartes d'invalidité ou de RQTH sont traitées en moins de quatre mois en moyenne. En revanche, le temps d'instruction d'une demande de PCH est estimé entre cinq et six mois selon son contenu. L'enquête n'apporte pas de précision sur les délais de traitement relatifs à l'AAH.

Dans un contexte d'activité accrue (et d'augmentation régulière des demandes d'AAH), les MDPH sont soumises à la pression constante du délai de traitement en termes de délais. Les délais de réponse les plus brefs possibles sont une attente forte des usagers, relayée par les associations et les élus locaux et nationaux. Un député a par exemple déposé lors d'une séance de questions au gouvernement en 2013, 93 demandes (une par département) au ministre chargé du handicap portant spécifiquement sur les délais d'attribution de l'AAH et indiquant que « *de nombreuses associations de représentation et de défense des intérêts des personnes en situation de handicap observent des délais excessifs d'instruction de leurs demandes* ».

Pour faire face à cette évolution, les MDPH ont mis en place des processus de gestion qui, par certains aspects, peuvent être qualifiés d'industriels.

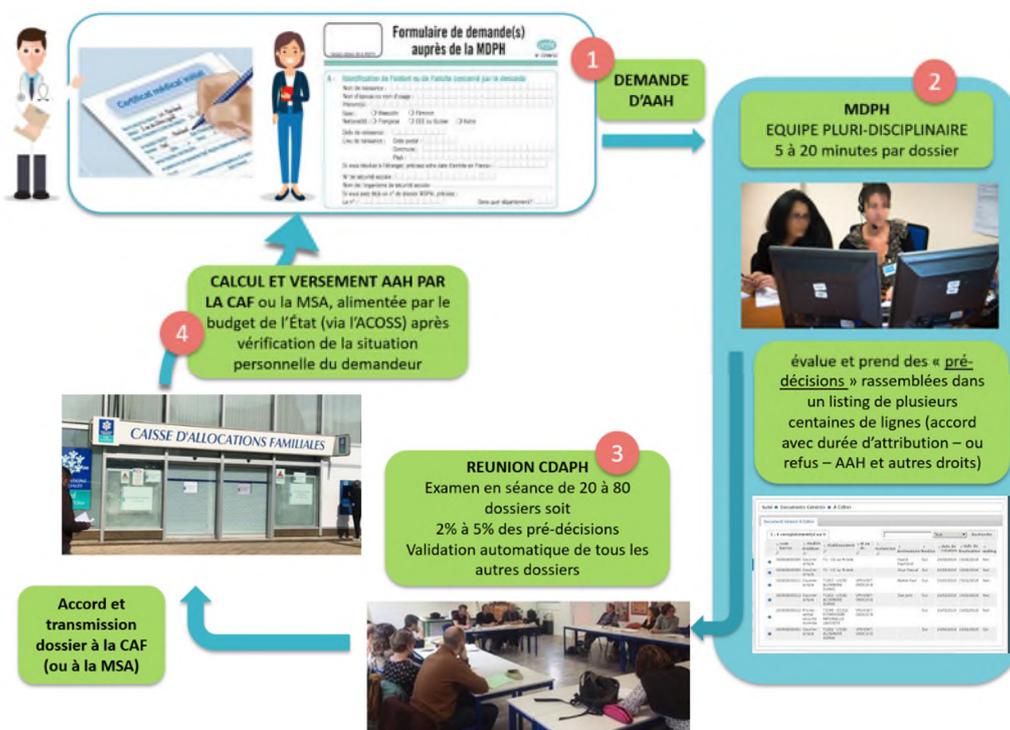
⁷⁶ Indicateur 1.1 du programme 157 Handicap et dépendance. Jusqu'en 2018, cet indicateur faisait partie des trois indicateurs érigés au rang d'indicateurs les plus représentatifs de l'ensemble de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances.

⁷⁷ Les modalités de calcul de ce délai ne sont pas totalement uniformes : certains départements calculent le temps écoulé entre le dépôt et la décision, d'autres entre le dépôt d'une demande recevable et la décision.

II - Des modalités d'attribution qui ne respectent plus l'esprit de la loi

Le schéma ci-dessous récapitule les étapes du circuit de décision de l'AAH, à partir du dépôt des demandes et jusqu'à la liquidation de la prestation. Les demandes sont instruites par les agents des MDPH souvent organisés en équipes de deux, et qui proposent une décision qui sera validée sans examen ultérieur dans la quasi-totalité des cas. Les CDAPH évoquent en séance quelques dossiers et valident en bloc les autres. L'information sur ces ouvertures de droits à l'AAH est transmise aux organismes payeurs, CAF et caisses locales de la MSA, qui liquident les sommes dues après la vérification des conditions administratives d'attribution et calcul du montant des droits.

Schéma n° 1 : le circuit de décision de l'AAH



Source : Cour des comptes

A - Les demandes d'AAH : un examen en temps restreint, presque exclusivement sur dossier et sans rencontre préalable

1 - Le certificat médical : identification des déficiences et de leurs retentissements

Le certificat médical (Cerfa 15 695*01) qui ouvre les demandes d'AAH peut être rempli par tout médecin au choix du demandeur, généraliste ou spécialiste, de ville ou hospitalier, sans restriction. Le certificat doit fournir des informations sur les déficiences identifiées, les pathologies, l'historique médical, les traitements et la prise en charge. Il doit par ailleurs décrire les conséquences de ces déficiences sur la vie quotidienne et sociale du demandeur : mobilité, communication, capacités cognitives, entretien personnel, retentissements sur la vie professionnelle, etc. Une cotation par lettre, de A à D, permet d'apprécier la gravité de ces retentissements : la cotation A correspond à une action réalisée « *sans difficulté et sans aucune aide* », la cotation D « *action non réalisée* ». À partir d'une cotation « C » intervient le « *besoin d'aide humaine* » pour une série d'actes de la vie quotidienne. La cotation C est celle à partir de laquelle l'attribution de l'AAH est possible voire probable.

Révisé en 2017, le format du certificat médical est passé de quatre à huit pages, et de nouvelles rubriques et précisions ont été introduites⁷⁸. En particulier, les cotations ont été détaillées pour guider le médecin puis l'évaluateur dans la reconnaissance d'une situation de handicap.

⁷⁸ Dans le nouveau formulaire comme dans l'ancien, en cas de demande de renouvellement, le médecin n'est toutefois pas tenu de remplir l'ensemble du document si la situation du demandeur est inchangée. Une rubrique lui permet de certifier qu'aucun changement n'est intervenu depuis le précédent certificat.

**Aide directe ou aide par stimulation : une mention nouvelle
dans les formulaires médicaux de demande d'AAH**

Parmi les changements introduits en 2017 figure la mention explicite du besoin de stimulation comme équivalent à un besoin d'aide humaine directe. Dans la version précédente, figurait l'expression « *aide humaine partielle* » (par exemple aide pour la toilette, pour manger et boire, pour l'habillage, etc.) pour une cotation « C » dans le formulaire et « *difficilement ou avec aide technique* » pour une cotation B. Certains médecins interprétaient déjà la stimulation comme relevant de la cotation C et non pas B. Désormais, une personne ayant besoin de stimulation⁷⁹ sous forme d'injonction ou d'étayage, pour effectuer les actes de la vie quotidienne (« il faut s'habiller », « il faut se lever », etc.), devra être considérée par le médecin dans la catégorie « C » et non plus « B » par exemple.

Cette évolution a répondu à une préoccupation exprimée notamment par une association de familles de personnes atteintes de troubles psychiques qui témoignait du fait que les troubles dits de la volition - ou de la volonté - n'étaient pas reconnus et que leur retentissement pouvait être sous-estimé par des médecins dans le certificat médical antérieur, avec comme conséquence de ne pas voir reconnu de handicap.

Pour les personnes qui sont déjà bénéficiaires de l'AAH et dont les droits doivent être réexaminés par la MDPH, le praticien peut simplement attester de l'absence d'évolution de la situation, et ne remplir dans ce cas que cette seule rubrique du formulaire.

La création d'un agrément ou l'identification de médecins référents de la MDPH, destinées à réserver le renseignement des dossiers de demande d'AAH à des praticiens formés à cette fin, ont été envisagées à plusieurs reprises. Cependant la faisabilité de cette mesure est considérée comme douteuse par la CNSA et n'a pas été examinée de manière approfondie. Cette perspective semble considérée comme inéquitable ou trop coûteuse. Les associations de personnes handicapées y sont hostiles et considèrent le libre choix du médecin pour l'établissement du certificat médical comme un élément fondamental de l'accès aux droits.

⁷⁹ Les termes en italiques sont ceux qui ont un contenu médico-social précis et qui font partie des termes techniques employés par les agents des MDPH, ainsi que les associations de personnes concernées par le handicap.

2 - Le formulaire de demande : un changement complet de positionnement des MDPH

Le formulaire permet au demandeur de décrire sa situation : identité, vie quotidienne, vie scolaire ou étudiante, situation professionnelle, etc. Il est rempli en théorie par la personne concernée mais peut l'être par un proche. Les observations recueillies en MDPH montrent que ces formulaires sont remplis de manière inégale selon les cas : la rubrique dite « projet de vie » n'est pas systématiquement remplie et les informations peuvent être parcellaires.

Ce caractère lacunaire des informations a amené certaines MDPH à mettre en place des formulaires supplémentaires (bilan socio-professionnel⁸⁰ ou questionnaire spécifique pour les situations de handicap psychique⁸¹) avant la révision nationale du formulaire-type. Le formulaire national a en effet été largement modifié en 2017, en même temps que le certificat médical⁸². Le nouveau format, qui résulte d'une concertation avec la CNSA et les associations, compte vingt pages (et non plus huit) : il comporte davantage d'éléments relatifs à la situation de la personne, à ses attentes et à ses projets. Une nouvelle rubrique permet à l'entourage du demandeur de décrire la situation de son point de vue.

Cette nouvelle version n'a été généralisée qu'à partir de mai 2019 et il n'est donc pas encore possible d'apprécier la portée de ces changements, pour les usagers comme pour les MDPH.

⁸⁰ Document devant accompagner toute demande à la MDPH, et comportant entre autres rubriques : « *la situation du handicap : ce que la personne en dit sur ses répercussions dans sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle* » et « *analyses et commentaires : retentissement des difficultés de santé sur l'environnement, la vie quotidienne et l'employabilité de la personne* ».

⁸¹ Il s'agit du questionnaire dit « triptyque », destiné spécifiquement aux demandeurs souffrant d'un handicap psychique. Ce questionnaire à choix multiples est en trois volets à compléter respectivement par la personne concernée, par un membre de son entourage (aidant familial), et par des professionnels en contact avec elle (assistante sociale ou personnel soignant).

⁸² Le projet de transformation des formulaires de certificat médical et de demande, intitulé IMPACT, a été lancé lors du Comité interministériel de modernisation de l'action publique (CIMAP) de décembre 2013. Les innovations proposées devaient permettre « *conformément à l'esprit de la loi handicap du 11 février 2005 de renforcer le traitement personnalisé des demandes tout en diminuant les délais de réponse et en facilitant le travail des agents* ». Mené entre début 2014 et fin 2015, il a été conduit conjointement par le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP), la CNSA et la DGCS dans une « démarche de co-construction avec les usagers ».

Le nouveau formulaire comporte cependant une autre nouveauté fondamentale puisqu'il donne aux MDPH l'initiative d'attribuer des droits et des prestations pour répondre aux besoins exprimés par le demandeur, même si ce dernier n'en a pas fait la demande expresse. Il reviendra donc aux évaluateurs de la MDPH de proposer des réponses sous forme de droits et de prestations (par exemple accorder le bénéfice de l'AAH), même en l'absence de demandes explicites⁸³. Dans la configuration actuelle, ce choix peut aboutir à attribuer à l'État une dépense (puisque celui-ci finance en totalité l'AAH) à la seule initiative d'agents qui ne relèvent pas de son autorité.

Selon la direction interministérielle de la transformation publique (DITP), qui a piloté ce projet, le changement de logique a vocation à faciliter les démarches des usagers des MDPH, en mettant fin au « *grand nombre de refus en réponse à des demandes infondées (jusque 40 % sur certaines prestations)* », ainsi qu'à limiter le « *non-recours à des dispositifs moins connus* »⁸⁴.

De fait, cette évolution accroît encore la responsabilité des MDPH pour apporter une solution aux attentes et besoins exprimés par les usagers. La possibilité que l'AAH soit attribuée à l'initiative de la MDPH à défaut de pouvoir proposer une autre forme de soutien, de prise en charge ou d'accompagnement ne peut être écartée.

L'expérimentation menée dans quelques départements sur ce nouveau formulaire tend à montrer que cette faculté de « prescription » par les MDPH devrait avoir pour conséquence d'accroître les prestations et droits reconnus aux allocataires. Le bilan établi par la direction interministérielle de la transformation publique (DITP) indique que « *la crainte de voir les droits des usagers revus à la baisse a été levée et c'est même le contraire qui a été constaté. Des prestations supplémentaires ont été identifiées grâce au nouveau formulaire, en particulier pour les primo-demandeurs* ». La même tendance a été observée pour les renouvellements de prestations : lors de l'expérimentation dans le Calvados, 36 % des renouvellements ont donné lieu à davantage de

⁸³ Le formulaire présente cependant les différentes attentes possibles (« vivre à domicile », « vivre en établissement », etc.) et notamment « une aide financière afin d'assurer un revenu minimum », ce qui équivaut implicitement à une demande d'AAH.

⁸⁴ Direction interministérielle de la transformation publique (DITP), *Handicap : la demande de compensation repensée pour plus de simplicité*, septembre 2016.

prestations ou droits, contre 6 % dans un département n'utilisant pas le nouveau formulaire⁸⁵.

En toute logique, la généralisation des nouveaux formulaires aura donc un impact sur le budget de l'État qui pourrait se manifester dès 2019 et 2020.

3 - Un temps d'examen des dossiers par des équipes restreintes, généralement compris entre cinq et vingt minutes

La loi de 2005 prévoit qu'au sein de chaque MDPH, « une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente »⁸⁶.

Sur les 5 110 ETPT travaillant en MDPH en 2017⁸⁷, 2 050 (40 %) sont affectés à la préparation des dossiers (réception, numérisation, vérification du contenu, demande de pièces manquantes, attribution aux équipes d'évaluation) et 1 940⁸⁸ (38 %) à l'évaluation proprement dite des demandes de prestations (dont l'AAH) par les équipes pluridisciplinaires.

a) Des équipes pluridisciplinaires à la composition variable d'un département à l'autre

La loi prévoit que la composition de l'équipe pluridisciplinaire « peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente ».

De fait, les MDPH ont déployé des organisations variables qui tiennent compte de la complexité des dossiers, des contraintes de fonctionnement, des impératifs de délais et des ressources humaines disponibles. La composition des équipes pluridisciplinaires est très variable, ainsi que leur mode de fonctionnement, avec un ou plusieurs niveaux d'examens :

- Certaines demandes courantes (qui peuvent concerner des renouvellements d'AAH) peuvent être examinées par une personne seule

⁸⁵ Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP), comité de pilotage du projet IMPACT, janvier 2016.

⁸⁶ Article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles.

⁸⁷ Source : CNSA.

⁸⁸ Soit une moyenne d'environ 20 ETP par département.

qui, en cas de doute, peut soumettre le dossier à l'examen d'une équipe plus large.

- L'organisation par binômes d'évaluation en premier niveau reste la plus fréquente, même si, selon la CNSA, elle n'est pas garantie dans 25 % des MDPH⁸⁹. L'une des deux personnes constituant l'équipe pluridisciplinaire peut avoir des compétences administratives et être chargée de saisir les informations dans le dossier, tandis que l'autre analyse le contenu des pièces.
- Les équipes de plus de deux personnes interviennent plutôt comme instances de second niveau, pour les dossiers les plus complexes.

S'agissant des profils professionnels, les situations sont également diverses⁹⁰. La quasi-totalité des MDPH a recours aux compétences d'assistantes sociales (94 % des MDPH), de médecins (94 %), d'ergothérapeutes (84 %) et d'infirmières – sans que cela implique que ces profils soient présents dans toutes les équipes pluridisciplinaires d'une MDPH donnée.

Certains profils sont plus rares. Seules 59 % des MDPH bénéficient du concours de psychologues pour au moins une partie de leurs équipes pluridisciplinaires. Des psychiatres peuvent également intervenir, mais leur présence est de moins en moins fréquente. Dans différentes spécialités (orthophonie, neurologie, ORL, ophtalmologie), entre 54 % et 56 % des MDPH ne disposent d'expertise ni en interne ni en externe. Dans le même temps, dans 36 % des MDPH, des agents administratifs sont membres des équipes pluridisciplinaires, en appui d'autres agents⁹¹.

Ces équipes examinent sur écran les pièces, déclaratives, du dossier de demande, pendant un temps qui peut aller, selon les dossiers, de cinq à vingt minutes⁹². Elles font, sur la base de cet examen, une proposition pour la CDAPH qui sera enregistrée informatiquement, et qui équivaut *de facto* à une pré-décision. Faute de temps, et dans un contexte où les délais de réponse sont suivis attentivement, les agents chargés de l'évaluation vont s'efforcer d'examiner le dossier en l'état, en réservant la recherche

⁸⁹ Source : CNSA.

⁹⁰ Les profils de compétence sont une question que les MDPH gèrent seules, sans intervention ni appui de la part de la CNSA (pas de diffusion de bonnes pratiques de fiches de postes types, de profils souhaités, d'évaluation annuelle des agents, etc.).

⁹¹ Source : CNSA.

⁹² Dans les séquences de travail des équipes pluridisciplinaires auxquelles les rapporteurs de la Cour ont assisté, le délai d'examen moyen était d'un quart d'heure par dossier. Examen le plus court : 10 minutes. Examen le plus long : 31 minutes.

d'informations complémentaires aux cas où ils l'estiment strictement indispensable.

b) L'appui aux équipes pluridisciplinaires : formation et documents de référence

Après avoir été assurée par la CNSA, la formation des équipes pluridisciplinaires a fait l'objet de plusieurs modalités d'organisation : collaboration entre la CNSA et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) à partir de 2007, puis désignation par la loi du CNFPT comme organisme de formation professionnelle en 2011.

Les équipes de direction des MDPH ainsi que les membres des équipes pluridisciplinaires témoignent cependant, de façon récurrente, du peu de formations reçues – voire de leur quasi absence, ce que confirme un bilan réalisé par la CNSA en 2016⁹³. Lorsqu'elles existent, ces formations présentent un caractère généraliste et ne s'appuient pas sur les outils techniques de l'évaluation diffusés par la DGCS.

Consciente de la situation, la CNSA a mis en place, avec le CNFPT, de nouveaux outils de formation et notamment en 2017 un kit pédagogique sur le guide-barème de l'AAH⁹⁴. Cependant, l'essentiel de la transmission des connaissances et de pratiques pour un nouveau membre d'équipe pluridisciplinaire se fait en poste et sur le terrain, au sein de la MDPH. L'offre de formation spécifique et nationale pour les équipiers est limitée.

⁹³ Source : CNSA. En 2016, pour 57 % des MDPH, le nombre de formations mises en place est inférieur à cinq ; pour deux d'entre elles, aucune formation n'était disponible. Seules 25 % des MDPH indiquent que le guide-barème faisait partie des sujets abordés en formation ; cette part tombe à 18 % concernant l'AAH. Seules 56 % des MDPH indiquent que les formations ont pu être dispensées à des nouveaux arrivants. Des membres de la CDAPH ont été formés dans 18 % des MDPH seulement.

⁹⁴ Convention-cadre du 10 janvier 2017 entre le CNFPT et la CNSA ; convention d'application du 25 novembre 2017. Ce dispositif a permis des réalisations concrètes, par exemple la création de kits pédagogiques sur le guide-barème ou l'AAH. La CNSA a également mis en place un appui juridique sous forme de questions-réponses (utilisé par plus de 90 % des MDPH), ainsi que des réunions réseaux (auxquelles 94 % des MDPH déclarent participer).

**Résultat des deux enquêtes de la CNSA menées en 2017 et 2018
auprès des MDPH sur la question de la formation**

- Sur 100 MDPH, 70 disposent d'au moins une formation-type spécifiquement destinée à l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'AAH. 26 déclarent que la thématique guide-barème, AAH ou RSDAE a été abordée, 21 le sujet du handicap psychique et cinq l'harmonisation des pratiques.
- Les liens avec l'organisme chargé de la formation restent insuffisants. Une MDPH a indiqué que « *malgré des demandes réitérées chaque année auprès du CNFPT, celui-ci ne répond pas à la demande qui lui est faite d'organiser une formation sur le guide-barème* ». Pour une autre, « *l'absence d'appui de la part du CNFPT est un frein dans la mise en œuvre des projets* ».
- Les membres de la CDAPH (*cf. infra*) sont rarement formés : 62 % des MDPH déclarent ne pas former la CDAPH au guide-barème, et 65 % pour le handicap psychique. Selon une enquête diligentée par la DGCS en 2017, 23 % des référents État siégeant au sein des CDAPH n'ont pas connaissance du guide d'attribution de l'AAH⁹⁵.

L'appui apporté aux équipes d'évaluation s'exprime aussi par les outils d'analyse et d'aide à la décision mentionnés précédemment. Outre le guide-barème, qui a valeur réglementaire, sont ainsi diffusés divers référentiels : guide d'attribution de l'AAH, guide des éligibilités, ou encore thésaurus de codification des pathologies.

Dans les MDPH visitées, ces outils sont effectivement utilisés. Selon les deux enquêtes de la CNSA citées ci-dessus, datant de 2017 et 2018, toutes les MDPH indiquent utiliser le guide-barème et la quasi-totalité le texte relatif à la RSDAE, ce qui est logique s'agissant de normes instituées par décret. 56 MDPH déclarent en outre utiliser les guides et arbres de décision de la CNSA et de la DGCS, tandis que 33 MDPH ont mis en place des outils internes locaux, dont neuf au moins concernent le handicap psychique et quatre spécifiquement l'AAH.

⁹⁵ Source : CNSA.

B - Le caractère exceptionnel des visites médicales

Avant 2005, la rencontre entre le demandeur et un membre de l'équipe technique des COTOREP – l'équivalent de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH – était la règle. Les seules exceptions concernaient les cas de renouvellement et devaient être « *médicalement justifiés* »⁹⁶. Les COTOREP ne remplissaient toutefois pas nécessairement cette obligation, faute notamment de personnels médicaux suffisants.

La formulation retenue en 2005 est plus ambiguë et peut être interprétée comme faisant de la visite médicale une simple faculté : selon l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles, l'équipe pluridisciplinaire « *entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée (...) ou son représentant légal* » et « *se rend sur le lieu de vie de la personne soit sur sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée* ». De fait, l'analyse réalisée par les équipes pluridisciplinaires n'est qu'exceptionnellement complétée par un entretien avec le demandeur. En pratique, l'AAH est attribuée, sauf exception, sur la base des seuls éléments écrits fournis par le demandeur (certificat médical, résultats d'examens et formulaire décrivant les retentissements dans la vie quotidienne d'une déficience).

Selon la CNSA, parmi les 18 500 dossiers évalués par MDPH en moyenne en 2017 (AAH et autres prestations), 82 % l'ont été exclusivement sur dossier, sans entretien avec le demandeur, contact ou visite⁹⁷. Les entretiens physiques n'auraient concerné que 7 % des demandes et l'évaluation sur le lieu de vie, 4 %. Au demeurant, ces visites médicales restant prescrites par les MDPH, elles sont le plus souvent réservées aux demandes de PCH, et plus encore les visites à domicile. L'AAH n'est concernée que marginalement.

⁹⁶ Circulaire du 27 février 2002 relative au fonctionnement des COTOREP.

⁹⁷ Ces données proviennent des 55 MDPH ayant répondu sur ce point à l'enquête annuelle 2017 de la CNSA.

Parmi les facteurs expliquant cette situation figurent les contraintes de délais et de moyens des MDPH, la relative démedicalisation du handicap puisque l'existence formelle d'un diagnostic n'est pas une condition nécessaire à la reconnaissance d'une situation de handicap, ainsi que les difficultés à recruter des médecins⁹⁸.

Par ailleurs, le taux d'absentéisme aux convocations en vue d'une visite médicale est important : dans une MDPH visitée, il s'élève à 22 % en 2017. Une autre MDPH relève qu'en 2016 « *le taux d'absence effective des usagers se situe entre 15 et 20 %, ce chiffre étant le plus élevé pour les convocations avec un médecin psychiatre* »⁹⁹. Face à cette réalité, certaines MDPH ont pour pratique de rejeter la demande tandis que d'autres vont poursuivre l'évaluation et le cas échéant accorder les prestations demandées malgré l'absence de réponse à la convocation.

Cette situation ne peut être considérée comme pleinement satisfaisante et l'instauration d'une contre-visite médicale, au moins pour toute première demande, serait de nature à renforcer la qualité de la procédure d'attribution¹⁰⁰. La CNSA estime que le coût de mise en œuvre d'une évaluation médicale systématique serait compris entre 9 et 16 M€ par an pour les premières demandes d'AAH. Cette estimation est convergente avec celle de la DGCS, qui chiffre ce coût à 13 M€ par an.

⁹⁸ Source : CNSA. Illustration des réponses de MDPH à propos de la présence médicale : Département A : « *Absence de longue durée d'un médecin et difficulté de le remplacer faute de candidatures* ». Département B : « *un poste de médecin est vacant depuis 2010. En 2017, la MDPH a dû fonctionner avec moins d'un ETP de médecin. (...) La MDPH atteint actuellement les limites d'un fonctionnement qui n'est plus professionnellement complètement satisfaisant au regard de l'indispensable évaluation globale des situations (...). Par ailleurs, la non complétude, ou très partielle, des certificats médicaux est une réelle difficulté au quotidien (...)* ».

⁹⁹ Source : rapports d'activité 2016 et 2017 des MDPH visitées.

¹⁰⁰ La systématisation d'une rencontre avec des professionnels médicaux pour les premières demandes d'AAH nécessiterait de prendre en compte la difficulté, pour certaines MDPH, à recruter des médecins. Selon la DGCS, plusieurs modalités de mise en œuvre devraient donc être étudiées : (i) des professions médicales directement recrutées ou vacationnées par les MDPH ; (ii) une « *délégation à des médecins agréés* » qui serait envisageable « *sur les territoires concernés par des difficultés de recrutement de personnels médicaux* » ; (iii) « *la CPAM étant également membre du GIP MDPH, une autre hypothèse pourrait être de déléguer cette mission aux médecins de la CPAM, en charge de l'évaluation de l'invalidité, en les formant bien évidemment aux spécificités du guide-barème* ».

C - La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), une instance de décision n'examinant que 2 % à 5 % des demandes

La loi du 11 février 2005 prévoit que la CDAPH « prend, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire (...), les décisions relatives à l'ensemble des droits de cette personne, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation »¹⁰¹. La CDAPH devait donc être la véritable instance de décision, les équipes pluridisciplinaires en charge de l'évaluation ayant vocation à rassembler les éléments nécessaires à ladite décision, sans se substituer à l'instance collégiale.

La pratique est très différente. Sur la base des éléments relevés sur place, la part des décisions « sur liste » dans le total des décisions rendues (dont les décisions concernant l'AAH) peut être estimée à 95 % au minimum, seules 5 % faisant l'objet d'une présentation et d'une discussion en séance. Comme l'indique la CNSA dans la synthèse des rapports d'activité des MDPH pour 2016, « la présentation orale concerne une faible part des dossiers présentés ». Dans le Val-de-Marne par exemple, pour 1 000 dossiers formellement validés par la CDAPH en 2017 en moyenne, 20 ont été examinés en séance, soit 2 %.

Deux phénomènes expliquent le décalage observé avec le modèle conçu par le législateur en 2005.

Tout d'abord, le nombre de demandes traitées par les MDPH et devant être examinées par les CDAPH a augmenté dans des proportions qui n'avaient pas été anticipées. Comme indiqué *supra*, en 2017, les MDPH ont reçu 4,5 millions de demandes, dont 12 % environ concernaient l'AAH. Chaque CDAPH prend ainsi environ 3 600 décisions chaque mois. Les CDAPH se réunissant en moyenne 3,4 jours par mois¹⁰², ce serait donc, en théorie, 1 100 décisions qui seraient à rendre chaque jour de réunion.

La prise de décision a été transférée *de facto* aux équipes pluridisciplinaires des MDPH. Leurs propositions sont en réalité des pré-décisions, transmises sous forme de listes à la CDAPH qui les valide en bloc.

¹⁰¹ Article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁰² Ces données proviennent des 88 MDPH ayant répondu sur ce point à l'enquête annuelle 2017 de la CNSA.

Les critères qui conduisent à examiner un dossier en séance de CDAPH varient d'un département à l'autre. Peuvent être retenus, selon les départements, les dossiers concernant des enfants, les demandes de PCH, les situations complexes, les premières demandes d'AAH. L'examen en séance peut aussi être demandé par l'équipe pluridisciplinaire.

Quant aux auditions de personnes handicapées par la CDAPH, leur nombre est encore plus faible. Selon la CNSA, en moyenne 112 personnes ont été reçues par CDAPH en 2017, soit moins de trois personnes en moyenne par journée de réunion. Une MDPH visitée précise que toute personne qui le demande est entendue par la CDAPH mais que, de fait, très peu le demandent.

Les recours contre les décisions d'AAH prises par les CDAPH

Toute décision de la CDAPH peut être contestée dans un premier temps dans le cadre d'un recours gracieux auprès de cette même instance. En cas de rejet de ce premier recours, un recours contentieux peut être formé.

Selon les données de la CNSA, 14 % des décisions de refus d'AAH font l'objet d'un recours gracieux, et 4 % d'un recours contentieux. L'AAH occasionne ainsi, à elle seule, 24 % des recours gracieux¹⁰³ et 34 % des recours contentieux contre les décisions des CDAPH, alors qu'elle ne représente que 14 % des décisions prises.

III - Un angle mort en matière de contrôle

A - L'AAH : une allocation relativement moins contrôlée que les autres

La dernière étape du circuit d'attribution et de liquidation de l'AAH consiste, pour la MDPH, à transmettre à la CAF ou à la MSA l'information sur les droits des bénéficiaires et la durée d'attribution accordée par la CDAPH. L'intervention des organismes payeurs consiste tout d'abord à vérifier que les conditions administratives d'éligibilité à l'AAH sont remplies (résidence, ressources, existence d'une prestation dont le montant viendrait en déduction de l'AAH, etc.). Il peut ainsi arriver que des demandeurs obtiennent de la MDPH l'ouverture d'un droit à l'AAH, mais

¹⁰³ L'AAH représente par ailleurs 25 % des décisions suite au dépôt d'un recours gracieux, et 38 % des décisions suite au dépôt d'un recours contentieux.

que la CAF ou la MSA constatent par la suite que ce droit ne donne pas lieu à paiement (dans le cas de ressources supérieures au plafond de l'AAH par exemple). Une fois cette vérification effectuée, les droits sont liquidés et la prestation versée aux bénéficiaires¹⁰⁴.

La CNAF estime, dans son champ d'intervention, que le risque principal relatif à l'AAH consiste en des versements indus du fait de déclarations de ressources erronées ou de situations professionnelles non déclarées¹⁰⁵. Elle réalise principalement des contrôles de ces données en recherchant des anomalies telles que l'absence de revenus déclarés alors que la CAF a connaissance d'une activité, la diminution substantielle de revenus sans changement d'activité déclaré, ou encore une situation déclarée de chômage sans indemnités correspondantes. En 2018, 40 662 contrôles de ce type ont été menés et ont mis en évidence 7 182 situations d'indus (soit 18 % des contrôles) représentant 3,8 M€. Des recouvrements d'indus (2 477 rappels) ont été effectués pour un montant de 1,4 M€.

La CNAF estime donc que « l'AAH ne représente pas une prestation à fort risque de fraude ». Les indus frauduleux sont estimés (à partir d'une extrapolation des contrôles réalisés) dans un intervalle compris entre 31 M€ et 123 M€. Par comparaison, les indus frauduleux du RSA sont estimés entre 811 M€ et 1 164 M€.

L'AAH ne fait pas partie des prestations prioritairement contrôlées au niveau des CAF. Dans la présentation ci-dessous, la CNAF a comparé le poids relatif des allocataires de ses principales prestations (allocations familiales, allocation de rentrée scolaire, allocation de logement social, RMI, etc.) et le poids relatif de ces mêmes allocataires dans la répartition des contrôles sur pièces. Lorsque les contrôles concernent plus fréquemment un type d'allocataire, alors l'écart est positif et signalé dans le tableau en rouge ; lorsqu'ils sont moins fréquents, l'écart est négatif et signalé en bleu.

¹⁰⁴ Le financement des CAF et des caisses de MSA est lui-même assuré par l'État, via l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Une convention financière entre l'État et l'ACOSS règle les modalités de transferts de trésorerie. Trois versements par an sont prévus depuis le programme 157 - Handicap et dépendance, au bénéfice de l'ACOSS, au 5 février, 31 mai et 5 septembre. L'ACOSS répartit ensuite les acomptes reçus entre les réseaux des CAF et des caisses de MSA, puis attribue la trésorerie nécessaire en cours d'année. L'ACOSS, avant la clôture de ses comptes, fait un dernier versement (le cas échéant après avoir reçu une dernière échéance complémentaire de l'État) aux organismes payeurs.

¹⁰⁵ Les autres risques de fraude identifiés sont liés à une dissimulation de vie maritale ; à une non-résidence en France ou une résidence insuffisante sur l'année ou encore à une omission de déclaration d'hospitalisation, d'incarcération ou de placement.

Tableau n° 12 : écart entre la proportion d'allocataires contrôlés sur pièces et celle observée parmi l'ensemble des allocataires en 2006, 2010, 2013 et 2014 (en points de pourcentage)

Prestations	2006	2010	2013	2014
AF	-4	-1,4	-1,9	-4
AF seulement	-5,5	-10,6	-10,6	-10,4
ARS	-17,8	5,4	5,8	-1,1
PAJE	-3,4	-0,7	-1,4	0
APL	5,2	-2	-2,1	-2,3
ALS	-7,7	3,7	2,9	4,4
ALF	4,4	3,2	3,9	4,3
AAH	0,3	-5,1	-3,9	-4,9
RMI / RSA	4,6	7,7	7,6	10,4

Lecture : En 2014, la proportion d'allocataires de l'AAH parmi la population contrôlée est inférieure de 4,9 points au poids de l'AAH parmi l'ensemble des allocataires.

Champ : Ensemble de la population des allocataires en 2006, 2010, 2013, 2014.

Source : CNAF, fichiers mensuels ALLNAT, « Politique de contrôle et lutte contre la fraude dans la branche Famille », In Dossier d'étude n° 183 de la CNAF, 2016

L'AAH fait ainsi partie des prestations qui sont relativement moins contrôlées par comparaison avec son poids parmi les allocataires des CAF. Le RSA est, sous ce même critère, davantage contrôlé.

B - Une procédure qui ne garantit pas la détection des recours frauduleux

La répartition des compétences entre MDPH et CAF fait apparaître un « angle mort » en matière de lutte contre le recours frauduleux à l'AAH : les conditions actuelles d'instruction de l'AAH ne sont pas conçues pour détecter d'éventuelles fraudes intentionnelles (constitution de faux dossiers, certificats de complaisance de la part de médecins, fausses déclarations, etc.).

En effet, les CAF interviennent en aval et axent leurs contrôles sur la vérification des conditions de ressources et non sur l'éligibilité. En amont, les agents des MDPH ont pour mission de vérifier que les pièces constituant le dossier de demande sont cohérentes entre elles, mais les MDPH estiment que la détection d'éventuelles fraudes ne leur incombe pas.

Plusieurs paramètres font donc apparaître une zone d'incertitude sur la capacité du système en place à détecter des tentatives de fraude ou plus simplement des demandes non conformes aux principes fixés par le législateur et au principe d'équité :

- En dehors des éventuels résultats d'examen médicaux, les informations les plus importantes fournies par les demandeurs ont un caractère déclaratif.
- Les équipes pluridisciplinaires considèrent *a priori* les informations comme exactes et estiment qu'il ne leur revient pas spécifiquement de distinguer entre le juste et l'exagéré, ou encore de détecter un éventuel certificat de complaisance, alors même qu'une partie importante des dossiers ne feront à aucun moment l'objet d'une contre-expertise ou même d'un entretien ou d'une visite médicale.
- Les MDPH n'enregistrent pas les noms des médecins délivrant les certificats, et se privent par là-même de la possibilité de vérifier s'ils émanent de praticiens complaisants qu'elles auraient par ailleurs identifiés. Cette situation contraste avec celle qui prévaut dans le régime général de l'assurance maladie : les CPAM disposent par exemple de statistiques précises de prescription d'arrêts maladie par professionnel de santé¹⁰⁶.
- Les MDPH mettent rarement en œuvre des poursuites pour tentative d'obtention frauduleuse de l'AAH (pas d'identification ou de dépôts de plaintes). Ce point ne fait pas l'objet d'un suivi par la CNSA.

Dans ces conditions, la recherche de fraude se focalise sur des questions d'indus parfois techniques (notamment lors des franchissements à la marge des seuils d'éligibilité à la prestation), tandis que les fraudes intentionnelles et délictuelles (en particulier par l'usage de fausses déclarations et de certificats de complaisance) sont, dans l'organisation actuelle, peu recherchées¹⁰⁷.

¹⁰⁶ S'agissant d'enjeux de santé publique et de politiques financées par des fonds publics, l'argument selon lequel les prérogatives des CPAM et des MDPH sont différentes n'apparaît pas pertinent. Les MDPH devraient en toute logique disposer d'une fonction d'observation statistique à fin de contrôles comparable à celle des CPAM.

¹⁰⁷ On peut citer ici une affaire récente dans laquelle un réseau d'escroquerie aux allocations versées aux adultes handicapés a été fortuitement découvert par la Police de l'air et des frontières (PAF) de Toulouse en juillet 2017. À l'occasion d'un contrôle de douane, la présence dans les bagages de volumes importants de faux documents à l'appui de demandes d'AAH a été découverte. Cette activité durait depuis un an, et le préjudice subi par la CAF s'élèverait à 200 000 €. L'AAH était versée à trente personnes fictives.

Plusieurs mesures susceptibles d'améliorer le contrôle de l'attribution à bon droit sont en cours d'élaboration au moment de la rédaction de ce rapport. Il est donc trop tôt pour constater leur portée réelle.

Dans le cadre de la préparation de la conférence nationale du handicap (CNH) prévue en 2019, un groupe de travail propose de systématiser le contrôle interne dans les MDPH, qui n'existe actuellement que dans un tiers d'entre elles selon la DGCS. Ce contrôle pourrait être en partie automatisé grâce au nouveau système d'information harmonisé des MDPH (cf. chapitre II). La DGCS souhaite que ce contrôle « *ne porte pas que sur des items administratifs* », ce qui suggère en creux qu'il pourrait également concerner la dimension médicale des dossiers et partant la question de l'attribution à bon droit.

Une seconde mesure concerne la mise en place d'une mission nationale de contrôle des MDPH qui est annoncée dans une récente circulaire du Premier ministre¹⁰⁸. Le statut de cette structure n'est cependant pas encore défini et son efficacité supposerait qu'au moins trois conditions soient réunies :

- que la mission ne se limite pas à des audits de fonctionnement des MDPH, mais qu'elle procède au contrôle effectif de l'attribution des prestations ;
- qu'elle soit rattachée à la DGCS, sur le modèle de la mission nationale de contrôle des organismes de sécurité sociale, service à compétence nationale rattaché au DSS ;
- qu'elle dispose d'une compétence médicale, et non pas seulement administrative.

¹⁰⁸ Circulaire du 12 juin 2019 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'organisation territoriale de l'État.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les MDPH ont réussi à faire face à l'augmentation massive des demandes qui leur sont adressées, et à l'exigence de réduction des délais de décision. Néanmoins, cette adaptation s'est faite en partie au prix de fortes concessions par rapport à l'esprit de la loi de 2005 en termes d'accueil personnalisé et d'analyse des situations des demandeurs. Le circuit de décision de l'AAH présente ainsi une série d'insuffisances par rapport au double objectif d'un traitement personnalisé et du paiement à bon droit :

- *le temps d'évaluation consacré aux dossiers (y compris les dossiers concernant l'AAH) est estimé en moyenne entre cinq et vingt minutes selon leur complexité, ce qui limite les diligences effectuées avant d'aboutir à une décision, particulièrement dans les MDPH recevant le plus de demandes ;*
- *l'attribution de l'AAH est, de fait, pré-décidée par les équipes pluridisciplinaires des MDPH dont la composition, variable d'une MDPH à l'autre, peut être réduite à une personne seule. Étant donné les grandes difficultés de recrutement de médecins en MDPH, la demande est fréquemment traitée sans avoir été examinée par un médecin ;*
- *la CDAPH, instance formelle de décision, n'examine que 2 % à 5 % des dossiers, sans que ceux-ci concernent spécifiquement l'AAH. L'essentiel des décisions est validé « sur liste » à partir des propositions des équipes des MDPH ;*
- *les décisions sont prises au vu du certificat médical et du formulaire de demande, dont les éléments, déclaratifs, sont rarement vérifiés, faute de temps. Les éléments sont particulièrement lacunaires lorsqu'il s'agit d'une demande de renouvellement ;*
- *l'organisation de visites médicales en MDPH ou d'une contre-expertise par des professionnels de santé pour l'attribution de l'AAH est rare, voire exceptionnelle. Plus généralement, l'évaluation des demandes n'est qu'exceptionnellement complétée par un entretien avec le demandeur. La CNSA estime que le coût de mise en œuvre d'une évaluation médicale systématique serait compris entre 9 M€ et 16 M€ par an pour les premières demandes d'AAH. Cette estimation est convergente avec celle de la DGCS, qui chiffre ce coût à 13 M€ par an.*

Ces derniers points révèlent une zone de risque concernant la lutte contre la fraude, dont les garanties minimales ne sont pas réunies. En amont, les MDPH ne sont pas organisées pour détecter d'éventuelles fausses déclarations. En aval, lors de la liquidation des droits, les CAF (ou les MSA) concentrent leurs contrôles sur les ressources déclarées, contrôles au demeurant moins nombreux pour l'AAH que pour d'autres prestations.

