

N° 90

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 1996-1997

Annexe au procès verbal de la séance du 21 novembre 1996.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 1997, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME I

AFFAIRES SOCIALES

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de MM Jean-Pierre Fourcade, président, Jacques Bimbenet, Mmes Michelle Demessine, Marie-Madeleine Dieulangard, MM Claude Huriet, Bernard Seillier, Louis Souvet, vice-présidents ; Jean Chérioux, Charles Descours, Roland Huguet, Jacques Machet, secrétaires ; François Autain, Henri Belcour, Jacques Bialski, Jean Bizet, Paul Blanc, Mme Annick Bocandé, MM Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Francis Cavalier-Benezet, Gilbert Chabroux, Philippe Darniche, Georges Dessaigné, Mme Joëlle Dusseau, MM Guy Fischer, Alfred Foy, Serge Franchis, Mme Jacqueline Fraysse-Cazals, MM Alain Gournac, André Jourdain, Pierre Lagourgue, Dominique Lariffa, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Jean Louis Lorrain, Simon Loueckhote, Jean Madelain, Michel Manet, René Marquès, Serge Mathieu, Georges Mazars, Georges Mouly, Lucien Neuwirth, Mme Nelly Olin, M André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM Henri de Raincourt, Gérard Roujas, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vézinhel

Voir les numéros :

Assemblée nationale (10ème législ.) 2993, 3030 à 3035 et T A 590

Sénat 85 et 86 (annexe n° 39) (1996-1997)

Lois de finances.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
TRAVAUX DE LA COMMISSION	5
I. AUDITION DU MINISTRE	5
II. EXAMEN DE L'AVIS	11
INTRODUCTION	17
I. LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU BUDGET DES AFFAIRES SOCIALES POUR 1997	19
A. UNE PRIORITÉ EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION	19
1. <i>Une évolution plus modérée des crédits relatifs au revenu minimum d'insertion (RMI)</i>	19
2. <i>Un effort particulier en faveur des CHRS</i>	21
a) La transformation des places d'asile de nuit	22
b) Le plan de modernisation des CHRS	23
3. <i>Le considérable renforcement des crédits d'action sociale de l'Etat</i>	24
a) Les dépenses déconcentrées	24
b) Les dépenses non déconcentrées	26
4. <i>Une progression sensible des capacités des centres de formation des travailleurs sociaux (CFTS) corrélée à une diminution des crédits consacrés à la formation des aides à domicile</i>	26
a) Les crédits relatifs aux CFTS	27
b) La baisse des crédits du CAFAD	28
c) La revalorisation des crédits consacrés aux bourses d'étude	31
d) L'incidence du projet de loi relatif à la cohésion sociale	32
B. UN EFFORT ACCENTUÉ EN FAVEUR DES HANDICAPÉS	33
1. <i>Le financement de la création de 2.000 places nouvelles en centres d'aide par le travail (CAT)</i>	35
a) Le rôle des CAT	35
b) La question persistante des effets pervers de l'amendement Creton	36
2. <i>La revalorisation significative des crédits de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) au sein des dispositifs d'aide aux ressources des handicapés</i>	41
a) Le dispositif actuel	41
b) L'évolution de l'AAH	43
c) L'incidence limitée de la mise en oeuvre du nouveau barème d'évaluation du handicap et de l'article 95 de la loi de finances pour 1994	44
d) La progression constatée de l'allocation d'étude spéciale (AES)	45
3. <i>Le renforcement des crédits consacrés à la tutelle et à la curatelle d'Etat</i>	48
4. <i>Les mesures prévues dans le budget du travail</i>	49
a) Les 500 places nouvelles en atelier protégé	49
b) Le soutien accru aux équipes de préparation et de suivi du reclassement (EPSR)	50
c) La remise à niveau des crédits relatifs à la garantie de ressources des salariés en milieu protégé	50
d) Le transfert à l'AGEFIPH du financement de la garantie de ressources des travailleurs handicapés en milieu ordinaire	51

C. LES MOYENS DES SERVICES DU MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES PARTICIPENT À L'EFFORT DE MAÎTRISE DE LA DÉPENSE PUBLIQUE.....	53
1. <i>L'évolution générale des dépenses de personnel</i>	53
2. <i>Les moyens des services enregistrent les premières conséquences de la mise en oeuvre de la réforme de la sécurité sociale</i>	54
3. <i>La question de l'efficacité des COTOREP</i>	55
4. <i>La révision des crédits relatifs aux objecteurs de conscience dans la perspective de la réforme du service national</i>	58
5. <i>L'incidence de la réforme de la sécurité sociale</i>	59
II. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE L'ACTION SOCIALE DÉCENTRALISÉE.....	60
A. LA PROGRESSION CONSIDÉRABLE DES DÉPENSES NETTES D'AIDE SOCIALE.....	61
1. <i>Une progression des dépenses nettement plus rapide que l'inflation</i>	62
2. <i>Les dépenses d'aide sociale évoluent plus rapidement que les dépenses des départements et que les ressources transférées lors de la décentralisation</i>	62
3. <i>La part croissante des dépenses d'insertion au sein des dépenses d'aide sociale</i>	64
B. LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DES DÉPENSES D'ACTION SOCIALE ET DE SOLIDARITÉ DES COLLECTIVITÉS LOCALES.....	65
1. <i>Le poids de l'aide sociale à l'enfance décroît mais reste prédominant</i>	65
2. <i>La montée en charge de l'aide sociale aux personnes âgées</i>	65
3. <i>La forte progression des dépenses d'aide sociale aux handicapés</i>	67
4. <i>La montée en puissance des dépenses d'insertion</i>	68
5. <i>La part non négligeable des dépenses indirectes</i>	69
6. <i>L'intervention des communes par l'intermédiaire des contingents communaux d'aide sociale</i>	69
C. LES POIDS RESPECTIFS DE L'EFFET COÛT ET DE L'EFFET VOLUME.....	70
III. ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION SUR LES FACTEURS INTERNES DE PRESSION À LA HAUSSE DES DÉPENSES D'ACTION SOCIALE.....	72
A. LA HAUSSE DES RÉMUNÉRATIONS DU PERSONNEL DU SECTEUR DES INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES APPARAÎT LARGEMENT À L'ORIGINE DE LA DÉRIVE SPONTANÉE DES COÛTS CONSTATÉE CES DERNIÈRES ANNÉES.....	72
1. <i>La transposition des protocoles « Durieux-Durafour »</i>	73
2. <i>L'incidence du « glissement-vieillesse-technicité »</i>	74
B. LES MODALITÉS DE FINANCEMENT DES INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES.....	77
C. LE RENFORCEMENT DES CONTRÔLES.....	79
1. <i>Le respect de l'obligation alimentaire</i>	79
2. <i>Le contrôle des droits à affiliation à la sécurité sociale</i>	79
ANNEXE N° 1 AMENDEMENT ADOPTÉ PAR LA COMMISSION.....	81
ANNEXE N° 2 LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR VOTRE RAPPORTEUR (dans l'ordre chronologique).....	83

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DU MINISTRE

Réunie le mardi 5 novembre 1996, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade président, la commission a procédé à l'audition de M. Jacques Barrot, ministre du travail et des affaires sociales, accompagné de M. Hervé Gaymard, secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sur les crédits de son département ministériel pour 1997, consacrés aux affaires sociales et à la santé.

M. Jacques Barrot, ministre du travail et des affaires sociales, a tout d'abord souligné que le projet de budget pour 1997 des affaires sociales et de la santé d'un montant de 69,5 milliards de francs était « un bon budget » qui donnerait les moyens de conduire la politique de santé et les politiques sociales voulues par le ministère.

Il a souligné que les crédits progressaient cette année d'un peu plus de 2 milliards de francs en estimant que cette hausse significative traduisait la priorité que le Gouvernement attachait à la santé publique et au renforcement de la cohésion sociale.

Il a tout d'abord présenté le budget de l'action sociale et de la solidarité en indiquant que les crédits s'élèveraient à 61,4 milliards de francs en 1997, soit une progression de 3,7 % par rapport à 1996. Il a souligné que la première priorité de ce budget était l'accroissement des crédits en faveur des dispositifs de lutte contre l'exclusion et de renforcement de la cohésion sociale.

Il a indiqué que les crédits relatifs au revenu minimum d'insertion (RMI) progressaient de 5,3 % et qu'ils constituaient le premier poste de dépenses du budget. Il a estimé que cette progression des crédits permettrait, sans modifier les conditions d'attribution et en mobilisant de manière accrue les moyens locaux de contrôle, de faire face à la croissance éventuelle du nombre de bénéficiaires. Il a considéré que la mise en oeuvre du projet de loi de renforcement de la cohésion sociale permettrait aux allocataires du RMI de bénéficier dès le second semestre de 1997 d'une politique d'insertion professionnelle plus vigoureuse.

Il a constaté en second lieu que les crédits relatifs aux centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) progresseraient de 5,6 %, soit un doublement de l'effort réalisé en 1995 et en 1996 afin de financer la création de 1.000 places nouvelles en 1997.

Il a précisé que les crédits des programmes d'action sociale de l'Etat consacrés à la lutte contre l'exclusion et à l'accueil d'urgence des sans-abri augmentaient de 6 % pour atteindre près d'un milliard de francs et que les crédits déconcentrés relatifs à la prise en charge de l'urgence sociale progressaient de 100 millions de francs.

Enfin, il s'est félicité de l'augmentation de 10 % des effectifs d'éducateurs et d'assistantes sociales qui permettait la mise en place de 13 millions de francs de mesures nouvelles.

Il a ensuite évoqué la seconde priorité du projet de budget relative à l'accentuation de l'effort en faveur des personnes handicapées. Il a rappelé que la politique en faveur des personnes handicapées s'inscrivait dans la ligne du discours prononcé en juillet 1995, à Bort-les-Orgues, par le Président de la République et qu'elle visait de manière prioritaire l'insertion sociale et professionnelle des travailleurs handicapés dans le droit fil de la loi d'orientation du 30 juin 1975.

Il a indiqué que le budget permettrait de créer 2.000 places nouvelles de centres d'aide par le travail (CAT), pour un montant total de 135 millions de francs, qui viendrait s'ajouter aux 84.300 places autorisées à ce jour afin notamment de contribuer à résorber les effectifs de jeunes adultes maintenus dans les établissements d'éducation spéciale au titre de l'amendement « Creton ».

Il a mis l'accent par ailleurs sur la revalorisation de 7,2 % des crédits de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui représentera 1,5 milliard de francs en 1997.

Pour conclure, il a souligné la progression très importante, de l'ordre de 18 %, des crédits inscrits pour financer les associations gérant les mesures de tutelle et de curatelle d'Etat dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, ainsi que des crédits ouverts pour l'aide médicale à la charge de l'Etat, en hausse de 17 %, afin d'éviter tout report de charges entraînant des retards de paiement préjudiciables aux acteurs du système de santé et d'améliorer l'accès aux soins des plus démunis.

M. Jean Chérioux, rapporteur pour avis, *s'est interrogé sur les réformes envisagées par le ministre pour mieux maîtriser la forte augmentation des dépenses de personnel dans le secteur social et médico-social sous l'effet du glissement vieillissement-technicité (GVT), des mesures catégorielles et des conventions collectives, sur l'utilité de*

l'application d'un taux directeur aux enveloppes budgétaires des institutions sociales et médico-sociales, sur l'origine de l'augmentation du coût unitaire des places de CAT, sur les mesures prévues pour améliorer l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire et sur les risques de fraude ou d'erreurs dans l'attribution du RMI évalué à 2 milliards de francs pour la Cour des Comptes en 1995.

En réponse, M. Jacques Barrot, ministre du travail et des affaires sociales, a apporté les précisions suivantes :

S'agissant des dépenses de personnel dans le secteur social, il a constaté que l'application des conventions collectives répercutait en pratique les mesures salariales intéressant la fonction publique, mais aussi les mesures catégorielles résultant des différents protocoles passés dans l'ensemble des institutions sociales et médico-sociales. Il a rappelé que les instructions budgétaires adressées aux préfets admettaient un taux moyen de GVT de 0,8 % et, qu'au-delà de ce taux, il appartenait aux établissements de dégager par leurs moyens, ou par négociation avec l'autorité de tutelle locale, les marges permettant de faire face à des GVT atypiques.

Il a précisé qu'avait été mise en place une politique de refus des avenants en matière salariale qui ne trouveraient pas leur financement dans les marges ouvertes par le taux directeur de l'exercice.

S'agissant de l'encadrement des dépenses, il a souligné que le secteur social et médico-social ne pouvait pas faire exception au principe de l'encadrement des dépenses par des enveloppes opposables auxquelles s'applique un taux directeur de croissance des dépenses et a estimé que les décisions budgétaires de l'Etat ne pouvaient être prises sous la menace constante d'une remise en cause par le juge.

Néanmoins, il a précisé que le principe de l'opposabilité des enveloppes budgétaires devrait figurer dans la réforme de la loi du 15 juin 1975 après la mise au point d'outils fins d'allocation des ressources.

Concernant les places de CAT, il a constaté que le montant du coût unitaire pour la place de CAT retenu dans le projet de budget pour 1997 ne traduisait pas de dérive en 1997 par rapport au coût moyen constaté en 1995 et a rappelé que, de 1989 à 1995, le coût moyen en francs constants de la place de CAT avait connu une augmentation de 5 % alors que le SMIC progressait de 24 % sur la période.

Il a souligné que le coût à la place des CAT connaissait une progression mesurée qu'enregistrait l'impact inévitable mais contenu des évolutions salariales, compte tenu des consignes de rigueur du financeur public.

Concernant la fraude au RMI, il a souligné que les estimations du rapport de la Cour des Comptes en 1995 étaient antérieures à la mise en place des procédures de contrôle par croisement de fichiers informatiques.

Il a estimé que les indus ne devaient plus représenter que 1,2 milliard de francs en 1996 dont les trois quarts au demeurant étaient récupérés ou compensés, en soulignant que les indus ne pouvaient toujours être assimilés à des fraudes.