Ces différents éléments contribuent au développement de pratiques divergentes d'un département à l'autre. À organisation et réglementation inchangées, les efforts pour harmoniser les décisions sont peu susceptibles d'aboutir.

Dans ces conditions, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 6. instituer a minima une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH ;*
 - 7. mettre en place des mécanismes de contrôle de l'attribution à bon droit, en systématisant le contrôle interne au sein des MDPH et en créant une mission nationale de contrôle, compétente sur le plan médical.*
-

Chapitre V

La gestion de l'AAH : l'État-financier marginalisé

Au sein d'une organisation de gestion globalement assurée par les MDPH et animée par les départements, l'État a vu sa place effective se réduire d'année en année.

Si la législation relative à l'AAH et, chaque année, la mise en place des crédits budgétaires destinés à en assurer le financement relèvent bien évidemment de l'État, l'administration ne joue plus en aval de ces deux fonctions qu'un rôle marginal dans l'organisation et la gestion de l'AAH. Quasi absent du circuit de décision au niveau des dossiers individuels, l'État ne joue pas davantage le rôle de pilote au sens où il disposerait d'outils pour homogénéiser les pratiques des MDPH et pour infléchir la dynamique globale de l'AAH dans tel ou tel sens.

En sens inverse, les associations représentant les personnes handicapées ont pris dans cette organisation une place croissante depuis 2005, au point d'en apparaître comme les co-animatrices. Cette situation reflète l'engagement national exprimé en 2005 d'une participation accrue des personnes handicapées aux décisions qui les concernent. Elle a pour contrepartie une plus grande difficulté pour l'État et ses services à engager les réformes ou même les ajustements identifiés comme nécessaires.

I - Des compétences partagées entre l'État et les départements

La gestion de l'AAH s'inscrit dans le paysage de la répartition des compétences entre État et départements en matière sociale. Le principe d'une compétence de droit commun du département a été posé dès les lois de décentralisation de 1983, puis a été confirmé à intervalle régulier, à l'occasion des nouvelles étapes de décentralisation, sans aboutir pour autant à une organisation par blocs de compétences complets.

La réforme constitutionnelle du 28 mars 2003 a introduit la notion de collectivité « chef de file ». En 2004, cette qualité a été attribuée au département, qui « *définet et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale* »¹⁰⁹. Les autres collectivités publiques conservent néanmoins des compétences d'attribution dans le champ social, notamment les communes et l'État.

Le département est chargé du financement et de la mise en œuvre des politiques sociales ; il est responsable de l'élaboration des schémas territoriaux et des plans d'actions, ainsi que de la conduite des instances de concertation et de décision. Dans le champ du handicap en particulier, le président du conseil départemental arrête les schémas relatifs aux personnes handicapées ; il préside le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie ainsi que la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

L'État conserve toutefois d'importantes attributions en matière de handicap. Outre la gestion et le financement, par exception, de certains dispositifs, l'État est le « *garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire* » selon les termes de la loi de 2005.

Dans cet ensemble, l'AAH occupe une position à la fois exceptionnelle et atypique. Entièrement financée par l'État, elle représente à elle seule un montant budgétaire supérieur à l'ensemble des dépenses d'aide sociale des départements aux personnes handicapées. En prenant en compte les autres dispositifs que l'État finance (notamment la garantie de ressources des travailleurs handicapés, pour 1,3 Md€ en 2016, et la subvention aux établissements et services d'aide par le travail, pour 1,5 Md€ en 2016), la part de l'État dans le financement de l'aide sociale au handicap est donc largement supérieure à celle des départements, alors que ces derniers coordonnent pourtant les actions en la matière.

¹⁰⁹ Article L. 121-1 du CASF, modifié par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Les analyses portant sur ce paysage institutionnel et les propositions d'évolution qui ont pu être formulées ces dernières années sont très marquées par le contexte de forte augmentation des dépenses d'aide sociale à la charge des départements¹¹⁰.

Les dépenses d'aide sociale à la charge des départements, de 24,8 Md€ en 2005, ont en effet progressé jusqu'à 39,3 Md€ en 2016 (+ 58 %), sous l'effet de l'augmentation des dépenses au titre du RSA et du RSO (+ 74 %) et au titre de l'APA (+ 43 %)¹¹¹. Cette dynamique a fortement contribué à la hausse des dépenses des départements (+ 8 % en euros constants entre 2011 et 2016). Dans le même temps, les recettes ont progressé à un rythme moins soutenu (+ 5 % sur la même période).

L'effet de ciseaux sur le budget des départements s'est traduit, pour certains, par des difficultés ponctuelles – et parfois récurrentes – à verser aux CAF la part de financement du RSA qui leur incombe. Fin 2016, dix-sept départements n'avaient pas remboursé les 194 M€ dus aux CAF à ce titre.

Ce panorama pose depuis plusieurs années la question de l'intérêt objectif des départements, pour des raisons d'équilibre financier, à ne pas décourager le passage d'allocataires du RSA, qu'ils financent, vers l'AAH-2, financée par l'État. En 2010, le Sénat relevait déjà que « *certaines départements ont pu être tentés d'attribuer généreusement l'AAH, dont le montant est supérieur au RSA et dont la charge financière revient à l'État, à des personnes qui relevaient davantage du domaine des politiques d'insertion de droit commun* »¹¹². Que ces transferts soient volontaires ou non, leur existence est rendue possible par les contours incertains de l'AAH-2 et par l'organisation institutionnelle actuelle.

Les acteurs de cette politique publique ne semblent pourtant pas identifier cette situation comme nécessitant une réponse. Chacun, pour des raisons différentes, semble trouver un avantage *au statu quo*. Les MDPH, en tant qu'institutions placées sous la tutelle administrative et financière du département, n'ont pas d'incitation particulière à veiller à la frontière entre RSA et AAH. Au sein de l'État, la direction du budget n'a pas été en mesure d'agir sur ce sujet qui, de surcroît, s'inscrit dans l'ensemble des relations financières complexes entre l'État et les départements. D'autres politiques sociales font en effet l'objet de partages de compétences et de charges financières, et l'AAH n'est pas un élément strictement isolé en dépit de la dépense qu'elle représente. Enfin, on peut considérer que la DGCS comme la CNSA ne sont pas en situation, face aux départements, de faire contrepoids et d'imposer une répartition plus stricte entre les deux dispositifs.

¹¹⁰ La Cour des comptes en a proposé une synthèse récente dans son rapport sur *Les finances publiques locales*. La Documentation française, octobre 2017, 510 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

¹¹¹ DREES, *L'aide et l'action sociale en France*, édition 2018.

¹¹² *Rapport d'information sur l'évaluation des coûts de l'AAH*, 2010, précité.

II - Une gestion éloignée de l'équilibre prévu par la loi de 2005

A - Le fonctionnement théorique des MDPH et des CDAPH

1 - La gouvernance des MDPH : la place prépondérante du conseil départemental

La loi du 11 février 2005 a réservé dès l'origine une place prépondérante aux départements dans la gestion des MDPH, et donc dans leur fonctionnement de nouveau guichet unique de la politique du handicap.

Les MDPH ont été constituées sous forme de groupements d'intérêt public (GIP) dont le département assure la tutelle administrative et financière. Elles sont administrées par une commission exécutive (Comex) qui est présidée par le président du conseil départemental¹¹³.

La loi de 2005 a fixé l'équilibre de la composition de cette Comex en faveur des représentants du département (50 % des membres, désignés par le président du conseil départemental), devant l'État (25 % des membres) et les associations (25 % des membres, désignés par le conseil départemental consultatif des personnes handicapées). En outre, il doit être noté que le collège des représentants de l'État est entendu dans un sens large puisque les représentants des régimes de sécurité sociale leur sont assimilés, ce qui est discutable, et qu'il est éclaté entre différentes autorités de désignation (préfet, recteur d'académie, organismes d'assurance maladie et CAF), qui ne présentent ni unité, ni coordination.

La présence des associations comme membres constitutifs des MDPH et leur participation à la Comex n'allait pas de soi : la forme juridique du GIP suppose en effet la mise en commun de moyens apportés

¹¹³ Article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles. La Comex est l'instance centrale de la MDPH. C'est à son niveau, à la fois politique (par la présence de membres élus du conseil départemental) et administratif, que se décident les orientations de la MDPH : vote du budget, choix des partenariats, suivi des indicateurs de gestion, politique des ressources humaines, organisation du travail des équipes pluridisciplinaires et de la CDAPH, etc. La Comex dispose ainsi de pouvoirs qui vont au-delà de ceux d'un conseil d'administration pour une association ou un établissement public.

par ses membres, sous forme de capital ou de participation aux frais de fonctionnement¹¹⁴. Or cette condition n'est pas remplie par les associations dans le cas des MDPH, au financement desquelles elles ne participent pas, bien que certaines associations considèrent que l'envoi de membres aux instances collégiales abritées par les MDPH constitue une forme de mise à disposition de moyens.

2 - La CDAPH, une instance de décision dont les membres sont majoritairement proposés par l'État

L'intention qui apparaît dans l'architecture du système, au lendemain de la réforme de 2005, était que l'État conserve en revanche une certaine maîtrise de la composition des CDAPH en nommant une majorité de ses membres. Ainsi, comme le montre le tableau ci-dessous, dix-sept membres sur vingt-trois¹¹⁵ sont proposés par l'État, dont sept conjointement avec les associations.

Tableau n° 13 : composition des CDAPH

Origine des membres de la CDAPH		Proposé par
Département	4	Département
État et ARS	4	État (DDCS, DIRECCTE, DASEN) et ARS
Organismes de sécurité sociale	2	État (DDCS)
Organisations syndicales (patronat et salariés)	2	État (DIRECCTE)
Associations de parents d'élèves	1	État (DASEN)
Associations de personnes handicapées et familles	7	Conjointe État (DDCS) et associations
Conseil départemental. de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)	1	CDCA
Gestionnaires d'ESMS accueillant des personnes handicapées	2	Département (1) et État (DDCS) (1)
Nombre total	23	

DDCS : direction départementale de la cohésion sociale ; DIRECCTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; DASEN : direction académique des services de l'Éducation nationale.

Source : Cour des comptes d'après code de l'action sociale et des familles, article R. 241-24.

¹¹⁴ La loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit définit le GIP dans son article 98 : « *Le groupement d'intérêt public est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière. Il est constitué par convention approuvée par l'État soit entre plusieurs personnes morales de droit public, soit entre l'une ou plusieurs d'entre elles et une ou plusieurs personnes morales de droit privé. Ces personnes y exercent ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif, en mettant en commun les moyens nécessaires à leur exercice* ».

¹¹⁵ Ils sont nommés pour quatre ans, par arrêté conjoint du préfet de département et du président du conseil départemental.

B - En pratique : prépondérance du département, désengagement de l'État et présence active des associations

Le rôle prépondérant donné dès l'origine aux départements dans la direction des MDPH s'est accentué, au fur et à mesure que l'engagement de l'État dans leur fonctionnement matériel s'est réduit. Les données de la CNSA¹¹⁶ montrent ainsi que :

- Les fonctions support et logistique des MDPH sont mutualisées avec celles des départements ou mises à disposition par les départements dans neuf cas sur dix environ, et totalement intégrées dans 68 % des cas pour les locaux, 64 % pour l'informatique et 47 % pour la logistique.
- Les départements financent la majeure partie des moyens en personnel des MDPH, alors que l'État a globalement figé son apport initial de 2005. Ainsi, les départements prennent directement à leur charge 55 % des moyens humains (salaires et mises à disposition non refacturées), contre 30 % pour les MDPH elles-mêmes sur leurs ressources et 13 % pour l'État¹¹⁷.
- Les deux tiers (65 %) des directeurs de MDPH sont totalement intégrés hiérarchiquement et fonctionnellement aux services départementaux. Il est fréquent que le directeur de la MDPH soit en même temps directeur du Pôle autonomie ou des services sociaux du conseil départemental.

Parallèlement, les associations ont pleinement investi la place que leur a confiée la loi du 11 février 2005 dans les instances de gouvernance. De grands réseaux comme l'APF France Handicap, l'Unafam ou l'Unapei ont mobilisé, dès les premières années d'application de la loi, leurs représentants locaux pour les faire participer aux nouvelles instances départementales ; ils disposent ainsi de représentants dans la quasi-totalité des Comex et CDAPH (cf. *infra*).

¹¹⁶ Ces données proviennent des 93 MDPH ayant répondu sur ce point à l'enquête annuelle 2017 de la CNSA.

¹¹⁷ En excluant les mises à disposition non refacturées et les reports, le partage peut apparaître plus équilibré (État 37,5 %, conseil départemental 30 % et CNSA 27,8 %). La dotation de la CNSA peut être utilisée par le département pour des recrutements directs mis à disposition de la MDPH (données CNSA).

Dans le même temps, la présence de l'État au sein de ces instances a régulièrement reculé au point de devenir symbolique. Certes ces commissions ne font qu'enregistrer les pré-décisions des MDPH, mais elles fixent aussi des orientations générales aux services instructeurs.

Résultats de l'enquête de la DGCS de 2017 sur la participation des représentants de l'État aux CDAPH

Pour ce qui concerne les agents assurant les fonctions de « référents handicap » (*cf. infra*), près de neuf sur dix déclarent participer « régulièrement » aux CDAPH. Pour autant, seuls 37 % participent à au moins trois quarts des séances traitant d'AAH. Parmi les raisons invoquées figurent le manque de temps et d'effectifs, mais aussi le « *manque de légitimité et de plus-value en commission (mission considérée comme non-prioritaire)* ».

Pour ce qui concerne les autres représentants de l'État, la « *participation régulière de l'ARS aux CDAPH est faible (32 %)* », celle des Direccte très faible (20 %) et en forte baisse (36 % en 2015). Par ailleurs, 65 % des répondants indiquent qu'« *aucune position commune n'est adoptée entre les représentants de l'État en CDAPH* » et « *qu'il n'existe aucune modalité de partage de l'information entre les représentants de l'État* ». À ce titre, certains agents « *s'interrogent sur la pertinence de leur place en CDAPH, notamment en raison de leur manque de temps et de disponibilité* ».

Il n'existe pas de données agrégées rendant compte de la participation de l'État aux réunions des Comex de MDPH. L'analyse des comptes rendus de séance atteste néanmoins que des Comex peuvent se dérouler alors que, par exemple, l'État n'y représente que 12 % des voix (conséquence des absences et des pouvoirs donnés par les représentants du conseil départemental à des représentants associatifs), ou encore, dans un format où cinq membres délibérants sur onze sont issus du seul collège associatif. Interrogée par la Cour sur ce qui peut apparaître comme une carence ou une abstention préoccupante, la DGCS indique que « *la diversité des missions des services déconcentrés de l'État et des ARS au regard de leurs moyens rend difficilement envisageable une participation systématique en CDAPH et en Comex et à hauteur des attentes des associations et du conseil départemental* ».

C - Le pilotage de l'AAH par l'État-financeur : un objectif devenu inaccessible

Le phénomène d'affaiblissement de l'État dans cette organisation a plusieurs causes structurelles, qui rendent l'objectif d'un réel pilotage de l'AAH illusoire à court terme et à organisation inchangée.

1 - Une tentative peu concluante d'amélioration du pilotage en 2011-2012

Le désengagement de l'État est d'abord concomitant de la réforme de l'organisation territoriale opérée en 2009, qui a réparti les missions de l'administration sanitaire et sociale entre diverses structures¹¹⁸ : les agents des DDASS et DRASS affectés à des missions liées au handicap ont été orientés vers les ARS tandis que les agents qui étaient déjà mis à disposition des MDPH par les DDASS ont été affectés aux DDCS. En revanche, la mission de pilotage des MDPH n'a pas été prise en compte. Avant même que cette réforme n'intervienne, le pilotage de l'AAH par les DDASS était jugé faible et insuffisant ; il est devenu encore plus difficile par la suite.

En 2011, la DGCS a engagé, avec huit départements pilotes, un projet dit « d'amélioration du pilotage de l'AAH » afin de remédier à cette situation. Le déploiement national du projet a *in fine* donné lieu à la désignation de personnes référentes (ou référents-handicap) dans chaque direction départementale et régionale, à l'organisation de sessions de formation pour ces référents, et à la définition de plans d'action pour chaque département.

L'évaluation du projet¹¹⁹, tout en soulignant les effets positifs sur la réappropriation des enjeux de l'AAH par les services territoriaux de l'État et le rôle de pilote de la DGCS, a cependant constaté que « *le retour des [services déconcentrés] dans la procédure d'attribution (...) s'apparente pour la majorité de cas à une simple reprise de contact ou à une présence physique en CDAPH, plus qu'à une implication active dans l'attribution* ».

¹¹⁸ Cf. circulaire DRH/DRH1 n° 2009-232 du 12 juin 2009 relative à la répartition des effectifs des DRASS et des DDASS.

¹¹⁹ Ernst & Young, Mesure de la mise en œuvre et de l'impact du projet conduit par la DGCS en 2011 et 2012 sur l'amélioration du pilotage de l'Allocation aux adultes handicapés, In : *Rapport final*, 2013.

Extraits du rapport d'évaluation de l'initiative d'amélioration du pilotage de l'AAH (2013)

En CDAPH, « l'État intervient sur un nombre très réduit de dossiers, les dossiers d'AAH examinés restant dans la majorité des départements la variable d'ajustement par rapport aux autres prestations dans l'ordre du jour des CDAPH ».

« En matière de disparités territoriales d'attribution de l'AAH, le rôle de l'État en CDAPH s'avère limité en particulier par l'impossibilité de préparer ou sélectionner les dossiers examinés en amont des commissions. Dans la grande majorité des départements, les demandes en ce sens faites par les services de l'État se sont heurtées au refus des MDPH pour des raisons de principe, d'organisation ou de secret médical. À procédure et réglementation inchangées, cette situation constitue un véritable blocage ».

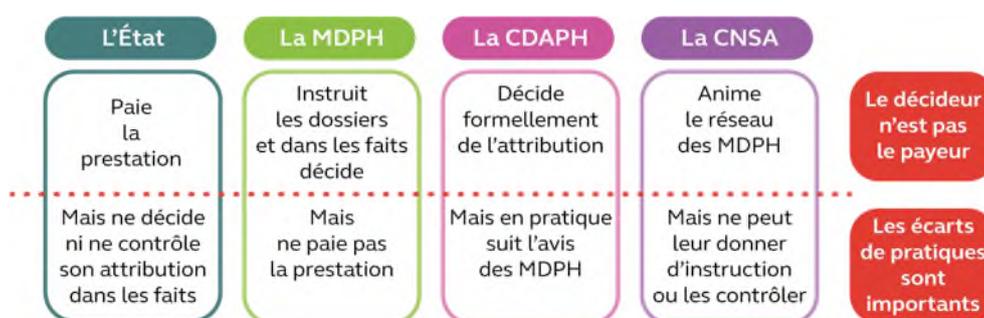
Dans un département, « les tentatives pour engager une discussion en CDA sur la priorisation des dossiers examinés et leur préparation sont confrontées aux réticences importantes de la MDPH et des partenaires associatifs. Cette position est justifiée par la crainte de voir les nouvelles orientations de l'État casser les gros efforts consentis cette dernière année pour raccourcir les délais de traitement des demandes d'AAH ».

Depuis 2013, aucun changement significatif n'est intervenu sur l'organisation du circuit de décision et de gestion de l'AAH. Dès lors, la mise en place d'un pilotage de l'AAH, par l'intermédiaire des représentants locaux de l'État, apparaît désormais illusoire. Les obstacles organisationnels et ceux résultant de la pratique, sont structurels. Au-delà de l'élaboration d'outils et de guides, effectivement repris et utilisés localement, la DGCS ne dispose plus de leviers pour mettre en œuvre les éventuelles orientations de l'État.

2 - La séparation entre un décideur autonome et un État payeur, inscrite dans la loi de 2005, est devenue synonyme d'une exclusion de l'État

La séparation entre décideur et financeur, pour ce qui concerne l'AAH, était inscrite dans la nouvelle gouvernance voulue par le législateur en 2005, à l'inverse du choix et de l'argumentation déployée deux ans auparavant pour justifier l'attribution du RMI – devenu RMA puis RSA – aux départements. Cependant la pratique a accentué encore cette dichotomie, comme le montre le schéma ci-dessous établi par la direction du budget.

Graphique n° 4 : la répartition des rôles en matière d'AAH



Source : direction du budget

La séparation des fonctions entre un évaluateur-décideur (MDPH-CDAPH) et un financeur (État) est même devenue un principe cardinal pour certains acteurs, notamment les associations de personnes handicapées, qui estiment qu'elle est une condition nécessaire d'impartialité et de juste attribution des droits.

Cette séparation n'est pourtant pas une règle absolue dans le champ du handicap, et encore moins dans le champ social en général. La prestation de compensation du handicap (PCH) fournit un contre-exemple éclairant. Spécialement pour l'attribution de cette prestation, financée par les départements (à hauteur des deux tiers, le dernier tiers faisant l'objet d'un transfert de la CNSA), les décrets d'application de la loi de 2005 ont prévu des règles de vote particulières en CDAPH : les voix des représentants du département présents lors du vote sont surpondérées de façon à ce que le département dispose de la majorité absolue¹²⁰. Cette règle consiste donc à donner au financeur un droit de veto sur l'attribution de la PCH.

¹²⁰ Article R. 241-27 du code de l'action sociale et des familles : « lorsque la décision porte sur l'attribution de la prestation de compensation, les voix sont pondérées en fonction de la règle suivante : lorsque le nombre N1 des membres présents de la commission qui représentent le département est inférieur ou égal au nombre N2 des autres membres présents ayant voix délibérative, un coefficient X égal à $(N2 + 1) / N1$ est appliqué aux voix des représentants du département ».

On peut relever qu'en 2011, un projet de décret préparé par la DGCS prévoyait, dans un strict parallélisme des formes, l'adoption de cette même règle au bénéfice de l'État pour les décisions d'attribution de l'AAH. Ce projet a néanmoins été abandonné suite au refus de principe opposé par les associations¹²¹.

L'APA fournit pourtant un autre exemple, dans le champ de la politique de l'autonomie, où le financeur est aussi le décideur.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : décision et paiement confiés aux départements

Mise en place en 2002, l'APA est destinée aux personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie. Elle permet le recours à des aides humaines et techniques pour compenser les difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Fin 2016, elle était perçue par 1,3 million de personnes, pour un montant total de 5,8 Md€.

Comme pour la PCH, c'est le conseil départemental, financeur de la prestation (à hauteur des deux tiers, le dernier tiers faisant l'objet d'un transfert de la CNSA), qui assure l'évaluation des demandes et la décision d'attribution :

- la demande d'APA est adressée au président du conseil départemental ;
- l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins de la personne est soit effectuée directement par les membres de l'équipe médico-sociale du département après visite à domicile, soit validée par un médecin du département et de l'ARS en cas d'hébergement dans un établissement ;
- la décision finale d'accorder l'allocation revient au président du conseil départemental, sur la base d'une proposition présentée par la commission de l'APA. Cette instance départementale comprend sept membres, dont le président du conseil départemental (ou son représentant) qui préside la commission, trois représentants du département et deux représentants des organismes de sécurité sociale.

Source : ministère de la santé et des solidarités

¹²¹ Note du DGCS du 21 mars 2011 : « le comité d'entente, qui représente au niveau national 66 associations de personnes handicapées, a exprimé sa vive opposition à l'article 3 [du] projet de décret, lequel vise à instaurer au profit des représentants de l'État siégeant au sein de la [CDAPH] une majorité absolue des voix pour toute décision relative à l'AAH. Le retrait de cet article a été présenté par le comité d'entente comme un préalable à la poursuite de la concertation sur les autres dispositions du projet de décret. (...) Dans ce contexte, après des échanges avec le cabinet de la Présidence de la République et le cabinet du Premier ministre, il a été décidé de reformuler cet article 3 », en réalité complètement supprimé de la version définitive (décret n° 2011-974 du 16 août 2011).

La mise en regard de ces conditions d'attribution révèle l'existence de deux modes de fonctionnement bien distincts : contrairement aux départements qui disposent de moyens de pilotage de leur action en matière de PCH et d'APA, l'État est un financeur sans levier opérationnel sur l'AAH. Les premiers revendiquent d'être des financeurs-décideurs, le second est progressivement devenu un financeur – non décideur.

III - Une forme originale de co-gestion : la participation des associations de personnes handicapées à la gestion des MDPH et de l'AAH

A - De nombreuses instances de concertation, de co-construction et de co-gestion

1 - Un principe général de participation des associations à toutes les instances de décision

Historiquement, les associations représentant les personnes handicapées et leurs familles ont joué un rôle actif dans la reconnaissance et la prise en charge du handicap, aux côtés de l'État et de structures caritatives. À partir des années 1950, les associations de parents concernés par le handicap d'un enfant ont été à l'origine de l'ouverture de nombreux établissements médicaux-sociaux, dont ils étaient eux-mêmes gestionnaires et qui pouvaient prendre en charge leurs enfants d'une manière satisfaisante.

Symboliquement, la loi du 11 février 2005 a consacré son premier article aux associations, en introduisant une nouveauté profonde : le principe de participation des associations du champ du handicap à toutes les instances de décision¹²².

Ainsi, la politique du handicap, notamment la gestion de l'AAH, se caractérise par la participation, tant au niveau départemental que national, de représentants d'associations. Il s'agit là d'une orientation générale qui n'a pas son équivalent pour les autres minima sociaux ou, par exemple, en matière d'aides au logement.

¹²² Article L. 146-1 A du CASF : « dans toutes les instances nationales ou territoriales qui émettent un avis ou adoptent des décisions concernant la politique en faveur des personnes handicapées, les représentants des personnes handicapées sont nommés sur proposition de leurs associations représentatives (...) ».

Ces associations sont nombreuses et concernent tous les types de handicaps. Elles peuvent regrouper des personnes handicapées ou leurs familles. Elles sont devenues, pour certaines, des gestionnaires de réseaux importants d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), et des prestataires de services.

Tel est le cas de l'Unapei qui est une union de 550 associations, gestionnaires de plus de 3 000 établissements¹²³, ou encore de l'APF France Handicap qui emploie directement ou indirectement 14 200 personnes, gère 25 établissements et services d'aide par le travail (ESAT), 25 entreprises adaptées, 104 structures d'hébergement médicalisées ou non¹²⁴. L'Unafam, qui regroupe des familles et amis de personnes concernées par des maladies psychiques, revendique 15 000 familles adhérentes et 100 délégations départementales.

2 - De nombreuses instances de concertation et de co-gestion

De façon classique, les associations siègent dans les instances consultatives créées par les lois de 1975 et de 2005 :

- Le conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), créé en 1975, « assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant »¹²⁵. Les quatre vice-présidents du CNCPH sont des représentants d'associations.
- La conférence nationale du handicap (CNH), créée en 2005, réunit tous les trois ans l'ensemble des acteurs du handicap – associations, départements, organismes de sécurité sociale, organisations syndicales et patronales – « afin de débattre des orientations et des moyens de la politique concernant les personnes handicapées ».

¹²³ Le site internet de l'Unapei indique que cette union regroupe 55 000 familles, 72 000 bénévoles, 3 000 ESMS, 94 000 professionnels accompagnant 200 000 personnes handicapées.

¹²⁴ Le site internet de l'APF France Handicap indique 22 330 adhérents en 2016, environ 300 000 donateurs, 25 000 bénévoles dont 4 000 réguliers.

¹²⁵ Article L. 146-1 du CASF. Il est chargé « d'évaluer la situation matérielle, financière et morale des personnes handicapées (...) et de présenter toutes les propositions jugées nécessaires au Parlement et au Gouvernement, visant à assurer, par une programmation pluriannuelle continue, la prise en charge de ces personnes ». « Il peut se saisir de toute question relative à la politique concernant les personnes handicapées ».

- Les conseils départementaux consultatifs de l'autonomie (CDCA) comportent un collège de représentants d'associations de personnes handicapées ou de leurs proches. Créée en 2015, cette instance émet des avis et recommandations sur les orientations locales et est consultée sur les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées¹²⁶.

De façon plus singulière, les associations sont systématiquement membres des organes de gouvernance, de gestion et de décision des entités créées par la loi de 2005 :

- Le conseil de la CNSA est à la fois un organe de gouvernance classique, qui décide des orientations et de la gestion de l'organisme, mais est aussi conçu comme un lieu d'échange et de débat sur tous les aspects de la politique de l'autonomie et du handicap. Les personnes handicapées y sont représentées par six membres titulaires, parmi lesquels est élu un des trois vice-présidents du conseil. L'État est en minorité dans ce conseil, puisqu'il n'y détient que 41 voix sur 92.
- Les commissions exécutives (Comex) des MDPH, instances de direction, réservent un quart des voix aux associations représentant des personnes concernées par le handicap (*cf. supra*).
- Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (*cf. supra*), qui sont les instances collégiales de décision pour les droits et prestations liées au handicap, sont composées pour près d'un tiers de représentants d'associations (*cf. supra*).

L'APF France Handicap, par exemple, revendique la présence de 2 000 de ses adhérents au sein d'instances départementales, régionales ou nationales. L'Unafam est présente dans la plupart des CDAPH et dans les Comex des MDPH, sans qu'un dénombrement exact n'ait pu être effectué dans le cadre de la présente enquête.

B - La participation des associations à la rédaction des textes législatifs et réglementaires

Les associations représentant les différents types de handicaps se donnent logiquement pour objectif de défendre les intérêts matériels et moraux de leurs adhérents. Leurs initiatives et démarches ont abouti à des ajustements importants des textes législatifs et réglementaires.

¹²⁶ Le CDCA remplace le conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) et le comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA).

La définition nouvelle du handicap introduite par la loi du 11 février 2005 est aussi le résultat de l'implication forte des associations. Il en est de même pour la reconnaissance du droit à la compensation des conséquences d'un handicap, « *fruit de longues années de revendication des personnes en situation de handicap et de leurs familles* » comme le note l'IGAS¹²⁷.

L'Unafam revendique son rôle dans la reconnaissance légale du handicap psychique comme type de handicap à part entière et évoque à ce sujet un « *long combat* », pour « *rendre visible toute une population jusqu'alors maintenue dans le champ du sanitaire, de la psychiatrie* ».

L'APF France Handicap, pour sa part, indique que sa mobilisation lors de la discussion parlementaire du projet de loi a permis l'adoption d'un amendement créant le complément de ressources de l'AAH. Elle indique aussi « *s'être battue pour que les MDPH soient gérées par un GIP* » dans le but notamment de permettre « *la participation effective des représentants associatifs dans les Comex et les CDAPH* ».

Concernant le processus d'attribution de l'AAH, les associations ont obtenu, en 2011, l'abandon d'un projet de décret prévoyait d'accorder à l'État-financeur la majorité des voix en CDAPH pour les votes relatifs à l'AAH. Le mécanisme prévu était pourtant strictement identique à celui existant pour la PCH au bénéfice du département, comme indiqué *supra*.

Un exemple récent : le projet d'arrêté portant sur l'attribution de l'AAH sans limitation de durée (2018)

Le comité interministériel du handicap (CIH) du 25 octobre 2018 a décidé de supprimer la limitation de durée d'attribution de l'AAH-1 pour les personnes dont le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement. Jusqu'alors, la durée maximale d'attribution était de 20 ans. Un projet d'arrêté, rédigé en ce sens, déclinait plus précisément ces conditions ; il était en outre complété par une annexe recensant, de manière non limitative, des pathologies pour lesquelles les conditions pouvaient être présumées remplies. Un préambule rappelait, par ailleurs, la prudence nécessaire dans l'examen des situations individuelles.

¹²⁷ *Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources*, rapport IGAS 2014-048 R établi par Christine Abrossimov et François Chèreque (2014).

Lors de la présentation du projet au CNCPH, certaines associations ont contesté l'ajout de l'annexe, au motif qu'elle fournissait une liste de pathologies, et surtout qu'elle créait une distinction entre celles pour lesquelles les conditions étaient présumées remplies (amputation, cécité, état végétatif chronique) et les autres pour lesquelles cette présomption était donc écartée (schizophrénie, épilepsie, sclérose systémique, surdité bilatérale, etc.). En raison de cette opposition, l'annexe a été supprimée de l'arrêté définitif, renvoyant l'analyse des conditions d'obtention de l'AAH sans limitation de durée aux seules MDPH, sans référence à des cas concrets, même indicatifs. Ce résultat alimente donc un peu plus les possibilités d'interprétations locales diverses, voire divergentes.

C - La co-rédaction des guides et formulaires relatifs à l'AAH et la participation directe à l'évaluation des demandes

1 - Nouveaux formulaires de demande aux MDPH et guides de référence de l'évaluation des demandes

La CNSA, dans son rôle d'animation, organise régulièrement des groupes de travail sur les sujets relevant du handicap et de la perte d'autonomie. Ces travaux sont l'occasion non seulement de consulter les interlocuteurs associatifs, mais d'en faire des corédacteurs, dans le cadre de groupes de travail, des documents de référence servant à l'attribution des prestations (AAH et PCH en particulier).

La participation des associations représentant différents types de handicap, tout en étant conforme à l'intention du législateur en 2005, a logiquement pour effet d'orienter les textes d'application (de niveau infra-réglementaire) vers l'interprétation et la mise en œuvre la plus extensive des lois et décrets relatifs à l'AAH.

Ce phénomène peut être illustré par l'évolution des formulaires de demande aux MDPH (*cf. supra*)¹²⁸, mais aussi par les guides et référentiels élaborés par la CNSA et la DGCS pour faciliter le travail d'évaluation des équipes pluridisciplinaires et qui sont eux aussi co-construits avec les associations. Il s'agit notamment des « *guides d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes* » qui ont été rédigés entre 2014 et 2017 pour des déficiences complexes ou moins bien connues des équipes : troubles dys-, autisme, épilepsie, troubles psychiques et VIH. Ces guides

¹²⁸ L'enjeu de cette classification se situe aussi dans la reconnaissance de taux d'incapacité supérieurs à 80 % pour des situations de handicap psychique.

ne portent pas spécifiquement sur l'AAH, mais ils donnent pour chaque thème des grilles d'analyse qui font nécessairement référence pour les agents des MDPH lorsqu'ils évaluent les demandes (PCH, orientations, évaluation des taux d'incapacité, AAH, etc.).

À l'exception du guide « troubles dys », tous soulignent par exemple que « *le besoin d'aide humaine pour la réalisation des actes essentiels justifie un taux d'incapacité d'au moins 80 % même s'il s'agit d'un besoin de stimulation du fait de l'absence de réalisation spontanée de l'activité* ». Cette approche peut être considérée comme la lecture la plus large possible du guide-barème qui précise que le seuil de 80 % est atteint lorsqu'une personne, pour son « *autonomie individuelle* », c'est-à-dire pour « *l'ensemble des actions qu'elle doit mettre en œuvre vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne (...) doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés* ». Les termes utilisés, qui renvoyaient initialement à l'impossibilité physique d'accomplir les actes, recouvrent désormais l'impossibilité psychique de les accomplir sans aide ou stimulation extérieure.

2 - La présence des associations au sein des équipes pluridisciplinaires

En application de la loi du 11 février 2005, les MDPH ont la possibilité de solliciter des partenaires extérieurs pour participer aux évaluations des demandes qui leur sont adressées. Les associations peuvent ainsi être partie prenante au travail des équipes pluridisciplinaires.

Cet appel aux partenaires extérieurs a été encouragé par la puissance publique, dans la mesure où elle venait soulager les besoins en personnels des MDPH ou faire face à des besoins d'expertise spécifique. Cette orientation apparaît en filigrane dans un rapport de l'IGAS en 2010¹²⁹ : « *bien que la loi indique que l'équipe technique peut les solliciter (...) les MDPH visitées sollicitent peu, et le plus souvent au cas par cas seulement, le concours, les compétences et les expériences des établissements et services médico-sociaux et celles des associations* ». En particulier, sur le handicap psychique, « *les MDPH font encore peu appel aux compétences et à l'expertise du monde associatif alors même que des MDPH, comme celle de l'Indre, sont confrontées à une pénurie de médecins psychiatres qui portent les délais de l'expertise au-delà de 18 mois* ».

¹²⁹ *Bilan du fonctionnement et du rôle des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), 2010, précité.*

En 2017, les associations ont participé à l'activité d'évaluation des demandes, avec les équipes pluridisciplinaires, dans 54 MDPH, pour une quotité moyenne de 5,1 journées par mois.

Tableau n° 14 : départements où la participation des associations aux évaluations des équipes pluridisciplinaires est la plus élevée

Département	Jours de participation par mois	Département	Jours de participation par mois
58-Nièvre	28,4	76-Seine-Maritime	12,4
80-Somme	23,9	27-Eure	12,3
02-Aisne	23,0	21-Côte-d'Or	9,5
78-Yvelines	18,9	24-Dordogne	9,0
69-Rhône	17,5	60-Oise	8,5

Source : Cour des comptes d'après CNSA, enquête rapport d'activité des MDPH, 2017

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La gouvernance de l'AAH est prise dans un ensemble de contradictions, qui remettent en cause la capacité de l'État-financeur à piloter le dispositif :

- *Le contexte institutionnel est celui d'une décentralisation qui a fait du département le chef de file de l'action sociale et de la prise en charge du handicap, tout en laissant à l'État le financement de l'AAH. Les MDPH ont été créées auprès des départements, qui en assurent la présidence, désignent leur directeur et en exercent la tutelle. Les départements ont en outre financé l'augmentation des effectifs des MDPH, et les ont parfois intégrés dans l'organigramme de leurs services.*
- *Dans le processus d'attribution, l'État n'intervient qu'en CDAPH, instance formelle de décision au sein de laquelle il est devenu davantage spectateur qu'acteur. Le principe, qui a acquis une valeur symbolique forte, de séparation entre le décideur (MDPH) et le payeur (État), est atypique et contraste avec la pratique observée pour la PCH ou, dans le champ de l'autonomie, l'APA, sans même évoquer le RSA pour lequel l'identité prescripteur-financeur réalisée en 2003 au profit des départements est à l'inverse considérée comme allant de soi.*

Dans ces conditions, l'État n'est pas en mesure de jouer son rôle de pilote ni de garantir l'équité territoriale.

- *Les associations représentant des personnes en situation de handicap ou leur famille ont obtenu en 2005 de devenir membres constitutifs des MDPH (et donc des Comex) sans en être co-financeurs. Au-delà de la participation à l'adoption des textes réglementaires, elles « co-construisent » aussi les guides et textes de référence pour les équipes pluridisciplinaires et participent directement à l'évaluation de certaines demandes.*

Cette mise en œuvre du principe « rien pour nous sans nous » a des conséquences pratiques dans l'action des pouvoirs publics, qui ne peuvent désormais agir ou réglementer qu'à condition d'obtenir un consensus de l'ensemble des associations représentant les différents types de handicaps, et parfois confrontées à des problématiques très diverses. Les interlocuteurs rencontrés dans le cadre de l'instruction du présent rapport s'accordent sur l'idée qu'a émergé une forme originale et puissante de co-gestion entre les associations, les conseils départementaux et l'État.

Dans ces conditions, la Cour formule les recommandations suivantes :

8. *examiner en séance de CDAPH toute première demande d'AAH ;*
9. *donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH.*

Conclusion générale

Les conditions d'attribution et de gestion de l'AAH, telles qu'observées par la Cour, soulèvent plusieurs questions majeures.

La première a trait à l'évolution des dépenses budgétaires de l'AAH. Selon les projections actuelles, la dépense liée à l'AAH continue d'augmenter de + 5 % en moyenne annuelle pour atteindre 12 Md€ en 2022. L'État doit prendre en compte cette tendance dans les choix à effectuer pour respecter la trajectoire de réduction des dépenses dites « pilotables » de 0,5 % puis 1 % par an sur laquelle s'est engagée la France. Cette évolution tendancielle, en ce qu'elle révèle aussi l'extension du champ du handicap, rend d'autant plus indispensable de mieux connaître la nature des déficiences des allocataires, afin d'ajuster plus largement l'offre de soins et de prise en charge du handicap.

Il convient ensuite de rappeler que l'élargissement du champ du handicap et la prise en compte de facteurs dits environnementaux, comme la situation sociale, a singulièrement compliqué la tâche des instances chargées d'attribuer cette allocation. Ce travail d'appréciation était déjà sujet à interprétations diverses : le déploiement d'outils conceptuels nouveaux et de critères démedicalisés a accentué les possibilités de divergences.