Il a souligné que le RMI était une prestation plus contrôlée que les autres par les agents des caisses d'allocations familiales (CAF) et que des progrès pourraient vraisemblablement être encore obtenus dans le cadre de la réforme des commissions locales d'insertion (CLI) prévue par l'avant-projet de loi de cohésion sociale.

Concernant l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire, il a souligné que la garantie de ressource était un mécanisme essentiel pour assurer cette insertion en estimant que des progrès pourraient être recherchés en matière d'insertion des handicapés dans la fonction publique.

***M. Paul Blanc** s'est interrogé sur la prise en charge des travailleurs handicapés âgés et sur la mise en oeuvre du principe de la transformation du RMI en un « revenu minimum d'activité ».*

***M. Jean Madelain** s'est interrogé sur l'accueil des handicapés adultes qui ne sont pas aptes à s'intégrer en milieu protégé et sur les mesures envisagées à l'issue de l'achèvement du programme triennal de construction de maisons d'accueil spécialisées (MAS) et de foyers à double tarification.*

***M. Alain Vasselle** s'est interrogé sur les mesures prises pour renforcer le rôle des maires et des centres communaux d'action sociale (CCAS) dans l'attribution du RMI, sur l'estimation du nombre de places de soins infirmiers à domicile qui seraient dégagées dans le cadre de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, sur la réforme de la double tarification.*

***Mme Marie-Madeleine Dieulangard** a constaté que le secteur associatif rencontrait parfois des difficultés à assumer les augmentations des dépenses salariales. Elle a souhaité qu'une période de neutralisation soit mise en place pour que les titulaires du RMI puissent continuer à bénéficier de cette prestation au cours des premiers mois de la reprise d'une activité salariée.*

***M. Claude Huriot** s'est interrogé sur les difficultés d'hébergement des handicapés mentaux âgés, sur la baisse des crédits relatifs aux objecteurs de conscience.*

M. Alain Gournac s'est interrogé sur l'accroissement des dépenses au titre de l'aide médicale sur le RMI à travers la carte santé en mettant l'accent sur la nécessité de mettre en oeuvre l'obligation alimentaire. Il s'est interrogé sur l'augmentation des crédits destinés aux commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) dans le contexte créé par la mise en oeuvre de la loi sur la dépendance des personnes âgées.

M. Bernard Seillier s'est interrogé sur la diminution des crédits de formation pour les intervenants à domicile.

En réponse, **M. Jacques Barrot, ministre du travail et des affaires sociales**, a apporté les précisions suivantes :

- s'agissant de la prise en charge des handicapés mentaux âgés, il a précisé que le Gouvernement avait commandé une étude à Mme Geneviève Laroque, présidente de la fondation nationale de gérontologie, sur cette question afin de dégager les réponses spécifiques les plus adéquates et il a estimé que ce dossier devrait être traité dans le cadre de la révision de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales afin notamment d'améliorer et de clarifier les règles du jeu entre l'Etat et les collectivités locales ;

- concernant la notion de « revenu minimum d'activité », il a indiqué que dans le cadre de l'avant-projet de loi de cohésion sociale, le Gouvernement proposerait aux bénéficiaires de minima sociaux des contrats d'initiative locale (CIL) réservés aux employeurs publics et aux associations à but non lucratif qui s'inscriraient dans une logique d'activation des dépenses passives ;

- s'agissant des handicapés qui ne peuvent être accueillis en milieu protégé, il a estimé que leur cas pourrait être traité dans le cadre de la réforme de la loi de 1975 en mettant l'accent sur les aspects sanitaires ;

- concernant le RMI, il a souligné que le projet de loi de cohésion sociale aurait pour objectif de permettre une gestion plus décentralisée de cette prestation en réformant notamment les commissions d'attribution dont il a souligné qu'elle devrait disposer d'un véritable relais communal ;

- s'agissant de la dépendance des personnes âgées, il a estimé à 2.000 le nombre de places d'infirmiers à domicile qui seraient financées par le Gouvernement ;

- concernant la reprise d'une activité par les titulaires du RMI, il a précisé qu'en cas d'activité temporaire, la règle dite « de l'intéressement » permettait d'éviter les à-coups dans le versement de la prestation maintenue pendant trois mois en soulignant qu'il souhaitait donner plus de publicité à cette mesure qui concernerait actuellement 100.000 personnes ;

- s'agissant des crédits relatifs aux objecteurs de conscience, il a précisé que l'économie de 98 millions de francs prévue dans le projet de loi de finances pour 1997 était due à la décélération du nombre de jeunes appelés qui demandent à bénéficier de ce statut dans la perspective de la réforme prochaine du service national, ainsi qu'au souhait du Gouvernement de rendre plus équilibré le partage de la charge financière entre l'Etat et les associations ;

- s'agissant de l'aide médicale gratuite pour les titulaires de RMI, il a estimé regrettable que l'attribution de la carte santé soit conditionnée par l'attribution de cette prestation tout en soulignant que ce problème devrait être résolu dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie universelle ;

- concernant les COTOREP, il a précisé que les crédits étaient augmentés de 10 % pour assurer la prise en charge des vacations médicales qui font actuellement l'objet de retards de remboursement importants ;

- s'agissant de l'aide à domicile, il a estimé que le financement de la formation qui avait été assuré à titre exceptionnel par l'Etat relevait en principe de la responsabilité des collectivités locales.

II. EXAMEN DE L'AVIS

Réunie le mardi 19 novembre 1996 sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, la commission a examiné le rapport pour avis de M. Jean Chérioux sur le projet de loi de finances pour 1997 (affaires sociales).

Evoquant tout d'abord les crédits relatifs à la lutte contre l'exclusion, M. Jean Chérioux, rapporteur pour avis, a constaté que le ralentissement observé de l'augmentation des effectifs en 1995 avait permis de fixer la dotation du revenu minimum d'insertion à 24,2 milliards de francs pour 1997, en hausse de 5,65 %.

Il a indiqué ensuite que la dotation relative aux centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) faisait l'objet d'une mesure nouvelle de 84 millions de francs, destinée à assurer la transformation de 1.000 places d'asile de nuit en places de CHRS.

Puis, il a évoqué l'augmentation des crédits des programmes d'action sociale de l'Etat destinée à améliorer les structures d'accueil de jour pour les sans domicile fixe.

Concernant la formation des travailleurs sociaux, il a souligné que la mesure nouvelle de 34 millions de francs permettrait d'augmenter la capacité d'accueil dans les établissements de formation dès la rentrée de 1997, tout en s'interrogeant sur les conséquences de la baisse pour les collectivités territoriales des crédits de formation dans le secteur de l'aide à domicile.

Abordant ensuite l'effort budgétaire en faveur des personnes handicapées, il a évoqué la création de 2.000 places nouvelles en centres d'aide par le travail (CAT) destinées à résorber les effets de l'amendement Creton, la forte revalorisation, d'un montant de 2 milliards de francs, des crédits finançant l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et le financement par le budget du travail de 500 places nouvelles en ateliers protégés.

Concernant l'article 97 du projet de loi de finances, il a souligné que le transfert à l'association de gestion du fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH) de la charge du complément de rémunération versé au titre de la garantie de ressources des handicapés travaillant en milieu ordinaire, soulevait à terme la question du maintien du statut d'association à l'AGEFIPH.

Puis, il a évoqué l'évolution des effectifs et des moyens de fonctionnement du ministère en soulignant que celui-ci participait à l'effort de maîtrise de la dépense publique.

Il s'est interrogé, en particulier, sur l'opportunité de la revalorisation des moyens de fonctionnement des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) décidée dans le projet de budget.

Evoquant ensuite l'évolution des dépenses d'aide sociale des collectivités locales, il a présenté les résultats des travaux de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) sur le montant de la dépense nette d'aide sociale en 1995 et la répartition de ces dépenses en fonction des différents secteurs d'intervention de l'action sociale.

M. Jean Chérioux, rapporteur pour avis, a souligné qu'au sein de la progression générale des dépenses d'aide sociale décentralisée l'effet dû à l'augmentation du coût des prestations expliquait à lui seul les deux tiers de l'accroissement constaté des dépenses.

Il a abordé enfin les facteurs spontanés de la hausse des coûts de l'action sociale au cours de ces dernières années.

Il a évoqué en premier lieu la hausse des rémunérations du personnel du secteur des institutions sociales et médico-sociales résultant notamment de l'extension du protocole « Durafour » à ces personnels.

Il a souligné par ailleurs l'incidence du glissement vieillesse technicité (GVT) et les contraintes qui en résultaient pour les budgets des établissements.

Il a évoqué ensuite la question des modalités de financement et de tarification des établissements sociaux et médico-sociaux.

A cet égard, il a proposé de rétablir l'article 98 du projet de loi de finances pour 1997, supprimé par l'Assemblée nationale en première lecture, en prévoyant toutefois de reporter sa date d'application au 1er janvier 1998 au lieu du 1er janvier 1997.

Il a souligné qu'il était important d'inciter les gestionnaires d'institutions sociales et médico-sociales à se doter le plus rapidement possible d'instruments d'évaluation quantitative et qualitative de leur action.

Il a abordé enfin les contrôles qui pourraient utilement être effectués sur les ressources et les droits des bénéficiaires de l'aide sociale ou de leur famille.

Il a souhaité, en particulier, le respect des règles actuellement applicables en matière d'obligation alimentaire pour les titulaires du RMI et l'examen approfondi des droits à prestations en nature au régime d'assurance maladie pour les bénéficiaires du RMI inscrits à l'assurance personnelle.

En conclusion, il a proposé d'émettre un avis favorable à ce projet de budget, en soulignant que le projet de loi relatif à la cohésion sociale et la réforme à venir des institutions sociales et médico-sociales modifieraient sensiblement le régime de l'action sociale.

M. Charles Descours s'est félicité de la réflexion engagée sur une meilleure maîtrise des dépenses de l'action sociale et médico-sociale et s'est interrogé sur les raisons de la baisse des crédits consacrés au service national des objecteurs de conscience.

M. Alain Vasselle a souligné que la baisse de 16 millions de francs des crédits consacrés à la formation des intervenants à domicile était d'autant plus regrettable que la réforme de la prestation dépendance des personnes âgées nécessitait d'améliorer la formation de ces intervenants. Il a évoqué les surcoûts résultant pour les foyers « occupationnels » gérés par les départements de la mise en oeuvre de l'amendement « Creton ». Il a souhaité que les COTOREP respectent un délai rapide pour l'examen de tous les dossiers qui leur sont soumis. Il s'est interrogé sur la possibilité de mettre en oeuvre pour les personnels des instituts sociaux et médico-sociaux un dispositif de congé de fin d'activité analogue à celui mis en place pour les fonctionnaires d'Etat, territoriaux et hospitaliers. Enfin, il a souhaité que les maires disposent de pouvoirs plus importants en matière d'attribution du RMI.

M. Jacques Machet s'est interrogé sur l'opportunité de l'augmentation des crédits relatifs aux COTOREP et a regretté la baisse des crédits relatifs à la formation des intervenants à domicile.

M. Bernard Seillier a rappelé les compétences attribuées aux collectivités territoriales en matière de formation des intervenants à domicile.

Mme Annick Bocandé a envisagé la possibilité d'instaurer un taux directeur opposable pour les établissements sociaux et médico-sociaux dépendants des départements.

M. Pierre Lagourgue, évoquant la situation du département de La Réunion, a souhaité la transformation du RMI en un « revenu minimum d'activité ».

Mme Joëlle Dusseau s'est demandé si la mise en oeuvre systématique de l'obligation alimentaire auprès des parents des bénéficiaires

de RMI ne risquait pas de faire peser des charges trop lourdes sur des ménages âgés au revenu moyen qui ont parfois déjà leurs parents à leur charge. Elle s'est interrogée sur la situation des conjoints de titulaires de RMI en matière d'assurance personnelle. Elle a regretté la baisse des crédits relatifs à la formation de l'aide à domicile.

M. Alain Gournac a estimé que les mesures nouvelles envisagées pour le fonctionnement des COTOREP pourraient servir plus utilement à la formation de l'aide à domicile.

M. François Autain s'est interrogé sur les conséquences financières de l'article 97 de la loi de finances pour l'AGEFIPH.

Mme Gisèle Printz s'est interrogée sur la notion de revenu élevé.

M. Georges Mazars s'est demandé si le transfert à l'AGEFIPH de la charge liée à la garantie de ressources des travailleurs handicapés en milieu ordinaire était compatible avec le statut d'association de cet organisme.

En réponse, **M. Jean Chérioux** a souligné, s'agissant de l'AGEFIPH, que le transfert des obligations relatives à la garantie de ressources était conforme à la mission de cet organisme et a estimé qu'il semblait logique de regrouper l'exercice de cette compétence auprès de cet établissement à la condition toutefois d'en adapter le statut.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, s'est demandé si le maintien du statut d'association pour l'AGEFIPH ne serait pas désormais susceptible de critique de la part des juges des comptes.

S'agissant de l'obligation alimentaire en matière de RMI, **M. Jean Chérioux, rapporteur pour avis**, a souligné que celle-ci ne pourrait jouer utilement qu'auprès des parents dont les revenus sont largement supérieurs à la moyenne en estimant qu'en tout état de cause, il conviendrait de tenir compte des charges de famille éventuelles pesant sur les ménages.

Il a souligné que la mise en oeuvre plus rigoureuse de l'obligation alimentaire devrait viser à mettre fin aux anomalies les plus flagrantes en matière de distribution du RMI.

S'agissant du RMI, il a estimé que le dispositif pourrait être amélioré à l'occasion de la discussion du projet de loi relatif au renforcement de la cohésion sociale, tant en ce qui concerne le rôle des commissions locales d'attribution que l'obligation d'accomplir une activité par le bénéficiaire.

Il a souligné toutefois que le rôle du maire en matière d'attribution du RMI pouvait être abordé sous un angle différent en milieu rural et en milieu urbain.

M. Jean Chérioux, rapporteur pour avis, a rappelé que les moyens de fonctionnement supplémentaires des COTOREP étaient destinés à rattraper des retards de paiement de vacations médicales.

Concernant les COTOREP, il a souligné qu'il demanderait au ministre que les délais d'examen des dossiers soient accélérés.