L'absence constatée d'équité territoriale, pour une prestation reposant pourtant sur le principe de la solidarité nationale, est aussi le résultat de cette évolution du handicap et du caractère peu déterministe des textes et outils d'aide à la décision. Dès lors, l'alternative se situe entre l'acceptation de disparités de pratiques selon les départements et la reconnaissance explicite du fait qu'il existe autant de politiques d'attribution de l'AAH que de départements, ou une relative ré-objectivation des critères du handicap en partant autant que possible d'une base médicale.

Une autre question concerne la prise en charge de certaines déficiences qui ne présentent pas un caractère irréversible, notamment des troubles addictifs. La question de la prescription de soins, ou plus simplement de l'incitation et de l'accès aux soins, pour certains allocataires de l'AAH dont l'altération de fonction ne présente pas un caractère

définitif, devrait être à nouveau posée. Le risque existe que l'AAH devienne la seule réponse disponible dans des situations qui justifieraient un suivi ou un accompagnement médical ou médico-social. Les préconisations actuelles de la DGCS et la pratique des MDPH reposent sur le principe que le refus de se soigner, par exemple dans des situations d'addiction (toxicomanie, éthylisme), qui peuvent d'ailleurs s'accompagner d'un déni par la personne concernée, ne doit pas conduire à refuser le bénéfice de l'AAH. Cette pratique, consistant à allouer une prestation financière dans des situations qui pourraient être réversibles, et en l'absence de prise en charge médicale ou médico-sociale, pourrait être jugée contradictoire avec les objectifs de la loi de 2005 visant à garantir le meilleur niveau d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

La dernière question tient à l'application d'un principe de responsabilisation consistant à ce que le payeur d'une prestation – en l'occurrence l'État – ne soit pas marginalisé dans la gestion de cette prestation, comme c'est actuellement le cas pour l'AAH. Il semble délicat de soutenir que le prescripteur ou le décideur doit être le financeur dans le cas du RSA, de la PCH ou de l'APA, et que le principe contraire prévale dans le cas de l'AAH. Cette situation pourrait être résolue, en théorie, de deux manières radicales : en attribuant à nouveau aux services de l'État la gestion de l'AAH ou, à l'inverse, en la confiant intégralement aux départements, y compris dans son volet de financement. L'hypothèse d'une étatisation du financement du RSA a été évoquée par le Gouvernement avec l'Assemblée des départements de France début 2017 avant d'être laissée en suspens. En sens inverse, le transfert du financement de l'AAH aux départements, qui sont déjà les pilotes de fait de la politique du handicap à l'échelon territorial, pourrait apparaître comme cohérent avec le fait qu'ils gèrent et financent déjà la prestation de compensation du handicap, qui bénéficie principalement aux allocataires de l'AAH. À défaut, il pourrait être envisagé d'établir *a minima* des convergences entre les fonctions de décision et de financement, par exemple en instaurant avec les départements un mécanisme d'incitation ou de coresponsabilité financière dans la gestion de l'AAH.

Les observations développées dans ce rapport et les ajustements envisageables s'inscrivent dans des chantiers majeurs engagés par le Gouvernement, tels que la réforme des minima sociaux, la répartition des compétences entre État et départements, le développement de la politique du handicap et les modalités concrètes de mise en œuvre du principe de solidarité nationale.

Le projet de revenu universel d'activité (RUA) offre par exemple l'opportunité de clarifier la nature de l'AAH (et plus particulièrement de l'AAH-2) entre soutien au revenu, substitution aux revenus d'activité – au même titre que le RSA – et compensation des conséquences du handicap.

Une révision des compétences respectives de l'État et des collectivités territoriales dans le champ social serait également susceptible d'affecter les modalités de gestion de l'AAH.

Cette réflexion s'inscrit en tout état de cause dans un projet d'ensemble et dans une vision politique sur les contours de la solidarité nationale et sur l'organisation des pouvoirs publics. Ces chantiers supposent des arbitrages et des choix qui relèvent du Gouvernement et du Parlement.

Liste des abréviations

AAH.....	Allocation aux adultes handicapés
ACTP.....	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH.....	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AGEFIPH.....	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
ARS.....	Agence régionale de santé
Aspa.....	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASI.....	Allocation supplémentaire d'invalidité
AT-MP.....	Accidents du travail et maladies professionnelles
CAF.....	Caisse d'allocations familiales
CASF.....	Code de l'action sociale et des familles
CCMSA.....	Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CDAPH.....	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA.....	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CDI.....	Contrat à durée indéterminée
CIF.....	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH.....	Classification internationale des handicaps
CMU.....	Couverture médicale universelle
CNAF.....	Caisse nationale des allocations familiales
CNAV.....	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNFPT.....	Centre national de la fonction publique territoriale
CNSA.....	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COTOREP ...	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
DDASS.....	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales)
Directe.....	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DITP.....	Direction interministérielle de la transformation publique
DRASS.....	Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales
DGCS.....	Direction générale de la cohésion sociale

DREES.....	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Eniacrams.....	Échantillon national inter régimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux
ESAT.....	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS.....	Établissements sociaux et médico-sociaux
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GIP	Groupement d'intérêt public
GRTH.....	Garantie de ressources des personnes handicapées
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IMPACT.....	Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IPE.....	Impossibilité de se procurer un emploi
LOLF.....	Loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances
MDPH.....	Maison départementale des personnes handicapées
MVA	Majoration pour la vie autonome
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAG.....	Plan d'accompagnement global
PCH.....	Prestation de compensation du handicap
RMI.....	Revenu minimum d'insertion
RQTH.....	Reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés
RSA.....	Revenu de solidarité active
RSO.....	Revenu de solidarité
RSDAE	Réduction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi
SAMSAH.....	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SGMAP	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
Unafam.....	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
Unapei.....	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis

Annexes

Annexe n° 1 :	panorama d'ensemble : prestations de la politique du handicap, minima sociaux et aide sociale départementale	130
Annexe n° 2 :	l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (EEH).....	134
Annexe n° 3 :	handicap et invalidité : éléments de compréhension.....	135
Annexe n° 4 :	comparaisons internationales	139
Annexe n° 5 :	portrait sociodémographique des allocataires de l'AAH-1 et de l'AAH-2	142
Annexe n° 6 :	analyse des facteurs d'évolution du nombre d'allocataires de l'AAH.....	152
Annexe n° 7 :	analyse des disparités départementales d'attribution et de refus de l'AAH.....	157
Annexe n° 8 :	guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.....	159
Annexe n° 9 :	données statistiques sur les déficiences principales des demandeurs et des attributaires de l'AAH.....	165
Annexe n° 10 :	définition de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE).....	168
Annexe n° 11 :	données DREES ENIACRAMS sur le transfert RSA-AAH	172

Annexe n° 1 : panorama d'ensemble : prestations de la politique du handicap, minima sociaux et aide sociale départementale

Les prestations sociales de la politique du handicap

Les prestations sociales versées au titre du handicap peuvent être estimées à 45 Md€ en 2016 : dispositifs de remplacement du revenu, dispositifs de compensation du handicap, accueil et hébergement des personnes handicapées en établissement, et dispositifs de soutien à l'emploi.

Tableau n° 15 : les prestations sociales versées au titre du handicap

En Md€ courants	2005	2016	Évolution
Remplacement du revenu (contributif)	11,3	13,8	22 %
Rentes et pensions d'invalidité (y compris pensions civiles militaires)	6,9	7,9	
Rentes accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)	3,2	5,3	
Pensions militaires d'invalidité et autres pensions	1,2	0,6	
Remplacement du revenu (non contributif)	6,4	10,6	65 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	5,0	9,1	80 %
Garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH)	1,1	1,3	15 %
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI ¹³⁰)	0,3	0,2	- 15 %
Compensation du handicap	1,0	2,6	164 %
Allocations en faveur des enfants handicapés (AJPP et AEEH)	0,6	1,0	71 %
Prestations de compensation du handicap (PCH et ACTP)	0,4	1,7	282 %
Emploi	1,8	2,4	34 %
Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	1,4	1,8	24 %
Prestations liées à l'emploi des travailleurs handicapés (AGEFIPH et FIPHP)	0,3	0,6	74 %
Accueil et hébergement des personnes handicapées	9,5	14,6	54 %
Autres prestations d'invalidité	0,6	0,6	
Total	30,6	44,7	46 %
<i>Soit, en % PIB</i>	<i>1,7 %</i>	<i>2 %</i>	

Source : Cour des comptes d'après DREES, Études et résultats n° 999 (2017) et La protection sociale en France en 2016 (2018) ; Direction de la sécurité sociale, et PLFSS 2018, PQE Invalidité.

¹³⁰ L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) (229 M€ en 2016), qui est comme l'AAH un minimum social, s'adresse aux personnes invalides, titulaires d'une pension de retraite ou d'invalidité, mais trop jeunes pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Comme le montre le tableau ci-dessus, l'AAH, d'un montant de 9,1 Md€ en 2016, représente 23 % du total des dépenses publiques en faveur des personnes handicapées. Il s'agit du deuxième montant le plus important immédiatement après les dépenses d'hébergement des personnes handicapées (14,6 Md€), devant les différentes rentes et pensions d'invalidité et les prestations de compensation du handicap (2,4 Md€).

Alors que les dépenses totales de cette politique ont progressé de 14,1 Md€ entre 2005 et 2016, soit + 46 % (+ 28 % en euros constants 2016), l'AAH a augmenté de 4 Md€ (+ 80 %), soit la deuxième augmentation la plus forte. L'AAH porte ainsi à elle seule 30 % de l'augmentation des dépenses au titre du handicap entre 2005 et 2016.

Les dispositifs de la politique du handicap

Les prestations sociales versées au titre du handicap, présentées ci-dessus, ne correspondent qu'à une partie des dispositifs de la politique du handicap.

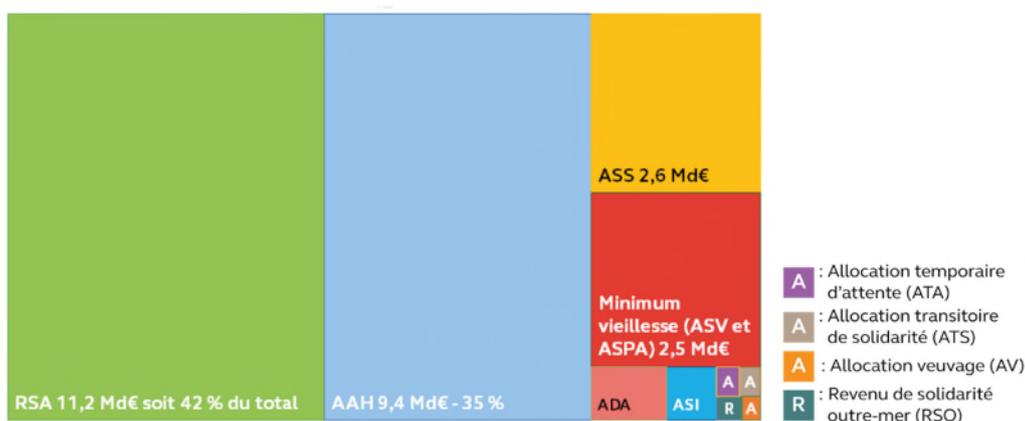
L'action publique qui découle de la loi d'orientation du 11 février 2005 est vaste et prend des formes diverses : obligations juridiques, prestations sociales, dispositifs sectoriels, etc. Elle s'articule globalement autour de trois axes principaux :

- **L'accessibilité** : obligation d'accessibilité au cadre bâti, à divers degrés selon sa nature, aux transports, à la citoyenneté notamment ; accessibilité à l'éducation et à la scolarisation, soit en milieu ordinaire (SEGPA, etc.), soit en établissement spécialisé (SESSAD, IME) ;
- **L'aide à la vie quotidienne des personnes**, soit par l'accueil en établissement ou service spécialisé (foyer d'accueil médicalisé, foyer d'hébergement, etc.) cofinancés par la Sécurité sociale, les départements et la CNSA, soit par l'aide au recours à domicile à une tierce personne, qui permet de bénéficier de l'exonération de cotisations patronales. Des aides individuelles sont également versées, notamment la PCH (qui remplace progressivement l'ACTP) qui a vocation à prendre en charge les surcoûts humains et techniques liés au handicap, financée par les départements ; et l'allocation d'éducation des enfants handicapés (AEEH) financée par la Sécurité sociale ;
- **L'accès à l'emploi** (obligation d'emploi des travailleurs handicapés dans la proportion de 6 % des effectifs pour les établissements de 20 salariés ou plus ; services d'aide par le travail, dispositifs de formation professionnelle financés par l'AGEFIPH et le FIPHFP) et la garantie des ressources (versement de rentes d'incapacité et pensions d'invalidité par la Sécurité sociale, AAH, garantie des ressources du travailleur en ESAT).

Les minima sociaux

Dix prestations, parmi lesquelles l'AAH, sont couramment qualifiées de minimum social, même si cette expression n'a pas de définition légale ou réglementaire¹³¹. Ces prestations monétaires ont pour caractéristiques communes d'être non contributives, versées sous conditions de ressources, et destinées à fournir un minimum de ressources monétaires à des publics spécifiques, en tenant compte le cas échéant de leur situation familiale ou professionnelle. Ces minima sont le premier instrument des politiques publiques de lutte contre la pauvreté.

Graphique n° 5 : les dépenses de minima sociaux : 26,5 Md€ en 2017



Source : Cour des comptes d'après DREES, 2019 : Minima sociaux et prestations sociales

L'AAH est ainsi le deuxième minimum social à la fois par son montant total, immédiatement après le RSA, et par le nombre d'allocataires concernés. Le montant de l'AAH s'est élevé en 2017 à 9,4 Md€, soit 35 % du total. La même année, le RSA représentait 11,2 Md€, soit 42 % du total.

En nombre d'allocataires, parmi les 4,2 millions de personnes qui percevaient un minimum social en 2016, près de 1,2 million percevaient l'AAH, soit environ 28 %.

Cette place de l'AAH par comparaison avec les autres minima est relativement stable. Ainsi, en 2009, l'AAH était également le deuxième minimum social en poids financier avec 5,6 Md€, contre 6,9 Md€ pour le

¹³¹ Les dix dispositifs qualifiés de « minima sociaux » sont le revenu de solidarité active (RSA), le revenu de solidarité outre-mer (RSO), l'allocation veuvage (AV), l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA), l'allocation transitoire de solidarité (ATS), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation adulte handicapé (AAH), l'allocation supplémentaire invalidité (ASI), l'allocation temporaire d'attente (ATA), et l'allocation pour demandeurs d'asile (ADA).

RMI et un total consacré aux minima de 17,2 Md€. La part des bénéficiaires de l'AAH dans le de total des allocataires de minima sociaux était également de 25 % environ : en 2009, sur 3,5 millions d'allocataires d'un minimum social, 850 000 percevaient l'AAH.

L'aide sociale départementale

L'aide sociale départementale représente un montant global de 39 Md€ en 2016. Quelques dispositifs concentrent l'essentiel de ce montant : le RSA et le RSO (11,8 Md€), l'APA (5,8 Md€), l'accueil et l'hébergement des personnes handicapées en établissement (5,1 Md€) et l'accueil des enfants à l'ASE (6,1 Md€).

Tableau n° 16 : dépenses brutes d'aide sociale départementale, de 2001 à 2016 (en M€)

En M€ courants	2001	2005	2010	2015	2016	Évolution (%)		
						2015 / 2016	2005 / 2016	
Insertion (RSA, RMI et RSO), dont :	745	6 749	8 550	11 468	11 777	3 %	74 %	
Dépenses d'allocation	-	5 865	7 394	10 414	10 739	3 %	83 %	
Dépenses d'insertion	745	885	1 155	1 053	1 038	- 1 %	17 %	
Aide sociale aux personnes âgées, dont :	2 625	6 182	7 804	8 209	8 316	1 %	35 %	
APA	-	4 043	5 296	5 622	5 784	3 %	43 %	
ASH en établissement et famille d'accueil	1 759	1 866	2 221	2 304	2 237	- 3 %	20 %	
Aide sociale aux personnes handicapées, dont :	3 110	4 136	6 417	7 905	8 115	3 %	96 %	
ACTP	697	753	559	447	429	- 4 %	- 43 %	
PCH	-	-	1 094	1 724	1 836	6 %	-	
Accueil et hébergement en établissement	2 271	3 070	4 142	4 975	5 077	2 %	65 %	
ASE, dont :	4 591	5 459	6 841	7 741	7 779	0 %	43 %	
Enfants accueillis à l'ASE	3 154	4 185	5 251	6 067	6 112	1 %	46 %	
Actions éducatives	270	355	408	465	461	- 1 %	30 %	
Fonctionnement	1 747	2 342	3 156	3 374	3 339	- 1 %	43 %	
Total	12 817	24 869	32 767	38 696	39 326	2 %	58 %	

Source : DREES, *L'aide et l'action sociale en France, édition 2018*. Les dépenses incluent les financements reçus par les départements de la CNSA pour la PCH.

Les dépenses d'aide sociale des départements ont fortement progressé au cours des dernières années : + 58 % au total entre 2005 et 2016, dont + 74 % au titre du RSA et du RSO, et + 43 % concernant l'APA, selon les chiffres de la DREES.

Annexe n° 2 : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Contrairement à l'AAH, elle est versée sans condition de ressources.

C'est la CDAPH qui détermine le taux d'incapacité de l'enfant (+ de 80 % ou dans une fourchette de 50 % à 80 %), sur la base du guide-barème utilisé également pour l'AAH.

En 25 ans, le nombre d'allocataires de l'AEEH a été multiplié par 3 alors que le nombre d'allocataires de l'AAH était multiplié par 2. De ce fait, la proportion des enfants parmi les personnes bénéficiant d'une allocation au titre du handicap est passé de 14 à 20 %.

Tableau n° 17 : nombre d'allocataires CAF au mois de décembre

	1993	1998	2003	2008	2013	2018
AEEH	85 215	97 531	114 388	153 035	215 585	279 698
En proportion de la population de 0 à 19 ans	5 ‰	6 ‰	7 ‰	10 ‰	13 ‰	17 ‰
AAH	540 874	629 803	732 839	817 851	988 406	1 123 997
En proportion de la population de 20 à 59 ans	17 ‰	19 ‰	22 ‰	24 ‰	29 ‰	34 ‰

Sources : DataCAF et Insee

Sur une période plus récente, la progression annuelle du nombre d'allocataires de l'AEEH est forte et du même ordre de grandeur que pour l'AAH-2.

Tableau n° 18 : taux de croissance du nombre d'allocataires CAF

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AEEH	5,7 %	4,8 %	4,5 %	5,1 %	6,6 %	5,7 %
AAH-1	1,1 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %
AAH-2	5,1 %	4,7 %	5,0 %	6,1 %	8,3 %	5,7 %

Source : DataCAF

Dans la mesure où de nombreux enfants en situation de handicap seront des adultes en situation de handicap, la forte progression du nombre d'enfants évalués en situation de handicap par les MDPH est un indice supplémentaire d'une forte progression à attendre du nombre d'allocataires AAH.

Annexe n° 3 : handicap et invalidité : éléments de compréhension

Le régime de l'invalidité : éléments généraux

Le régime de sécurité sociale mis en place en 1945 a prévu le principe de pensions d'invalidité destinées aux assurés sociaux âgés de moins de 60 ans, et subissant du fait d'une maladie ou d'un accident, une perte de capacité de gain ou de travail d'au moins 2/3.

L'invalidité est une notion qui renvoie à l'activité professionnelle et aux mécanismes contributifs de l'assurance maladie et de la sécurité sociale. Par exemple, pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité, il faut avoir effectué au moins 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois.

Cette invalidité est appréciée au cas par cas par un médecin-conseil des caisses primaires d'assurance maladie (ou des caisses de MSA). Il existe plusieurs niveaux d'invalidité mais pas de barème spécifique puisque c'est la perte de capacité de gain de chaque personne par rapport à sa situation antérieure qui prévaut en théorie :

- La première catégorie d'invalidité concerne les personnes ayant subi une perte de capacités mais qui sont encore en mesure d'exercer une activité rémunérée ;
- La deuxième catégorie d'invalidité correspond aux situations où l'activité professionnelle est impossible ;
- La troisième catégorie d'invalidité concerne les personnes qui ne peuvent exercer une activité professionnelle et doivent en outre, être aidées par un tiers pour effectuer les actes de la vie courante.

Le niveau des pensions d'invalidité dépend des salaires perçus antérieurement, ce qui correspond effectivement à une logique assurantielle et contributive. En revanche, pour les pensions dont le montant serait trop faible, le mécanisme assurantiel laisse place au versement d'une prestation financée par l'État, et donc non-contributive, l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) (229 M€ en 2016).

L'articulation entre AAH, ASI et l'invalidité

La Cour a régulièrement souligné les problèmes d'articulation entre le dispositif de l'AAH et celui des pensions d'invalidité. Ils concernent plus particulièrement :

- Les conditions d'attribution, plus favorables pour l'AAH que pour les pensions d'invalidité, avec comme conséquence le fait que des situations qui devraient être prises en charge au titre de l'assurance sociale (pension) sont orientées vers le champ de la solidarité nationale (AAH et ASI) ;
- Les défauts d'articulation, au sein du champ de la solidarité nationale, entre l'AAH et l'ASI.

Articulation entre AAH et invalidité : extraits des rapports de la Cour

- Rapport public particulier, « Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes » (1993)

« La procédure qui subordonne l'ouverture des droits à l'AAH à une décision de la COTOREP est à l'origine d'une grande différence de traitement entre handicap et invalidité. En effet, l'appréciation de cette dernière appartient au médecin conseil des caisses primaires d'assurance maladie. Celui-ci qualifie la capacité de l'intéressé à maintenir ses gains professionnels en fonction d'une appréciation globale tenant compte de l'incapacité physique et de l'activité antérieure. [...]

La logique de l'invalidité conduit donc à apprécier une perte de capacité de gain, tandis que celle de la COTOREP cherche à déterminer un taux de handicap. Il est, dans ces conditions, fréquent que deux personnes souffrant d'une incapacité identique la voient qualifier par deux instances distinctes selon deux séries de critères différents, alors qu'elle a pourtant les mêmes effets sociaux et professionnels.

Du fait de leurs conditions d'attribution plus favorables, les prestations non contributives de la loi d'orientation [de 1975] sont fréquemment accordées, soit en complément, soit à la place des prestations contributives de l'assurance-invalidité, notamment dans les cas où l'assuré social ne satisfait pas aux conditions administratives relatives à la durée d'immatriculation, ou d'activité antérieure, ou encore lorsque la pension d'invalidité a été refusée. L'AAH cesse alors d'être le minimum de ressources réservé aux personnes handicapées dépourvues d'une couverture sociale pour devenir un complément – voire un substitut – à une pension d'invalidité. [...] Ces inconvénients devraient conduire, selon la Cour, à rechercher une harmonisation des conditions d'attribution de l'AAH et du minimum d'invalidité ».

- Insertion au rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2010)

« Il faut bien convenir qu'il est difficile, pour tout citoyen, de comprendre : qu'il existe au moins quatre taux d'incapacité différents dans le champ de l'invalidité et du handicap, sans la moindre correspondance entre ces taux, ce qui renvoie à la question de l'harmonisation des barèmes ; que la perte de la vision d'un œil sans difformité apparente, par exemple, entraîne une incapacité de 30 % dans le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, de 42 % dans le barème d'attribution de l'AAH et de 65 % dans le barème pension militaire d'invalidité ».

Articulation entre AAH et ASI

- Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2010)

« Un défaut d'articulation entre minimum invalidité et AAH : La pension d'invalidité présente aujourd'hui certaines caractéristiques moins favorables que l'AAH notamment pour les assurés les plus démunis. Depuis 1975, des modalités différentes d'appréciation des ressources sont à l'origine d'inégalités entre bénéficiaires potentiels de l'AAH et de l'ASI. De plus, l'ASI est récupérable sur succession, à la différence de l'AAH, ce qui entraîne un taux de non recours non négligeable. Connue de longue date, cette situation avait amené la Cour en 1987 et plusieurs corps d'inspection depuis, à recommander la fusion de l'ASI et de l'AAH. L'option opposée a toutefois été retenue [...].

Fusionner l'ASI et l'AAH : avec le décrochage entre ASI et AAH, la fusion de ces minima semble incontournable sauf à voir se multiplier des situations de cumul particulièrement complexes car impliquant deux réseaux différents. Les inspections qui ont fait cette recommandation proposent d'ailleurs la suppression de cette allocation au profit d'un différentiel d'AAH, les crédits de l'ASI étant redéployés vers l'AAH au sein du budget de l'État [...]. Cette fusion n'est toutefois possible que si les conditions de reconnaissance de l'invalidité et du handicap sont harmonisées [...]. La Cour estime que les surcoûts occasionnés par cette réforme, qui devrait être calibrée de façon à ce qu'ils restent raisonnables, pourraient être compensés, au moins en partie, par les gains en gestion liés à la disparition de l'ASI et par la révision du dispositif d'exonération du ticket modérateur. Par ailleurs, le mode d'appréciation des ressources ouvrant droit à l'AAH pourrait notamment être rendu plus strict, ce qui permettrait d'envisager une réforme à coût constant. En tout état de cause, seule cette fusion serait à même de résoudre l'inégalité de traitement entre invalides et handicapés. Comme le conclut le rapport précité, « elle répondrait à un triple objectif de simplicité, d'efficacité et d'équité ».

- Référé au Premier ministre du 21 septembre 2015 « Les minima sociaux » :

« Un regroupement des minima sociaux autour de trois grandes allocations simplifierait utilement le système actuel. [...] [II] entraînerait aussi à terme la fusion de l'ASI et de l'AAH. »

Annexe n° 4 : comparaisons internationales

En Allemagne, il n'existe pas d'équivalent de l'AAH : le mécanisme principal de soutien au revenu de personnes concernées par le handicap est celui de l'invalidité. Les pensions d'invalidité sont versées en fonction de la réduction subie dans la capacité de travail. En complément de ce mécanisme, une allocation spécifique est versée (*Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*) pour les personnes de plus de 65 ans dont le niveau de revenu est inférieur au seuil de pauvreté ainsi que pour les personnes qui, du fait d'un handicap, ne peuvent pas exercer d'activité professionnelle. Cette allocation (qui est une sorte de combinaison entre minimum vieillesse et AAH) concernait 960 000 personnes en 2013. Le montant versé est calculé de manière individuelle. Par exemple une femme veuve, vivant seule, éprouvant des difficultés à se déplacer et percevant des pensions (retraite et réversion) recevra à titre complémentaire cette allocation pour atteindre un total de ressources de 856 € par mois.

Le soutien financier des personnes handicapées au Royaume-Uni repose sur des allocations qui peuvent être mixtes (contributives ou non contributives). La part non contributive est versée sous condition de ressources, celles-ci étant calculées au niveau du foyer et non du seul demandeur. L'*Equality Act* voté en 2010 définit le handicap comme « *une déficience mentale ou physique ayant un impact négatif substantiel et de long terme sur sa capacité à mener à bien les activités normales de la vie quotidienne* ». Les personnes concernées peuvent percevoir l'*Employment support allowance* (ESA) qui est une combinaison entre l'AAH et une pension d'invalidité ou encore le *Incapacity benefit* (IB). L'ESA est versé aux personnes en âge de travailler mais dont la capacité de travail est affectée par un handicap. Le *Personal Independence Payment* (PIP) est une autre allocation qui s'apparente à la PCH française (aide financière sans condition de revenus destinée à compenser les surcoûts pour améliorer l'autonomie). Ces allocations sont financées par l'impôt et par les cotisations sociales. Le montant de l'ESA est compris entre 370 € et 560 € par mois selon l'incapacité de travail, montant auquel peuvent s'ajouter des compléments comme le PIP (de 280 € à 707 € par mois).

Les formulaires de demande ressemblent à ceux utilisés par les MDPH avant 2019 : les demandeurs doivent indiquer dans une liste de fonctions (ESA) ou de situations courantes de la vie quotidienne (PIP) comment ils se situent (facilité pour accomplir une tâche) ou encore le type d'aide qu'ils reçoivent au quotidien. Les résultats sont synthétisés sous la forme d'un score chiffré.

Les entretiens d'évaluation personnalisés pour tout demandeur sont la règle. 98 % des personnes demandant la PCH britannique ont un entretien d'évaluation médicale (qui n'est pas nécessairement conduit par un médecin). Pour l'ESA, c'est la capacité à travailler qui est évaluée, en tenant compte d'aménagements ou de caractéristiques personnelles. Ces évaluations ont été confiées par le ministère en charge du handicap à des sociétés privées prestataires. Dans les deux cas, c'est le représentant local du ministère du travail et des retraites (*Department for Work and Pensions*) qui est l'autorité décisionnaire. Cette évaluation a lieu quel que soit le niveau du handicap du demandeur.

Certaines régions du Royaume Uni ont déployé le mécanisme dit de l'*Universal Credit*, ou revenu universel, dont le montant de base est identique pour tous les allocataires, mais qui peut être complété par des allocations supplémentaires en cas de situation de handicap ou de besoins liés au financement du logement. Les allocataires de l'ESA et de l'IB (invalidité et handicap) étaient 2,3 millions, soit 3,5 % de la population du Royaume Uni en 2018.

Le Danemark a mis en place un mécanisme d'allocation qui n'est accessible qu'à partir de 40 ans et seulement par exception à partir de 18 ans, lorsque l'impossibilité de travailler est avérée et définitive. L'existence d'un handicap n'est pas une condition suffisante pour l'obtention d'une aide financière : si la situation de la personne peut être améliorée par un traitement, une réhabilitation ou une prise en charge notamment pour l'accès à un emploi ordinaire ou à un *flex-job*, alors l'allocation ne peut être perçue.

Une réforme intervenue en 2013 a restreint encore les conditions d'accès des personnes de moins de 40 ans. Une phase de prise en charge médico-sociale (*rehabilitation process*) est considérée comme obligatoire avant toute entrée dans l'allocation pour handicap. Le montant de l'allocation est par ailleurs réduit pour les personnes résidant depuis moins de 40 ans au Danemark (le montant perçu est alors proportionnel à la durée de séjour).

Enfin, il existe aux Pays Bas quatre catégories d'allocations liées à la santé et au handicap : (i) une assurance-maladie générale (*Ziektewet*) ; (ii) une pension d'invalidité pour les personnes ayant une activité professionnelle (*Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen*, WIA) ; (iii) une allocation pour les jeunes handicapés (*Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten* ou WAJONG ou WAO) équivalent de l'AAH ; (iv) et une allocation chômage dite de participation (*Participatiewet*) pour les personnes en situation de handicap mais dont l'employabilité est préservée.

L'équivalent de l'AAH est attribué pour les personnes qui se sont trouvées avant l'âge de 17 ans atteintes d'une maladie chronique ou handicapées et qui de ce fait ne pourront jamais obtenir par leur activité professionnelle plus de 20 % du salaire minimum. Dans ce cas, l'allocation versée est égale à 75 % du salaire minimum (soit exactement le niveau de l'AAH). Pour ceux qui pourraient être rémunérés à hauteur de 20 % ou plus du salaire minimum, une aide à l'insertion professionnelle et un supplément de salaire sont proposés mais aucune allocation n'est versée. Dans tous les cas, les allocations minimales sont comprises entre 70 % du salaire minimum pour une personne seule, et 100 % pour un couple.

Entre 1967 et 1980, les Pays-Bas ont connu une période d'augmentation exceptionnelle du nombre de personnes bénéficiaires de pensions d'invalidité ou d'allocation pour handicap. Le mécanisme d'assurance-maladie avait alors été fusionné avec celui des aides aux personnes handicapées, si bien qu'une personne se trouvant pendant plus d'un an en congé-maladie était presque mécaniquement transférée vers le régime d'allocation pour handicap. Par ailleurs, l'évaluation du handicap reposait pendant cette période relativement peu sur des éléments médicaux, mais s'appuyait sur l'appréciation portée par les demandeurs eux-mêmes sur leur santé et leur situation. L'allocation pour handicap qui concernait 3,5 % de la population des 20 à 64 ans auparavant, bénéficiait à 8 % de cette même population en 1980. De la même façon, les employeurs étaient encouragés à orienter des personnes proches de l'âge de la retraite vers ce régime très large du handicap et de l'invalidité. Les dépenses afférentes représentaient alors 4 % du PIB néerlandais, soit 3 fois la moyenne de l'OCDE pour un périmètre comparable.

À partir de 1980, les Pays-Bas ont engagé diverses réformes qui ont eu pour effet de restreindre considérablement le champ de cette prise en charge financière du handicap. Le passage du régime de l'assurance-maladie vers l'invalidité/ handicap intervient désormais au bout de deux ans au lieu d'un, et une participation au financement du mécanisme a été demandée aux employeurs. Ceux-ci sont tenus de financer des programmes de prise en charge médico-sociale de leurs employés et d'aménager suffisamment les postes de travail pour permettre le maintien dans l'emploi. Le niveau de référence de l'allocation a par ailleurs été abaissé à 70 % du revenu minimum ou du salaire précédent et non plus 80 % voire 85 % comme c'était le cas auparavant. Le nombre de bénéficiaires du WIA et du WAO est passé de 800 000 en 2002 à 600 000 en 2010.

Annexe n° 5 : portrait sociodémographique des allocataires de l'AAH-1 et de l'AAH-2

**Tableau n° 19 : principales caractéristiques des allocataires de l'AAH
(2017)**

Caractéristiques	Allocataires de l'AAH			Ensemble de la population âgée de 20 ans ou plus
	AAH-1	AAH-2	Ensemble	
Effectifs (en nombre)	639 700	523 100	1 163 100¹	49 258 000
Sexe				
Femme	48 %	49 %	48 %	52 %
Homme	52 %	51 %	52 %	48 %
Âge			0 %	0 %
20 à 29 ans	11 %	15 %	13 %	15 %
30 à 39 ans	16 %	18 %	17 %	16 %
40 à 49 ans	24 %	25 %	25 %	18 %
50 à 59 ans	31 %	34 %	32 %	18 %
60 ans ou plus	18 %	8 %	13 %	33 %
Situation familiale²				
Seul sans enfant	76 %	66 %	72 %	22 %
Seul avec enfant(s)	4 %	8 %	6 %	8 %
Couple sans enfant	13 %	14 %	13 %	32 %
Couple avec enfant(s)	7 %	12 %	9 %	38 %
Taux de perception de l'AAH				
Taux plein	61 %	61 %	61 %	-
Taux réduit	39 %	39 %	39 %	-
Compléments d'AAH				
Allocataires avec la majoration pour la vie autonome	25 %	Non éligibles	14 %	-
Allocataires avec le complément de ressources	11 %	Non éligibles	6 %	-
Inscrits à Pôle emploi	6 %	19 %	12 %	-

Source : DREES, minima sociaux et prestations sociales, 2019

Données générales : sexe, situation familiale, nationalité, âge

Pour ce qui concerne la répartition homme-femme, elle est identique pour l'AAH-1 et l'AAH-2 : 52 % des allocataires de l'AAH en général sont des hommes, et 48 % des femmes.

Pour ce qui concerne la situation familiale, les allocataires de l'AAH-1 sont plus souvent isolés et sans enfant (76 %) que ceux de l'AAH-2 (66 %).

Tableau n° 20 : situation familiale des allocataires de l'AAH au 31 décembre 2017

En %	Part des isolés sans enfant	Part des couples sans enfant	Part des couples avec enfant(s)	Part des isolés avec enfant(s)	Total
Allocataires AAH-1	76 %	13 %	7 %	4 %	100 %
Allocataires AAH-2	66 %	14 %	12 %	8 %	100 %

Source : fichier CNAF-Allstat FR6 de décembre 2017

Les allocataires sont à 92 % de nationalité française, 2 % ressortissants de l'Union européenne et à 6 % étrangers hors Union européenne (ces trois ensembles représentant respectivement 93,5 %, 2,3 % et 4,2 % de la population recensée en 2015).

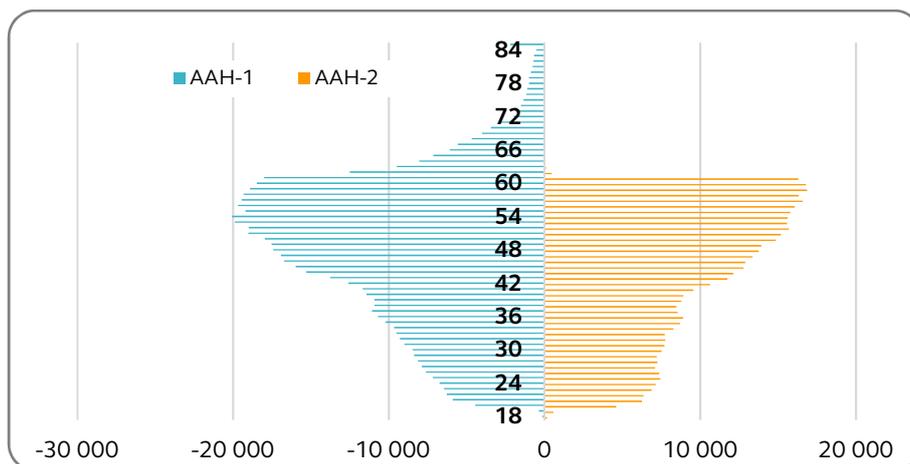
L'âge médian des hommes qui perçoivent l'AAH-1 est de 48 ans, légèrement inférieur à celui des femmes allocataires de l'AAH-1 dont l'âge médian est de 51 ans. En revanche, les allocataires de l'AAH-2 sont plus jeunes (âge médian hommes et femmes confondus de 47 ans)¹³².

Représentée sous forme de pyramide des âges, la répartition des allocataires par AAH et par âge montre que les allocataires de l'AAH-1 peuvent être très âgés (plus de 90 ans) puisqu'ils sont autorisés à percevoir l'AAH différentielle au-delà de la liquidation de leur retraite. Leur nombre est appelé à augmenter puisque l'obligation de solliciter l'ASPAs en priorité par rapport à l'AAH a été supprimée en 2017¹³³. Les allocataires de l'AAH-2, quant à eux, basculent dans le régime de retraite pour inaptitude et ne figurent donc plus après 62 ans parmi les allocataires de l'AAH.

¹³² DREES, *Études et résultats*, octobre 2018.

¹³³ La loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 (article 87) a exclu l'ASPAs des prestations vieillesse à faire valoir en priorité par rapport à l'AAH. Cette disposition ne s'applique qu'aux personnes dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 % et qui atteignent l'âge légal de départ à la retraite (62 ans) à partir du 1^{er} janvier 2017. Auparavant, l'ASPAs figurait au rang des prestations vieillesse à faire valoir prioritairement à l'AAH. Les bénéficiaires de l'AAH dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 % peuvent désormais continuer à en bénéficier après 62 ans sans être obligés de demander l'ASPAs.