Après un débat au cours duquel sont intervenus MM. Jean-Pierre Fourcade, président, MM. Alain Vasselle, Jean Chérioux, rapporteur pour avis, la commission a finalement décidé de ne pas déposer un amendement de réduction des crédits des COTOREP.

La commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits relatifs aux affaires sociales dans le projet de budget pour 1997 et a adopté un amendement rétablissant l'article 98 du projet de loi de finances pour 1997, en prévoyant de reporter son application à compter du 1er janvier 1998.

Mesdames, Messieurs,

Issu de la réorganisation des avis budgétaires décidée par votre commission des Affaires sociales pour tenir compte de la mise en place de la loi de financement de la sécurité sociale, cet avis est totalement nouveau, puisqu'il porte sur les crédits des « affaires sociales » entendus au sens large, c'est-à-dire sur les moyens inscrits au titre de l'action sociale et de la solidarité et sur les moyens en personnel et de fonctionnement du ministère.

Cet avis commente certains des chapitres budgétaires auxquels nos excellents collègues, MM. Jacques Machet pour les handicapés, et Paul Blanc pour la lutte contre l'exclusion, avaient consacré de riches développements dans leurs rapports de l'année dernière, tout en s'inscrivant dans une approche plus générale. Votre rapporteur a souhaité évoquer en particulier l'évolution des dépenses de l'action sociale décentralisée et les facteurs d'évolution de la dépense sociale.

Votre commission s'est félicitée de la priorité accordée dans ce projet de budget à la lutte contre l'exclusion et de l'accent mis sur l'aide aux travailleurs handicapés.

En particulier, elle a considéré comme positives les mesures prises pour assurer la transformation de 1.000 places de centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) supplémentaires, ainsi que pour ouvrir 2.000 places nouvelles en centres d'aide par le travail (CAT) pour les handicapés.

Ce budget a appelé néanmoins de la part de votre commission trois observations :

- la baisse des crédits relative à la formation des intervenants à domicile paraît de nature à induire des dépenses supplémentaires difficilement maîtrisables par les collectivités territoriales dans un secteur en plein expansion ;

- l'activité des COTOREP qui devrait être sensiblement allégée par la mise en oeuvre de la prestation spécifique dépendance, ne s'effectue pas *aujourd'hui dans des conditions de délai satisfaisantes et des efforts devraient être engagés* en ce domaine ;

- le transfert de la garantie de ressources des travailleurs handicapés en milieu ordinaire à l'AGEFIPH, prévue à l'article 87 du projet de loi de finances, permet d'assurer une meilleure allocation de ressources issues de prélèvements obligatoires sur les entreprises mais nécessite vraisemblablement une réflexion sur l'adaptation du statut de l'AGEFIPH.

Après avoir retracé les évolutions des dépenses de l'action sociale décentralisée, votre commission s'est interrogée sur les facteurs internes d'évolution de ces dépenses, en mettant l'accent en particulier cette année :

- sur l'effet des évolutions des rémunérations dans le secteur de l'action sociale ;

- sur l'incidence du glissement vieillesse-technicité au cours des prochaines années ;

- et sur les modalités de financement des établissements sociaux.

Sur ce dernier point, votre commission a souhaité rétablir l'article 98 du projet de loi de finances visant à instaurer un encadrement des dépenses des établissements sociaux financés par l'Etat en prévoyant toutefois de reporter sa mise en oeuvre au 1er janvier 1998.

Par ailleurs, votre commission a reconnu l'utilité d'une amélioration de la mise en oeuvre de l'obligation alimentaire auprès des parents de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion disposant de revenus élevés.

Telles sont les principales conclusions de l'avis rendu par votre commission sur le projet de budget des affaires sociales pour 1997 et qui l'ont conduit à émettre un avis favorable à l'adoption des crédits de ce budget.

I. LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU BUDGET DES AFFAIRES SOCIALES POUR 1997

L'enveloppe budgétaire du bleu « action sociale et solidarité » s'élève à 61,4 milliards de francs dans le présent projet de budget. Elle augmente de 3,7 %, alors que les dépenses de l'Etat demeurent stables.

Deux priorités fortes animent le budget de l'action sociale et de la solidarité en 1997 : la lutte contre l'exclusion, d'une part, et l'accroissement des efforts en faveur des handicapés, d'autre part.

A. UNE PRIORITÉ EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

Quatre points méritent d'être soulignés en ce domaine.

1. Une évolution plus modérée des crédits relatifs au revenu minimum d'insertion (RMI)

En premier lieu, les crédits relatifs au revenu minimum d'insertion (RMI) qui représentent, avec **24,23 milliards de francs**, le premier poste de dépenses de ce budget en 1997, connaissent une évolution plus modérée que les années précédentes.

Au 30 juin 1996, le **nombre de foyers** percevant le RMI était de **993.964** dont 108.903 dans les DOM et, compte tenu des conjoints et des enfants à charge, ce sont actuellement plus de 1,8 million de personnes qui sont couvertes par la prestation.

Le nombre d'allocataires a plus que doublé depuis la création de la prestation et le montant de la dotation budgétaire de l'Etat a quadruplé, passant de 6 milliards de francs en 1989, à 24 milliards de francs aujourd'hui.

Evolution des effectifs et des crédits au titre du RMI

	Effectifs des titulaires au 31 décembre	Crédits budgétaires de l'Etat en LFI et LFR (en millions de francs)	% de progression des crédits budgétaires
1989	405.000	6.000	
1990	510.146	8.668	+ 44,5 %
1991	582.361	14.325	+ 65,3 %
1992	671.243	13.168	- 8,1 %
1993	792.947	16.631	+ 26,3 %
1994	908.336	19.217	+ 15,5 %
1995	946.010	22.022	+ 14,6 %
1996	989.000	23.000	+ 4,4 %
1997		24.230	+ 5,35 %

Sur l'année, la rotation entre les flux d'entrée et de sortie du dispositif représente environ 33 % des allocataires.

Parmi les allocataires payés par les CAF (caisses d'allocations familiales), les moins de 30 ans représentent 30 %. Les allocataires de moins de 25 ans représentaient, au 31 décembre 1995, un quart (25 %) des allocataires.

L'allocation de RMI est de **2.374,50 F** par mois pour une personne seule et de 3.561,75 F pour un couple. Ce montant est majoré pour chaque enfant à charge.

La hausse des effectifs du RMI s'est sensiblement ralentie à partir de 1995. Entre juin 1995 et juin 1996, la hausse a été de 5,26 % en métropole contre 9,2 % l'année dernière. En valeur absolue, il est à noter que le RMI a compté 47.200 bénéficiaires de plus sur les douze derniers mois alors que, sur la même période de l'année précédente, l'augmentation était de 74.000 allocataires.

Ce ralentissement permet une certaine modération dans l'évolution de la dotation prévue pour 1997, égale à 24,2 milliards de francs, en hausse de 5,65 %, pour tenir compte de l'augmentation prévisible du nombre de bénéficiaires et de la revalorisation de la prestation.

2. Un effort particulier en faveur des CHRS

Le second point important est l'augmentation sensible de la dotation relative aux centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) qui passe à **2,34 milliards de francs** pour 1997, compte tenu d'une mesure de 84 millions de francs qui permettra de financer 1.000 places nouvelles.