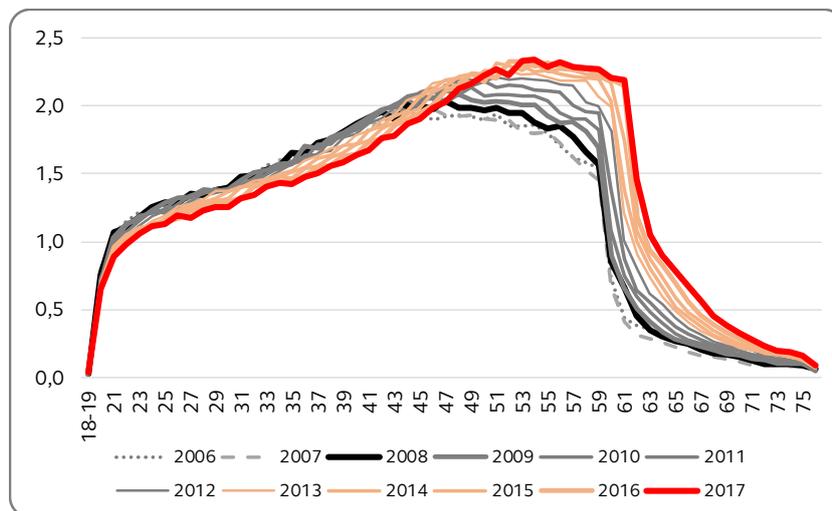
Graphique n° 6 : pyramide des âges des allocataires de l'AAH-1 (bleu) et de l'AAH-2 (orange) au 31/12/2017



Source : Cour des comptes d'après DREES (2018)

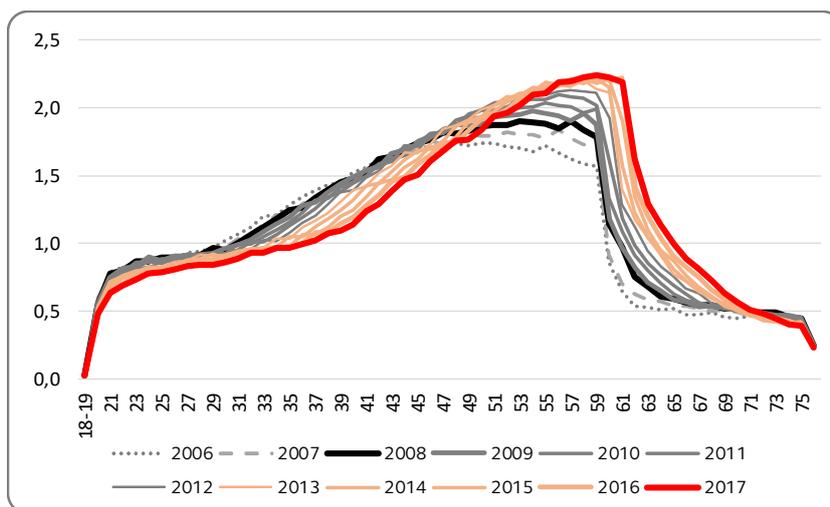
Proportions détaillées d'allocataires de l'AAH-1 et AAH-2, par âge et par sexe, de 2006 à 2017

Graphique n° 7 : évolution de la fréquence de l'AAH-1 en fonction de l'âge pour les hommes



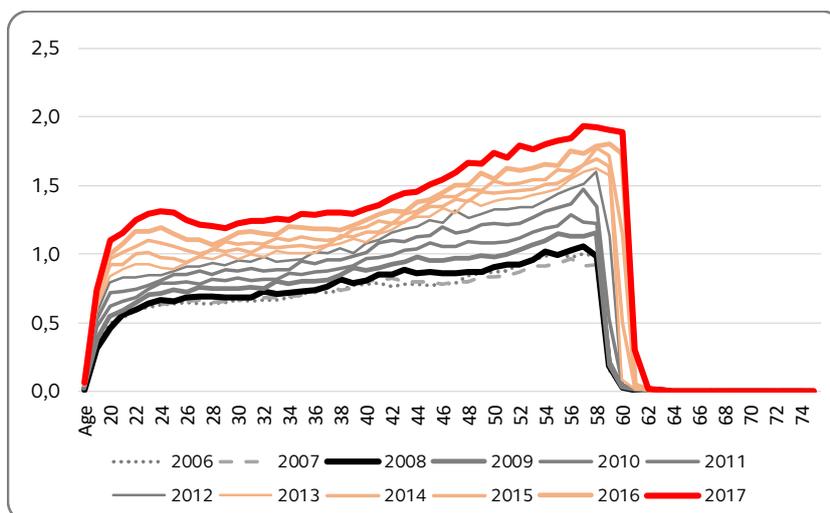
Source : Cour des comptes d'après données de la DREES

Graphique n° 8 : évolution de la fréquence de l'AAH-1 en fonction de l'âge pour les femmes



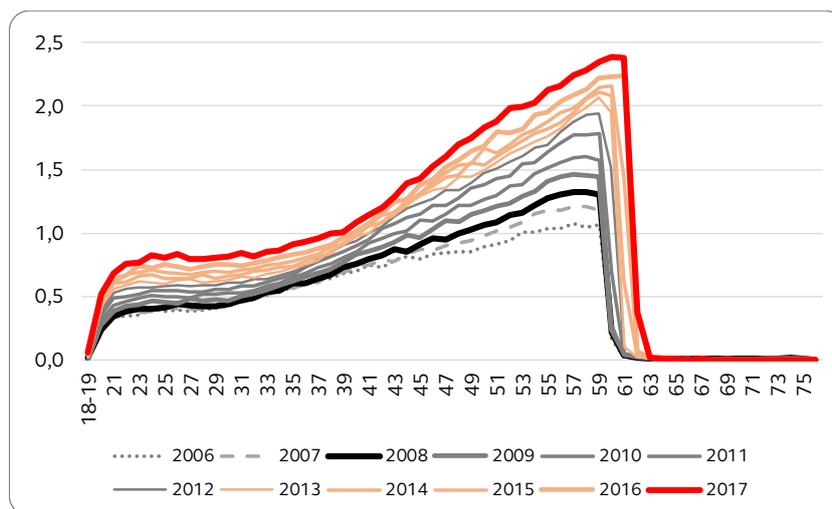
Source : Cour des comptes d'après données de la DREES

Graphique n° 9 : évolution de la fréquence de l'AAH-2 en fonction de l'âge pour les hommes



Source : Cour des comptes d'après données de la DREES

Graphique n° 10 : évolution de la fréquence de l'AAH-2 en fonction de l'âge pour les femmes

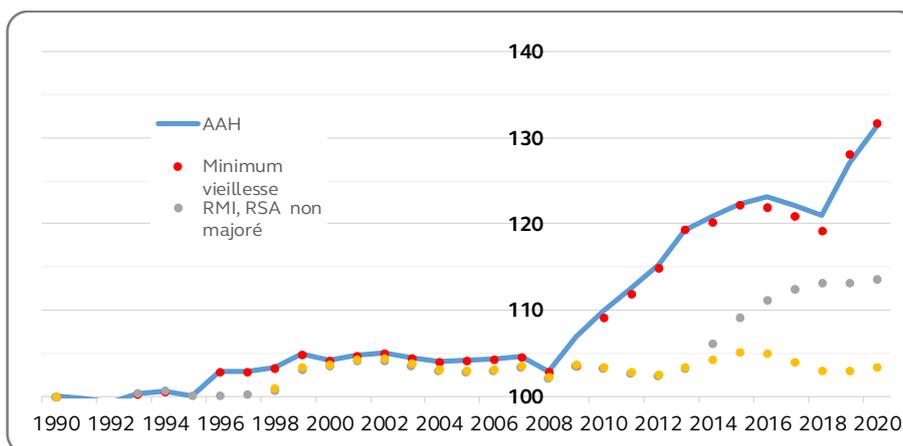


Source : Cour des comptes d'après données de la DREES

Niveau de vie des allocataires de l'AAH

Le graphique ci-dessous compare la progression du pouvoir d'achat de différents minima sociaux. Ces données ne sont calculées que pour la situation d'une personne seule et sans prise en compte des effets possibles de cumuls avec d'autres prestations sociales, en particulier les APL et les allocations familiales.

Graphique n° 11 : évolution du pouvoir d'achat des minima sociaux (personnes seules) depuis 1990 au 1er janvier de chaque année



Source : Données DREES fournies à l'appui de l'édition 2018 de « Minima sociaux et prestations sociales » et législation

Lecture : le pouvoir d'achat de l'AAH a augmenté de 3 % entre 1990 et 2008, de 121 % entre 1990 et 2018

Le pouvoir d'achat de l'AAH a progressé de 23 % entre janvier 2008 et décembre 2018.

Conformément au principe posé par la loi de 1975, le montant de l'AAH est quasiment aligné sur celui du minimum vieillesse. Cependant leurs révisions ne se font pas au même moment, ce qui entraîne des périodes où le minimum vieillesse est un peu plus élevé que l'AAH, mais cependant moins élevé que l'AAH lorsque celle-ci est assortie d'un de ses compléments.

Deux faits marquants caractérisent aussi cette période :

(i) Les revalorisations de l'AAH observées entre 2008 et 2013 (+ 16 % hors inflation) puis entre 2017 et 2019 (+ 8 % hors inflation). Ces deux phases d'augmentation visaient à répondre aux engagements pris au cours de leurs campagnes électorales par les présidents de la République élus en 2007 et 2017.

La première phase de revalorisation (2008-2013) a accentué l'écart qui existait entre le pouvoir d'achat de l'AAH et celui du RSA. L'écart s'est réduit lorsque le RSA a connu à son tour une réévaluation à compter de 2013. Les revalorisations de l'AAH de novembre 2018 (+ 5 %) et 2019 (+ 3,6 % à compter du 1^{er} novembre 2019) vont à nouveau accentuer cet écart.

(ii) Les tendances générales qui apparaissent dans l'évolution combinée des minima sociaux : ainsi, l'AAH et l'ASPA (minimum vieillesse) évoluent de façon assez coordonnée et similaire, tandis que le RSA et l'ASS forment un autre binôme de minima sociaux qui suivaient au moins jusqu'en 2014 une trajectoire proche en termes d'évolution du pouvoir d'achat.

*Situation des allocataires de l'AAH au regard du seuil
de pauvreté monétaire*

Le montant plus important de l'AAH se traduit mécaniquement sur l'indice de pauvreté relative de ses bénéficiaires. Par son niveau, l'AAH rapproche les allocataires qui en bénéficient du seuil de pauvreté monétaire (fixé au niveau européen à 60 % du revenu médian), voire leur permet de dépasser ce seuil lorsque l'AAH est associée à un complément d'activité ou à des revenus professionnels. La valeur du RSA seul s'est en revanche éloignée de ce seuil.

D'une part, les allocataires de l'AAH présentent le taux de pauvreté le plus bas parmi les allocataires des principaux minima sociaux. 26,5 % des allocataires de l'AAH sont en situation de pauvreté monétaire¹³⁴, contre 58,1 % en moyenne pour les allocataires des minima sociaux, et 76,4 % dans le cas du RSA. Le constat est le même pour le taux de pauvreté en conditions de vie¹³⁵ : il est de 38,0 % pour les bénéficiaires de l'AAH, contre 56,5 % en moyenne pour les minima sociaux.

¹³⁴ Le taux de pauvreté monétaire est défini comme la part des personnes disposant d'un revenu inférieur à 60 % du revenu médian disponible au niveau national. Ce niveau de revenu limite est appelé seuil de pauvreté.

¹³⁵ Le taux de pauvreté « en conditions de vie » ou de « privation matérielle » correspond à la part de la population vivant dans un ménage qui, par manque de ressources, est privé de l'accès à au moins trois biens ou services considérés comme essentiels.

D'autre part, quand les allocataires de l'AAH sont sous le seuil de pauvreté, l'intensité¹³⁶ de cette pauvreté est plus faible : elle est de 19,5 % dans le cas de l'AAH, contre 24,6 % en moyenne pour les minima sociaux.

**Tableau n° 21 : taux de pauvreté monétaire (2012)
et de pauvreté en conditions de vie (2011)**

Revenu minimum garanti perçu	Taux de pauvreté monétaire	Intensité de la pauvreté monétaire	Pauvreté en conditions de vie
AAH	26,5 %	19,5 %	38,0 %
Minimum vieillesse	49,7 %	17,8 %	46,9 %
ASS	53,9 %	23,6 %	58,9 %
RSA socle non majoré	76,4 %	30,8 %	66,9 %
Ensemble des bénéficiaires	58,1 %	24,6 %	56,5 %
<i>Ensemble de la population métropolitaine</i>	<i>13,9 %</i>	<i>20,5 %</i>	<i>11,8 %</i>

Source : Cour des comptes d'après DREES, 2019 : minima sociaux et prestations sociales

Allocataires de l'AAH et activité rémunérée

Le taux d'emploi salarié des bénéficiaires de l'AAH était en 2017 de 18 %. Il est plus élevé pour les hommes (20 %) que pour les femmes (15 %). Parmi les allocataires de l'AAH qui occupent un emploi salarié, la majorité (58 %) travaille en établissement ou service d'aide par le travail (ESAT)¹³⁷ et moins de la moitié (42 %) travaille en milieu ordinaire¹³⁸.

Ce taux d'emploi se dégrade avec l'âge :

- 25 % pour les 16 à 24 ans ;
- 22 % pour les 25 à 49 ans ;
- 11 % pour les 50 à 64 ans.

La situation des allocataires est, logiquement, contrastée selon leur taux d'incapacité. Fin 2017, et rapportés à la population des allocataires de moins de 60 ans, ce sont 21 % des allocataires AAH-1 et 22 % des allocataires AAH-2 de moins de 60 ans qui occupent un emploi.

¹³⁶ L'intensité de la pauvreté (ou *poverty gap*) correspond à l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté ; il permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté.

¹³⁷ Dont 88 % en tant qu'ouvriers essentiellement non qualifiés. Dont 76 % à temps complet.

¹³⁸ La répartition pour les personnes en milieu ordinaire est de 47 % en CDI, 8 % en CDD, 8 % en contrat aidé ; 45 % d'ouvriers et 44 % comme employés ; 47 % à temps complet et 53 % à temps partiel.

Tableau n° 22 : situation des allocataires AAH au regard de l'emploi au 31 décembre 2017

	Sans activité, retraite ou chômage		ESAT		Activité professionnelle en milieu ordinaire		Total	
AAH-1	517 326	83 %	53 408	9 %	49 957	8 %	620 691	100 %
AAH-2	389 959	78 %	44 700	9 %	63 134	13 %	497 793	100 %
Total	907 285	81 %	98 108	9 %	113 091	10 %	1 118 484	100 %

Source : Cour des comptes d'après données CNAF.

Selon la DREES¹³⁹, parmi l'ASS, le RSA et l'AAH, l'AAH est le minimum social présentant le taux d'allocataires salariés le plus important : 17,5 % pour l'AAH fin 2015, contre 12,4 % pour le RSA socle et 9,6 % pour l'ASS – cette situation s'expliquant notamment par le cas particulier de l'emploi en ESAT. Cependant, l'AAH est dernier en termes de sortie des minima sociaux vers l'emploi : sur un an, seuls 1,2 % des allocataires de l'AAH sortent de l'AAH vers l'emploi salarié, contre 9,9 % des allocataires du RSA et 14,8 % des allocataires de l'ASS.

AAH et prime d'activité

Lorsque la prime d'activité a remplacé le 1^{er} janvier 2016 le RSA-activité et la prime pour l'emploi¹⁴⁰, l'AAH a été assimilée à des revenus d'activité pour le calcul de la prime d'activité dès lors que les revenus professionnels atteignent au moins 287 € par mois. Le code de la sécurité sociale a été modifié en 2018 pour inclure dans ces revenus d'activité les rentes d'invalidité¹⁴¹.

¹³⁹ Source : DREES, *Minima sociaux et prestations sociales*, 2018.

¹⁴⁰ Décret n° 2015-1709 du 21 décembre 2015 relatif à la prime d'activité : « Art. R. 844-1.-Ont le caractère de revenus professionnels ou en tiennent lieu en application du 1° de l'article L. 842-4 : 1° L'ensemble des revenus tirés d'une activité salariée ou non salariée ; 2° Les revenus tirés de stages de formation professionnelle ; (...) 7° La rémunération garantie perçue par les travailleurs handicapés admis dans un établissement ou un service d'aide par le travail (...) »

¹⁴¹ Décret n° 2018-68 du 6 février 2018 fixant le seuil prévu à l'article L. 842-8 du code de la sécurité sociale pour le calcul dérogatoire de la prime d'activité : *Pour l'application de l'article L. 842-3, l'allocation mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 est prise en compte en tant que revenu professionnel sous réserve que les revenus professionnels mensuels du travailleur handicapé, hors prise en compte de cette allocation, atteignent un montant fixé par décret.* », en l'occurrence 29 fois le SMIC horaire.

Tableau n° 23 : simulations de calcul pour le cumul AAH - Prime d'activité pour une personne seule sans enfant en 2019

En €	Différents niveaux de revenus d'activité								
Revenu d'activité	0	200	400	500	600	700	800	900	1 000
AAH-1 ou 2	860	820	780	740	680	620	560	500	440
Prime d'activité	0	0	190	170	150	140	120	110	90
Autre aide (*)	12	12	12	30	30	30			
Total	972	1 032	1 382	1 440	1 460	1 490	1 480	1 510	1 530

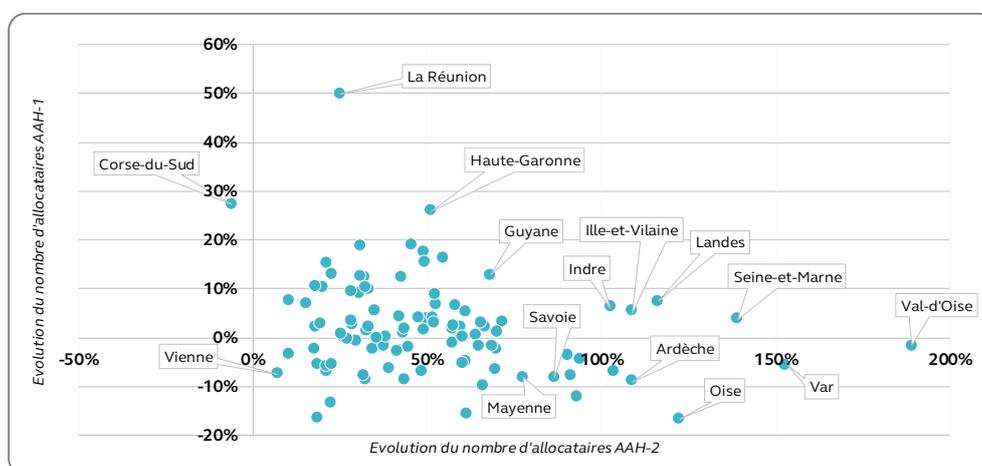
Source : simulateur "mes aides.gouv.fr"

(*) Aide au paiement complémentaire santé et chèque énergie

Annexe n° 6 : analyse des facteurs d'évolution du nombre d'allocataires de l'AAH

Détail des évolutions au niveau départemental

Graphique n° 12 : progressions respectives de l'AAH-1 (axe vertical)
et de l'AAH-2 (axe horizontal) pour chaque département
entre juin 2012 et juin 2018



Source : Cour des comptes d'après DataCaf

Analyse globale : facteurs démographiques, liés aux retraites, et autres facteurs

La DREES, à la fois pour ses analyses rétrospectives et pour ses projections, décompose la progression du nombre d'allocataires en distinguant plusieurs effets :

- Les évolutions démographiques constatées ;
- Les effets de la réforme de l'âge de départ à la retraite depuis 2010 ;
- Les tendances observées au cours des années passées, c'est-à-dire les augmentations de la prévalence de l'AAH selon les âges. Il s'agit de l'effet dit « tendanciel ».

Dans le tableau ci-dessous, les autres effets réglementaires hors retraite sont combinés avec l'effet tendanciel qui apparaît clairement comme le plus important pour expliquer la croissance de l'AAH-2 depuis 2008.

Tableau n° 24 : évolution du nombre d'allocataires de l'AAH-1 et de l'AAH-2 selon les effets démographiques, liés aux retraites et autres

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Allocataires AAH-1 (en milliers)	579,1	588,0	596,3	607,4	618,2	624,5	624,7	625,7	627,3	627,9
Taux de croissance	3,7 %	1,5 %	1,4 %	1,9 %	1,8 %	1,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %
démographie	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,4 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
réforme des retraites	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %
autre et tendanciel	3,5 %	1,4 %	1,3 %	1,4 %	1,0 %	0,6 %	-0,3 %	-0,4 %	-0,4 %	-0,3 %
Allocataires AAH-2 (en milliers)	268,2	293,8	317,1	347,4	378,1	397,3	415,5	436,2	462,7	501,1
Taux de croissance	5,9 %	9,5 %	8,0 %	9,5 %	8,8 %	5,1 %	4,6 %	5,0 %	6,1 %	8,3 %
démographie	-0,2 %	-0,2 %	-0,2 %	0,0 %	0,2 %	-0,1 %	0,0 %	-0,1 %	0,0 %	0,0 %
réforme des retraites	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	1,9 %	1,0 %	1,1 %	1,6 %	1,5 %	1,0 %
autre et tendanciel	6,1 %	9,7 %	8,1 %	8,7 %	6,8 %	4,1 %	3,5 %	3,4 %	4,6 %	7,4 %

Note : L'effet démographique correspond à la variation de la population observée à chaque âge, compte tenu des prévalences par âge fin observées en début d'année. L'effet retraite correspond à la différence entre les prévalences observées à 60, 61 et 62 ans et celles en vigueur avant la réforme de 2010. Enfin, les effets réglementaires et tendanciels correspondent au solde entre les évolutions observées et les deux effets démographique et de retraite. Lecture : Au 31 décembre 2017, le nombre de personnes percevant l'AAH-1 a augmenté de 0,1 % par rapport à 2016.

Champ : France entière.

Sources : DREES d'après CNAF et MSA ; Insee, estimations de population (résultats provisoires fin 2017).

Effet des revalorisations

Afin de mieux estimer l'importance relative des différents facteurs d'augmentation du nombre d'allocataires de l'AAH, la CNAF et la DREES ont réalisé des simulations à la demande de la Cour.

Ces simulations ont consisté à dénombrer les allocataires qui resteraient titulaires de l'AAH si l'allocation était restée à ses niveaux antérieurs. Ce décompte a été réalisé toutes choses égales par ailleurs, donc en maintenant notamment toutes les conditions actuelles d'ouverture des droits : règles juridiques, pratiques d'attribution des MDPH, etc.

A contrario, ces simulations permettent d'estimer le nombre de nouveaux allocataires rendus éligibles par le relèvement du plafond de l'AAH.

Ces simulations ont été réalisées pour deux niveaux de plafond AAH : celui de 2006 et celui de 1995. La première simulation permet d'estimer les effets de la revalorisation exceptionnelle de 25 % de 2008-2012, et la seconde ceux de la revalorisation de 4,3 % au-delà de l'inflation observée sur la période 1995-2000.

Une troisième simulation a été réalisée, qui consiste à aligner le plafond de l'AAH avec celui du RSA non majoré.

Les simulations de la CNAF

Les simulations ont été réalisées, en ordre de grandeur, à partir des fichiers allocataires.

**Tableau n° 25 : effet du changement de plafond de l'AAH
sur le nombre d'allocataires : simulation CNAF**

	Sept. 2018	2006	1995
Plafond AAH (personne seule sans enfant)	819 €	691 €	662 €
Nombre d'allocataires AAH observé (en % des allocataires actuels)	1 141 650 100 %	772 300 68 %	573 850 50 %
Écart avec la situation actuelle (en % des allocataires actuels)	sans objet	369 350 32 %	567 800 50 %
Décomposition de l'écart :			
- Effet du changement de plafond ("effet prix") (en % des allocataires actuels)	sans objet	135 750 12 %	146 800 13 %
- Autres effets ("effets hors prix") (en % des allocataires actuels)	sans objet	233 600 20 %	421 000 37 %

Lecture : Fin 2006, le nombre d'allocataires de l'AAH était de 772 300 (dans le champ des CAF, hors MSA), soit 32 % de moins qu'en 2018. Cet écart de 32 % se décompose en deux facteurs : l'effet du changement de plafond de l'AAH (estimé 12 points) et l'ensemble des autres effets (évolution de la démographie, évolution de la réglementation devenue plus favorable, évolution des pratiques des MDPH, etc.) (20 points).

Précision méthodologique : les plafonds de l'AAH de 1995 et de 2006 ont été corrigés de l'inflation. La « situation actuelle » est celle de septembre 2018. Champ : allocataires des CAF.

Source : Cour des comptes, d'après CNAF (direction des statistiques, des études et de la recherche)

Les mêmes simulations de la CNAF montrent que si le plafond de l'AAH était aligné avec celui du RSA non majoré (535 € pour une personne seule sans enfants, soit 35 % de moins que le plafond AAH), toutes choses égales par ailleurs, le nombre d'allocataires de l'AAH diminuerait de 18 % environ.

Les simulations de la DREES

Pour répondre aux mêmes questions, la DREES a utilisé le modèle de micro-simulation Ines.

	2006	1995	Plafond RSA non majoré
Plafond AAH (personne seule sans enfant)	691 €	662 €	535 €
Effet du changement de plafond ("effet prix") simulé Ines	15 %	17 %	26 %
<i>Pour mémoire : simulation CNAF</i>	<i>12 %</i>	<i>13 %</i>	<i>18 %</i>

Source : Cour des comptes d'après DREES, Ines

Compte tenu de la vocation d'Ines, ces derniers résultats présentent à priori davantage de limites que ceux de la CNAF. La DREES indique qu'« *il est important de noter que les chiffres donnés ci-après se situent sur le champ Ines, c'est-à-dire le champ des ménages vivant en logement ordinaire en France métropolitaine : les personnes vivant en institution ne sont donc pas prises en compte dans les calculs. Dans le cas de l'AAH, un peu moins de 90 % des bénéficiaires vivent en logement ordinaire. En outre, les effectifs de bénéficiaires simulés par le modèle sont sous-estimés par rapport aux chiffres réellement constatés. Les résultats doivent donc être utilisés avec précaution. Les résultats indiqués sont par ailleurs fragiles car le modèle ne dispose pas de tous les éléments pour simuler l'éligibilité à l'AAH et doit donc réaliser des approximations, notamment sur les taux d'incapacité des personnes* ».

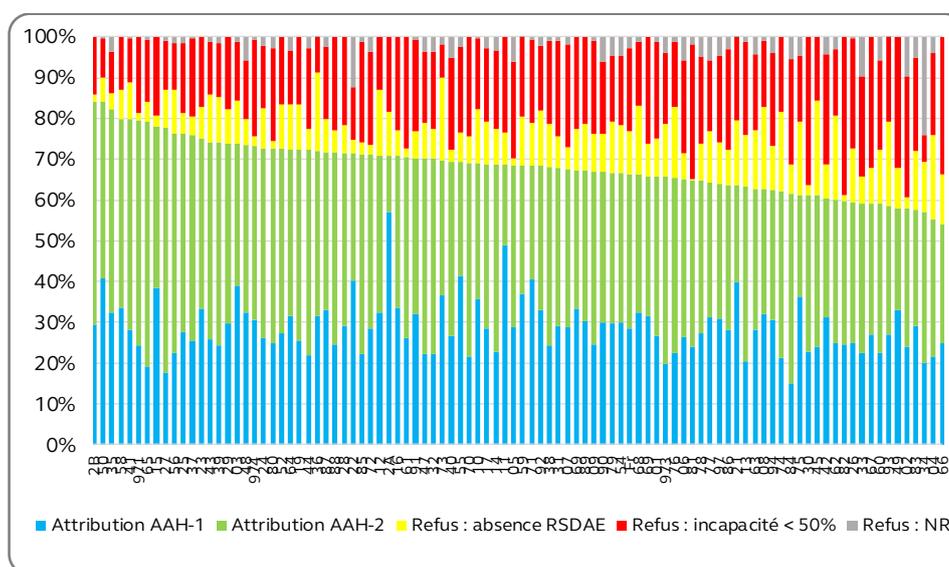
On constate, en ordre de grandeur, que le résultat de la simulation est proche de celui de la CNAF pour le niveau plafond de 2006 (proportion estimée à 15 % contre 12 % pour la CNAF). L'écart est plus important pour le niveau plafond de 1995, et surtout pour le niveau plafond du RSA.

Annexe n° 7 : analyse des disparités départementales d'attribution et de refus de l'AAH

Les décisions d'attribution et de refus d'AAH varient dans des proportions très importantes d'un département à l'autre. Le graphique ci-dessous rend compte de ce phénomène.

Selon les départements, en 2017, le taux d'accord aux demandes d'AAH varie de 55 % à 85 %. L'AAH-1 est attribuée à plus de 40 % des demandeurs dans six départements, tandis qu'elle ne concerne que 15 % à 20 % des demandeurs dans cinq autres. L'attribution de l'AAH-2 varie dans des proportions encore plus importantes, de moins de 20 % des demandes selon les départements à plus de 60 % dans d'autres.

Graphique n° 13 : suites réservées aux demandes d'AAH, par département (année 2017)



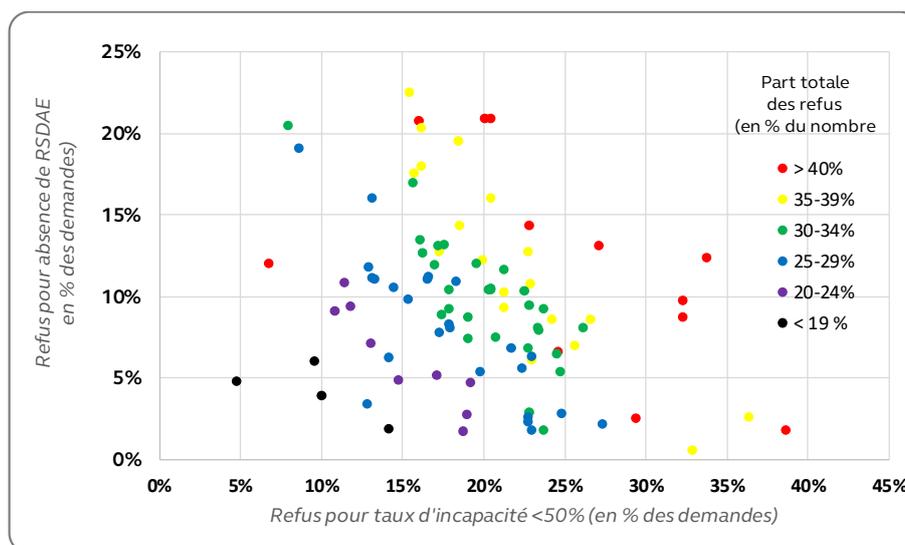
Source : Cour des comptes d'après CNSA, enquête AAH 2017

Lecture : les départements sont rangés par taux d'attribution de l'AAH (AAH-1 et 2) décroissant. Dans le département le plus à gauche, 29 % des demandeurs se voient attribuer l'AAH-1, 55 % l'AAH-2, 2 % refuser l'AAH pour absence de RSDAE, 14 % refuser l'AAH pour incapacité inférieure à 50 %, et aucun pour un motif non renseigné (en gris).

La même variabilité des décisions s'observe en ce qui concerne les motifs de refus. Dans certains départements, l'absence de RSDAE ne concernerait que 2 % des personnes handicapées faisant une demande d'AAH à la MDPH, tandis qu'elle atteindrait 20 %, soit 10 fois plus, dans d'autres départements. De même, un taux d'incapacité inférieur à 50 % serait le motif de plus de 90 % des refus d'AAH dans cinq départements, tandis que cette part tomberait à moins de 35 % dans quatre autres¹⁴².

Cette situation apparaît clairement sur le graphique suivant. Les départements ayant des taux de refus d'AAH proches y sont représentés par une même couleur. Or on observe que, pour chacun de ces groupes de départements, toutes les situations sont possibles : faible ou forte proportion des refus liés au critère d'incapacité, faible ou forte proportion des refus liés au critère d'emploi.

Graphique n° 14 : taux de refus d'AAH par département, décomposé par motif : incapacité <50 % et absence de RSDAE (2017)



Source : Cour des comptes d'après CNSA, enquête AAH 2017

Lecture : chaque département est représenté par un point. En abscisses figure la part des demandes d'AAH refusées pour incapacité < 50 % parmi l'ensemble des décisions prises en 2017 ; en ordonnées, il s'agit de la part des demandes d'AAH refusées pour absence de RSDAE. Le taux global de refus d'AAH (somme de ces deux taux et des refus pour motif non renseigné) est représenté par la couleur des points.

¹⁴² Voir également, en annexe, une analyse de la disparité des refus d'AAH.

Annexe n° 8 : guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées

Extraits

Chapitres par types de déficiences [décret 93-1216 du 4 novembre 1993]

Chapitre VII – Déficiences de l'appareil locomoteur

II. Déficiences du tronc

Les déficiences du tronc comprennent, quelle qu'en soit l'étiologie (neurologique, rhumatismale, orthopédique, etc.), les déficiences motrices du tronc, les troubles de la statique et du tonus, les déviations du rachis, les déficiences discales et vertébrales. Le retentissement tiendra compte des douleurs, de la raideur, de la déviation-déformation, de l'étendue des lésions. Le retentissement cardio-respiratoire éventuel sera apprécié à part (chapitre VI) ; le retentissement sur la marche sera apprécié séparément sauf si les déficiences du tronc sont isolées (retentissement sur la marche = déficience importante ou sévère).

1. Déficience légère (taux : 1 à 20 p. 100) : Sans retentissement sur la vie sociale, professionnelle et domestique ou sur la réalisation des actes essentiels de la vie courante¹⁴³.

Exemple : lombalgies simples, déviation minime.

2. Déficience modérée (taux : 20 à 40 p. 100) : Ayant un retentissement modéré sur la vie sociale, professionnelle ou domestique ou gênant la réalisation des actes essentiels de la vie courante.

Exemple : lombalgies chroniques ou lombo-sciatalgies gênantes (port de charges) sans raideur importante ou sans retentissement professionnel notable, déviation modérée.

¹⁴³ Ces actes essentiels sont définis au gré des chapitres du guide-barème. Ils ont été rassemblés, en 2007, sous forme de liste non exhaustive, dans la nouvelle introduction du guide : se comporter de façon logique et sensée ; se repérer dans le temps et les lieux ; assurer son hygiène corporelle ; s'habiller et se déshabiller de façon adaptée ; manger des aliments préparés ; assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ; effectuer les mouvements (se lever, s'asseoir, se coucher) et les déplacements (au moins à l'intérieur d'un logement).

3. Déficience importante (taux : 50 à 75 p. 100) : Ayant un retentissement important sur la vie sociale, professionnelle et domestique ou limitant la réalisation de certains actes essentiels de la vie courante.

Exemple : raideur et/ou déviation importante, ou reclassement professionnel nécessaire.

4. Déficience sévère (taux : 80 à 85 p. 100) : Rendant les déplacements très difficiles ou impossibles ou empêchant la réalisation d'un ou plusieurs actes essentiels.

Chapitre II – Déficiences du psychisme

Section 2 : Déficiences psychiques de l'adulte

I - Critères principaux de déficience

1. Troubles de la volition parmi lesquels : apragmatisme ; négativisme ; compulsions obsessionnelles ; ambivalence ; inhibition.

a) Compensé : vie quotidienne et socioprofessionnelle assumées seul mais pour le reste activité très pauvre (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Non compensé : autonomie pour les actes de la vie quotidienne, mais travail en milieu ou en emploi protégé ou aménagé. Activité quasi inexistante par ailleurs (taux : 50 à 75 p. 100).

c) Faible ou très faible activité spontanée durable, clinophilie, ne sort plus, actes élémentaires sur incitation forte (taux : 80 à 95 p. 100).

2. Troubles de la pensée (cours et contenu) parmi lesquels : idées obsessionnelles ; fuite ou incohérence des idées ; lenteur de la pensée ; radotage ; appauvrissement de la pensée ; délire.

a) Compensé : compatible avec la vie quotidienne et l'activité professionnelle malgré des troubles de la pensée ou de la cohérence du discours (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Non compensé : vie quotidienne conservée, gêne à l'adaptation socioprofessionnelle, troubles notables du cours de la pensée et de la cohérence du discours (taux : 50 à 75 p. 100). [...]

6. Troubles de l'humeur Nota. – Ces troubles ne doivent être pris en compte en matière d'incapacité que lorsqu'ils sont prolongés (durée supérieure à six mois) ou répétés (plus de trois accès par an).

a) Troubles dépressifs ou hypomaniaques légers ou équilibrés ou psychose maniaco-dépressive bien compensée compatible avec une vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Troubles de l'humeur ; états d'excitation ou dépression franche sans signe mélancolique grave apportant cependant une perturbation notable dans la vie professionnelle ; vie quotidienne conservée (taux : 50 à 75 p. 100).

c) État maniaque perturbant ou entravant la vie socioprofessionnelle ; agitation psychomotrice, pouvant être dangereuse pour le sujet et son entourage, fuite des idées, insomnie grave ou état mélancolique : aboulie, douleur morale, auto-accusation, ralentissement psychomoteur, entravant la vie quotidienne (taux : 75 à 95 p. 100). [...]

8. Troubles intellectuels [...] B. D'acquisition tardive parmi lesquels : troubles de la mémoire ; troubles de l'attention ; troubles du jugement, du calcul mental ; troubles de l'orientation temporelle et spatiale. [...]

b) Dégradation importante d'une fonction ou expression déficitaire d'un processus psychotique antérieur apportant une perturbation notable dans la vie socio-professionnelle mais respectant les actes élémentaires de la vie quotidienne (taux : 50 à 75 p. 100). [...]

9. Troubles de la vie émotionnelle et affective parmi lesquels : anxiété, angoisse ; doute ; indifférence affective ; discordance affective ; instabilité affective ; troubles du caractère ; immaturité affective ; timidité.

a) Troubles modérés n'entravant pas la vie sociale et professionnelle (taux : 1 à 40 p. 100) : anxiété permanente ou crises d'angoisse peu fréquentes ; labilité émotionnelle ; irritabilité ; timidité ; immaturité affective.

b) Troubles non compensés apportant une gêne importante à la vie socioprofessionnelle, maintien d'une vie quotidienne possible (taux : 50 à 75 p. 100) : angoisse permanente ou crises de panique répétées ou importantes difficultés de contrôle émotionnel (notamment accès fréquents de colère inadaptes, éreutrophobie invalidante) ; tendance à la discordance affective (rires immotivés) ; pauvreté des affects ; doute permanent (folie du doute).

c) Troubles invalidants de l'affectivité perturbant ou entravant la vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 80 à 90 p. 100).

d) Troubles affectifs majeurs ne permettant plus aucun contact avec la réalité (taux : 95 p. 100).

10. Expression somatique des troubles psychiatriques

a) Somatisation à type de plaintes subjectives sans retentissement notable sur la vie quotidienne et professionnelle (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Somatisation systématisée importante perturbant la vie socioprofessionnelle et entraînant une demande répétée de soins (taux : 50 à 75 p. 100) [...].

*Introduction générale au guide-barème
[dispositions introduites par le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007]*

« La détermination du taux d'incapacité s'appuie sur une analyse des interactions entre trois dimensions :

Déficiences : c'est-à-dire toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience correspond à l'aspect lésionnel et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion d'altération de fonction.

Incapacité : c'est-à-dire toute réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel dans toutes ses composantes physiques ou psychiques et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion de limitation d'activité.

Désavantage : c'est-à-dire les limitations (voire l'impossibilité) de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Le désavantage (et donc la situation concrète de handicap) résulte de l'interaction entre la personne porteuse de déficiences et/ ou d'incapacités et son environnement. [...]

En effet, le diagnostic ne permet pas, à lui seul, une évaluation du handicap, celui-ci variant avec le stade évolutif, les thérapeutiques mises en œuvre, en fonction de l'interaction de la personne avec son environnement. Toutefois, les éléments de diagnostic, bien qu'insuffisants à eux seuls pour rendre compte des conséquences de l'état de santé dans la vie quotidienne de la personne, sont néanmoins utiles pour la connaissance de la situation et permettent notamment d'apporter des indications sur l'évolutivité et le pronostic de l'état de la personne. [...]

Un taux de 50 % correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne. L'entrave peut soit être concrètement repérée dans la vie de la personne, soit compensée afin que cette vie sociale soit préservée, mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique. Toutefois, l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne.

Un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en œuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80 % est atteint. C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction.

Les actes de la vie quotidienne, parfois qualifiés d'élémentaires ou d'essentiels, sont mentionnés dans les différents chapitres et portent notamment sur les activités suivantes : - se comporter de façon logique et sensée ; - se repérer dans le temps et les lieux ; - assurer son hygiène corporelle ; - s'habiller et se déshabiller de façon adaptée ; - manger des aliments préparés ; - assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ; - effectuer les mouvements (se lever, s'asseoir, se coucher) et les déplacements (au moins à l'intérieur d'un logement). [...]

L'approche évaluative en vue de la détermination du taux d'incapacité doit être :

- individualisée : en effet, certaines déficiences graves entraînent des incapacités modérées. À l'inverse, des déficiences modérées peuvent du fait de l'existence d'autres troubles, par exemple d'une vulnérabilité psychique notable, avoir des conséquences lourdes. De même, des déficiences bien compensées par un traitement (de quelque nature qu'il soit) peuvent entraîner des désavantages majeurs dans l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, notamment du fait des contraintes liées à ce traitement ;
- globale : même si le repérage des différentes déficiences est nécessaire, en revanche pour la détermination du taux d'incapacité, les taux mentionnés dans les différents chapitres ne s'ajoutent pas de façon arithmétique sauf précision contraire indiquée dans le chapitre correspondant. [...]

Il n'est pas nécessaire que la situation médicale de la personne soit stabilisée pour déterminer un taux d'incapacité. La durée prévisible des conséquences doit cependant être au moins égale à un an pour déterminer le taux ».

Analyse des contradictions entre chapitres du guide-barème et introduction

**Tableau n° 26 : exemples de critères contradictoires
entre les chapitres par déficience et les critères généraux
pour les incapacités de 50 % à 80 % (AAH-2)**

Type de déficience AAH-2	Critère détaillé (dans le chapitre) - 1993	Critères généraux (introduction) 2007
Déficiences intellectuelles « épilepsie »	« Niveau III : déficience importante, 50 à 75 p. 100 : crises avec chutes et/ou perte de connaissance (au moins une par semaine) ou absences (au moins une par jour). <u>Pas d'insertion scolaire ou professionnelle en milieu normal possible</u> sauf si accompagnement soutenu ».	
Déficiences psychiques	Seuil à 50 % défini (adultes), en référence à la <u>vie professionnelle ou socioprofessionnelle, avec caractérisation d'impacts dans la vie quotidienne.</u>	Troubles importants
Déficiences viscérales et générales	« Troubles importants obligeant à des <u>aménagements notables de la vie quotidienne, qui se trouve alors limitée au logement ou à l'environnement immédiat</u> ou nécessite des aides ou efforts particuliers pour maintenir une vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne dans les limites de la normale. [ajout 2007] <i>L'autonomie est cependant conservée sans effort majeur pour les actions relevant de l'autonomie individuelle, telles que définies dans l'introduction du présent guide-barème. Ce niveau de troubles définit l'obtention d'un taux au moins égal à 50 %</i> ».	Gêne notable dans la vie sociale Autonomie conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne
Déficiences de l'appareil locomoteur	<u>Atteinte aux vies quotidiennes, sociales et professionnelles.</u> Dans l'exemple déjà cité des déficiences du tronc, « Déficience importante (taux : 50 à 75 p. 100) : Ayant un <u>retentissement important sur la vie sociale, professionnelle et domestique ou limitant la réalisation de certains actes essentiels de la vie courante</u> ».	