Au 1er janvier 1994 étaient recensés **762 CHRS** comprenant 29.074 places et ayant effectué 146.336 prises en charge. 7.410 personnes en équivalent temps plein sont employées par les CHRS.

Répartition régionale des CHRS et des places en CHRS

Région	Nombre de CHRS	Nombre de places	% du nombre de places
Alsace	24	832	2,9
Aquitaine	31	1.001	3,4
Auvergne	9	146	0,5
Basse Normandie	11	340	1,2
Bourgogne	28	1.232	4,2
Bretagne	25	971	3,3
Centre	25	889	3,1
Champagne Ardennes	21	771	2,7
Corse	3	52	0,2
Franche Comté	18	574	2,0
Haute Normandie	35	1.850	6,4
Ile-de-France	138	6.501	22,4
Languedoc-Roussillon	23	560	1,9
Limousin	7	143	0,5
Lorraine	36	1.856	6,4
Midi-Pyrénées	30	968	3,3
Nord Pas-de-Calais	58	1.872	6,4
Pays de la Loire	41	1.396	4,8
Picardie	24	1.039	3,6
Poitou Charentes	25	651	2,2
Provence Alpes Côte d'Azur	60	2.191	7,5
Rhône Alpes	86	3.187	11,0
DOM	4	52	0,2
FRANCE ENTIÈRE	762	29.074	100

a) *La transformation des places d'asile de nuit*

Au cours ces dernières années, le dispositif social de lutte contre l'exclusion, dans ce domaine, était constitué de deux secteurs :

- *les structures d'hébergement d'urgence*, de type asiles de nuit, fournissant aux personnes à la rue, à moindre coût, le gîte et le couvert, dans des conditions perfectibles. Ces établissements, dépourvus d'assise légale et réglementaire solide, sont financés par des subventions de crédits d'action sociale non pérennes et des financements locaux dont le renouvellement n'est pas assuré.

- *les centres d'hébergement et de réadaptation sociale*, définis par la loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales et l'article 185 et suivants du CFAS. Financés sur crédits d'aide sociale (dépenses obligatoires) sous forme de dotation annuelle, ces centres, dotés de professionnels, accueillent, hébergent et accompagnent dans leur démarche de réinsertion sociale et professionnelle toute personne qui, le demandant -par l'entremise souvent d'un service social-, est admise à bénéficier de l'aide sociale en matière d'hébergement.

Ces dernières années, pour faire face à l'aggravation de la misère et de la rupture des liens sociaux, des structures nouvelles ont vu le jour, plus légères, plus ouvertes, offrant des prestations de réconfort, de recours, de soins immédiats : boutiques de la solidarité, accueils de jour, ainsi que des dispositifs tels que le « SAMU social », orientés vers les personnes qui tendaient à éviter les structures institutionnelles.

Pour être pleinement efficaces, ces trois types d'instrument ne doivent pas devenir des structures isolées avec leur culture spécifique, une gestion et un contrôle administratif propre à chacune des catégories, un financement cloisonné et des publics captifs. Les pouvoirs publics souhaitent offrir une architecture globale cohérente, présentant une « palette » de prestations, de l'accueil d'urgence à l'insertion.

Pour cela, la circulaire relative aux CHRS du 14 mai 1991 a rappelé que « *toute personne sans domicile fixe devait pouvoir être accueillie, la formule traditionnelle d'asile de nuit devant progressivement évoluer vers d'autres modes d'accueil où les personnes sans-abri trouvent les moyens de se reconstituer, prendre leur repas, passer une ou plusieurs nuits dans un lieu rassurant (...)* ».

Aujourd'hui, le projet de loi de cohésion sociale, soumis pour avis au Conseil économique et social, prévoit dans ses articles 49 à 52 d'inscrire, dans le champ de la loi du 30 juin précitée, certains centres d'hébergement

d'urgence (asiles de nuit) et dispositifs de premier recours (accueils de jour et SAMU sociaux), à l'instar des CHRS.

La première traduction anticipée de ces dispositions est l'augmentation de 84 millions de francs des crédits consacrés aux CHRS en 1997.

Ce sont ainsi **plus de 1.000 places d'asiles de nuit**, de services d'accueil, d'orientation et de gestion des places disponibles qui seront **transformées en places de CHRS**, permettant de ce fait un meilleur accueil et une meilleure prise en charge vers l'insertion pour les personnes les plus démunies.

b) Le plan de modernisation des CHRS

Il convient de rappeler qu'une circulaire du 22 février 1995 a mis en place un **plan de modernisation des CHRS**.

Les gestionnaires des CHRS doivent se conformer à l'obligation de :

- contribuer à l'accueil en urgence sans condition de toute personne dans le besoin ainsi que la prise en charge des personnes à la rue, les plus démunies et les plus atteintes ;

- mutualiser leurs compétences et se constituer en réseau partenarial dans chaque département ;

- négocier et signer de nouvelles conventions d'objectifs renouvelables tous les trois ans avec l'autorité de tutelle ;

- rationaliser leur politique budgétaire en veillant à la saine utilisation des crédits d'aide sociale alloués et à la mobilisation des autres financeurs légitimés à intervenir sur le front de la lutte contre l'exclusion (collectivités locales, etc.).

Ces efforts doivent pouvoir être évalués par les responsables administratifs. C'est pourquoi, outre les conventions précitées, la récente mise en place d'une application nationale informatisée, permet désormais l'édition de ratios financiers et physiques grâce auxquels il est possible d'apprécier de façon fiable et univoque l'efficacité des centres et des services qu'ils rendent.

Cet outil d'aide au pilotage et d'aide à la décision sera prochainement complété par sa version qualitative permettant d'évaluer la réalité de la « plus-value » sociale apportée par les CHRS en comparant les conditions des personnes à leur entrée et à leur sortie, en matière d'emploi, de ressources, de logement et de prestation sociale.

Votre rapporteur se félicite que des contreparties précises aux engagements financiers importants de l'Etat soient demandées aux CHRS et que l'Etat dispose maintenant des premiers outils d'évaluation de la productivité des efforts consentis.

3. Le considérable renforcement des crédits d'action sociale de l'Etat

Les crédits des programmes d'action sociale de l'Etat atteindront **987 millions de francs en 1997**, soit une progression de **6 %** par rapport à 1996. Cette hausse permet notamment de consacrer 583 millions de francs à la lutte contre l'exclusion. Il convient de distinguer à cet égard les dépenses déconcentrées de celles qui ne le sont pas.

a) Les dépenses déconcentrées

- les dépenses déconcentrées sont abondées de 100 millions de francs supplémentaires afin d'augmenter **le parc des places disponibles au titre de l'hébergement d'urgence** afin notamment de maintenir un plus grand nombre de places ouvertes au-delà de l'hiver et de prolonger ainsi l'effort entrepris en 1996.

En effet, les crédits délégués concernent tout d'abord les crédits consacrés à l'urgence sociale. Ils financent notamment des actions en direction des sans-abri, la prise en charge des factures impayées EDF, l'aide alimentaire, l'accompagnement social dans le logement et l'appui social individualisé (ASI).

En 1996, le montant total des dépenses relatives à ces actions avait été porté à 400 millions de francs. Les actions renforcées en 1996 ont été les actions d'urgence sociale (305 millions de francs prévus) et l'accompagnement social dans le logement (40 millions de francs prévus).

Il reste que les actions d'urgence sociale recouvrent en premier lieu **l'hébergement d'urgence des sans-abri**. Pendant l'hiver 15.000 places d'urgence sont ouvertes, dont 5.000 en région parisienne.

Les nouveaux moyens dégagés ont permis aussi de renforcer les **Samu sociaux** et les lieux **d'accueil de jour**.

Avec les « Samu sociaux », il s'agit d'aller au-devant des sans-abri et de leur proposer un hébergement.

A la suite à la création du « Samu social » de Paris, ce type d'équipement se généralise progressivement dans les plus grandes agglomérations de province et les départements de la région parisienne. Près d'une vingtaine de tels dispositifs (« *SOS sans-abri* » dans les Hauts-de-Seine, « *Service veille social* » à Lyon,...) ont vu le jour. Ce type d'équipement s'avère très positif, notamment vis-à-vis des SDF qui ne se dirigent pas spontanément vers les centres d'accueil.

Les « *Boutiques de solidarité* » sont des points d'accueil de jour ; les personnes démunies peuvent y trouver chaque jour un accueil et divers services (boîtes aux lettres, machines à laver, douches, consignes, informations, aide à l'accès aux soins...). Plus d'une centaine sont désormais recensées.

En matière **d'accès aux soins**, a été consolidé et amplifié le développement des « lits infirmiers » et des permanences médico-sociales. Par « lits infirmiers », il convient d'entendre la mise à disposition de lits pour des personnes malades mais dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation.

Les crédits délégués dans les départements permettent également de financer les **fonds d'aide aux jeunes** (FAJ) dans chaque département. **221 millions de francs** leur ont été consacrés par l'Etat en 1996.

Créé par la loi du 29 juillet 1992 réformant le RMI, ce dispositif ouvre la possibilité de verser aux jeunes en difficulté d'insertion sociale et professionnelle âgés de 18 à 25 ans des secours temporaires d'urgence, des aides financières destinées à soutenir un projet d'insertion, complétées le cas échéant par des mesures d'accompagnement, afin de leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun.

Le financement du dispositif est paritaire entre l'Etat et le conseil général. Une convention, à laquelle peuvent également s'associer les municipalités et des organismes concourant sur une base volontaire au financement du FAJ, détermine les modalités et les conditions d'attribution des aides financières.

Le bilan des FAJ en 1995

Pour l'année 1995, 150 millions de francs ont été consommés par les FAJ. Sur la base d'une estimation partielle, les secours temporaires d'urgence distribués par les fonds d'aide aux jeunes (FAJ) ont représenté 36 % des financements accordés, les aides financières sur projet, 57 % et l'accompagnement social, 6,6 %.

La finalité des aides se répartit en ordre décroissant entre le transport, la formation, le logement et la santé. Une étude approfondie sur l'ensemble des huit départements de la région Rhône-Alpes montre que les aides sur projets concernent à hauteur de 46 % des stages rémunérés, à hauteur de 21 % des contrats aidés, à hauteur de 18 % des formations non rémunérées.

On peut estimer globalement que 60.000 jeunes ont été bénéficiaires du FAJ en 1995, soit une hypothèse de progression de 25 % du nombre des bénéficiaires par rapport à 1994.

b) Les dépenses non déconcentrées

Les crédits de lutte contre l'exclusion dits *concentrés* permettent notamment de passer des conventions d'objectifs avec les grandes associations de solidarité. **50 millions de francs** y sont consacrés en 1996.

En 1996, vingt-cinq associations ont passé une convention d'objectifs avec le ministère pour répondre aux situations de grande pauvreté et développer des actions d'insertion.

4. Une progression sensible des capacités des centres de formation des travailleurs sociaux (CFTS) corrélée à une diminution des crédits consacrés à la formation des aides à domicile

Les 158 CFTS, dont 31 ont un statut de droit public et 127 un statut privé d'association, ont formé **29.263 étudiants** en 1995 aux métiers d'assistantes sociales, d'éducateurs, d'aides médico-psychologiques ou d'animateurs. Ils emploient environ 2.000 salariés en équivalent temps plein.

Les professionnels qualifiés qui travaillent dans le secteur de l'action sociale sont au coeur des politiques de lutte contre l'exclusion. Ils étaient près de **440.000** au 1er janvier 1994 selon le ministère. Les collectivités

territoriales sont les premiers employeurs avec 202.789 emplois pourvus au 1er janvier 1994.

Effectifs en emplois sociaux au 1er janvier 1994

Educateur spécialisé	Educateur spécialisé	46.248
	Moniteur-éducateur	21.761
	Educateur technique	3.462
	Educateur techn. spéc. ⁽¹⁾	12.004
Total		95.848
Conseiller familial	Conseiller en ESF ⁽²⁾	3.117
	Moniteur ens. ménager ⁽³⁾	186
	Conseiller conjugal	338
Total		3.641
Ass. maternelle travailleuse familiale	Assistante maternelle	64.217
	Travailleuse familiale	8.726
	Aide à dom. ou aide ménagère	81.788
	Total	154.731
Assistant de service social		33.337
Animateur socioculturel		23.220
Aide médico-psychologique		14.642
Agent social et agent social qualifié		27.781
Conseiller et assistant socio-éducatif		5.586
Agents spécialisés des écoles maternelles		56.560
Autre personnel éducatif, pédagogique et social		23.961
Total		438.943

(1) Educateur technique spécialisé

(2) Conseiller en économie sociale et familiale (ESF)

(3) Moniteur en enseignement ménager

Source : Ministère du travail et des affaires sociales - SESI

a) Les crédits relatifs aux CFTS

La formation est assurée par 158 centres de formation des travailleurs sociaux (CFTS) agréés par le ministère. 31 ont le statut d'établissements publics et 127 sont régis par le statut d'association de la loi de 1901.

Conformément à l'article 29 de la loi du 30 juin 1975, « la formation des travailleurs sociaux est dispensée dans les établissements et services publics ou des établissements privés agréés à cet effet par le ministère ». Sur le plan financier, « les dépenses de fonctionnement des établissements publics ou privés conventionnés destinés à la formation des catégories de travailleurs sociaux définies par décret sont prises en charge par l'Etat ».

Les établissements de formation voient leur dotation augmenter de 7,4 % dans le projet de budget pour 1997, ce qui est une augmentation considérable dans un contexte d'économies budgétaires.

La mesure nouvelle de **34,4 millions de francs** se décompose de la manière suivante :

- une mesure de consolidation de **13 millions de francs** correspondant au montant de l'abondement intervenu au cours de l'année 1996 et qui visait à couvrir les dépenses dues à l'allongement des études des éducateurs de jeunes enfants et à actualiser le montant des crédits des EFTS ;

- une mesure nouvelle de **8 millions de francs** destinés à faire face à l'évolution de la masse salariale des centres en 1997 ;

- une mesure dite de « transfert » de **13 millions de francs** correspondant à un mouvement à partir de la dotation consacrée au financement de la formation des intervenants de l'aide à domicile vers la dotation budgétaire des CFTS.