Source : Cour des comptes d'après guide-barème

Annexe n° 9 : données statistiques sur les déficiences principales des demandeurs et des attributaires de l'AAH

Nature des déficiences principales des usagers des MDPH, toutes prestations confondues (AAH et autres)

Seules sont disponibles des données issues des 33 MDPH qui ont transmis des informations de suivi des types de handicap à la CNSA. Le tableau ci-dessous retrace leurs résultats, et compare les proportions obtenues avec celles des quatre MDPH que la CNSA considère comme respectant les conditions de fiabilité. Les proportions observées de chacune des déficiences parmi l'ensemble des demandes sont proches.

**Tableau n° 27 : déficience principale codée dans les dossiers
de demande aux MDPH, toutes prestations confondues (2017)**

Périmètre	« Flux » 2017		« Stock » au 31/12/2017	
	33 dptments	4 dptments	33 dptments	4 dptments
Nombre de dossiers codés	325 269	36 835	832 977	96 100
Déficiences intellectuelles et cognitives	13 %	14 %	11 %	11 %
Déficiences du psychisme	22 %	16 %	18 %	14 %
Déficiences auditives	4 %	3 %	4 %	4 %
Déficiences du langage	4 %	4 %	3 %	2 %
Déficiences visuelles	3 %	2 %	3 %	3 %
Déficiences viscérales	14 %	12 %	16 %	13 %
Déficiences motrices	29 %	26 %	34 %	29 %
Autres déficiences	5 %	11 %	5 %	11 %
Surhandicap	2 %	4 %	2 %	4 %
Plurihandicap	5 %	7 %	5 %	8 %
Polyhandicap	1 %	2 %	1 %	2 %
État végétatif chronique	0 %	0 %	0 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : CNSA, enquête « échanges annuels » 2017

« Flux 2017 » : nombre de personnes ayant été l'objet d'au moins une décision dans l'année 2017.

« Stock au 31/12/2017 » : nombre de personnes ayant des droits ouverts à la MDPH à cette date.

Concernant le périmètre, les « 33 départements » désignent les MDPH qui ont fait remonter leurs données à la CNSA en 2017. Les « 4 départements » sont ceux qui, parmi les 33, ont fourni des données fiables selon la CNSA.

**Nature des déficiences principales des demandeurs
et des attributaires de l'AAH**

Résultats de l'enquête AAH de 2007

**Tableau n° 28 : déficience principale des demandeurs
et des attributaires de l'AAH (2007)**

<i>En %</i>	AAH accordée			Refus AAH	Ensemble des demandes
	AAH-1	AAH-2	Total		
Déficiences intellectuelles et cognitives	19,6 %	12,9 %	17,1 %	3,8 %	12,9 %
Déficiences du psychisme	20,0 %	41,8 %	28,0 %	18,8 %	25,1 %
Déficiences auditives ou visuelles	7,0 %	1,7 %	5,1 %	5,1 %	5,1 %
Déficience viscérale, du langage ou autre	14,8 %	15,1 %	14,9 %	19,9 %	16,5 %
Déficiences motrices	23,5 %	18,9 %	21,8 %	45,1 %	29,2 %
Surhandicap	4,7 %	5,1 %	4,8 %	2,5 %	4,1 %
Plurihandicap	5,4 %	3,6 %	4,7 %	3,4 %	4,3 %
Polyhandicap ou état végétatif	4,4 %	0,7 %	3,0 %	0,4 %	2,2 %
Non renseigné au dossier	0,5 %	0,4 %	0,5 %	0,9 %	0,6 %
Total	100 %				

Source : DREES, enquête AAH, 2007

Données codées par quatre MDPH (2016 et 2018)

Tableau n° 29 : déficience principale des attributaires de l'AAH dans quatre départements (années 2016 et 2018)

	Département A (données de stock)			Dpt B (flux) Total	Département C (flux)			Département D (flux)		
	AAH-1	AAH-2	Total		AAH-1	AAH-2	Total	AAH-1	AAH-2	Total
Déficiences intellectuelles et cognitives	19 %	7 %	12 %	30 %	18 %	14 %	15 %	11 %	22 %	18 %
Déficiences du psychisme	14 %	26 %	21 %	29 %	27 %	50 %	40 %	51 %	39 %	44 %
Déficiences auditives	4 %	1 %	2 %	2 %	5 %	0 %	2 %	0 %	5 %	3 %
Déficiences du langage	6 %	1 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Déficiences visuelles	6 %	1 %	3 %	2 %	4 %	0 %	2 %	0 %	4 %	3 %
Déficiences viscérales	11 %	22 %	17 %	12 %	15 %	10 %	12 %	17 %	15 %	16 %
Déficiences motrices	21 %	35 %	29 %	13 %	17 %	17 %	17 %	20 %	13 %	16 %
Autres déficiences	0 %	0 %	0 %	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Surhandicap	0 %	0 %	0 %		1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Plurihandicap	13 %	7 %	10 %	7 %	11 %	7 %	9 %	0 %	0 %	0 %
Polyhandicap	6 %	1 %	3 %	1 %	2 %	0 %	1 %	0 %	2 %	1 %
État végétatif chronique	0 %	0 %	0 %		0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Année 2016 pour le département B, année 2018 pour les départements A, C et D

Source : Cour des comptes, d'après les données des quatre MDPH concernées

Annexe n° 10 : définition de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE)

Décret du 11 mai 2011

Code de la sécurité sociale, article D. 821-1-2

« Pour l'application des dispositions du 2° de l'article L. 821-2, la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi subie par une personne handicapée qui demande à bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés est appréciée ainsi qu'il suit :

1° La restriction est substantielle lorsque le demandeur rencontre, du fait de son handicap même, des difficultés importantes d'accès à l'emploi. À cet effet, sont à prendre en considération :

- a) Les déficiences à l'origine du handicap ;
- b) Les limitations d'activités résultant directement de ces mêmes déficiences ;
- c) Les contraintes liées aux traitements et prises en charge thérapeutiques induits par le handicap ;
- d) Les troubles qui peuvent aggraver ces déficiences et ces limitations d'activités.

Pour apprécier si les difficultés importantes d'accès à l'emploi sont liées au handicap, elles sont comparées à la situation d'une personne sans handicap qui présente par ailleurs les mêmes caractéristiques en matière d'accès à l'emploi.

2° La restriction pour l'accès à l'emploi est dépourvue d'un caractère substantiel lorsqu'elle peut être surmontée par le demandeur au regard :

- a) Soit des réponses apportées aux besoins de compensation mentionnés à l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles qui permettent de faciliter l'accès à l'emploi sans constituer des charges disproportionnées pour la personne handicapée ;
- b) Soit des réponses susceptibles d'être apportées aux besoins d'aménagement du poste de travail de la personne handicapée par tout employeur au titre des obligations d'emploi des handicapés sans constituer pour lui des charges disproportionnées ;

c) Soit des potentialités d'adaptation dans le cadre d'une situation de travail.

3° La restriction est durable dès lors qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins un an à compter du dépôt de la demande d'allocation aux adultes handicapés, même si la situation médicale du demandeur n'est pas stabilisée. La restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi est reconnue pour une durée d'un à cinq ans.

4° Pour l'application du présent article, l'emploi auquel la personne handicapée pourrait accéder s'entend d'une activité professionnelle lui conférant les avantages reconnus aux travailleurs par la législation du travail et de la sécurité sociale.

5° Sont compatibles avec la reconnaissance d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi :

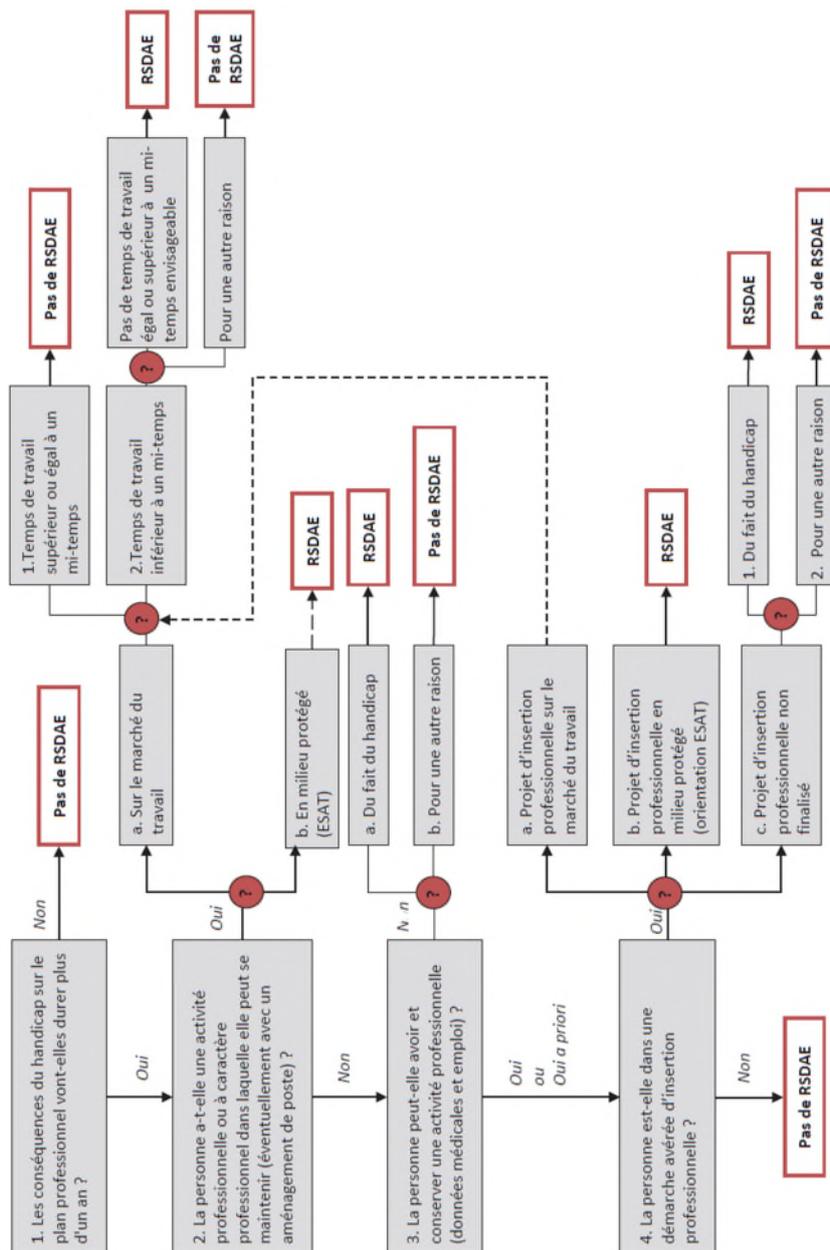
a) L'activité à caractère professionnel exercée en milieu protégé par un demandeur admis au bénéfice de la rémunération garantie mentionnée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles ;

b) L'activité professionnelle en milieu ordinaire de travail pour une durée de travail inférieure à un mi-temps, dès lors que cette limitation du temps de travail résulte exclusivement des effets du handicap du demandeur ;

c) Le suivi d'une formation professionnelle spécifique ou de droit commun, y compris rémunérée, résultant ou non d'une décision d'orientation prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles. »

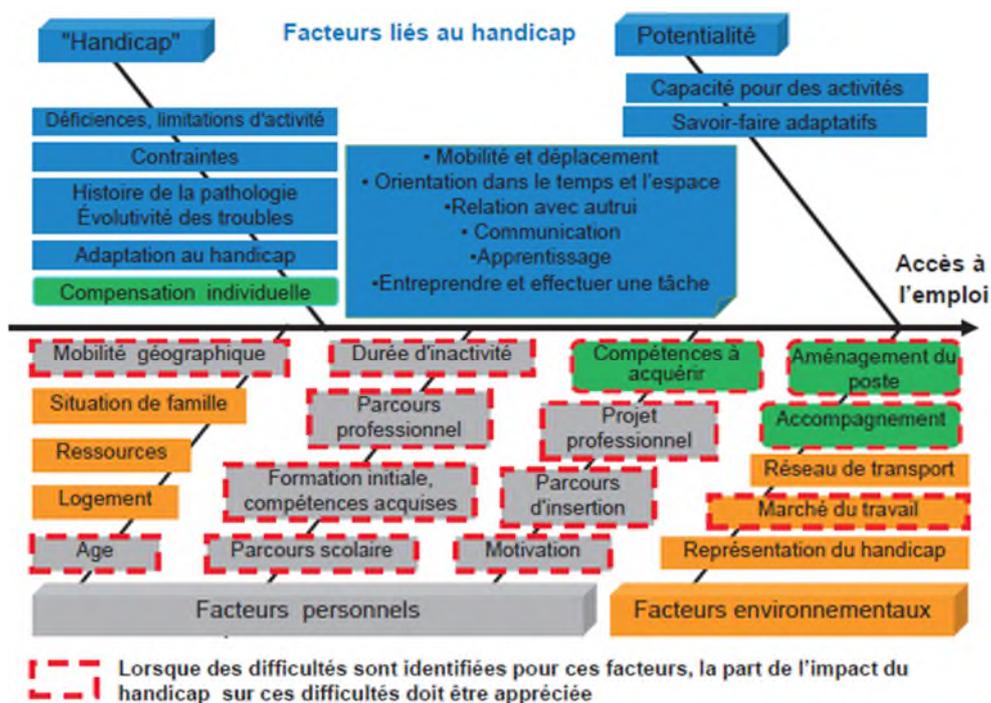
Circulaire du 27 octobre 2011

Schéma d'instruction de la notion de RSDAE



Guide pratique sur l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés » (2017)

L'« arête de poisson »



Annexe n° 11 : données DREES ENIACRAMS sur le transfert RSA-AAH

**Tableau n° 30 : part des bénéficiaires du RSA socle en N-1
parmi les nouveaux allocataires de l'AAH en N**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Part d'allocataires ou de conjoints d'allocataires du RSA socle en N-1 parmi les entrants dans l'AAH en N	23,8 %	23,5 %	22,8 %	23,7 %	23,9 %	25,4 %	25,5 %
29 ans et moins	8 %	9 %	8 %	7 %	7 %	7 %	7 %
30 à 39 ans	23 %	20 %	22 %	21 %	20 %	21 %	20 %
40 à 49 ans	30 %	33 %	31 %	30 %	29 %	29 %	28 %
50 à 64 ans	39 %	39 %	39 %	43 %	44 %	42 %	44 %
Femmes	45 %	48 %	46 %	44 %	47 %	44 %	47 %
Célibataire avec enfants	14 %	17 %	14 %	14 %	16 %	14 %	17 %
Célibataire sans enfant	70 %	67 %	70 %	70 %	67 %	68 %	67 %
Couple avec enfants	9 %	10 %	10 %	10 %	9 %	11 %	10 %
Couple sans enfant	7 %	7 %	6 %	7 %	8 %	6 %	6 %
Taux d'incapacité évalué entre 50 % et 79 % (AAH-2)	78 %	78 %	79 %	80 %	80 %	83 %	83 %
Taux d'incapacité évalué à 80 % et plus (AAH-1)	22 %	22 %	21 %	20 %	20 %	17 %	16 %

Lecture : 25,5 % des nouveaux allocataires de l'AAH au 31 décembre 2017 étaient bénéficiaires du RSA socle au 31 décembre 2016. Parmi eux, 7 % ont moins de 30 ans au 31 décembre 2017, 17 % sont célibataires avec enfants et 47 % sont des femmes. Au 31 décembre 2017, 83 % ont un taux d'invalidité évalué entre 50 % et 79 % et perçoivent donc l'AAH-2.

Champ : France, bénéficiaires âgés de 16 à 64 ans au 31 décembre de l'année N.

**Tableau n° 31 : part des bénéficiaires du RSA socle en N-1
parmi les nouveaux allocataires de l'AAH-2 en N**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Part d'allocataires ou de conjoints d'allocataires du RSA socle en N-1 parmi les entrants dans l'AAH en N, ayant un taux d'invalidité évalué entre 50 % et 79 % (AAH-2)	31,6 %	29,8 %	28,8 %	29,5 %	28,4 %	30,7 %	30,4 %
29 ans et moins	8 %	9 %	9 %	8 %	8 %	7 %	8 %
30 à 39 ans	23 %	20 %	22 %	21 %	19 %	23 %	21 %
40 à 49 ans	30 %	34 %	31 %	29 %	30 %	30 %	29 %
50 à 64 ans	39 %	38 %	38 %	43 %	43 %	40 %	43 %
Femmes	45 %	48 %	46 %	45 %	46 %	45 %	47 %
Célibataire avec enfants	14 %	16 %	14 %	15 %	16 %	15 %	18 %
Célibataire sans enfant	70 %	67 %	70 %	68 %	67 %	68 %	67 %
Couple avec enfants	9 %	10 %	10 %	11 %	9 %	11 %	9 %
Couple sans enfant	7 %	7 %	6 %	6 %	8 %	6 %	6 %

Lecture : 30,4 % des nouveaux allocataires de l'AAH-2 au 31 décembre 2017 étaient bénéficiaires du RSA socle au 31 décembre 2016. Parmi eux, 8 % ont moins de 30 ans au 31 décembre 2017, 18 % sont célibataires avec enfants et 47 % sont des femmes.

Champ : France, bénéficiaires âgés de 16 à 64 ans au 31 décembre de l'année N.

**Tableau n° 32 : part des bénéficiaires du RSA socle en N-1
parmi les nouveaux allocataires de l'AAH-1 en N**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Part d'allocataires ou de conjoints d'allocataires du RSA socle en N-1 parmi les entrants dans l'AAH en N, ayant un taux d'invalidité évalué à 80 % et plus (AAH-1)	12,5 %	13,4 %	12,6 %	13,0 %	14,7 %	13,9 %	14,0 %
29 ans et moins	10 %	9 %	4 %	5 %	6 %	7 %	4 %
30 à 39 ans	21 %	20 %	20 %	19 %	22 %	15 %	19 %
40 à 49 ans	25 %	29 %	33 %	32 %	26 %	27 %	28 %
50 à 64 ans	44 %	42 %	43 %	44 %	46 %	51 %	49 %
Femmes	42 %	48 %	46 %	41 %	49 %	40 %	46 %
Célibataire avec enfants	9 %	17 %	14 %	11 %	12 %	13 %	14 %
Célibataire sans enfant	71 %	66 %	70 %	76 %	69 %	69 %	65 %
Couple avec enfants	12 %	10 %	10 %	5 %	9 %	11 %	14 %
Couple sans enfant	9 %	6 %	5 %	8 %	10 %	7 %	7 %

Lecture : 14,0 % des nouveaux allocataires de l'AAH-1 au 31 décembre 2017 étaient bénéficiaires du RSA socle au 31 décembre 2016. Parmi eux, 4 % ont moins de 30 ans au 31 décembre 2017, 14 % sont célibataires avec enfants et 46 % sont des femmes.

Champ : France, bénéficiaires âgés de 16 à 64 ans au 31 décembre de l'année N.

Tableau n° 33 : caractérisation des individus allocataires de l'AAH ou allocataires ou conjoints d'allocataires du RSA socle fin 2017

	RSA socle	AAH		
		AAH-2	AAH-1	Total
29 ans et moins	23 %	16 %	12 %	14 %
30 à 39 ans	30 %	18 %	18 %	18 %
40 à 49 ans	23 %	25 %	26 %	26 %
50 ans et plus	24 %	41 %	44 %	43 %
Femmes	54 %	48 %	46 %	47 %
Célibataire avec enfants	27 %	9 %	4 %	6 %
Célibataire sans enfant	45 %	65 %	77 %	71 %
Couple avec enfants	22 %	13 %	9 %	11 %
Couple sans enfant	6 %	13 %	10 %	12 %
Taux d'incapacité évalué entre 50 % et 79 % (AAH-2)	-	-	-	47 %
Taux d'incapacité évalué à 80 % et plus (AAH-1)	-	-	-	53 %

Lecture : 23 % des allocataires ou conjoints d'allocataires du RSA socle ont moins de 30 ans au 31 décembre 2017, 27 % sont célibataires avec enfants et 54 % sont des femmes.

Champ : France, bénéficiaires âgés de 16 à 64 ans au 31 décembre 2017.

Tableau n° 34 : caractérisation des nouveaux allocataires de l'AAH fin 2017 qui n'étaient pas allocataires ou conjoints d'allocataires du RSA socle fin 2016

Nouveaux allocataires de l'AAH en 2017 non bénéficiaires du RSA socle en 2016	AAH-2	AAH-1	Total
29 ans et moins	27 %	29 %	28 %
30 à 39 ans	14 %	14 %	14 %
40 à 49 ans	23 %	17 %	21 %
50 ans et plus	36 %	39 %	37 %
Femmes	49 %	47 %	49 %
Célibataire avec enfants	7 %	4 %	6 %
Célibataire sans enfant	61 %	72 %	65 %
Couple avec enfants	17 %	11 %	15 %
Couple sans enfant	15 %	13 %	14 %
Taux d'incapacité évalué entre 50 % et 79 % (AAH-2)	-	-	65 %
Taux d'incapacité évalué à 80 % et plus (AAH-1)	-	-	35 %

Lecture : 28 % des nouveaux allocataires de l'AAH qui n'étaient pas allocataires ou conjoints d'allocataires du RSA socle au 31 décembre 2016 ont moins de 30 ans au 31 décembre 2017, 6 % sont célibataires avec enfants, 49 % sont des femmes

Champ : France, bénéficiaires âgés de 16 à 64 ans au 31 décembre 2017.

Tableau n° 35 : répartition des nouveaux allocataires de l'AAH en N qui étaient bénéficiaires du RSA socle en N-1, selon l'ancienneté dans le RSA socle

En %		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ancienneté dans le RSA socle au 31 décembre de l'année N-1	Moins de 1 an	25	25	28	28	31	26	26
	1 an	16	16	16	17	13	15	14
	2 ans	9	13	10	9	9	11	11
	3 ans	7	8	9	8	8	8	9
	4 ans	7	5	6	7	7	7	8
	5 ans	5	4	5	3	5	5	5
	6 ans	3	4	3	5	4	6	4
	7 ans	4	4	4	3	3	3	4
	8 ans	4	4	3	2	2	2	2
	9 ans et plus	19	18	17	17	17	17	16
	Total		100	100	100	100	100	100

Note : Les bénéficiaires du RSA socle sont les allocataires mais aussi leurs conjoints éventuels. L'ancienneté dans le RSA socle est définie comme le nombre d'années de présence continue dans le RSA, appréciée à chaque fin d'année précédant le 31 décembre de l'année N-1. Elle est par exemple de 1 an si le bénéficiaire du RSA en fin d'année N-1 le percevait déjà en fin d'année N-2 mais pas en fin d'année N-3 (quel que soit le nombre de perceptions entre N-10 et N-4).

Lecture : 26 % des nouveaux allocataires de l'AAH au 31 décembre 2017 qui étaient bénéficiaires du RSA socle au 31 décembre 2016 ne percevaient pas le RSA socle fin 2015.

Champ : France, bénéficiaires âgés de 16 à 64 ans au 31 décembre de l'année N.

Tableau n° 36 : répartition des nouveaux allocataires de l'AAH-2 en N, qui étaient bénéficiaires du RSA socle en N-1, selon l'ancienneté dans le RSA socle

En %		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ancienneté dans le RSA socle au 31 décembre de l'année N-1	Moins de 1 an	23	26	27	28	28	25	26
	1 an	16	16	16	17	14	15	14
	2 ans	9	12	10	9	10	12	11
	3 ans	7	7	9	8	9	8	8
	4 ans	8	5	7	7	7	7	9
	5 ans	6	5	5	3	5	5	6
	6 ans	3	4	2	5	4	6	4
	7 ans	4	4	3	3	3	3	4
	8 ans	4	3	3	2	2	2	2
	9 ans et plus	20	18	17	18	18	16	15
	Total	100						

Note, lecture et champ : Cf. supra

Tableau n° 37 : répartition des nouveaux allocataires de l'AAH-1 en N, qui étaient bénéficiaires du RSA socle en N-1, selon l'ancienneté dans le RSA socle

En %		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ancienneté dans le RSA socle au 31 décembre de l'année N-1	Moins de 1 an	32	22	32	33	42	32	24
	1 an	17	17	16	16	10	14	12
	2 ans	9	14	7	8	7	7	13
	3 ans	5	10	6	7	5	6	11
	4 ans	4	4	3	8	5	9	7
	5 ans	3	4	6	4	5	4	4
	6 ans	5	4	4	4	4	3	5
	7 ans	2	4	4	3	3	3	3
	8 ans	5	5	2	3	3	2	1
	9 ans et plus	19	17	19	14	17	22	21
	Total	100						

Note, lecture et champ : Cf. supra

Tableau n° 38 : répartition des allocataires ou conjoints d'allocataires du RSA au 31 décembre 2016 et des nouveaux allocataires de l'AAH au 31 décembre 2017 qui percevaient le RSA au 31 décembre 2016, selon l'ancienneté dans le RSA

En %		RSA	AAH		
			AAH-2	AAH-1	Ensemble
Ancienneté dans le RSA (socle) au 31 décembre 2016	Moins de 1 an	23	26	24	26
	1 an	16	14	12	14
	2 ans	12	11	13	11
	3 ans	9	8	11	9
	4 ans	7	9	7	8
	5 ans	6	6	4	5
	6 ans	5	4	5	4
	7 ans	4	4	3	4
	8 ans	3	2	1	2
	9 ans et plus	15	15	21	16
	Total	100	100	100	100

Note : Cf. supra

Lecture : 23 % des allocataires ou conjoints d'allocataires du RSA au 31 décembre 2016 ne le percevaient pas fin 2015.

Champ : France. Situations examinées au 31 décembre 2016 pour les bénéficiaires du RSA âgés de 16 à 64 ans et au 31 décembre 2017 pour les nouveaux allocataires de l'AAH âgés de 16 à 64 ans.

Réponses des administrations et des organismes concernés

Sommaire

Réponse commune de la ministre des solidarités et de la santé et de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées	183
Réponse du ministre de l'action et des comptes publics.....	187
Réponse du Président du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)	188
Réponse de la directrice générale de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).....	190
Réponse du Président de l'Assemblée des départements de France (ADF)	194
Réponse de la Présidente de la Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH)	195
Réponse du Président de la Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (CFPSAA)	200
Réponse du président de la Fédération française des associations d'infirmes moteurs cérébraux (FFAIMC).....	200
Réponse du Président de la Fédération Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH)	205
Réponse de la Présidente de la Fédération française des Dys.....	212
Réponse de la Présidente de l'Union nationale des familles et amis des malades mentaux (Unafam).....	221
Réponse du Président de l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei).....	229
Réponse du Président du conseil d'administration de AFP France handicap	235
Réponse de la Présidente de l'Association Autisme France.....	244

Destinataires n'ayant pas d'observation

Directeur général de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)
Directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

Destinataires n'ayant pas répondu

Président de la Fédération française du sport adapté (FFSA)
Président de Trisomie 21 France
Présidente de l'Association Coordination handicap et autonomie (CHA) - Vie autonome France

**RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ ET DE LA SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉE
DES PERSONNES HANDICAPÉES**

Après une lecture attentive de votre rapport dont nous partageons les principales observations et recommandations visant à renforcer le pilotage de l'AAH, la connaissance de ses déterminants et son contrôle, nous souhaitons néanmoins vous faire part des précisions et compléments suivants.

L'AAH a été conçue comme un minimum social destinée à assurer des conditions de vie dignes aux personnes dont les ressources sont les plus faibles, du fait de leur handicap. Depuis sa création en 1975, l'AAH n'a jamais été conçue comme un mécanisme de compensation du handicap, à l'inverse de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) puis de la prestation de compensation du handicap (PCH), mise en place en 2005.

Nous partageons le constat de la Cour selon lequel la prestation a fortement évolué au cours des dernières années et s'est enrichie, dans un objectif d'insertion, notamment professionnelle, de l'émergence depuis 2005 de la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE).

Les groupes de travail qui se sont réunis de janvier à juin 2019 afin de préparer la prochaine Conférence nationale du handicap (CNH) « Tous concernés, tous mobilisés » ont mis en lumière les difficultés aujourd'hui attachées aux critères d'attribution de l'AAH : taux d'incapacité permanente et notion de RSDAE notamment. Malgré l'important travail de réflexion, d'élaboration et de définition conduit par les services de l'État, ces notions continuent en effet de poser des difficultés d'interprétation pour les MDPH, comme le relève la Cour. Elles doivent à la fois ne pas stigmatiser les personnes, dont les capacités et les compétences doivent être toujours plus reconnues dans une logique d'autonomie et d'émancipation, ainsi que tenir compte des réalités liées au handicap et du fait que la plupart des bénéficiaires de l'AAH y restent durablement.

Plus largement, et toujours dans le cadre de la préparation de la future CNH, de nombreuses propositions visant à améliorer le pilotage des MDPH aux niveaux local et national ont été formulées conjointement par l'État et les départements, parmi lesquelles : la mise en place d'un tableau de bord de l'activité normalisé permettant notamment de renforcer l'équité de réponses aux personnes dans les territoires (y compris s'agissant des délais), le renforcement de l'appui technique assuré par la CNSA pour davantage harmoniser les pratiques, la constitution d'une mission

nationale d'audit et de contrôle, la révision des modalités de conventionnement entre l'État et les MDPH, etc.

Le pilotage de l'AAH, au travers des procédures d'attributions et de contrôle, compte parmi les transformations qui s'engagent aujourd'hui pour améliorer le service rendu par les MDPH, autour de plusieurs objectifs, qu'il s'agisse de la simplification de l'accès aux droits, de la maîtrise des délais de réponses, d'un travail d'évaluation qui facilite une réponse plus en ligne avec les choix et désirs des personnes, notamment dans le champ du travail, ou encore d'un renforcement de l'accompagnement des personnes dans l'exécution de leurs droits.

En termes de simplification, l'ambition s'appuie d'ores et déjà sur la mise en œuvre depuis 2018 « des droits à vie » qui permettent notamment l'attribution de l'AAH sans limitation de durée pour les handicaps insusceptibles d'évolution favorable. Cette simplification essentielle pour les allocataires doit permettre également d'alléger les tâches administratives des MDPH, selon une approche « gagnant-gagnant ».

Les travaux engagés avec l'appui de l'État pour le déploiement d'un système d'information enfin unifié fonctionnellement constituent en outre un point d'appui très important pour à la fois mieux piloter l'activité, au bénéfice des équipes locales notamment, et mieux connaître les parcours des personnes.

Dans ce contexte, si nous partageons la nécessité de repenser l'évaluation soulignée dans le rapport, pour en harmoniser les effets, et pour offrir aux personnes des perspectives de choix plus diversifiées qu'aujourd'hui en termes d'activité, il nous paraît nécessaire d'insister sur le fait qu'au-delà de la révision du guide-barème, qui s'inscrit dans un temps plus long, l'évaluation pratiquée par les équipes pluridisciplinaires des MDPH devrait pouvoir davantage s'enrichir d'autres expertises de confiance apportées par les établissements et services médico-sociaux par exemple, ou le service public de l'emploi qui se mobilise avec notamment les travaux de rapprochement engagés des réseaux Pôle Emploi et Cap Emploi pour renforcer l'expertise et l'accompagnement des personnes handicapées dans leurs projets.

Il ne nous semble en effet pas souhaitable de faire peser sur les seules MDPH la charge de l'évaluation de l'employabilité des personnes en situation de handicap sans modification de leur fonctionnement, sachant qu'elles sont confrontées depuis leur création à une hausse importante du nombre de demandes (4,5 millions de demandes en 2017 gérées par 102 MDPH pour 5200 ETP théoriques), à une volonté d'individualisation croissante du traitement de situations, à des

appréciations complexes et à de fortes attentes, notamment en termes de délais de traitement. Ces raisons expliquent la part importante d'évaluation sur dossiers - faculté que les textes prévoient explicitement - et la faible part des contre-visites médicales et entretiens à la MDPH ou au domicile, notamment dans les situations jugées les moins complexes.

En termes de recommandation, nous sommes réservées sur la proposition de la Cour d'instaurer une contre-visite médicale obligatoire avant toute première demande d'AAH. D'une part pour des raisons pratiques de ressources médicales disponibles, de coût et de délai, et d'autre part car les leviers évoqués supra concernant l'amélioration du fonctionnement des MDPH nous paraissent mieux répondre à l'objectif recherché.

En matière de contrôle et de pilotage, nous précisons que la DGCS et la CNSA ont engagé des mesures pour limiter les disparités territoriales d'attribution de l'ensemble des droits et prestations pour les personnes en situation de handicap. La DGCS a ainsi mis en place dès 2011 une expérimentation renforcée sur le pilotage de l'AAH, comme rappelé dans le rapport. Elle s'appuyait jusqu'à présent sur un réseau de référents AAH au niveau départemental et régional qui participaient aux séances des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et jouaient un rôle de veille et d'alerte. Un système d'information spécifique à l'AAH – le Siperf-AAH – a également été déployé en 2012 et actualisé en 2016, il offre une vision affinée des dépenses et des bénéficiaires de l'AAH sur le territoire.

Des dispositifs ont donc été mis en place afin de renforcer le pilotage de l'AAH, mais leur mode de déploiement concret sur le terrain par les services déconcentrés de l'État n'apparaît aujourd'hui plus adapté. Aussi, la circulaire du Premier ministre du 12 juin 2019 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'organisation territoriale de l'État a précisé que la représentation de l'État au sein des instances des MDPH serait réformée.

Sur notre demande, une mission de l'IGAS étudie depuis avril 2019 l'opportunité et la faisabilité d'une mission nationale de contrôle et d'audit des MDPH, qui pourrait notamment analyser les modalités d'attribution de l'AAH. Cette mission nationale de contrôle pourrait se voir confier des fonctions d'audit approfondi de plusieurs MDPH par an, afin d'en contrôler le fonctionnement et l'organisation et de diffuser parmi le réseau les bonnes pratiques, sur le modèle de la mission nationale de contrôle des organismes de sécurité sociale. La mise en place d'une telle mission pourrait permettre de contribuer à limiter les disparités territoriales d'attribution non justifiées, et de simplifier le pilotage pour l'État, et de le

situer dans une démarche partenariale avec les départements, qui partagent cette exigence de qualité de service et d'équité de traitement pour les bénéficiaires. Une gouvernance innovante et ouverte doit donc être trouvée en ce sens.

L'ensemble de ces réflexions doit permettre à la fois de réaffirmer l'impératif de solidarité qui structure notre politique publique en direction des personnes en situation de handicap et s'est notamment traduit par un plan de revalorisation exceptionnelle du montant de l'AAH en 2018 et en 2019 ainsi que par l'affirmation de l'absence de conditionnalité de retour à l'emploi pour les personnes en situation de handicap dans la réflexion conduite sur le revenu universel d'activité, et d'augmenter significativement les choix des personnes dans une société qui doit se construire dans une ouverture bien plus forte à la différence.

L'ensemble des évolutions envisagées tant sur la prestation que sur son pilotage devra également être articulé avec la réforme en cours de concertation sur le revenu universel d'activité, dont l'objectif est la refonte globale du maximum d'aides sociales en France. Aujourd'hui, en tant que minimum social, l'AAH fait partie de la réflexion. Le revenu universel d'activité aura pour objectif de simplifier le système de prestations sociales existant afin de renforcer sa cohérence, son accessibilité, son équité, sa lisibilité et à procurer toujours un gain à la reprise d'un emploi, pour encourager le retour à l'activité.

Cette réforme d'ampleur fait l'objet d'une concertation institutionnelle et citoyenne afin de permettre la plus large participation possible. Les travaux du sous-collège « handicap », mis en place dans le cadre de la concertation institutionnelle et animé par le délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, ont été lancés dès le 4 juillet 2019. Nous avons en outre annoncé, lors de la réunion du comité national du revenu universel d'activité le 9 octobre 2019, la mise en place d'un cycle de travail spécifique dédié à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, afin d'améliorer la reprise d'activité et la sécurisation des parcours.

Ce cycle permettra de conduire un travail complémentaire à la concertation institutionnelle, en partenariat avec les représentants associatifs et les administrations concernés, sur la question de l'accompagnement vers l'activité et plus largement du rapport à l'activité et de l'accès au travail pour les personnes en situation de handicap, tout en tenant compte, de manière indispensable, de la spécificité du public concerné.

Nous précisons enfin que nous ne partageons pas le constat selon lequel les conditions d'accès sont plus favorables pour l'AAH que pour l'invalidité, ce qui entraînerait une prise en charge par la solidarité de dépenses devant relever de la sécurité sociale. Nous tenons à rappeler que l'AAH constitue une allocation subsidiaire, l'allocataire devant en priorité solliciter le bénéfice d'une pension d'invalidité, de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), ou de tout avantage invalidité ou vieillesse avant de pouvoir demander l'AAH. L'évaluation de l'invalidité n'apparaît pas en soi plus restrictive que celle du handicap selon les conclusions du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2012 relatif à l'évaluation de l'état d'invalidité. Ainsi, sur la question du rapprochement entre les politiques d'invalidité et de handicap, préconisée par la Cour, je rappelle que ces prestations obéissent à des logiques très différentes. Alors que l'AAH est un minimum social, la pension d'invalidité est un revenu de remplacement de nature contributive, visant à couvrir une perte de capacité de gains, en référence à une activité professionnelle antérieure. La plupart des pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) disposent d'ailleurs d'une politique d'invalidité relevant de la sécurité sociale et fondée sur la notion de réduction de capacités.

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

J'ai pris connaissance avec la plus grande attention de votre rapport, dont je partage l'essentiel des constats et recommandations.

Plus particulièrement, parmi les neuf recommandations soumises au débat, une est à l'adresse du ministère de l'Action et des Comptes publics. Il s'agit de la recommandation visant à ce que les crédits dédiés à l'AAH fassent l'objet d'une distinction de ses deux principaux régimes, AAH-1 et AAH-2, au sein des annexes des projets de lois de finances que sont les projets annuels de performances (PAP) et les rapports annuels de performances (RAP).

Comme le souligne à juste titre la Cour, le dynamisme structurel des dépenses d'AAH est essentiellement porté par l'évolution des dépenses d'AAH-2, liée à la forte croissance du nombre de ses bénéficiaires. Si le RAP 2018 fait état des évolutions du nombre de bénéficiaires des deux régimes de l'AAH, le PAP 2020 accroît le niveau d'information du Parlement en précisant les montants des dépenses d'AAH-1, d'AAH-2 et des compléments de l'AAH versés en 2017 et 2018.

Ces données, issues des remontées comptables de la Caisse nationale d'allocations familiales et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, permettent également de constater la consolidation de l'exécution comptable et budgétaire établissant l'absence de dette supportée par la sphère sociale sur cette politique publique.

Ces premiers éléments démontrent que mon ministère s'inscrit pleinement dans le cadre de votre recommandation qui est d'ores et déjà en partie satisfaite. Je souhaite que la dynamique engagée sur ce point se poursuive et puisse être approfondie. Par ailleurs, le travail de consolidation des données statistiques existantes permet de confirmer les analyses de la Cour quant à la description des publics bénéficiaires.

En ce qui concerne les autres recommandations formulées, je partage en particulier celles qui visent un meilleur contrôle des conditions d'accès au droit ainsi que la nécessité de revoir la condition spécifique à l'AAH-2 de « restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi ». La mission nationale de contrôle et d'audit, mentionnée dans le PAP et mise en place dès 2020, devra formuler des propositions d'évolution en ce sens.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE NATIONAL
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
(CNFPT)**

Ce rapport souligne les limites relevées dans l'offre de formation proposée aux équipes pluridisciplinaires des MDPH proposée par notre établissement.

Ainsi que vous le savez, le CNFPT a conclu avec la CNSA un partenariat destiné à faire évoluer son offre de formation à destination des acteurs des politiques du handicap et plus particulièrement des directeurs et agents des MDPH.

Concernant plus particulièrement l'offre de formation relative à l'allocation aux adultes handicapés, à destination des équipes pluridisciplinaires, le CNFPT et la CNSA ont procédé par étapes.

Il convenait dans un premier temps de garantir la qualité des contenus dispensés. Aussi, un « kit pédagogique » a été co-construit sur la base de l'expertise garantie par la CNSA sur les contenus, et d'une formation de formateurs réalisée par le CNFPT afin de constituer un vivier d'intervenants nécessaire au déploiement de la formation sur l'ensemble du territoire.

Le déploiement de ce dispositif a toutefois été peu satisfaisant : en effet, la faiblesse et la dispersion des MDPH sur le territoire national ont rendu difficiles la constitution de groupes de stagiaires. Par défaut d'inscription, le CNFPT a été contraint à de multiples annulations, mécontentant ainsi les collaborateurs des MDPH mobilisées sur ce sujet.

De plus, sur demande de la CNSA, le vivier de formateurs devait être exclusivement composé de cadres des MDPH, ce qui a considérablement restreint les possibilités locales de déploiement, eu égard à leur disponibilité sur ce sujet.

Des mesures correctives ont été déployées sur ces deux sujets en 2018 :

- *Invitation faite aux MDPH de se regrouper dans le cadre pour mutualiser le nombre de participants et permettre le maintien des actions de formation.*
- *Élargissement et renouvellement du vivier de formateurs (en cours).*

Ces mesures correctives ont apporté une amélioration dans le déploiement de l'offre du CNFPT, l'organisation des formations et la communication avec les MDPH à partir de 2018.

De plus, le CNSA ayant identifié ce sujet de la formation comme prioritaire, nous avons convenu en 2019 de proposer conjointement une offre « sur mesure » aux MDPH, dans une approche plus territorialisée, en construisant avec elles les réponses formation qui correspondent aux besoins de leurs agents. Cette nouvelle stratégie vis-à-vis des MDPH commencera à se déployer en 2020 sur des territoires tests.

Enfin, le CNFPT et l'ADF ont conclu en 2019 une convention de partenariat, qui identifie le sujet de l'autonomie comme un des sujets prioritaires. Il est certain que la mobilisation spécifique des Départements sera de nature à favoriser le déploiement de la formation auprès des MDPH, et permettra également, dans le cadre de l'approche territorialisée envisagée, d'y associer progressivement d'autres acteurs clefs, pour optimiser la synergie des interventions et apporter des solutions nouvelles à ce problème social majeur.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE
DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ
POUR L'AUTONOMIE (CNSA)**

La CNSA tient à souligner que l'évolution des concepts autour de la notion de handicap a amené, au cours ces 30 dernières années, à aborder la situation de handicap non pas façon linéaire en associant une déficience à une incapacité et à des désavantages mais à prendre en compte l'environnement dans lequel évolue la personne.

La loi du 11 février 2005 définit ce qui constitue un handicap en rappelant qu'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, un polyhandicap ou un trouble de santé invalidant doivent être identifiés comme responsables de limitation d'activité et restriction de participation en tenant compte de l'environnement dans lequel évolue la personne. A altération de fonction identique, les limitations d'activité et les restrictions de participation peuvent être différentes selon l'environnement dans lequel évolue la personne.

La dynamique inclusive portée depuis plusieurs années vise à ce que l'amélioration de l'environnement (offre de soin, accessibilité universelle, non-discrimination,...) minore les restrictions de participation des personnes générées par l'environnement, limitant de ce fait leur situation de handicap.

Au-delà de la compensation de la perte d'autonomie des personnes par l'attribution de droits et prestations spécifiques, ouverts par décision de la CDAPH, sur la base d'une évaluation pluridisciplinaire comportant une expertise médicale ou paramédicale, il convient de rappeler que les MDPH doivent également contribuer à renforcer, en synergie avec les partenaires du territoire, cette accessibilité universelle par la promotion et la mobilisation de réponses de droit commun répondant au moins en partie aux besoins de compensation des personnes.

La CNSA, dans le cadre de ses missions, apporte un appui aux MDPH dans l'évaluation de la situation des personnes dont la situation de handicap est complexe à évaluer, en particulier lorsqu'elle est liée à une altération de fonction mentale, cognitive, ou psychique. Loin de se limiter à la défense des intérêts qu'elles représentent, les associations représentatives des personnes et de leurs familles par leur implication, dont l'actuelle convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNSA rappelle la nécessité, ainsi que les experts de la connaissance de ces publics contribuent très utilement à l'identification des personnes en

situation de handicap, à l'évaluation de leurs besoins et la mobilisation des réponses de compensation, dans un objectif d'équité.

Des progrès restent à faire dans l'évolution des outils à leur disposition, dans le pilotage des missions des MDPH et dans la meilleure prise en compte du projet de vie des personnes pour que les personnes en situation de handicap bénéficient des réponses correspondant à leurs besoins.

Une partie des recommandations faites par la Cour fait écho aux travaux préparatoires de la future conférence nationale du handicap en particulier aux réflexions du groupe de travail sur le chantier « Pilotage et fonctionnement des Maisons départementales des personnes handicapées ».

Le renforcement de l'équité de traitement et la juste attribution des droits pour les personnes handicapées sont des enjeux essentiels. Il importe que les MDPH puissent passer d'une logique de « guichet » à une logique « d'aide, d'appui et d'accompagnement » à la construction du parcours de vie dans une société plus inclusive.

Le champ de la réflexion a porté sur trois domaines :

- l'amélioration des processus internes ;*
- la pleine mobilisation des MDPH au service d'accompagnement inclusif des personnes handicapées ;*
- le renforcement du pilotage des MDPH à l'échelle nationale.*

Sans attendre les conclusions de la prochaine conférence nationale du handicap, des chantiers sont d'ores et déjà en cours ou programmés à partir de 2020. Ils convergent tous vers des objectifs d'harmonisation des pratiques, d'équité de traitement et d'amélioration du service rendu aux personnes. Il convient de citer plusieurs chantiers qui ont une incidence sur l'instruction et l'ouverture des droits à l'AAH :

- le déploiement, actuellement en cours, de solutions harmonisées du système d'information des MDPH qui implique, au-delà des modifications techniques, un changement des organisations internes des MDPH sur l'instruction et l'évaluation des demandes ; il permettra également de disposer de données d'activité pour l'ensemble des MDPH à partir de 2020, d'une meilleure connaissance des situations individuelles et de mieux comprendre les disparités apparentes, les analyses existantes que mentionne la Cour n'apportant que des éléments partiels de compréhension ; à cet égard, le codage des déficiences, des besoins et des pathologies par les*

professionnels des MDPH est essentiel notamment en ce qui concerne l'AAH ;

- *la mise en œuvre d'un accompagnement plus personnalisé des MDPH : le déploiement des solutions harmonisées du SI MDPH met en évidence un besoin différencié de soutien des MDPH ; le soutien apporté par la CNSA va se poursuivre en 2020 après la mise en service de ces solutions ; plus largement, le travail d'animation assuré par la CNSA auprès des professionnels des MDPH pourrait, en fonction des orientations arrêtées lors de la prochaine CNH, être complété par un soutien renforcé vers les MDPH rencontrant le plus de difficultés ; il en est de même d'une mission nationale de contrôle et d'audit dont le projet de création fait l'objet d'une mission d'appui de l'IGAS ;*
- *le renforcement du cadre contractuel avec la MDPH : les conventions pluriannuelles actuellement conclues entre les départements et la CNSA portent pour partie sur les missions et la qualité de service des MDPH ; les travaux, en cours, de préparation des nouvelles conventions pluriannuelles tendent à un renforcement de ce cadre contractuel auquel les MDPH pourraient être parties prenantes avec la définition d'objectifs portant notamment sur les durées moyennes de traitements des demandes ou encore l'exhaustivité du codage sur les droits et prestations et en particulier sur l'AAH ; ces évolutions devraient emporter une adaptation du cadre législatif actuel ;*
- *les MDPH assurent leur mission dans un cadre décentralisé ; il importe dans le respect des compétences et des responsabilités de chaque acteur, État, départements et MDPH d'assurer au niveau national un pilotage renouvelé mobilisant des représentants des départements, des MDPH, des services de l'État et de la CNSA autour d'orientations partagées ; à cet égard, la CNSA prépare la mise en place d'un tableau de bord d'activité des MDPH qui aura vocation à être diffusé et permettre à chaque MDPH de comparer sa situation à celle des autres MDPH.*

S'agissant de façon plus ciblée du cadre d'attribution de l'AAH, les chantiers des simplifications comportent plusieurs dimensions :

- *la poursuite du processus de dématérialisation des échanges entre les MDPH et les CAF ; la révision du guide-barème : dans sa version actuelle, le guide-barème est composé de chapitres d'époques différentes ; sa mise en œuvre implique de prendre en compte la volonté des rédacteurs successifs, ce qui constitue une difficulté d'appropriation par les équipes pluridisciplinaires et conduit trop*

souvent à ce qu'il soit mobilisé principalement par les médecins. L'engagement de travaux de refonte en lien avec les services du ministère serait utile et contribuerait à favoriser l'harmonisation de son utilisation et l'équité de traitement.

La CNSA estime que la mise en œuvre de la recommandation faite par la Cour d'une contre-visite médicale avant toute première attribution d'AAH devrait être assurée plutôt par une mobilisation renforcée de la pluridisciplinarité de l'équipe d'évaluation. Outre qu'elle peut se heurter à des difficultés de mobilisation de ressources médicales, au moins dans certains territoires, la mise en place d'une contre-visite médicale impliquerait un besoin de financement additionnel des MDPH de l'ordre de 9 à 16 M€.

L'évaluation de l'employabilité des personnes préconisée par la Cour, au-delà de la question de l'attribution de l'AAH-2, répond pour la CNSA à un objectif d'amélioration de l'accompagnement des personnes dans une perspective inclusive d'accès à l'emploi. L'expérimentation Potentiel emploi s'inscrivait dans cette dimension.

En ce qui concerne la prise en charge médico-sociale, il convient de souligner qu'au-delà de l'attribution, le cas échéant, de l'AAH-2, la mission d'évaluation globale menée par l'équipe pluridisciplinaire consiste, en fonction des besoins identifiés et tenant compte du projet de vie de la personne, à déterminer les mesures d'accompagnement sur le territoire dont elle peut bénéficier.

Les MDPH jouent un rôle essentiel dans le cadre des politiques du handicap. L'objectif, fixé par la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, de leur transformation pour permettre un accompagnement des personnes implique la mise en œuvre de chantiers complexes auxquels la CNSA contribuera.

La prochaine conférence nationale du handicap devrait porter cette ambition.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT
DE L'ASSEMBLÉE DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE
(ADF)**

L'ADF rappelle préalablement que l'AAH est une allocation entièrement financée par l'État. Toutefois, elle impacte très directement l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et par voie de conséquence les Départements.

Les observations de l'ADF se limiteront donc à quelques précisions apportées vis-à-vis du rôle joué par le Département dans l'accompagnement des personnes en vue de l'obtention de ce minimum de ressources.

Cet avis tient compte également de la concertation récemment lancée par le gouvernement, avec la perspective d'un futur revenu universel d'activité (RUA) qui pourrait, selon les scénarii en cours d'examen, éventuellement intégrer l'AAH actuelle, tout comme le RSA – voire d'autres allocations ou prestations sociales.

**

L'ADF confirme la très grande porosité de la frontière posée entre l'AAH et le revenu de solidarité active (RSA), dans les deux sens : les Départements constatent fréquemment que des personnes en situation de handicap (quelle qu'en soit la forme) sont orientées vers le dispositif du RSA alors que leur capacité très partielle d'exercer une activité ou un travail les prédispose davantage à être soutenus par le versement d'un minimum de ressources, en l'occurrence l'AAH. L'insertion selon laquelle « les Départements (...) peuvent avoir un intérêt financier immédiat à ce que l'AAH prenne en charge leurs allocataires du RSA » doit donc être nuancée.

La recommandation qui consisterait à sanctionner financièrement l'absence de mise en œuvre par les MDPH de leurs obligations légales en matière de suivi statistique paraît excessive. En effet, les MDPH, pour remplir parfaitement les obligations légales auxquelles elles sont tenues, doivent bénéficier d'un soutien accru dans la mise en place progressive d'un système d'information. C'est d'ailleurs le rôle éminent que joue la CNSA auprès d'elles, tant en termes d'appui que de rappels des objectifs à atteindre.

Comme cela a déjà été signifié (frontière poreuse entre l'AAH et le RSA), le constat selon lequel les Départements, par le biais de leurs travailleurs sociaux, encourageraient des demandes d'attribution d'AAH

pour limiter leurs dépenses de RSA apparaît sévère, voire contraire à la volonté sociale unanime de mieux reconnaître les handicaps. S'agissant de l'accompagnement des personnes, les travailleurs sociaux s'évertuent à encourager le recours à l'aide la plus adaptée à la situation de vulnérabilité rencontrée.

L'ADF partage le constat de la Cour sur le rôle prépondérant donné dès l'origine aux Départements dans la direction des MDPH. En tant que représentante des Départements, l'ADF demande une évolution du statut juridique des MDPH (cf. ses propositions sur le bloc médico-social transmises au Gouvernement qui prévoient la suppression des GIP MDPH) actant le désengagement progressif de l'État.

L'ADF s'associe à la Cour pour rappeler le rôle prééminent des associations représentatives des personnes en situation de handicap. Dans la cogestion du dispositif, les Départements savent en effet pouvoir compter sur le rôle déterminant des associations dans la recherche d'une réponse la plus adaptée possible aux besoins des personnes handicapées qu'elles représentent.

La recommandation visant à donner la majorité des voix à l'État, en CDAPH, pour les décisions relatives à l'AAH est sujette à caution dans la mesure où l'AAH serait fondue dans un futur RUA.

En tout état de cause, l'hypothèse du transfert du financement de l'AAH aux Départements (ou a minima des convergences entre les fonctions de décision et de financement entre État et Départements) n'est absolument pas envisageable pour des collectivités dont l'équilibre financier est mis à mal par la réforme fiscale actuellement débattue au Parlement et qui souffrent du reste à charge dû par l'État pour les Allocations individuelles de solidarité.

**RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE
DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES ACCIDENTÉS DE LA VIE
(FNATH)**

Après lecture, étude et réflexion, les recommandations que la Cour formule comme ses constats appellent de notre part les observations suivantes.

À titre liminaire, nous regrettons certaines formulations qui ont été reçues comme « blessantes » à l'endroit des « associations », lesquelles ne sont pas des acteurs de la Société civile qui ne feraient aucun cas des finances publiques. Les sociétaires de ces associations, qui luttent contre

les discriminations et pour l'égalité des chances sont également des citoyens, des parents, des amis, des proches des personnes handicapées qui, pour une large majorité, contribuent par leurs cotisations et impôts au financement de la protection sociale et de l'AAH et restent soucieux de l'efficience des deniers publics.

Plus globalement, nous restons assez surpris que ce rapport « thématique » intervienne alors que le Gouvernement a initié une concertation sur le RUA, comme vous le savez et comme vous le mentionnez en appelant de vos vœux que vos conclusions s'inscrivent dans ce projet gouvernemental.

Il nous semble, ici, que le principe de la séparation des pouvoirs appelait, au regard de cette actualité aux enjeux forts pour notre secteur, un peu plus de distance s'agissant d'une problématique de politique générale.

Pour la FNATH, le débat actuel sur le RUA ne prend pas en compte l'histoire de l'Allocation aux adultes handicapés et pose ainsi de la « pire des manières possible », la problématique des ressources des personnes en situation de handicap.

N'en déplaise, l'AAH n'a jamais été envisagée comme un « minima social » mais comme une prestation de protection sociale « sui generis » de transition entre un modèle « aide sociale » et un modèle « sécurité sociale ». Telle qu'elle a été pensée et conçue par le Gouvernement Chirac en 1975, il s'agissait précisément de sortir la question des ressources des personnes handicapées de la législation de l'aide sociale du début du siècle (état de nécessité, obligation alimentaire, recours sur successions, etc.) pour l'inscrire dans le cadre de la sécurité sociale afin d'en faire une prestation détachée des stigmates de l'aide sociale.

La difficulté liée au caractère contributif des prestations de sécurité sociale a été résolue dans la reconnaissance, avec la loi du 30 juin 1975, d'une obligation nationale au bénéfice des personnes en situation de handicap. L'AAH, telle qu'elle fut adoptée ne devait donc être qu'une étape avant que la réponse sociale à la question des ressources des personnes en situation de handicap, ne soit définitivement intégrée dans le champ de la sécurité sociale.

Il ne devait pas être demandé à l'assuré de contribuer au préalable par des cotisations sociales pour bénéficier des prestations en espèce de la sécurité sociale puisque c'est l'État, du fait de l'obligation nationale précitée, qui était débiteur des contributions. Dans ce cas, l'État assurant

aujourd'hui le financement de l'AAH, aurait dû verser une compensation financière à la Sécurité sociale pour assurer cette prise en charge.

Aujourd'hui, loin de s'opposer au RUA sans autre proposition concrète, il faut, au contraire, reprendre ce mouvement et aménager les conditions afin que l'AAH soit définitivement intégrée aux prestations en espèces de la Sécurité sociale et servie comme telle pour parachever l'œuvre du Président Chirac en 1975 et de sa Ministre de la Santé, Simone Veil.

Et c'est dans le cadre de la Sécurité sociale que les sujets liés à la prévention de la désinsertion professionnelle et sociale pourront être traités comme c'est le cas actuellement pour les assurés sociaux en arrêts longs et/ou invalides avec la mobilisation des dispositifs existants et dédiés aux personnes handicapées.

C'est dans cette perspective que sera appréciée la proposition de donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH. Il faut d'abord relever qu'il s'agit, ici, d'un droit acquis dans le cadre de la loi du 11 février 2005 et qui est conforme à nos engagements internationaux - participation des personnes aux décisions qui les concernent - et c'est ce point qui est primordial.

La question n'est donc pas la place « majoritaire de l'État » mais la prise en compte réelle des souhaits des personnes dans les processus de décisions

En repartant du contexte historique évoqué et devant les évolutions conceptuelles qui sont portées par le PLFSS 2020, la FNATH serait favorable à ce qu'une réflexion s'engage sur les ressources des personnes en situation de handicap, en marge de celle sur le RUA, et sur les modalités d'intégration, dans la prochaine réforme du dispositif invalidité, des titulaires de l'AAH, cette dernière devenant une prestation en espèce de la Sécurité sociale sans condition de cotisations préalables minimales pour les raisons précitées, intégrant ainsi ces bénéficiaires dans le droit commun.

Il conviendrait dans ces conditions de conserver un minimum-plancher qui serait celui de l'AAH actuel qui viendrait en complément, le cas échéant, des pensions les plus modestes.

La situation du conjoint, s'agissant d'une prestation en espèces de Sécurité sociale, ne serait pas une condition de la modulation ou du versement de la prestation. Sur ce point la FNATH est favorable à une étude et évaluation.

Ces travaux devraient prendre en compte la situation des bénéficiaires de l'AAH selon un taux supérieur ou inférieur à 80 %, en tenant compte de leur capacité ou non à exercer un emploi.

Cette prestation de Sécurité sociale dénommée « prestation de compensation maladie et de handicap » pourrait substituer une évaluation multidimensionnelle de l'assuré à l'actuel taux d'incapacité assis sur un barème d'évaluation des incapacités dont on connaît les limites.

À ce titre, nous ne pouvons que rejeter votre recommandation n° 2 en ce que revenir sur la prise en compte des trois domaines de la vie quotidienne, sociale et professionnelle, est contrairement, selon notre lecture, à nos engagements internationaux.

De même, il est parfaitement illusoire d'imposer « une contre visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH ». Au plan conceptuel ce serait revenir 30 ans en arrière - car le handicap ne se réduit pas au seul prisme médical - et, de manière pragmatique, il y a, dès aujourd'hui, un tel déficit de démographie médicale que la mesure est impossible à mettre en œuvre.

La recommandation qui vise à faire examiner par la Commission les premières demandes est également totalement détachée de la réalité du terrain et il serait plus efficace de mettre en place des traitements particuliers et dédiés pour les seuls cas complexes ou limites plutôt que d'imposer systématiquement un passage en CDAPH.

C'est l'évaluation multidimensionnelle qui pourrait distinguer entre ceux dont les limitations d'activités ne font pas obstacles à une intégration immédiate au marché au travail et ceux qui nécessitent des parcours d'accompagnements dédiés dont la durée pourrait être variable avec une forte mobilisation des dispositifs de cumuls des revenus d'activité et de la prestation.

En tout état de cause, le principe acquis d'attribuer des droits à vie aux personnes dont le handicap n'est pas susceptible d'évoluer serait conservé et étendu aux situations de dégradations progressives de l'état de santé (comme les phases terminales de cancers).

Par ailleurs, il semble que la Cour « découvre » aujourd'hui qu'il existe, dans notre pays, une importante problématique sociale avec la santé mentale. À ce titre, les constats de la Cour au sujet des populations concernées - notamment celles qui présentent de multiples addictions - nous semblent très peu documentés.

Or, il suffit de lire le Rapport Charges et produits pour 2020 de la Cnam pour savoir que la santé mentale représente un véritable sujet de santé publique restée délaissée jusqu'à ces dernières

Ainsi, la Cour pourra utilement se reporter aux constats de l'assurance maladie obligatoire :

« Une analyse plus fine des 20,3 milliards d'euros affectés aux maladies ou traitements chroniques psychiatriques permet de mettre en lumière le poids important des dépenses affectées aux « troubles névrotiques et de l'humeur » (5,3 milliards d'euros) et aux « troubles psychotiques » (4,4 milliards d'euros) qui représentent 48 % des dépenses affectées à la santé mentale.

Ce poids important découle principalement des dépenses des séjours hospitaliers, en établissements psychiatriques notamment. »

Devant cette réalité, il n'est donc pas surprenant de faire le constat d'une part importante des handicaps et affections psychiques au sein de la population des AAH L821-2 ces dix dernières années.

Pour sa part la FNATH ne peut donc que rejeter les postulats - qui restent très peu documentés en réalité - sur lesquels la Cour a construit son raisonnement. Il appartient au Parlement de retenir la définition légale du handicap que l'on connaît depuis 2005 et qui est conforme à nos engagements internationaux (Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif, ONU).

La question n'est donc pas de conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médicosociale adaptée car cette mesure n'a aucun sens et sera contreproductive à l'encontre de personnes handicapées psychiques. Accepter une telle mesure, c'est, ni plus ni moins, à terme, nier à ce type de handicap l'accès à l'AAH.

S'agissant de la recommandation liée à la nécessité de disposer d'un système d'information installé par chaque MDPH et permettant une connaissance fine des populations, la FNATH ne peut qu'encourager ce mouvement qui seul permettra de poser un diagnostic partagé et donc vérifié des enjeux de l'AAH.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA CONFÉDÉRATION
FRANÇAISE POUR LA PROMOTION SOCIALE DES AVEUGLES
ET AMBLYOPES (CFPSAA)**

Bien que la déficience visuelle ne soit que peu représentée dans ce rapport, et que l'accent ne soit pas mis sur le fait que les personnes en situation de handicap pourraient être potentiellement des fraudeurs, il est à noter que les principales associations, qui ont beaucoup de personnes bénéficiant de l'AAH-2 sont clairement dans le collimateur des rapporteurs.

Il semble que l'on nous reproche d'être présent dans les différentes instances pour soutenir les droits légitimes des personnes que nous représentons. Le rapport recommande un durcissement des règles avec des convocations systématiques et des évaluations sur la base de barèmes modifiés et il recommande un rôle plus important joué par les représentants de l'état au détriment du rôle joué par nos associations.

S'agissant des recommandations il y a peu de changements vis-à-vis de celles figurant dans le rapport précédent.

Nous notons enfin, qu'aucune recommandation n'est faite pour inciter les employeurs à maintenir les personnes en situation de handicap dans l'emploi ce qui les incite à recourir à l'inaptitude et qui de toute évidence vient augmenter le nombre de personnes pesant sur l'état.

Enfin, et par ailleurs, nous pensons que l'on ne peut pas déconnecter ce rapport du débat à venir sur le RUA.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE
DES ASSOCIATIONS D'INFIRMES MOTEURS CÉRÉBRAUX
(FFAIMC)**

Préambule :

Compte tenu de mon parcours, mes propos concernent particulièrement les personnes atteintes d'une paralysie cérébrale / Infirmité Motrice Cérébrale, accompagnées par un dispositif médico-social (établissements et services).

Remarques générales :

Sur le fond, je regrette que ce rapport soit uniquement à charge : contre l'État, contre les MDPH et contre les associations. Et ce malgré les

entretiens suite à la première version du rapport. Tous les acteurs sont suspectés d'abuser sur les attributions d'AAH. L'AAH n'est pas accordée systématiquement (voir la synthèse des rapports d'activité des MDPH 2017 par la CNSA et rapport DREES de 2009).

Le discrédit est jeté sur le fonctionnement des MDPH qui seraient trop généreuses, attribuant des AAH de complaisance. Des médecins aussi complaisants dans la délivrance de certificat médical, ...

La politique du handicap souffre d'un mal : il y a plusieurs pilotes (État, CD, EN, ARS de chaque région). Ce qui nuit à sa cohérence, à son efficacité et à l'égalité des droits d'un département à l'autre.

Finalement, c'est une décentralisation non aboutie : l'État et les départements se partagent des compétences qui nécessitent, en permanence, des ajustements et de la coordination. Ce pilotage partagé nuit aux parcours des personnes.

Pour exemples :

- *Il y a besoin d'un observatoire national à même de décrire la situation et les besoins des personnes handicapées, leurs lieux de vie, les caractéristiques des déficiences... En un mot, c'est se donner des éléments statistiques pour construire et piloter une (vraie) politique publique du handicap.
Dès la création des MDPH, il est laissé aux départements le choix de leur système d'information. Quinze ans après, on dépense des budgets conséquents pour réaliser la convergence des applications informatiques.*
- *L'État a laissé faire la création des MDPH. Maintenant, le citoyen handicapé n'est pas un citoyen comme un autre car selon le département dans lequel il habite, les règles de l'application du droit peuvent s'apprécier différemment.*
- *Les personnes en établissements : un reste à vivre entre 223 euros et 450 euros (étude de la FFAIMC sur 7 départements limitrophes ou quasi-limitrophes). Ceci pose la question de l'égalité entre les départements.
Ceci pose également la question de quel montant d'AAH on parle pour ces personnes titulaires d'une AAH-I ?*

Les associations représentantes des personnes handicapées qui freinent les réformes et pas concernées par la maîtrise des dépenses.

Dire que les associations « ont acquis une place centrale dans les différents niveaux de conception et d'exécution des politiques qui leur sont

destinées » ne correspond à la réalité du terrain. Elles ne décident pas, elles sont consultées. D'ailleurs, l'instance de débat entre les pouvoirs publics et les associations s'appelle Conseil National Consultatif des Personnes handicapées.

Le vote défavorable à une proposition de loi n'entrave pas son adoption.

Elles innovent, elles remettent en cause leur pratique, elles améliorent l'accompagnement, à coûts constants, voire en diminution. De quels freins parle-t-on ? Que reproche-t-on aux familles ? De penser à l'après eux pour leurs fils et filles vulnérables ? Sait-on d'où l'on vient en termes de politiques publiques en 2/3 générations. Des enfants abandonnés, déscolarisés, à la charge des parents à domicile.

Depuis 60 ans, les représentants exercent leurs mandats, élaborent ou co-élaborent des projets, les mettent en œuvre de manière désintéressée. Dans les projets qui engagent les finances publiques, le plus souvent, les délais et les budgets sont respectés à des coûts largement en-deçà des prix habituellement pratiqués. Sans compter leurs actions de récupération de fonds pour diminuer la part de l'endettement. Quel corps intermédiaire fait mieux ?

Ils n'ont pas fait que demander mais ont apporté une contribution majeure à la réponse publique aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

C'est bien cet esprit de désintéressement et de respect de l'argent public qui prédomine au sein des MDPH et des CDAPH. Les représentants associatifs sont des citoyens engagés et responsables.

C'est l'honneur d'un pays d'avoir des personnes qui se prennent en main et construisent.

Auditionné le 31 octobre dernier par la commission des Affaires culturelles de l'Assemblée nationale, Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, a fait un vibrant éloge des associations en expliquant que, par exemple, le travail des bénévoles des Restaurants du cœur permettait d'économiser 200 millions d'euros par an de dépenses publiques. Combien pour l'ensemble du secteur associatif, dans tous les domaines ?

Comment la Cour des comptes peut-elle ne pas souligner cette réalité ?

L'AAH comprend déjà un droit à compensation ?

On ne peut comparer un état conjoncturel et un état permanent : de la difficulté sociale, on peut en sortir (formation, réinsertion...).

L'état lésionnel ne changera pas. C'est un revenu d'existence pour des personnes dont l'état de déficience restera permanent.

Le droit à compensation, né de la loi de 2005, laisse du reste à charge. Le reste à charge « 0 » n'existe pas.

La personne en situation de handicap est éloignée de l'emploi. Mais d'abord, elle est éloignée de l'accès aux apprentissages fondamentaux, de la formation professionnelle. Majoritairement, la personne handicapée est un salarié non qualifié. Peut-on être employable quand on ne sait ni lire, ni écrire ?

Malentendu, ambiguïté sur le mot handicap ? définition large du handicap ? Démédicalisation de la notion de handicap ?

Le handicap est bien décrit dans le CIF – Classification Internationale du Fonctionnement et de la Santé. La définition comprend l'interaction avec les facteurs environnementaux qui renforcent la situation de handicap : mobilité, logement, emploi...

Le handicap est défini en 3 points généraux :

- *La **déficience** correspond à l'aspect lésionnel du handicap.*
- *L'**incapacité** qui est une réduction partielle ou totale d'une capacité. Elle correspond à l'aspect fonctionnel du handicap.*
- *Le **désavantage** pour l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle. Il correspond à l'aspect situationnel du handicap.*

À noter : depuis 2005, la France court après l'accessibilité généralisée. Pour le neuf, bien pensé en amont, l'adaptation ne génère pas de surcoût.

Quand ils ne sont pas pris en compte, ces facteurs produisent la non-participation, la perte de relation sociale, l'isolement, l'inemployabilité...

La cause du handicap est une déficience mais elle est renforcée par une situation. Le rapport de la Cour des comptes s'obstine à remettre en cause les travaux de l'OMS, parle de changement profond de la notion de handicap qui est maintenant de nature « sociale », sous-entend que de simples difficultés psychologiques liées à des difficultés économiques et sociales permet d'accéder à l'AAH, est une approche erronée.

Parler de « handicap social » entretient la confusion entre le champ de la précarité sociale et le champ du handicap tel que défini dans la loi de 2005.

L'accès aux aides spécifiques réservées aux personnes handicapées est très encadré et soumis à des critères d'éligibilité bien précis, définis par décrets.

La France en tête des pays européens en termes de prestations sociales totales dans le PIB (32 % du PIB).

« L'effort est minoré puisque les dépenses de santé ne sont pas prises en compte dans le champ de l'invalidité et du handicap. » dit le rapport.

La personne handicapée est éloignée de la formation mais elle est aussi éloignée de l'accès aux soins. Ce n'est que récemment que des campagnes de dépistage, de prévention sont déclenchées en destination des publics handicapés. Lorsqu'une tumeur est décelée dans le cas de cancer d'une personne handicapée, elle est 10 fois plus grosse que pour une personne valide qui bénéficie des programmes de prévention de tout un chacun.

5,3 millions de personnes ont des droits ouverts à la MDPH (8 % de la population). La proportion est de 5 à 23 % de la population des départements.

Il y a mélange, ici, entre personnes handicapées et personnes âgées. La MDPH est aussi embolisée par la demande de carte d'invalidité pour bénéficier des stationnements réservés.

Les recommandations :

Les mesures de redressement proposées reposent sur une réforme du guide-barème, sur un renforcement des contrôles et la mise en place d'une série de mesure : entretiens d'évaluation de l'employabilité préalable à l'attribution de l'AAH-2, examen systématique des premières demandes d'AAH... À étudier la faisabilité opérationnelle au coup par coup, l'efficacité des mesures et les coûts engendrés. On ne gagnera rien à travailler sur quelques mesures éparses, basées sur le seul renforcement du contrôle et de l'évaluation sans une vraie vision d'ensemble.

Avec une série de questions, non exhaustives :

- Pourquoi une contre visite médicale ? Le médecin est complice d'une attribution abusive ? les MDPH ont le pouvoir de demander des compléments d'informations (bilans complémentaires, évaluations externes) pour mieux évaluer la situation et mieux adapter les réponses.*

- *La sanction financière ne risque-t-elle pas d'affaiblir les MDPH, leur ôtant des moyens, sans que cela rende un service aux usagers ?*
- *L'amélioration de l'employabilité ne peut s'envisager sans un accompagnement renforcé. Mais le chômage touche d'abord des personnes en situation de handicap.*

Les pistes à étudier me semblent être en priorité :

- *Le renforcement du rôle de la CNSA pour toujours plus homogénéiser les pratiques départementales, faire converger vers des objectifs nationaux.*
- *Repenser la décentralisation pour améliorer le pilotage de la politique du handicap en France, réduire les iniquités territoriales et gagner en efficacité.*

Pour un État qui ne peut plus tout faire et qui ne sait pas tout faire, trouver les voies d'un dialogue revisité avec les acteurs associatifs qui ont déjà fait des propositions sur les sujets et leur faire confiance, plutôt que le contraire.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT
DE LA FÉDÉRATION ASSOCIATION
POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPÉS
(APAJH)**

L'APAJH a examiné avec toute l'attention qu'il mérite le rapport public thématique de votre Cour sur l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

Nous vous exposons ici nos remarques quant à son contenu et en particulier sur les recommandations qu'il comporte.

En remarques préliminaires, nous souhaitons commenter deux aspects du rapport qui nous ont interpellés :

- *L'appréciation de la Cour sur l'AAH porte essentiellement sur le poids budgétaire de cette allocation au sein du budget de l'État et sur la nécessité d'en maîtriser l'évolution.*

L'APAJH considère que les droits instaurés par la loi du 30 juin 1975 et réaffirmés par la loi du 11 février 2005 doivent pleinement être ouverts à toutes les personnes en situation de handicap, en s'appuyant sur la solidarité nationale que notre pays leur doit, et conformément à l'article 21 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen du 23 juin 1793 qui stipule que « les secours publics sont une dette sacrée. La

société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit **en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler** ». À cet égard, nous nous permettons de rappeler que le montant actuel maximum de l'AAH (900 €) demeure inférieur au seuil monétaire de pauvreté, fixé à 1 026 €.

Pour sa part, l'APAJH se réjouit de voir davantage de bénéficiaires potentiels de l'AAH solliciter et parfois obtenir l'ouverture de leur droit garanti par la loi, et ne considère pas cet état de fait comme un « risque » comme le stipule le rapport.

- Le regard porté par la Cour sur le rôle des associations représentant les personnes en situation de handicap nous semble empreint d'une défiance injustifiée.

La loi du 11 février 2005 consacre le rôle des associations dans la co-construction des politiques publiques qui concernent leurs mandats et fixe les conditions de leur participation aux travaux des CDAPH. Il s'agit là d'un progrès essentiel, de nature à faciliter l'application des textes réglementaires tout en assurant la prise en compte de l'intérêt des usagers que sont les personnes en situation de handicap. La lecture réductrice qui consiste à percevoir cette réalité comme une limitation de l'influence de l'État plutôt que comme une opportunité pour la collectivité nous interroge.

La Cour énumère 9 recommandations sur lesquelles vous nous invitez à exprimer notre appréciation.

Sur les conditions d'attribution de l'AAH :

2. Rétablir la cohérence du guide-barème entre ses principes généraux introductifs et les développements par déficience, en précisant que le seuil de 50 % d'incapacité n'est atteint qu'en cas de gêne notable dans les trois domaines de la vie quotidienne, sociale et professionnelle.

L'APAJH considère que le chantier de la révision du guide-barème mérite un travail de fond associant étroitement les associations représentatives des personnes en situation de handicap. Ce sujet ne doit en aucun cas être abordé sous l'angle de la recherche d'économies budgétaires, mais doit plutôt viser à harmoniser les pratiques des CDAPH pour garantir à tous un égal accès au droit dans tous les départements, en particulier pour les personnes en situation de handicap psychique. Nous revendiquons également l'ouverture de discussions autour de la révision du décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

6. Instituer a minima une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH.

Au-delà du fait que cette recommandation jette la suspicion sur les demandeurs d'AAH et sur le corps médical, l'instauration d'une contre-visite obligatoire complexifierait considérablement les démarches des usagers, et allongerait encore les délais de traitement, déjà trop longs dans un nombre important de département. Cette recommandation semble par ailleurs ignorer la réalité de terrain à laquelle est confronté un nombre significatif d'usagers : les MDPH rencontrent aujourd'hui les plus grandes difficultés pour recruter des médecins afin d'assurer leurs missions actuelles.

4. Conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale adaptée, quand celle-ci est possible.

L'accompagnement médico-social adapté des personnes en situation de handicap est une revendication de l'APAJH depuis sa création. Il est incontestable que la plupart des réponses existantes aujourd'hui est le fruit du travail d'innovation et d'expérimentation des associations du secteur du handicap. Les pouvoirs publics ont souvent légiféré a posteriori pour donner un cadre légal et des moyens à ces initiatives. Force est de constater qu'à l'heure actuelle, les réponses disponibles sont bien en deçà des besoins et condamnent certaines personnes et leurs familles à demeurer sans solution, ou à s'exiler pour trouver un accompagnement adapté.

Nous considérons que le devoir de notre société est de proposer une réponse adaptée à toutes les personnes en situation de handicap qui en expriment le besoin. Mais en aucun cas, cet accompagnement qui est un dû de la collectivité ne doit être conditionné à l'attribution de l'AAH-2 dans une logique de contrepartie, dont la motivation évidente serait la recherche d'économies budgétaires au mépris de l'accès aux droits des usagers. L'accès aux soins est un droit et non pas une contrainte qui pourrait être imposée aux personnes en situation de handicap, au mépris de leur dignité et de leur citoyenneté.

Nous notons également à la suite de la CNSA qu'une telle obligation pourrait heurter le principe de consentement aux soins posé par le code de la santé publique et pénaliser doublement certains bénéficiaires de l'AAH, en particulier les personnes en situation de handicap psychique.

5. Instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2.

L'APAJH réaffirme le caractère spécifique de l'AAH qui ne doit en aucun cas être appréhendée comme un minimum social conditionné à une contrepartie en terme d'activité. Le rapport de la Cour rapproche à plusieurs reprises l'AAH-2 et le RSA, en comparant leurs montants et conditions d'attribution, ignorant ainsi délibérément cette spécificité. Nous rappelons que l'AAH-2 ne peut être attribuée qu'en cas de reconnaissance par la CDAPH d'une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi compte-tenu du handicap, pour une durée maximale de 2 ans. Le bénéficiaire de l'AAH doit donc régulièrement démontrer la persistance de cette restriction et son caractère durable pour continuer à bénéficier de ses droits.

Cette recommandation, formulée en ces termes et dans le contexte actuel de fonctionnement des MDPH nous apparaît davantage comme une mesure destinée à réduire le nombre de bénéficiaires dans une logique d'économies budgétaires, au risque de mettre à mal les droits des personnes. Elle ignore la réalité des difficultés rencontrées par les MDPH dans la constitution d'équipes pluridisciplinaires en mesure d'accompagner les personnes en situation de handicap, en particulier pour faciliter leur insertion en milieu professionnel. À titre d'illustration, il est utile de noter que le délai moyen de traitement des demandes de formation professionnelle s'élève en moyenne à plus de 5 mois. À moins d'être lapidaires et assurés par des professionnels ignorant les réalités du handicap, nous ne voyons pas comment les MDPH pourraient, en l'état actuel de leur organisation, instaurer de tels entretiens.

Plutôt que d'imposer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2, disposition qui jetterait la suspicion sur le demandeur, l'APAJH sollicite la généralisation du dispositif « Potentiel Emploi » expérimenté entre 2011 et 2016 avec succès, qui associe services publics de l'emploi et du handicap et prestataires extérieurs pour réaliser des bilans médico-psycho-socio-professionnels dans l'intérêt des personnes, pour accompagner leurs démarches d'insertion professionnelle sans préjudice pour leurs droits.

Sur la gestion et le suivi de l'AAH :

1. Dans les documents budgétaires (PAP et RAP), présenter de manière distincte les crédits prévus pour l'AAH-1 et ceux prévus pour l'AAH-2, en détaillant tous les éléments pris en compte pour la formation des prévisions de dépenses.

Cette recommandation renforce la distinction manifestement opérée par la Cour entre les bénéficiaires de l'AAH-1 et l'AAH-2, distinction que nous considérons infondée. Les personnes dont le taux d'incapacité est situé entre 50 et 79 % et bénéficiant d'une RSDAE ne sont pas moins en situation de handicap en matière d'insertion professionnelle que les personnes dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 %. Ainsi, les taux de chômage des allocataires des AAH-1 et 2 sont quasiment identiques, autour de 80 %. Dès lors, la présentation dans les documents budgétaires de l'État des crédits prévus pour l'AAH ne doit pas opérer de distinction notable entre les deux modalités d'éligibilité prévues par la loi, sauf à vouloir attirer l'attention du public et du législateur sur la dynamique de croissance spécifique de l'AAH-2 pour encourager l'adoption de mesures de nature à en limiter l'effet.

En revanche, l'APAJH approuve la volonté de préciser les éléments pris en compte pour la formation des prévisions de dépense, à la fois pour l'AAH-1 et 2, afin de faire preuve de la plus grande sincérité budgétaire et de prévoir les crédits nécessaires à la hauteur des besoins réels des personnes en situation de handicap.

8. Examiner en séance de CDAPH toute première demande d'AAH.

Cette recommandation ignore la réalité de terrain que les associations observent au sein des CDAPH : l'examen systématique et détaillé de chaque demande en séance paralyserait immédiatement le fonctionnement de celles-ci. En effet, dans tous les départements et malgré les procédures actuelles d'examen s'appuyant sur une pré-analyse des demandes par les équipes pluridisciplinaires (quand elles existent...), les délais de traitement des demandes d'AAH sont de plusieurs mois, avec des disparités territoriales importantes qui pénalisent fortement les bénéficiaires potentiels. Une telle mesure ne manquerait pas de prolonger encore davantage ces délais.

L'APAJH considère que la priorité serait davantage de garantir à toute personne en situation de handicap la possibilité d'être reçue et accompagnée par une équipe pluridisciplinaire qualifiée, diversifiée, mêlant les compétences nécessaires afin d'appréhender la complexité de la vie de chaque personne. Des moyens humains et financiers considérables

doivent être mobilisés pour atteindre cet objectif, afin de garantir le respect de la dignité des personnes.

9. Donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH.

Adossée à l'impératif affirmé à plusieurs reprises de contenir l'augmentation des dépenses liées à l'AAH, la volonté d'attribuer à l'État de la majorité des voix en matière d'ouverture des droits à allocation ne manquerait pas de faire primer les logiques comptables sur la reconnaissance des droits des personnes.

Le législateur, à travers la loi du 11 février 2005 a posé des principes et modes de fonctionnement notamment en matière d'attribution de l'AAH qui seraient directement contredits par une telle disposition. L'APAJH réaffirme son opposition à « l'étatisation » des décisions en matière de reconnaissance du handicap et d'ouverture des droits à la personne, et répète son attachement au respect de la lettre et de l'esprit de la loi qui confie cette mission aux CDAPH, en vertu des spécificités de la situation des personnes en situation de handicap. À cet égard, la comparaison avec les modalités de décision concernant l'attribution du RSA ou de l'APA n'est pas fondée.

7. Mettre en place des mécanismes de contrôle de l'attribution à bon droit, en systématisant le contrôle interne au sein des MDPH et en créant une mission nationale de contrôle, compétente sur le plan médical.

Cette recommandation apparaît là encore principalement orientée vers l'impératif d'économie budgétaire, et laisse à croire que des abus considérables sont à déplorer. Il est à noter que seuls 68 % des premières demandes d'AAH reçoivent une réponse favorable, et ce taux est encore plus faible pour les demandes d'AAH-2, avec 57 % de réponses positives en 2017.

Néanmoins, l'harmonisation des pratiques des MDPH en matière de traitement des demandes, y compris de repérage des dossiers frauduleux peut constituer un progrès afin que les attributions d'AAH soient décidées à bon droit. Le renforcement des capacités des MDPH à recruter du personnel médical au sein des équipes pluridisciplinaires serait assurément plus profitable, sur le terrain, que la création d'une mission nationale de contrôle compétente sur le plan médical.

3. Sanctionner financièrement, dans le cadre des relations conventionnelles avec la CNSA, l'absence de mise en œuvre par les MDPH de leurs obligations légales en matière de suivi statistique, par exemple par un mécanisme de retenue financière.

S'il est nécessaire de disposer de statistiques étayées afin de mesurer l'évolution et la prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap par les MDPH, toute mesure de sanction financière n'aurait pour seul effet que de pénaliser les personnes en impactant les moyens disponibles pour leur assurer un accompagnement humain de qualité.

Il convient donc de trouver des modalités incitatives efficaces afin d'encourager les MDPH à respecter leurs obligations légales en matière de suivi statistique.

Conclusion

L'AAH n'est pas un minimum social comme les autres. Elle se donne pour objectif d'assurer une allocation de dignité à une population qui, du fait de sa situation de handicap, n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins par son travail. Pour cette raison, l'AAH ne peut en aucun cas faire l'objet d'une quelconque exigence de contrepartie.

À bien des égards, cette allocation est imparfaite. Par son montant, elle ne permet pas de garantir à ses bénéficiaires une vie digne, au-delà du seuil monétaire de pauvreté. Par ses modalités d'attribution, elle ne permet pas aux citoyens qui la perçoivent de faire leurs choix de vie en toute indépendance, notamment en les rendant dépendant de leur conjoint.

L'APAJH milite depuis 1962 pour la pleine citoyenneté et l'accès aux droits des personnes en situation de handicap, dans le cadre de notre République sociale, solidaire et laïque. Elle estime que si le chantier de l'AAH doit être rouvert, ce doit être pour faire progresser les droits des personnes en situation de handicap et améliorer leurs conditions de vie.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES DYS

I. Contexte :

La Fédération Française des Dys représente les associations des usagers porteurs de troubles cognitifs spécifiques développementaux communément appelés « troubles Dys », quelle que soit la nature ou le degré de gravité de ceux-ci.

Il s'agit d'une population dont les troubles s'expriment plus particulièrement dans le cadre des apprentissages scolaires, mais pas uniquement. On parle aussi de « troubles spécifiques du langage et des apprentissages » à différencier d'un simple retard ou de troubles cognitifs globaux, par exemple dus à une déficience mentale. Les troubles sont plus ou moins sévères mais leurs conséquences sont toujours durables. Ils sont dans la majorité cas invisibles en société. Cependant, même à l'âge adulte, les personnes éprouvent toujours des difficultés à apprendre à lire, à écrire, à orthographier, à calculer, à réaliser certains gestes, à s'exprimer ou encore à se concentrer. Ces problèmes sont à l'origine de difficultés à s'insérer dans la société, l'emploi...

Les troubles cognitifs spécifiques développementaux comprennent (à partir de la classification internationale DSM-5) :

- *le trouble spécifique des apprentissages avec déficit en lecture (communément nommé **dyslexie**)*
- *le trouble spécifique des apprentissages avec déficit de l'expression écrite (**dysorthographe**)*
- *le trouble spécifique des apprentissages avec déficit du calcul (**dyscalculie**)*
- *le trouble du langage oral (**dysphasie**)*
- *le trouble développemental de la coordination (**dyspraxie**), incluant certaines formes de dysgraphies (trouble de l'écriture)*
- *les déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité (**TDAH** ou **TDA**)*

Selon les sources internationales, 8 à 10 % des personnes seraient porteurs de troubles cognitifs spécifiques dont 1 % sont des formes sévères. Ces troubles peuvent être associés à des comorbidités qui sont fréquentes (plusieurs troubles).

La « loi handicap » du 11 février 2005 reconnaît la spécificité du handicap cognitif qui correspond aux conséquences de ces troubles. Mais cela ne règle pas pour autant les difficultés au quotidien des personnes porteuses de troubles « Dys ».

Principaux problèmes :

- *Manque de ressources du réseau des professionnels de santé pour effectuer les diagnostics dans un temps acceptable (au sens adapté à ces troubles). À noter : la parution en janvier 2018 d'un guide de la HAS pour améliorer le parcours de santé des enfants « Dys » ; Pour autant, le champ des adultes reste très peu couvert par les professionnels de santé.*
- *Manque de coordination entre l'éducation nationale et la santé.*
- *Méconnaissance des professionnels des MDPH des troubles « Dys », de leur prise en charge et de leurs conséquences.*

2. Réponses de la FFDys aux recommandations du rapport de la Cour des comptes

L'avis de la FFDys est forgé sur le constat des conséquences des troubles Dys durables et sévères soit 1 à 2 % des personnes concernées, avec des répercussions sur leur vie quotidienne, sociale et professionnelle. Dans ces cas, si une prise en charge a eu lieu, elle n'a malheureusement pas permis d'améliorer efficacement et/ou de compenser les fonctions déficitaires.

Ainsi, des personnes porteuses de troubles Dys peuvent se trouver dans le champ du handicap avec des conséquences importantes dans tous les domaines de la vie quotidienne. Le document que nous avons rédigé dans le cadre de la délégation interministérielle au handicap intitulé « CONTRIBUTION à la DEFINITION, à la DESCRIPTION et à la CLASSIFICATION DES HANDICAPS COGNITIFS » décrit clairement les troubles, les limitations d'activités de la personne et ses restrictions de participation. Cette analyse permet d'objectiver, au-delà du diagnostic, dans des domaines qui sont parfois peu précisément évalués (exemple le langage, l'organisation, la planification, l'accès à l'écrit...) le niveau de handicap de la personne.

Trop souvent méconnus, ces troubles et leurs conséquences sont mal évalués. Quand ils sont plusieurs à cohabiter (comorbidité) et/ou mal ou trop tardivement pris en compte, quand les compétences limites ne permettent pas de mettre en place les compensations performantes envisagées ; alors la personne devra solliciter des aides en rapport avec un trouble devenu parfois lourd et invalidant.

Les conséquences dans le domaine de l'accès à l'emploi, que ce soit dans le champ de l'emploi protégé (entreprise protégée ou ESAT) ou dans le milieu ordinaire sont complexes. Le manque d'information des managers rend difficile l'insertion professionnelle et surtout la pérennisation de l'emploi.

L'autonomie de vie quotidienne sera parfois remise en cause de façon sévère, récurrente, durable, et ceci sans que l'évaluation ait permis de prendre en compte la spécificité des restrictions de participation des personnes concernées par les troubles Dys.

Les réponses de la FFDys portent sur les recommandations suivantes :

Extrait du rapport de la Cour des comptes :

« Sur les conditions d'attribution de l'AAH :

- *Rétablir la cohérence du guide-barème entre ses principes généraux introductifs et les développements par déficience, en précisant que le seuil de 50 % d'incapacité n'est atteint qu'en cas de gêne notable dans les trois domaines de la vie quotidienne, sociale et professionnelle.*
- *Instituer a minima une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH.*
- *Conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale adaptée, quand celle-ci est possible.*
- *Instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2.*

Sur la gestion et le suivi de l'AAH : *Donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH ».*

2.1 Les conditions d'attribution de l'AAH :

2.1.1 le guide-barème

La FFDys partage la nécessité de rétablir la cohérence du guide-barème entre ses principes généraux introductifs et les développements par déficience, en précisant que le seuil de 50 % d'incapacité n'est atteint qu'en cas de gêne notable dans les trois domaines de la vie quotidienne, sociale et professionnelle.

Conformément au rapport de la Cour des comptes, la FFDys souhaite rappeler les difficultés de reconnaissance par les MDPH des troubles « Dys ». Les MDPH utilisent actuellement plusieurs documents de

référence : Guide-barème, nomenclature des déficiences, guide GEVA. Ces référentiels n'intègrent pas ou au moins pas toujours certains troubles « dys » notamment : la dyspraxie, la dyscalculie, les troubles neuro visuels, ... Le TDAH est mal défini. De plus les MDPH n'ont pas toutes la même reconnaissance des diagnostics. Dans certains endroits cette méconnaissance se traduit par une mauvaise appréciation des besoins de compensation que ce soit en aide humaine et/ou matérielle (type ordinateur, logiciels adaptés).

L'attribution d'un taux d'incapacité est imprécise pour les personnes « Dys », pour les dyspraxiques en particulier (pour qui les troubles visuo spatiaux par exemple sont difficilement pris en compte) mais aussi pour les autres troubles. L'impact de la dyslexie dans la vie quotidienne est peu pris en compte. Ceci impacte leur vie quotidienne, comme leur accès à l'emploi, pourtant l'attribution de l'AAH, faute d'une bonne compréhension de leurs restrictions de participation, peut leur être refusée.

Il faut souligner l'élaboration par la CNSA d'un guide sur l'évaluation des Dys en décembre 2014 pour améliorer, adapter et harmoniser l'évaluation des besoins des « Dys » par les MDPH.

Pour une meilleure reconnaissance des troubles « dys » et en particulier les plus sévères, le comité scientifique de la FFDys a rédigé un avis et des propositions de recommandations pour que le codage des déficiences soit plus adéquat. En effet, le guide-barème actuel ne permet pas de bien prendre en compte le taux d'invalidité de la personne Dys et nécessite d'être revu.

De même la nomenclature des déficiences utilisée par les MDPH ne permet pas de bien repérer les déficiences liées aux troubles Dys. La FFDys a fait une analyse du codage des personnes sollicitant les MDPH pour accéder à ses prestations dont l'AAH.

A. Codage dans le cadre de la nomenclature des déficiences

Problèmes :

Cette nomenclature (de la Classification Internationale des Handicaps (CIH) - 1980) n'est plus d'actualité elle a d'ailleurs été remplacée par la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) en 2001.

Elle pose de manière générale des problèmes de cohérence. Quelques exemples :

- *Le VII.9.1.1 Retard mental inclut le VII.9.1.1.les troubles cognitifs sans retard mental.*
- *Le VII.9.1.4 évoque les autres déficiences de la mémoire sans que des déficiences de la mémoire ne soient codées par ailleurs.*
- *Les VII.9.2.1.a (coma), VII.9.2.4 (fonctions psychomotrices), VII.9.2.5 (perception ou attention) ... sont codées dans Déficiences du psychisme mais n'ont strictement aucun rapport avec des déficiences du psychisme...*
- *Déficiences du langage et de la parole mises à part des déficiences cognitives.*
- *Catégories « non codées ailleurs » et « non précisées » trop imprécis et probablement vides.*

Elle n'est pas adaptée en particulier pour les troubles dys :

- *La plupart des déficiences présentes dans les troubles dys peuvent être codées à la fois comme VII.9.1.1.e et comme une catégorie plus spécifique, notamment VII.9.2.4, VII.9.2.5, VII.9.3.1, VII.9.3.2.*
- *Les déficiences des fonctions visuo-spatiales présentes dans la majorité des dyspraxies n'apparaissent nulle part (et ne sont nullement couvertes par les déficiences visuelles codées en VII.9.5).*
- *Les déficiences présentes dans le TDAH peuvent être codées VII.9.2.5 ou VII.9.2.6 sans qu'aucune de ces catégories ne soit satisfaisante au regard des véritables déficiences observées dans le TDAH.*

Recommandation

Abandonner cette nomenclature et en adopter une plus conforme à l'état des connaissances scientifiques sur les fonctions cognitives. La CIF répond très bien à ce cahier des charges.

B. Codage par « déficience principale »

Problème

Par ailleurs la nécessité de coder une unique déficience principale est problématique pour tous les troubles « dys » qui, par nature, impliquent la plupart du temps de multiples déficiences. Les codes « plurihandicap » et « Surhandicap » ne sont pas appropriés pour les personnes qui ont plusieurs troubles « dys » (comorbidités).

Recommandation

Abandonner la CIH, adopter la CIF, et utiliser le premier niveau hiérarchique de la CIF pour le but visé ici. Dans le cas des troubles « dys », il s'agit de la catégorie b1 Fonctions mentales. Il ne faut pas s'astreindre à coder une unique déficience principale.

A. Codage par « origine de la pathologie »**Problème**

De manière générale et d'un point de vue scientifique, cette nomenclature est inexacte :

- *Anomalies chromosomiques incluses dans les pathologies liées à la naissance, et séparées des maladies d'origine génétique.*
- *Notion de maladie totalement sous spécifiée (professionnelle, génétique ou autre).*

Pour un usage visant à acquérir des connaissances sur les différentes causes de handicap en France, une telle nomenclature est totalement inopérante.

Du point de vue particulier des troubles « dys » :

- *Les hypothèses de causes connues des troubles « dys » incluent principalement des causes périnatales et/ou génétiques. Dans la plupart des cas les mécanismes cérébraux (neuro-développementaux) sous-jacents ne sont pas accessibles à nos moyens diagnostiques actuels.*
- *Ces causes sont peu connues de manière générale. Au niveau individuel, il est généralement impossible d'établir la ou les cause(s) d'un trouble dys chez un individu particulier.*

Selon le point de vue adopté, on pourrait donc aussi bien cocher toutes les cases ou cocher la case « origine inconnue ».

Recommandation

Abandonner cette nomenclature et en adopter une plus cohérente et conforme à l'état des connaissances scientifiques.

Par exemple, le chapitre XX de la CIM-10 donne une classification des causes externes de morbidité et mortalité. On pourrait y ajouter les origines génétiques et les origines pré- et périnatales non génétiques.

Une catégorie « origine neurodéveloppementale », bien que peu précise, serait plus appropriée pour les troubles dys, et plus informative que la simple mention « origine inconnue ».

2.1.2 instituer à minima une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH

Une deuxième visite obligatoire apparaît difficile à réaliser pour les personnes « Dys » qui ont beaucoup de mal à trouver une personne compétente sur le territoire. La FFDys souhaite rappeler que les difficultés pour accéder au diagnostic restent importantes tant pour les enfants que pour les adultes. Le reste à charge financier n'est pas négligeable pour les prises en charges des bilans de certains professionnels de santé (ergothérapeutes, psychomotriciens, et psychologues). Cela a pour conséquence de retarder les prises en charge.

Pour que la contre-visite médicale soit efficace, il faudrait d'abord renforcer la formation des professionnels et améliorer la composition des équipes pluridisciplinaires d'évaluation des MDPH.

L'Académie Nationale de médecine en 2015 et la Haute Autorité de Santé en janvier 2018 confirment qu'il faut développer la formation des professionnels de santé et notamment celle des médecins aux troubles « dys ».

2.1.3 conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale adaptée, quand celle-ci est possible

La FFDys juge cette recommandation purement pénalisante car cela risque d'exclure toutes les personnes qui ne trouvent pas de place dans le médico-sociale adapté à leur trouble. Le manque de SAVS et de place en ESAT ou entreprises adaptées pourraient exclure un nombre important de personnes alors que leur trouble est sévère.

La FFDys demande que ce soit le besoin d'accompagnement médico-social de la personne et sa restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (du fait de son handicap), qui soient pris en compte, pour percevoir l'AAH et non la réalisation effective de ces aides. S'appuyer sur le fait que les aides ne sont pas réalisées serait en effet une double peine pour la personne.

2.1.4 Instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2

En fonction de la sévérité des troubles Dys, les personnes sortent du circuit scolaire sans diplôme et sans compétences. La politique d'incitation à l'activité professionnelle peut apparaître déconnectée de la réalité vécue par les personnes « dys » en situation de handicap.

Les plus touchés et les plus vulnérables ne trouveront pas une solution en milieu ordinaire et seront réduits à toucher un revenu social de type RSA qui se situe bien en dessous du niveau de vie médian et donc au niveau du seuil de pauvreté. Le principe même des minimas sociaux, hors AAH, s'appuie sur l'incitation à la recherche active d'emploi. Ce serait ignorer que la personne handicapée relève d'une limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement alors qu'elle subit une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions, ici cognitives.

Les personnes « Dys » ici concernées par l'attribution de l'AAH ne sont pas dans une démarche simple d'accès à l'emploi ordinaire mais bien dans une limitation substantielle et durable de leur capacité d'insertion professionnelle. Ils demandent en tant que personnes vulnérable cette prestation qui contribue à la compensation de leur handicap.

L'entrée dans l'AAH est déterminée par l'évaluation d'un taux d'incapacité à partir du guide-barème (voir ci-dessus les difficultés de reconnaissance des troubles), c'est-à-dire la reconnaissance d'une altération de fonctions à l'origine de retentissements : limitations d'activité et restrictions de participation à la vie sociale. C'est donc en premier lieu le handicap qui ouvre le droit à l'AAH.

Il n'existe pas de contrepartie exigée des bénéficiaires de l'AAH (assortie de potentielles sanctions) contrairement à ce qui prévaut par exemple pour le RSA. L'AAH est ainsi attribuée de manière inconditionnelle aux personnes en situation de handicap remplissant les conditions pour y ouvrir droit après évaluation par la MDPH.

Le projet de réforme créant le Revenu Universel d'Activité (RUA) induit fortement, dans l'intitulé même de la future prestation, la notion de contrepartie à travers l'exigence d'une activité et d'une incitation voire d'une injonction à l'emploi demandée au bénéficiaire. Cette exigence serait donc en contradiction avec les fondements et la vocation de l'AAH et occulterait le fait que la majorité des bénéficiaires de l'AAH ne sont pas en capacité de travailler. La mise en place d'une telle démarche contractuelle qui ne prendrait pas en compte la spécificité du handicap doit être formellement exclue.

Il convient de rappeler qu'il faut distinguer le principe général du droit à compensation lequel doit permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap (art. L. 114-1 du CASF) et la prestation de compensation du handicap (art. L.245-1 du CASF).

Si l'on peut s'accorder sur le fait que l'AAH s'inscrive dans une logique de « réponse financière à une situation de handicap » au sens très général du terme (car l'impossibilité de subvenir aux besoins quotidiens est la conséquence directe du handicap) il ne faut pas pour autant confondre l'objectif de l'AAH avec celui de l'objet de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) destinée à couvrir les frais générés par le handicap.

2.2 Sur la gestion et le suivi de l'AAH

En ce qui concerne la recommandation qui consiste à donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH, la Fédération Française des Dys dénonce la volonté d'écarter la représentation des personnes en situation de handicap et y est fortement opposée. C'est une forte remise en cause du respect de l'équité entre les citoyens.

Conclusion :

Aujourd'hui, une minorité de personnes porteuses de troubles « Dys » relèvent de l'AAH-1, voire de l'AAH-2. Les personnes « Dys » qui en relèvent répondent aux mêmes critères liés à leurs déficiences, leurs restrictions de participation que l'ensemble des personnes en situation de handicap.

Une réforme de l'attribution de l'AAH ne doit pas remettre en cause la reconnaissance de leur handicap. Une meilleure reconnaissance de leurs déficiences spécifiques et de leurs conséquences permettra de leurs apporter les aides nécessaires, dont l'AAH.

Les compensations qui doivent leur être attribuées, ne leur sont pas toujours données car leurs troubles sont méconnus, mal reconnus, mal analysés et les conséquences de ces troubles qui s'expriment le plus souvent en premier lieu dans les apprentissages scolaires mais aussi dans la vie quotidienne et dans l'accès et le maintien dans l'emploi, sont mal appréciées.

Le guide-barème, le guide-guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (Geva), les nomenclatures des déficiences et le certificat médical doivent être revus pour qu'une meilleure connaissance des personnes « Dys » et de leurs besoins permettent de prendre en compte leur handicap, et ainsi leurs apporter les compensations nécessaires, dont l'AAH, qui prendront en compte la sévérité et la durabilité de leurs déficiences.

**RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE
DE L'UNION NATIONALE DES FAMILLES
ET AMIS DES MALADES MENTAUX (Unafam)**

Les observations de l'Unafam sont relatives aux 9 recommandations du rapport mais portent également sur le contenu du rapport.

1^{ère} Partie :

Remarques générales

L'allocation aux adultes handicapés a bien une vocation spécifique :

Depuis 1975, l'AAH a pour vocation de garantir un minimum de ressources à des personnes qui, du fait de leur handicap, sont en incapacité totale ou partielle de subvenir à leurs besoins de vie courante, par un travail.

Du reste, seuls 20 % des allocataires de l'AAH travaillent et la plupart en milieu protégé.

L'AAH s'inscrit dans le cadre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées ratifiée par la France en 2010 et répond à la notion de dette sacrée de la société vis-à-vis des personnes en situation de handicap telle qu'énoncée dans le préambule de la Constitution.

L'accès à l'AAH (1 et 2) est conditionné à une situation de handicap, innée ou acquise, définie par la loi de 2005, à la reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente fixé à l'aide du guide-barème décret opposable, sur des critères médicaux, et à l'incapacité totale ou partielle de travailler du fait du handicap, et non à la précarité sociale : elle diffère des autres minima sociaux, répond à l'inégalité de destin, à la perte de chances des personnes en situation de handicap, et au principe de la solidarité nationale.

Il faut distinguer AAH et Prestation de Compensation du Handicap (PCH) :

L'AAH, revenu minimum d'existence, a pour objectif de couvrir les dépenses de la vie courante, et la PCH est destinée à couvrir tout ou partie des frais supplémentaires liés au handicap. Il n'y a donc pas de confusion entre les deux ni d'ambiguïté.

Le rapport souligne que la PCH est restée limitée dans son ampleur du fait que les dépenses pouvant être prises en charge par la PCH sont encadrées. Or, cette explication occulte le fait que les personnes handicapées du fait d'altérations des fonctions mentales, cognitives, psychiques, neuro-développementales sont dans leur immense majorité exclues du bénéfice de la PCH qui n'a pas été conçue pour elles en 2005.

L'AAH est une allocation spécifique, bien distincte du RSA :

Le rapport insiste sur « le passage fréquent du RSA vers l'AAH-2 » (30 % des nouveaux entrants) qui serait le fait de la « nouvelle définition large du handicap », et s'appuie sur cette donnée pour préconiser d'inclure l'AAH et plus particulièrement l'AAH-2 dans le périmètre de la réforme en cours des minima sociaux.

Ce qui occasionne le passage du RSA à l'AAH est la reconnaissance d'une situation de handicap, avec pour origine une ou des altérations de fonctions entraînant des limitations d'activités et restrictions de participation importantes, et ce quelle que soit l'altération de fonction (physique, mentale, cognitive, psychique, sensorielle) et quelle qu'en soit l'origine (maladie, accident de la vie etc.), qu'elle soit innée ou acquise.

L'AAH n'est pas accordée à la légère, ce n'est pas une allocation de complaisance, pour preuve les données fournies par la CNSA.¹⁴⁴

Le rapport étudie le passage du RSA vers l'AAH, mais ne relève pas les passages de l'AAH vers le RSA, relatives aux baisses de taux d'incapacité de 80 % à 50-79 % octroyés lors des demandes de renouvellement de l'AAH, ainsi que par des rejets d'AAH au motif, non justifié, que la personne handicapée n'aurait pas ou plus de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE), et ce malgré des années passées sans possibilité d'accéder à un emploi du fait du handicap.

Le Défenseur des Droits a souligné ces pratiques discriminatoires.

À propos de la définition du handicap :

Le rapport critique, à plusieurs reprises, l'évolution de la notion de handicap, affirmant que la « démedicalisation » de cette notion serait le fait de la loi de 2005 et contribuerait à l'augmentation du nombre d'allocataires de l'AAH.

¹⁴⁴ CNSA, Repères statistiques 2018.

Or la définition du handicap opposable est celle donnée par la loi du 11 février 2005, qui ouvre droit à des aides spécifiques, loi qui reconnaît le handicap d'origine psychique ce qui constitue une avancée majeure pour les personnes concernées.

Cette définition s'inscrit dans le modèle médical du handicap.

Elle est plus restrictive que la définition du handicap donnée par la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.¹⁴⁵

À propos du handicap d'origine psychique :

Le rapport fait une distinction entre les handicaps qui seraient « lourds », « irréversibles » (handicaps moteurs et intellectuels) tels que perçus par « le grand public » et les autres « subjectifs ». En ce qui concerne le handicap psychique le rapport laisse accroire qu'il ne s'agirait que de dépressions et des conséquences psycho-sociales de difficultés sociales, du chômage et de la précarité, ou des troubles addictifs qui n'auraient pas leur place dans le champ du handicap.

Les déficiences psychiques sont ciblées tout au long du rapport, mais présentées comme la conséquence de difficultés d'ordre économique ou social. L'impasse est faite sur les troubles psychiques sévères et persistants à l'origine des situations de handicap psychique. Ignorer ces pathologies psychiatriques invalidantes, qui ont des répercussions majeures pour l'insertion dans la vie sociale, affective, professionnelle des personnes, restreignant leur autonomie, et mettre en avant une représentation « grand public », c'est stigmatiser le handicap d'origine psychique, le nier pour ce qu'il est réellement. Cela va à l'encontre de toutes les données scientifiques actuelles notamment celles des neuro-sciences.

Sur la base de données plus que parcellaires, fournies par 4 départements (on ne sait pas lesquels), le rapport conclut à une « surreprésentation du handicap psychique au sein de l'AAH par rapport aux demandes reçues par les MDPH », sans que cette affirmation ne soit analysée : en effet la principale demande des personnes handicapées psychiques à la MDPH est l'AAH car elles ne demandent quasiment jamais la PCH puisqu'elles n'ont pas accès à ce droit à compensation¹⁴⁶, demandent peu la ROTH puisque la majorité d'entre elles ne peut

¹⁴⁵ Cf. définition du handicap dans la CIDPH et rapport de M. Blatman au Défenseur des Droits sur la convention des Nations Unies.

¹⁴⁶ Le nonaccès à la PCH a été dénoncé par le rapport de l'IGAS de 2016 « l'évolution de la PCH ».

envisager d'insertion professionnelle ; en outre la carence d'offre d'accompagnement et d'hébergement médico-social pour ce public sur le territoire national rendrait la plupart des orientations inopérantes.

Tout aussi inquiétant, le chapitre du guide-barème relatif aux déficiences du psychisme de l'adulte est présenté en annexe du rapport pour illustrer « le flou des définitions et des critères, la difficulté à évaluer la situation en particulier ce qui établit spécifiquement le handicap et l'interprétation extensive qui peut en résulter ».

L'Unafam rappelle que les troubles énumérés dans ce chapitre font l'objet de définitions en psychiatrie... et que le guide « troubles psychiques » de la CNSA co-rédigé avec des experts médicaux psychiatres spécialistes de la clinique du handicap décrit très bien les troubles psychiques et leurs retentissements à l'origine de situations de handicap tel que défini par la loi de 2005.¹⁴⁷

L'Unafam considère que suggérer de mettre à l'écart du champ du handicap la plupart des personnes en situation de handicap psychique constitue une stigmatisation, une discrimination et porte atteinte à leurs droits fondamentaux.

À propos du rôle des associations représentant les personnes handicapées et leurs familles :

Le rapport interroge le rôle des associations au sein des instances et dans le suivi des politiques publiques. Elles sont présentées comme peu soucieuses de la juste utilisation des deniers publics et du coût de l'AAH. Leur rôle au sein des CDAPH est remis en cause. Les actions qu'elles mènent pour la mise en œuvre effective des droits des personnes handicapées seraient excessives. Elles seraient des freins aux réformes.

Or les associations œuvrent dans le respect du droit et des textes et ne sont aucunement irresponsables.

L'Unafam s'étonne que le rapport présente la mise en application des textes de loi comme la volonté associative d'orienter les textes d'application vers l'interprétation la plus extensive possible.

¹⁴⁷ Ce guide de la CNSA publié en avril 2017 est écrit dans le respect de la réglementation actuelle et des données actualisées de la science.

Car, par exemple, la prise en compte des incapacités psychiques à agir et des besoins de stimulation ne sont que la mise en œuvre du guide-barème et de la définition de l'aide humaine donnée par l'annexe 2- 5 du CASF, dont voici des extraits :

« Pour les personnes présentant un handicap psychique, mental ou cognitif, sont pris en compte le besoin d'accompagnement (stimuler, inciter verbalement ou accompagner dans l'apprentissage des gestes) pour réaliser l'activité. »

« La capacité fonctionnelle s'apprécie en prenant en compte tant la capacité physique à réaliser l'activité, que la capacité en termes de fonctions mentales, cognitives ou psychiques à initier ou réaliser l'activité. » L'Unafam souligne que, de par leurs avis consultatifs et leur engagement responsable, les associations participent à l'élaboration des politiques publiques, dans une logique de co-construction, et à leur mise en œuvre effective.

À propos de la réforme des minima sociaux et de la création d'un revenu universel d'activité (RUA) qui offrirait l'opportunité de clarifier la nature de l'AAH :

Pour l'Unafam, l'AAH, destinée aux personnes en situation de handicap, ne doit pas disparaître dans un RUA ne prenant pas en compte la spécificité du handicap, ce qui remettrait en cause les acquis fondamentaux des lois de 1975 et de 2005, signerait un recul des droits des personnes handicapées et une complexification des démarches administratives.

L'Unafam est favorable à :

- *Un travail sur l'AAH pour améliorer l'accès à leurs droits des personnes handicapées, et revoir la notion de RSDAE ;*
- *Examiner la pertinence d'un maintien de deux catégories d'allocataires, la distinction entre allocataires de l'AAH-1 et de l'AAH-2 n'étant pas l'accès à un emploi.*

2^{de} Partie :

Observations sur les recommandations du rapport

Recommandation 2 : Rétablir la cohérence du guide-barème.

L'Unafam constate également des disparités entre MDPH dans les procédures d'instruction, la fixation des taux d'incapacité pour l'ouverture du droit à l'AAH, tout comme la reconnaissance de la RSDAE.

Il est prioritaire de renforcer la formation des professionnels sur le guide-barème, la connaissance des handicaps, notamment ceux qualifiés « d'invisibles », d'améliorer le recueil d'informations nécessaires à l'application de ce guide-barème,

L'Unafam n'est pas favorable à une évolution du guide-barème qui aurait pour objectif la restriction d'accès à l'AAH pour les personnes handicapées. Avant tout travail sur le guide-barème, il conviendrait d'en évaluer l'intérêt et les impacts sur l'accès aux droits des personnes concernées.

L'Unafam est favorable à un travail sur les évolutions du guide-barème qui devrait mieux prendre en compte certains troubles encore mal appréhendés, en lien avec les données actuelles de la science, et s'interroger sur la pertinence de la distinction entre AAH-1 et AAH-2.

Recommandation 6 : Instituer à minima une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH.

Pour l'Unafam, cette obligation d'une contre-visite médicale n'est pas appropriée. C'est remettre en cause les certificats médicaux rédigés par les médecins traitants ou spécialistes qui connaissent leurs patients, qui sont en mesure de fournir précisément des éléments cliniques, des données sur le retentissement fonctionnel des troubles, sur les changements éventuels depuis le dernier certificat, sur les traitements et effets secondaires, ce que ne saurait faire un médecin contrôle qui ne connaît pas la personne.

Les MDPH peuvent convoquer si nécessaire certains demandeurs à une visite médicale (médecin généraliste, spécialiste), demandent parfois des bilans complémentaires, ce afin d'avoir toutes les informations nécessaires à l'évaluation de la situation.

Pour l'Unafam, il est nécessaire d'améliorer l'évaluation grâce à des équipes pluridisciplinaires formées, spécialisées, et au renforcement des partenariats dans les territoires, avec des réseaux de santé ou des équipes spécialisées.

Il serait utile de former les médecins à la clinique du handicap, d'utiliser des outils facilitant le recueil des informations, de mettre en œuvre un volet spécifique aux altérations des fonctions mentales, cognitives et psychiques du certificat médical.

Recommandation 4 : Conditionner l'attribution de l'AAH 2 à une prise en charge médico-sociale adaptée.

Cette recommandation introduirait un nouveau critère d'éligibilité à l'AAH-2 (et pas à l'AAH-1 ?), instaurerait des contreparties à l'octroi du droit à l'AAH, renforçant la discrimination dont sont victimes certaines personnes handicapées.

Tout comme la CNSA, l'Unafam estime qu'il s'agirait « d'un contournement du principe de consentement aux soins posé par le code de la santé publique, et que cela pourrait mettre en grandes difficultés les personnes présentant un handicap psychique qui les met dans l'incapacité d'entreprendre elles-mêmes de telles démarches ».

Cette proposition visant un certain public, l'Unafam rappelle que les conduites addictives peuvent être la conséquence de troubles psychiques graves et de situations de handicap psychique. Or l'offre tant sanitaire que médico-sociale est insuffisante voire inexistante dans de nombreux territoires pour répondre aux besoins de ces personnes handicapées.

Recommandation 5 : Instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2.

Pourquoi cibler l'AAH-2 alors qu'autant d'allocataires de l'AAH-1 que de l'AAH-2 ont accès à un emploi aujourd'hui¹⁴⁸ ?

Pour l'Unafam, cette proposition n'est pas pertinente car ce n'est pas sur la base d'un entretien qu'il est possible d'évaluer « l'employabilité » d'une personne en situation de handicap, d'autant que cet entretien systématique aurait in fine pour objectif d'écarter un certain nombre de personnes de l'accès à l'AAH.

L'Unafam plaide pour la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé sur la durée, par des professionnels, ce qui permettrait à la personne handicapée qui le souhaite d'évaluer ses possibilités d'accès à un emploi, de définir le type d'emploi qui lui conviendrait, l'accompagnement nécessaire et d'en évaluer la sécurisation financière.

Recommandation 8 : Examiner en séance de CDAPH toute première demande d'AAH.

Cela nous semble irréalisable compte-tenu du nombre de demandes d'AAH.

¹⁴⁸ Chiffres CNAF Juin 2018 : AAH-1 = 100 421 personnes, AAH-2 = 109 577 (milieu ordinaire + ESAT).

Cependant, il est important qu'à chaque CDAPH soient présentés et discutés des dossiers de premières demandes d'AAH, avec proposition d'accord ou proposition de rejet, avec un taux de 80 %, entre 50 et 79 %, et moins de 50 %.

Pour l'Unafam, il est essentiel que l'évaluation du taux d'incapacité et de la RSDAE puisse être faite par des professionnels formés, avec des données pertinentes recueillies auprès de la personne concernée, de son entourage, des professionnels qui l'accompagnent et sur la base de critères réglementaires, afin de motiver les propositions d'accord ou de rejet faites par l'équipe pluridisciplinaire et les décisions de la CDAPH.

Recommandation 9 : Donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH, pour les décisions relatives à l'AAH.

L'Unafam n'est pas d'accord avec cette proposition qui instaure le principe du décideur-payeur pour l'attribution de l'AAH. Cela serait contraire à l'esprit de la loi de 2005, au principe de démocratie sociale, remettant en cause la collégialité des CDAPH voulue par le législateur.

L'ouverture du droit à l'AAH risquerait alors d'être conditionnée à une enveloppe budgétaire donnée et non plus aux critères d'éligibilité définis par la loi, avec un risque de remise en cause de l'effectivité des droits des personnes.

Recommandation 3 : Sanctionner financièrement l'absence de mise en œuvre par les MDPH de leurs obligations légales en matière de suivi statistique.

L'Unafam, comme d'autres associations, demande régulièrement des éléments statistiques relatifs au handicap, données qui devraient être fournies par les MDPH notamment.

Cependant, nous nous interrogeons : la sanction financière est-elle le moyen le plus approprié pour y parvenir ? Cela ne risquerait-il pas de fragiliser les MDPH, dont les moyens sont déjà contraints ?

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE
DES ASSOCIATIONS DE PARENTS,
DE PERSONNES HANDICAPÉES MENTALES
ET DE LEURS AMIS (Unapei)**

Nos observations seront, dans un premier temps, d'ordre général sur le contenu du rapport et, dans un second temps, relatives aux recommandations en tant que telles.

- *Certains constats dressés dans ce document ont particulièrement retenu notre attention parmi lesquels : l'ambiguïté de la nature et des objectifs de l'AAH ; l'évolution de la notion de handicap qui s'est progressivement démedicalisée ; l'augmentation du nombre d'allocataires de l'AAH-2 susceptible de s'expliquer en partie par un basculement du RSA vers l'AAH ; la prise en charge par l'AAH-2 des conséquences médico-sociales de la précarité et du chômage ; la cogestion contraignante des MDPH et des politiques publiques avec les associations.*

Ceux-ci appellent à certaines précisions et observations notre part.

- L'AAH, un minimum social spécifique

Le rapport interroge l'augmentation du nombre d'allocataires de l'AAH-2 depuis dix ans, susceptible de s'expliquer en partie par un basculement du RSA vers l'AAH. La frontière entre AAH-2 et RSA serait poreuse et sujette à des dérives et divergences de pratiques.

Il n'est pas question de nier les liens et basculements possibles entre ces deux prestations (notamment parce que certaines situations de vulnérabilité sociale peuvent être à l'origine de situations de handicap) voire certaines dérives en pratique. Toutefois, il convient à notre sens de revenir sur les conditions d'entrée spécifiques dans l'AAH, justifiées historiquement et encadrées :

- *L'attribution de l'AAH est conditionnée à la reconnaissance d'une situation de handicap (qu'elle soit de naissance ou acquise) telle que définie par la loi du 11 février 2005.*
- *L'entrée dans l'AAH est déterminée par l'évaluation d'un taux d'incapacité à partir de critères objectifs définis dans le guide-barème, c'est-à-dire par la reconnaissance d'une altération de fonctions à l'origine de retentissements : limitations d'activité et restrictions de participation à la vie sociale.*

La spécificité du régime de l'AAH est directement corrélée à la situation de handicap de ses bénéficiaires, qui, pour beaucoup, sera pérenne et irréversible.

Leur situation de handicap impacte fortement leur capacité de gain par le travail, et donc leur capacité à s'assurer des revenus de subsistance, tout au long de leur vie.

Comme le souligne le rapport, seuls 20 % des bénéficiaires de l'AAH travaillent. Parmi les allocataires qui peuvent travailler, une proportion très importante a une activité en ESAT. L'orientation en ESAT concerne les personnes dont la capacité de travail est évaluée comme inférieure ou égale au tiers de celle d'une personne dite « valide ». Ces travailleurs n'ont, pour la grande majorité, jamais la possibilité de travailler en milieu ordinaire.

- Le rôle de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), bien distinct de celui de la prestation de compensation du handicap (PCH)

Le rapport pointe l'ambiguïté du rôle de l'AAH dès son origine « entre soutien au revenu et compensation ».

Or, il convient de distinguer :

- Le principe général du droit à compensation ; lequel doit permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap (art. L. 114-1 du CASE) ;*
- De la prestation de compensation du handicap (art. L.245-1 du CASE).*

Si l'on peut s'accorder sur le fait que l'AAH - en tant que revenu de subsistance pour les personnes handicapées éloignées de l'emploi, du fait de leur handicap - s'inscrive dans une logique de compensation au sens très général du terme - car l'impossibilité de subvenir à ses besoins quotidiens est la conséquence directe du handicap - il ne faut pas pour autant confondre l'objectif de l'AAH avec celui de l'objet de la PCH destinée à couvrir les frais spécifiques générés par le handicap.

La nature et le rôle des deux prestations sont bien définis et distincts depuis leur origine.

Les associations déplorent que des personnes allocataires de l'AAH soient parfois tenues de faire face à des frais qui devraient relever de la PCH (pour des personnes non éligibles à la PCH ou pour lesquelles la prise en charge par la prestation est insuffisante) avec les faibles ressources disponibles dont elles disposent qui proviennent de l'AAH. Pour autant, il ne peut être déduit de cette situation qu'une partie du montant de

l'AAH correspond à de la compensation au sens de la PCH pour justifier d'une clarification de la nature de l'AAH et du différentiel de montant existant entre le RSA et l'AAH.

- L'évolution de la notion de handicap par la loi du 11 février 2005

La notion du handicap a été revue et élargie par la loi du 11 février 2005 pour une approche plus sociale et sociétale du handicap tenant compte de facteurs environnementaux.

L'introduction du handicap psychique dans la définition du handicap a également constitué une avancée fondamentale de la loi de 2005 reconnaissant désormais que les troubles psychiques (tels que des psychoses, des troubles bipolaires etc.) peuvent être à l'origine de situations de handicaps.

Selon le rapport, l'évolution de la notion de handicap se serait démedicalisée depuis 2005 et aurait conduit à une augmentation significative du nombre de bénéficiaires de l'AAH.

Cet élargissement prendrait désormais « en charge des conséquences psycho-sociales de la précarité et du chômage par la politique du handicap [...] ».

À ce titre, et à plusieurs reprises, le rapport réinterroge voire stigmatise le handicap psychique et la pertinence de la définition du handicap telle que posée par la loi de 2005 ; or ces constats s'avèrent à notre sens inquiétant quant à la représentation biaisée des pathologies d'origine psychique (ne se limitant pas aux dépressions et conséquences de situations de précarité sociale) et de leurs conséquences.

En outre, l'accent tel qu'il est mis sur la démedicalisation du handicap depuis 2005 semble disproportionné car, si la définition du handicap a été élargie, l'approche médicale par le repérage des déficiences et des altérations de fonctions reste prédominante dans l'évaluation et le déclenchement de droits sociaux.

- Le rôle des associations présentes dans les instances et associées à la gestion des politiques publiques

Le rapport expose et interroge la place des associations dans les instances et plus largement dans la gestion des politiques publiques.

La loi du 11 février 2005 reconnaît dès son article I le rôle des associations représentatives des personnes handicapées (art. 146-1 du CASF).

Interlocutrices des pouvoirs publics, les associations ont un rôle de représentation reconnu par l'État et siègent dans les instances territoriales et nationales.

En CDAPH, les associations représentatives des personnes handicapées sont présentes et œuvrent dans l'intérêt du respect du droit. La présence des associations associée à celle des autres membres contribue au croisement des regards et compétences afin d'évaluer les situations et d'accorder les droits, de la manière la plus qualitative et objective possible.

De manière générale, les associations contribuent, par leurs avis consultatifs, à l'élaboration des politiques publiques dans une logique de co-construction (et non de codécision comme semble le pointer le rapport) avec les pouvoirs publics pour rendre le droit plus pertinent et effectif. À ce titre, les associations ont tout autant intérêt que les pouvoirs publics à ce que soit garantie l'efficience de la politique et des dépenses publiques.

- *Concernant les recommandations formulées au sein du rapport, celles-ci appellent de notre part les observations suivantes.*

Sur les conditions d'attribution de l'AAH

Recommandation 2 : « Rétablir la cohérence du guide-barème [...] » :

L'Unapei constate, comme ce rapport, que les conditions actuelles d'évaluation et d'attribution d'un taux d'incapacité, qui déclenchent l'ouverture de droits à l'AAH, ne sont pas pleinement satisfaisantes et adaptées.

Pour y remédier, il est en premier lieu indispensable d'envisager un renforcement des formations et des outils des MDPH pour que ce guide soit maîtrisé par ses utilisateurs et appliqué de manière homogène sur le territoire. Ce renfort, et les moyens qu'il implique, doit être inscrit dans la durée pour garantir la continuité dans le temps des compétences des équipes.

L'Unapei est défavorable à l'évolution du guide-barème telle que proposée par le rapport dans la mesure où elle n'a pour objectif que de réduire la dépense liée à l'AAH sans se préoccuper de la pertinence de la modification quant au respect des droits des personnes handicapées et de l'objectif de l'AAH.

Pour l'Unapei, aucune modification du guide-barème ne doit être envisagée sans :

- *L'objectivation préalable de sa pertinence (ce qui implique des tests, évaluations...);*
- *Et la mesure de ses impacts sur l'accès aux droits des publics ciblés.*

Notre Union demande l'ouverture d'un chantier global, d'un travail de fond, sur les évolutions et adaptations possibles du guide-barème qui viserait :

- *À interroger la pertinence du maintien de la distinction entre les deux catégories d'allocataires de l'AAH.*
- *À s'assurer de son adaptation, eu égard aux évolutions des données de la science.*

Recommandation 6 : « Instituer à minima une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH » :

L'Unapei considère que systématiser une rencontre médicale obligatoire par un médecin agréé à chaque première attribution de l'AAH s'avérerait disproportionné ; cela complexifierait la procédure pour les personnes et les MDPH, allongerait les délais de traitement, alors que la simplification et l'optimisation des moyens sont nécessaires et recherchées.

Cette procédure soulève en outre la question de la légitimité d'un contrôle assuré par un médecin qui ne connaît pas la personne et qui par définition est en incapacité d'évaluer de manière fine et pertinente les conséquences de son handicap sur sa vie quotidienne.

Pour l'Unapei, plutôt que d'envisager une telle rencontre médicale systématique à chaque première attribution d'AAH, il est essentiel de s'assurer que l'évaluation du taux d'incapacité puisse être faite par des équipes réellement pluridisciplinaires, spécialisées par type de handicap, à même de croiser leurs regards et expertises.

Recommandation 4 : « Conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale lorsque celle-ci est possible » :

L'Unapei considère que conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale risque, d'une part, de précariser les personnes handicapées au détriment d'un réel accompagnement dans l'accès aux soins pour les personnes qui en sont le plus éloignées, et, d'autre part, d'emboliser encore davantage les MDPH.

Nous rejoignons les propos de la CNSA sur :

Les difficultés que risque d'entraîner cette nouvelle obligation pour les personnes avec handicap psychique qui les met dans l'incapacité d'effectuer par elles-mêmes de telles démarches liées à l'accès aux soins :

- *L'état de l'offre sanitaire et médico-sociale adaptée insuffisante voire inexistante sur certains territoires.*

Notre Union s'interroge également sur la pertinence du public cible de cette recommandation : pourquoi cibler les allocataires de l'AAH-2 alors que les données de la CNAF démontrent qu'autant d'allocataires de l'AAH-1 ont accès à l'emploi aujourd'hui ?

Recommandation 5 : « Instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2 » :

L'Unapei s'interroge sur les moyens mis en œuvre et le cadre de cette recommandation.

Nous souhaitons rappeler que le rôle d'évaluation, de suivi et d'accompagnement global des personnes handicapées relève d'ores et déjà des missions des MDPH, toutefois il est nécessaire de le renforcer en pratique, en allouant les moyens nécessaires.

En tout état de cause, systématiser un entretien d'évaluation de l'employabilité par les MDPH risque d'une part d'emboliser les MDPH et d'autre part pourrait entraîner des ruptures de droits qui auraient pour conséquence de fragiliser les personnes handicapées.

Pour l'Unapei, il est important de travailler sur l'évaluation de l'employabilité et l'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées sur le long terme. Toutefois il s'agit d'un chantier extrêmement complexe à mettre en œuvre, bien au-delà d'un entretien d'employabilité préalable à l'attribution de l'AAH.

Notre Union est favorable à un travail de fond sur l'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées pour toutes les personnes qui le peuvent et le souhaitent, selon leur situation, mais non à une obligation-sanction pour tous les allocataires de l'AAH-2.

Sur la gestion et le suivi de l'AAH

Recommandation 8 : « Examiner en séance de CDAPH toute première demande d'AAH » :

Cet objectif nous apparaît aujourd'hui difficilement réalisable compte tenu du nombre de premières demandes d'AAH et des moyens alloués aux MDPH.

Notre Union souhaite souligner l'importance, en amont du passage en CDAPH, de la généralisation des rencontres entre l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et la personne handicapée pour une évaluation la plus fine possible de la situation.

Recommandation 9 : « Donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH » :

Cette recommandation, qui instaurerait un principe du « décideur-payeur » pour l'attribution de l'AAH, déjà vivement contesté en 2011 par les associations, serait contraire à l'esprit de la loi du 11 février 2005 et au principe de démocratie sociale car risquerait de remettre en cause le rôle collégial des CDAPH et l'intérêt d'y participer pour les représentants des personnes handicapées.

En outre, à terme, l'attribution du droit à l'AAH risquerait de n'être déterminée qu'en fonction des moyens financiers disponibles et au détriment de l'effectivité des droits des personnes.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE APF FRANCE HANDICAP

Les observations d'APF France handicap s'organisent autour des recommandations finales du rapport. Au préalable, APF France handicap tient à formuler plusieurs observations globales.

1. Rappels relatifs aux fondements de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

À plusieurs reprises, le rapport interroge la vocation de l'AAH dont le rôle aurait évolué depuis sa création en 1975 et qui serait devenue à la fois une allocation de soutien au revenu des personnes en situation de handicap mais aussi une allocation de compensation, de manière indirecte, des conséquences du handicap.

APF France handicap rappelle que le champ de l'AAH s'inscrit dans le cadre de la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées dont l'article 28 reconnaît le droit à un niveau de

« vie adéquat »¹⁴⁹. L'AAH est construite également autour de la notion de « dette sacrée » de la société vis-à-vis des personnes en situation de handicap telle qu'énoncée à l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946¹⁵⁰. Par conséquent, la solidarité nationale doit garantir un revenu d'existence décent et individuel, notamment, pour toutes les personnes en situation de handicap et/ou de maladie et ce, quel que soit leur âge.

La notion de compensation, utilisée à plusieurs reprises dans le rapport pour appréhender l'évolution du rôle de l'AAH, est impropre et source de confusion. S'il est vrai que les personnes en situation de handicap vivent des situations difficiles pour faire face aux restes à charges liés à leurs besoins de compensation (aides humaines, aides techniques, aménagement du logement, ...), pour autant ce n'est pas la vocation de l'AAH d'y faire face, mais à la prestation de compensation.

Comparée aux autres minima sociaux, l'AAH a une vocation spécifique : c'est la situation de handicap de la personne qui fonde l'accès à la prestation et pas sa seule situation de vulnérabilité sociale, comme c'est le cas pour le RSA. C'est donc en premier lieu le handicap et l'incapacité totale ou partielle de travailler du fait de cette situation de handicap qui ouvre le droit à l'AAH. Cette allocation s'inscrit dans une logique « de perte de chance » de la personne dont le champ des possibles est réduit justifiant la mise en œuvre d'un principe de solidarité nationale. C'est à partir de la notion « d'inégalité de destin » des personnes en situation de handicap qu'est construite l'AAH, avec le constat que la situation du bénéficiaire est peu susceptible d'évoluer favorablement et de lui permettre de retrouver un emploi. Rappelons que seulement 20 % des bénéficiaires de l'AAH sont en emploi, parmi lesquels la moitié sont des travailleurs d'ESAT¹⁵¹.

¹⁴⁹ Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à un niveau de vie adéquat pour elles-mêmes et pour leur famille, notamment une alimentation, un habillement et un logement adéquats, et à une amélioration constante de leurs conditions de vie et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap.

¹⁵⁰ Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.

¹⁵¹ Sur les 1,1 million de bénéficiaires de l'AAH, 926 809 sont sans activité, 109 000 sont en ESAT et 100 000 en activité professionnelle en milieu ordinaire (source CNAF -DSER, juin 2018).

2. Approche large relative à la notion de handicap

Le rapport interroge une approche considérée comme extensive de la notion de handicap, qui se serait généralisée ces dernières années et aurait contribué à une augmentation significative du nombre de bénéficiaires de l'AAH, en particulier de l'AAH-2. Cette approche large, considérée par ailleurs comme démedicalisée, aurait conduit à englober les personnes souffrant d'un handicap consécutif à une situation de vulnérabilité sociale (d'où le basculement constaté dans le rapport de bénéficiaires du RSA vers l'AAH-2).

APF France handicap tient à rappeler que l'approche de la notion de handicap qui doit prévaloir et qui est opposable, s'inscrit dans celle définie par la loi de 2005 : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Il est à souligner que cette approche du handicap reste encore largement médicalisée et qu'elle est par ailleurs restrictive par rapport à celle énoncée dans la Convention de l'ONU qui définit la situation de handicap comme l'interaction entre les incapacités de la personne et son environnement¹⁵². Néanmoins, elle reconnaît que la situation de handicap est générée par les déficiences des personnes et leurs interactions avec l'environnement qui empêchent ou gênent toute participation sociale. Les outils réglementaires opposables (le guide-barème par exemple) intègrent ces dispositions.

L'approche existante en matière de handicap est donc cohérente avec l'évolution de la connaissance scientifique, en particulier celle résultant des neuro sciences et ne saurait être remise en question.

3. Appréhension du rôle des associations représentant les personnes en situation de handicap

Le rapport questionne à plusieurs reprises le rôle joué par les associations représentant les personnes en situation de handicap, indique que ces associations ne sont pas suffisamment soucieuses de l'augmentation du coût de l'AAH et de sa soutenabilité financière. Le

¹⁵² « Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ». Article 1 de la Convention.

rapport interroge leur rôle au sein des CDAPH et dans le suivi des politiques publiques en matière de handicap.

APF France handicap tient à rappeler l'un des fondements de l'action associative qui consiste à organiser une représentation collective des personnes et à œuvrer pour l'effectivité de leurs droits, dans une perspective d'intérêt général. Ce rôle est d'ailleurs largement reconnu par la puissance publique et il s'organise dans le cadre d'instances de concertation au sein desquelles les associations n'ont qu'un rôle consultatif et sont amenées à émettre des avis qui ne lient pas la puissance publique. Il ne s'agit nullement d'une logique de cogestion de l'AAH, comme le suggère le rapport, mais d'une logique de participation qui s'inscrit pleinement dans une perspective démocratique permettant aux acteurs associatifs représentant les personnes en situation de handicap de jouer leur rôle citoyen.

Interroger la pertinence de la présence des représentants des personnes en situation de handicap en commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées introduite par la loi du 11 février 2005 témoigne d'une vision contraire à la vision inclusive. Elle entrainerait une remise en question de l'esprit de la loi du 11 février 2005 visant à passer d'une logique administrative à une logique de service¹⁵³ en direction des personnes en situation de handicap.

4. Enjeux relatifs à la porosité entre AAH et RSA

Le rapport constate qu'environ 30 % des nouveaux entrants dans l'AAH proviendraient du RSA et interroge cette évolution et le basculement du RSA vers l'AAH. Il est important de souligner que c'est à partir de critères médicaux qu'est attribuée l'AAH et que son octroi se fait à partir du constat d'une incapacité durable et substantielle du bénéficiaire à travailler, en fonction du type de handicap et de son intensité. Contrairement à ce qui est affirmé dans le rapport, l'AAH-2 ne prend pas en charge les conséquences médico-sociales de la précarité mais est attribuée à des personnes dont le handicap a été effectivement reconnu : l'éligibilité à l'AAH est reconnue à partir d'un taux d'incapacité déterminé par un outil opposable, le guide-barème.

¹⁵³ *Projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées - Sénat 28 janvier 2004 « Les principes de la réforme : (...) placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent en substituant une logique de service à une logique administrative ».*

Par ailleurs, il serait opportun de disposer d'éléments relatifs au basculement de bénéficiaires de l'AAH vers le RSA, notamment du fait de l'application des dispositions de la RSDAE. Ainsi, lors de renouvellements de droits, de nombreux bénéficiaires de l'AAH-1 ont subi des révisions de leur taux d'invalidité (passant d'un taux de 80 % à un taux entre 50 et 79 %) devant, pour ces raisons, justifier de leur incapacité de travail. Le rapport s'interroge aussi, à plusieurs reprises, sur la différence de montant entre les deux allocations qui semble largement remise en question. Il est ainsi indiqué que l'AAH serait conduite à prendre en charge des dépenses liées de manière indirecte au handicap de la personne, ce qui expliquerait l'augmentation de son montant et du nombre de bénéficiaires. APF France handicap s'inscrit en contradiction avec cette affirmation. La progression du montant de l'AAH trouve son origine dans le fait que cette allocation a pour vocation d'attribuer un revenu de soutien pour couvrir les besoins élémentaires (s'alimenter, s'habiller, se loger, se déplacer, ...) à des personnes dont la situation est peu susceptible d'évoluer et qui risquent de devoir rester allocataires durablement. L'augmentation récente du montant de l'AAH, portée depuis plusieurs années par la forte mobilisation des associations représentatives des personnes en situation de handicap, s'inscrit dans un objectif de garantir aux personnes un revenu décent situé au-dessus du seuil de pauvreté¹⁵⁴.

5. Absence de mécanismes de détection des demandes frauduleuses d'AAH auprès des MDPH

Le rapport souligne que les MDPH sont conduites à se prononcer sur l'attribution et le renouvellement de l'AAH sur la base de documents déclaratifs et qu'il n'existe pas de mécanismes de détection des demandes frauduleuses, ce qui conduirait à l'existence d'un « angle mort » en termes de lutte contre le recours frauduleux à l'AAH.

Cette présomption d'une fraude potentielle à l'AAH s'inscrit dans une représentation erronée des démarches des bénéficiaires de minima sociaux alors que plusieurs études ont démontré que la fraude sociale était résiduelle et qu'il s'agissait bien souvent d'erreurs des allocataires et non d'une volonté délibérée de frauder. Ainsi, dans un rapport publié en 2017¹⁵⁵, le défenseur des droits soulignait que les dispositifs juridiques assimilaient souvent l'erreur et l'oubli des allocataires à de la fraude et que celle-ci restait très marginale.

¹⁵⁴ Le montant du seuil de pauvreté : 1 041 euros - 60 % du niveau de vie médian (Insee, données 2017).

¹⁵⁵ Rapport du défenseur des droits, « Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ? », septembre 2017.

Le rapport s'appuie ainsi sur des constats aléatoires et inexacts (délivrance de certificats médicaux de complaisance, équipes sous dotées en médecins qui rendraient les équipes pluri disciplinaires inefficaces, MDPH débordées par le nombre de demandes et qui accorderaient des droits sans fondement ...). Les témoignages de personnes en situation de handicap illustrent plutôt des situations où certaines personnes renoncent à leurs droits face à la complexité des démarches administratives à accomplir qui peuvent se solder par un échec (ex : difficulté à faire remplir le formulaire MDPH ...).

Soulignons également que les MDPH n'accordent pas de droits sans vérification préalable d'un minimum de garanties présentées quant aux situations des personnes et à leur éligibilité aux prestations. Si une personne ne répond pas aux convocations ou ne renvoie pas les pièces administratives demandées, la MDPH n'accorde pas ou n'ouvre pas les droits.

Enfin, du fait d'un manque de formations des équipes pluridisciplinaires, du grand turn-over de personnels auxquels font face les MDPH et donc des pertes de compétences et d'expertises des équipes, APF France handicap est plutôt amenée à constater des droits qui ne sont pas/plus accordés ou mal adaptés aux besoins des personnes. Ainsi, concernant l'utilisation du guide-barème pour l'AAH par exemple, peu d'équipes l'appliquent correctement et n'évaluent quasiment jamais les déficiences au regard de leur interaction avec l'environnement.

6. Réforme des minima sociaux et création d'un RUA

Le rapport indique que le projet de RUA offre « l'opportunité de clarifier la nature de l'AAH (et plus particulièrement de l'AAH-2) entre soutien au revenu, substitution aux revenus d'activité – au même titre que le RSA – et compensation du handicap ».

APF France handicap réaffirme que l'allocation aux adultes handicapés ne doit pas disparaître au profit d'un revenu universel d'activité ne prenant pas en compte la spécificité du handicap. Ainsi, comparée aux autres minima sociaux, l'AAH a une vocation spécifique : c'est la situation de handicap de la personne qui fonde l'accès à cette allocation et pas sa seule situation de vulnérabilité sociale.

Une fusion de l'AAH avec d'autres allocations serait de nature à fragiliser les droits des personnes en situation de handicap et à remettre en cause les acquis fondamentaux issus de la loi de 1975 qui a créé l'AAH. Par ailleurs, APF France handicap s'inscrit en faux avec l'affirmation selon laquelle l'AAH pourrait jouer un rôle de compensation du handicap : l'AAH ne saurait être confondue avec la prestation de compensation du

handicap (PCH) car elle ne compense pas la situation de handicap (à travers le financement d'aide humaine et d'aide technique, ...) mais vise à couvrir les dépenses de la vie courante du bénéficiaire (se loger, s'habiller, se nourrir ...).

Tout en préservant les fondements de l'AAH, des pistes de réforme de l'AAH pourraient être explorées pour améliorer l'accès aux droits des bénéficiaires :

- Améliorer les relations et simplifier les procédures entre les allocataires et les services des CAF et des MSA et automatiser davantage les procédures pour l'ouverture et le renouvellement des droits.*
- Renforcer l'accompagnement humain dans un contexte de dématérialisation des démarches.*
- Renforcer la formation des professionnels et améliorer la composition des équipes pluridisciplinaires d'évaluation des MDPH.*
- Rendre lisible la motivation des décisions des CDAPH : évolution des taux d'incapacité, rejet des droits à l'AAH, refus de RSDAE, refus de renouvellement*
- Faire évoluer la notion de restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) et revoir les conditions d'attribution de la RSDAE pour des temps de travail supérieurs au mi-temps.*

APF France handicap revendique aussi la création d'un réel revenu individuel d'existence spécifique pour les personnes en situation de handicap, distinct du RUA, ne prenant pas en compte les ressources du conjoint et dont le montant serait au moins égal à 60 % du revenu médian. Comme le mentionne le rapport, « l'AAH devrait s'apparenter à un régime d'invalidité général non contributif ».

Enfin, même si cela ne figure pas dans le périmètre direct du rapport, APF France handicap attire l'attention sur le fait que nombre de bénéficiaires de pension d'invalidité ont des revenus parfois très inférieurs au montant de l'AAH. L'ASI (Allocation supplémentaire d'invalidité) ne répond que partiellement au complément de ressources nécessaires pour atteindre l'AAH. L'ASI devrait être fusionnée avec l'AAH.

Observations d'APF France handicap portant sur les recommandations énoncées dans le rapport Sur les conditions d'attribution de l'AAH :

1. Rétablir la cohérence du guide-barème

Le rapport préconise un travail autour du contenu du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées. La demande d'une refonte du guide-barème a été formellement exprimée à plusieurs reprises par les acteurs associatifs dans le cadre des travaux de la conférence nationale du handicap. Mais il est important de souligner que tous les travaux conduits sur ce sujet ont fait valoir la nécessité de revoir ce guide-barème dans une perspective de mise à jour et d'élargissement à des situations de handicap qui ne sont pas ou sont encore très mal appréhendées (dys, autisme, handicap psychique ...) au vu de l'évolution des connaissances scientifiques et non pas dans une approche restrictive telle que préconisée dans le rapport de la Cour des comptes en particulier s'agissant de la notion de « gêne notable ».

Enfin, au-delà de la question des critères pertinents pour la définition du seuil d'incapacité, il apparaît que c'est davantage l'enjeu de formation et d'outillage des MDPH sur le guide-barème qui est à considérer afin que celui-ci soit appliqué de manière effective et appropriée.

2. Instituer une contre visite médicale

La proposition d'instituer une visite médicale obligatoire avec un médecin agréé avant toute attribution d'une première demande d'AAH n'est pas pertinente car elle contribuerait à ajouter une strate dans le parcours des personnes alors que la procédure d'instruction et d'ouverture des droits revêt par ailleurs un caractère opposable. Pour APF France handicap, la piste à explorer consisterait plutôt à renforcer l'évaluation préalable du handicap par une équipe véritablement pluridisciplinaire et à garantir le droit des personnes d'être entendues. Il serait également nécessaire de développer davantage certaines pratiques existantes sur des territoires et qui conduisent des MDPH à conventionner avec des médecins et des réseaux de santé etc. pour affiner leur appréciation de la situation des personnes.

3. Conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une éventuelle prise en charge médicosociale adaptée

APF France handicap s'oppose fermement à cette recommandation. En premier lieu, elle constitue une atteinte au principe de consentement de la personne aux soins posé par le code de la santé publique. En outre, elle

crée un mécanisme d'obligation et de sanctions vis à vis de la personne qui risque de la fragiliser davantage si elle était privée de son allocation en cas de refus de soins. De manière générale, le fait d'assortir l'octroi d'un droit à des contreparties ne doit pas être retenu. Il est nécessaire de privilégier les mécanismes d'incitation et de déployer les logiques d'accompagnement dans la durée à l'accès aux soins en dehors de tout caractère coercitif.

4. Instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2

Cette recommandation ne semble pas avoir de portée opératoire et interroge sur le fait de cibler spécifiquement les allocataires de l'AAH-2 alors que le nombre d'allocataires de l'AAH-1 en emploi est sensiblement équivalent¹⁵⁶. Cette proposition fait écho à un dispositif intitulé « potentiel emploi » d'évaluation de l'employabilité des TH qui avait été expérimenté mais n'a finalement pas été généralisé.

Sur la gestion et le suivi de l'AAH :

1. Examiner en séance de CDAPH toute première demande d'AAH

Cette recommandation paraît totalement décalée de la réalité des procédures d'instruction de l'AAH et n'est pas réalisable au vu du nombre de dossiers à examiner au sein des CDAPH. Elle nécessiterait que les moyens humains au sein des MDPH soient considérablement renforcés au vu du flux des dossiers à instruire et à examiner.

2. Donner la majorité des voix à l'État en CDAPH

Le rapport interroge la gouvernance actuelle de l'AAH et la place de l'État dans la procédure d'instruction et d'attribution. S'agissant de la gouvernance actuelle, la proposition que l'État dispose d'une voix prépondérante en CDAPH pour la décision d'attribution de l'AAH doit être fortement interrogée car elle induit un principe de payeur / décideur et pourrait avoir pour effet de faire prévaloir de manière prépondérante la logique budgétaire et financière au détriment de celle visant à garantir l'effectivité des droits des personnes. Les modifications des règles de vote et l'application de « qui paie décide » porterait une atteinte grave au principe de collégialité des CDAPH adopté en 2005.

¹⁵⁶ AAH-1 : 100 421 personnes ; AAH-2 : 109 577 (chiffres comprenant ESAT + milieu ordinaire) - Source : CNAF - DSER, fichiers définitifs ALLSTAT FR6 de juin 2018.

3. Sanctionner financièrement l'absence de mise en œuvre par les MDPH de leurs obligations en matière de suivi statistique

APF France handicap porte avec d'autres associations le besoin d'avoir davantage d'éléments statistiques relatifs au handicap en particulier issus des MDPH. Mais le levier de la sanction financière ne semble pas pertinent ici aussi et risquerait de fragiliser davantage les MDPH.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION AUTISME FRANCE

Si la deuxième version du rapport présente les choses un peu différemment, sur le fond, il y a peu de changements, et nos remarques faites lors de la version de juin restent valables.

A - Remarques générales

1. Nature de l'allocation adulte handicapé (AAH)

Nous sommes très surpris que le rapport décrive l'AAH comme à la fois une allocation de soutien au revenu des personnes en situation de handicap et une allocation de compensation implicite des conséquences du handicap, en insistant lourdement sur le fait que l'AAH entretient la confusion.

La convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées dans son article 28 reconnaît le droit à un niveau de vie adéquat. Comme le reconnaît la Constitution : « Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

L'AAH n'est donc pas une prestation de compensation du handicap ; elle ne compense pas la situation de handicap mais vise à couvrir les dépenses de la vie courante du bénéficiaire.

Le rapport, par ailleurs, occulte le fait que les efforts de certaines personnes handicapées avec des troubles du spectre de l'autisme se retournent contre elles. Sauf exception, un adulte autiste ne peut guère travailler qu'à mi-temps. Beaucoup de nos adhérents nous font remarquer que dès lors que ces personnes travaillent à mi-temps, en général au SMIC, elles perdent le taux d'incapacité à 80 % et l'AAH : elles se retrouvent ainsi condamnées à vivre avec 560 euros par mois. Est-ce cela la justice ?

Un accès à un emploi limité voire inexistant

Seulement 20 % des bénéficiaires de l'AAH sont en emploi. Presque six allocataires sur dix ont un taux d'incapacité de 80 % ou plus. Les allocataires de l'AAH sont également plus âgés que les autres allocataires¹⁵⁷ (17 % ont 60 ans ou plus, contre 7 % pour les autres allocataires). Seulement 8 % des allocataires de l'AAH sont inscrits à Pôle emploi fin 2016.¹⁵⁸

Un des critères d'accès à l'AAH-2 mentionne la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à un emploi (RSDAE)¹⁵⁹ posant le principe que cet accès est présumé être en partie ou définitivement impossible pour le bénéficiaire de l'AAH.

C'est une des dimensions qui fonde la spécificité de l'AAH au regard d'autres minima sociaux tels que le RSA car son attribution présuppose que la personne ne peut avoir qu'un accès très partiel voire nul à l'emploi, alors que la plupart des minimas sociaux (sauf l'ASPA) s'inscrivent dans une logique de sortie des personnes de la prestation et de retour à l'emploi à moyen terme.

L'absence de contreparties

Il n'existe pas de contrepartie exigée des bénéficiaires de l'AAH (assortie de potentielles sanctions) contrairement à ce qui prévaut par exemple pour le RSA¹⁶⁰. L'AAH est ainsi attribuée de manière inconditionnelle aux personnes en situation de handicap remplissant les conditions pour y ouvrir droit après évaluation par la MDPH.

L'absence de lien entre l'évaluation du taux d'incapacité (guide-barème) pour l'attribution de l'AAH et l'évaluation de la capacité de travail

L'attribution de l'AAH est aujourd'hui déconnectée de l'évaluation de capacité de travail pour l'AAH-1 et sous condition de reconnaissance d'une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) pour l'AAH-2 : l'AAH-1 (+80 %) attribuée sans évaluation supplémentaire car la personne peut ne pas être en capacité de travailler ou connaître des difficultés substantielles et durables d'accès à l'emploi ; l'AAH-2 (-80 %)

¹⁵⁷ Sauf pour l'ASPA.

¹⁵⁸ Source : Minima sociaux et prestations sociales, DREES, Edition 2018.

¹⁵⁹ Article D.821-1-2 du code de la sécurité sociale.

¹⁶⁰ La loi oblige le bénéficiaire du RSA à rechercher un emploi, entreprendre les démarches nécessaires à la création de sa propre activité ou entreprendre les actions nécessaires à une meilleure insertion sociale ou professionnelle.

attribuée lorsque l'on a un taux d'incapacité inférieur à 80 %, à la condition de s'être vu reconnaître une RSDAE.

Chiffres CNAF

Nombre d'allocataires de l'AAH selon l'activité professionnelle et le taux d'incapacité en juin 2018

	Incapacité ≥ 80%	Incapacité ≥ 50 % et < 80 %	Incapacité non connue ou < 50 %	Total
ESAT	53 565	47 419	12	100 996
Activité Professionnelle en milieu ordinaire	46 856	62 158	27	109 041
Pas d'activité professionnelle	516 060	410 406	343	926 809
Total	616 481	519 983	382	1 136 846

Source : CNAF - DSER, fichiers définitifs ALLSTAT FR6 de juin 2018.

- La très grande majorité des allocataires de l'AAH n'a pas d'activité professionnelle.
- Au vu des derniers chiffres transmis par la CNAF, nous faisons le constat que la distinction AAH-1 / AAH-2 n'est pas un indicateur d'activité satisfaisant. Un grand nombre d'allocataires de l'AAH-2 ne travaillent pas.

2. Définition du handicap

Le rapport conteste à plusieurs reprises une conception trop extensive de la notion de handicap, qui se serait généralisée ces dernières années et aurait contribué à une augmentation significative du nombre de bénéficiaires de l'AAH. Cette approche large, considérée par ailleurs comme démedicalisée, aurait conduit à englober les personnes souffrant d'un handicap consécutif à une situation de vulnérabilité sociale (d'où le basculement constaté dans le rapport de bénéficiaires du RSA vers l'AAH-2). Par ailleurs, le handicap psychique fait l'objet d'une interrogation répétée dans le rapport. Ce concept figure pourtant dans la loi de 2005, souvent mise en cause dans le rapport.

Le présent guide-barème a pour objet de permettre la détermination d'un taux d'incapacité, pour l'application de la législation applicable en matière d'avantages sociaux aux personnes atteintes d'un handicap (1) tel que défini à l'article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles

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

Ce guide-barème vise à permettre aux utilisateurs de fixer le taux d'incapacité d'une personne quel que soit son âge à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine.

En effet, le diagnostic ne permet pas, à lui seul, une évaluation du handicap, celui-ci variant avec le stade évolutif, les thérapeutiques mises en œuvre, en fonction de l'interaction de la personne avec son environnement. Toutefois, les éléments de diagnostic, bien qu'insuffisants à eux seuls pour rendre compte des conséquences de l'état de santé dans la vie quotidienne de la personne, sont néanmoins utiles pour la connaissance de la situation et permettent notamment d'apporter des indications sur l'évolutivité et le pronostic de l'état de la personne.

Que le guide-barème soit obsolète et mal conçu, tout le monde est bien d'accord. Il reste que c'est un outil médical. Beaucoup de MDPH partent du principe que ce n'est pas à la CDAPH de trancher sur un taux d'incapacité, mais au médecin.

3. Rôle des associations représentant les personnes en situation de handicap

Le rapport critique à demi-mot à plusieurs reprises le rôle joué par les associations représentant les personnes en situation de handicap et interroge leur rôle au sein des CDAPH et dans le suivi des politiques publiques en matière de handicap.

Les associations n'ont qu'un rôle consultatif, et leur mission est de défendre les droits des personnes, conformément à leurs statuts, et c'est encore plus vrai quand ce sont des associations RUP. Comme le rappelle la Convention ONU des droits des personnes handicapées, les politiques du handicap doivent être construites avec les personnes handicapées ou leurs représentants. La participation des personnes handicapées aux travaux qui les concernent est prévue dans la loi, par exemple au CNCPH, et réaffirmée par les politiques publiques. Nous ne comprenons donc pas cette mise en cause. Il n'appartient pas aux associations de se pencher sur le financement public des prestations et la charge qu'il représente.

4. Rapport entre AAH et RSA

Le rapport constate qu'environ 30 % des nouveaux entrants dans l'AAH proviendraient du RSA et s'interroge sur cette évolution. Nous aimerions avoir davantage d'éléments chiffrés sur ce constat et rappelons à quel point il est difficile, long et aléatoire, d'obtenir une reconnaissance du handicap, le plus souvent non pérenne, à quel point aussi les personnes au RSA ne sont pas identifiées dans le champ du handicap, alors que beaucoup le devraient, par méconnaissance d'un certain nombre de troubles, les troubles du spectre de l'autisme entre autres.

Nous tenons à rappeler que l'AAH, en particulier l'AAH-2, n'est pas pérenne : les MDPH revoient régulièrement les taux d'incapacité à la baisse ; les personnes qui avaient un taux d'incapacité à 80 % passent à un taux inférieur et se retrouvent à devoir justifier leur incapacité de travail ; certaines doivent alors demander le RSA. Beaucoup de familles se plaignent que le taux d'incapacité à 80 % accordé à des enfants autistes baisse mystérieusement à l'arrivée à l'âge adulte.

B- Commentaires sur le récapitulatif des recommandations

Sur les conditions d'attribution de l'AAH :

À destination du ministère chargé des affaires sociales :

2. Rétablir la cohérence du guide-barème entre ses principes généraux introductifs et les développements par déficience, en précisant que le seuil de 50 % d'incapacité n'est atteint qu'en cas de gêne notable dans les trois domaines de la vie quotidienne, sociale et professionnelle.

Commentaire : il faut revoir totalement le guide-barème, comme le demandent toutes les associations, pour l'adapter entre autres aux troubles neuro-développementaux, non pris en compte.

Nous tenons à rappeler que les associations ne sont pas responsables de ces outils, certes imparfaits : nous demandons pour notre part depuis 10 ans, la refonte du guide-barème, qui n'a aucun critère pour prendre en charge les troubles du spectre de l'autisme, puisque n'existent que deux entrées possibles pour eux : déficiences cognitives et intellectuelles et déficiences du psychisme, ce qui n'a strictement aucun sens, au regard des classifications internationales, que bien sûr la France refuse massivement de respecter.

6. *Instituer a minima une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH.*

Commentaire : il n'y a pas suffisamment de médecins en France, et on va leur demander une contre-expertise ? Avec quelle formation ? Quels critères d'expertise ? Il faut déjà des critères médicaux pour obtenir l'AAH.

Nous sommes sidérés devant la proposition d'instituer une rencontre ou une visite médicale obligatoire avec un médecin agréé avant toute attribution d'une première demande d'AAH, alors même que les personnes concernées ont souvent bien du mal à obtenir un certificat fonctionnel pour faire valoir leurs droits. Les MDPH exigent en effet de nombreux bilans fonctionnels avant de se prononcer, car les équipes pluridisciplinaires d'évaluation dont c'est quand même a priori la fonction, sont incapables de la remplir, et font retomber la charge et le coût de ces évaluations sur les personnes et les familles. Quand il s'agit d'autisme, où les délais diagnostiques sont souvent de plusieurs années, faute de professionnels formés, veut-on nous faire croire que des médecins non formés (agréés par qui ?) seraient plus performants ? Ce nouveau processus n'est par ailleurs conforme à la loi. La suspicion portée a priori sur les médecins qui délivreraient des certificats médicaux de complaisance, est difficilement supportable. En ce qui concerne l'autisme, la Cour des comptes peut-elle fournir des preuves ? Ce que nos adhérents nous racontent, ce sont des adultes sans diagnostic (la Cour des comptes dans son rapport sur l'autisme a elle-même difficilement identifié 75 000 adultes diagnostiqués sur 600 000), qui ne trouvent aucun médecin pour faire un diagnostic fonctionnel et donc n'arrivent pas à faire valoir leurs droits.

Quand il s'agit d'autisme, quelques MDPH un peu plus pragmatiques et soucieuses des droits des personnes, s'appuient sur les évaluations que peuvent faire des médecins libéraux ou des équipes médico-sociales, en lien avec les CRA, pour faire leur travail de manière plus précise et plus juste. Avoir une reconnaissance du handicap et une AAH reste pour la plupart des adultes autistes un parcours du combattant indécemment, très loin de ce que décrit le rapport. Ces failles des MDPH (incompétence des équipes, outils inadaptés, formation à côté de la plaque, turn-over des personnels) ont été soulignées par toutes les associations membres des groupes de travail de la CNH : elles n'ont pas à être imputées aux personnes concernées, qui en sont seulement les victimes.

4. Conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale adaptée, quand celle-ci est possible.

Commentaire : *que signifie cette recommandation ? Qu'est-ce qu'une prise en charge adaptée ? Adaptée à quoi ? Au suivi en emploi ? Avec quel contrôle ? Les SAVS et SAMSAH sont en nombre très insuffisant, leur fonction n'est pas de suivre l'emploi ; pour les 450 000 adultes autistes reconnus par la Cour des comptes, il n'y a au maximum que 20 SAMSAH sur le territoire. Voir remarques à la recommandation précédente, issues du Rapport de la Cour des comptes sur l'autisme.*

5. Instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2.

Commentaire : *quels sont les critères de l'employabilité ?*

Sur la gestion et le suivi de l'AAH :

À destination des ministères chargés des affaires sociales et du budget :

1. Dans les documents budgétaires (PAP et RAP), présenter de manière distincte les crédits prévus pour l'AAH-1 et ceux prévus pour l'AAH-2, en détaillant tous les éléments pris en compte pour la formation des prévisions de dépense.

À destination du ministère chargé des affaires sociales :

8. Examiner en séance de CDAPH toute première demande d'AAH.

Commentaire : *c'est déjà largement le cas.*

9. Donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH.

Ce serait scandaleux : *la réponse aux droits des personnes n'a pas à se faire en fonction de critères financiers qui pourraient varier d'une MDPH à l'autre : il nous a semblé comprendre que la Cour des comptes mettait l'accent sur les disparités territoriales : est-ce utile de les déplacer ?*

S'agissant de la gouvernance actuelle, *la proposition que l'État dispose d'une voix prépondérante en CDAPH pour la décision d'attribution de l'AAH est très critiquable car elle induit un principe de payeur / décideur et pourrait avoir pour effet de faire prévaloir de manière prépondérante la logique budgétaire et financière au détriment de celle visant à garantir l'effectivité des droits des personnes. Les modifications des règles de vote et l'application de « qui paie décide »*

porterait une grave atteinte au principe de collégialité des CDAPH adopté en 2005.

7. Mettre en place des mécanismes de contrôle de l'attribution à bon droit, en systématisant le contrôle interne au sein des MDPH et en créant une mission nationale de contrôle, compétente sur le plan médical.

Commentaire : qu'est-ce que le bon droit ? Qu'est-ce que la compétence médicale quand il s'agit de handicap ?

À destination de la CNSA :

3. Sanctionner financièrement, dans le cadre des relations conventionnelles avec la CNSA, l'absence de mise en œuvre par les MDPH de leurs obligations légales en matière de suivi statistique, par exemple par un mécanisme de retenue.

Les MDPH n'avaient jusqu'à présent pas de système d'information partageable. Elles n'assurent déjà leurs fonctions d'accueil et de suivi des dossiers, comment pourraient-elles produire des statistiques fiables, alors qu'aucun service de l'État n'est capable d'en produire sur le handicap ?