Ce mouvement est justifié selon le ministère par l'augmentation des capacités d'accueil dans les EFTS dès la rentrée de septembre 1997, en fonction des besoins avérés, et par la consolidation du financement des formations initiales des travailleurs sociaux dont la responsabilité incombe à l'Etat. Lors de son audition devant votre commission, M. Jacques Barrot a indiqué que cette augmentation devrait permettre une **progression de 10 % des effectifs** d'éducateurs et d'assistantes sociales notamment.

b) La baisse des crédits du CAFAD

Il reste que le transfert ainsi opéré aboutit à « assécher » quasi totalement la dotation relative aux subventions versées par l'Etat pour le financement de la formation des aides à domicile. Cette dernière passe de 16,4 millions de francs en 1996 à **3,4 millions de francs en 1997**, soit une **baisse de 80 %** (*chapitre 43-33, article 30*).

Ces crédits concernent le financement du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), du certificat de travailleuse familiale et de la formation en gérontologie.

Ces crédits ont déjà fait l'objet d'un « gel » de près de 4 millions de francs au cours de 1996 qui a permis de limiter l'intervention de l'Etat aux formations préparant au CAFAD et au certificat de travailleuse familiale.

Il convient de rappeler que le CAFAD est une formation qualifiante en cours d'emploi organisée par voie réglementaire. Le CAFAD institué par un arrêté du 30 novembre 1988 est actuellement régi par l'arrêté du

15 décembre 1993¹ applicable à tous les cycles de formation débutant après le 1er janvier 1994.

La formation dispensée est destinée à permettre aux candidats d'acquérir, le plus tôt possible après leur recrutement, les capacités nécessaires à l'intervention auprès de personnes qui, tout en conservant une part de leur autonomie, ne peuvent plus assumer seule ou de façon complète les obligations de leur vie quotidienne.

La formation conduit à un niveau de qualification polyvalente adapté aux situations ne nécessitant pas une prise en charge lourde. La formation dispensée comprend 250 heures d'enseignement réparties en trois unités de formation et 120 heures de stages.

Les personnes qui exercent ces fonctions (d'aide à domicile) interviennent auprès de familles, de personnes âgées ou de personnes handicapées, leur apportant une aide dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne. Elles leur permettent ainsi de se maintenir dans leur milieu de vie habituel, de préserver leur autonomie et d'éviter la rupture de liens sociaux.

Il convient de rappeler que le CAFAD est une formation recommandée pour l'exercice des professions d'aide ménagère et d'auxiliaire de vie sans toutefois être juridiquement obligatoire :

- les auxiliaires de vie sont appelés à aider des personnes handicapées dont la dépendance nécessite la présence d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ;

Ces personnes handicapées peuvent être :

- des handicapés ayant recours à une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de l'existence et qui perçoivent l'allocation compensatrice ou la majoration pour tierce personne servie par l'assurance maladie aux personnes invalides du 3e groupe prévue par l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale ou qui sont des accidentés du travail (code de la sécurité sociale, art. L. 411-1 et s.) ;

- des enfants handicapés qui ont droit au complément de première catégorie de l'allocation d'éducation spéciale (code de la sécurité sociale, art. L. 541-1).

L'auxiliaire de vie intervient pour le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène et de prévention (à l'exclusion des soins infirmiers), l'aide à l'appareillage, la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers courants, les démarches, les sorties, les courses, etc.

Assurant deux types d'intervention complémentaire (aide ménagère, aide soignante), l'auxiliaire de vie le fait selon une durée et des modalités d'intervention étudiées au cas par cas par les usagers et le service employeur. L'intervention peut avoir lieu tôt le matin, tard le soir, ainsi que les fins de semaine et les jours fériés.

¹ Arrêté du 15 décembre 1993 instituant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile, Journal officiel du 28 décembre 1993.

- *l'aide ménagère* est un travailleur social qui intervient à domicile, auprès des familles, des personnes âgées, des personnes handicapées : il leur apporte une aide dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne, leur permettant de se maintenir dans leur milieu de vie habituel.

Dans la partie de son rapport de 1995 consacré aux « *lacunes des dispositifs de formation sanitaire et sociale* », **l'IGAS rappelle que le contenu du CAFAD n'est pas encore stabilisé.**

Elle souligne que le secteur de l'aide à domicile connaît un développement rapide, en raison notamment de la solvabilisation de la demande par les aides fiscales accordées en faveur des emplois familiaux, et que celui-ci devrait être encore stimulé avec l'institution de la prestation spécifique d'autonomie.

Il est relevé par ailleurs que l'accent mis sur le recrutement de personnes issues des dispositifs d'insertion, les exigences professionnelles et déontologiques particulières qu'implique l'intervention au domicile des personnes aidées et le caractère pratique des savoirs nécessaires supposent une adaptation du contenu des formations dispensées et des méthodes pédagogiques.

L'IGAS souligne par ailleurs que « *les préoccupations immédiates de la lutte contre le chômage conduisent à accepter une certaine déqualification du travail social.* » Cette dernière tendance serait d'ailleurs dénoncée par de nombreux centres qui voient se développer de nouvelles formations en dehors des lieux traditionnels des formations sociales : sur 77 centres agréés pour la délivrance du CAFAD, seuls 31 seraient des établissements assurant une formation dans une filière sociale. Le développement des formations par la voie des dispositifs d'insertion déborde en effet largement le champ du travail social, accentuant le risque de déconnexion entre la qualification et l'emploi.

Dans le contexte créé par les politiques publiques de lutte contre le chômage, la recherche de secteurs porteurs d'emploi et les perspectives de solvabilisation de l'aide à domicile, une demande forte s'exerce donc sur un secteur jeune et peu structuré.

La réduction massive des crédits au titre du CAFAD pour 1997 traduit le choix du Gouvernement de procéder à un **désengagement de l'Etat** en laissant les collectivités territoriales assumer la formation des agents dans les domaines dont elles ont la charge.

M. Jacques Barrot a été sans équivoque sur ce point en séance publique lors de l'examen du budget à l'Assemblée nationale le 28 octobre dernier : « *Nous considérons que les régions ont aussi à prendre leurs responsabilités dans ce domaine. Il s'agit en effet de formation*

professionnelle, laquelle relève, en principe, des conseils généraux et régionaux. Nous y reviendrons du reste lors de l'examen de la proposition de loi sur la dépendance. Il faudra bien que les conseils généraux gèrent cette politique de dépendance, non pas comme une politique de pures prestations, mais comme une politique du risque dépendance en formant le personnel. Ils doivent comprendre les exigences que cela implique pour eux. Il est certain que la réussite de cette prestation de dépendance sera étroitement tributaire de la qualification des personnes intervenant ».

Le « report » qui semble ainsi devoir ainsi s'opérer vers les collectivités territoriales soulève de véritables interrogations.

Les collectivités territoriales qui emploient 202.800 travailleurs professionnels sur 430.000 n'ont pas pour autant reçu mission d'assurer leur formation initiale, même si elles en sont les premiers employeurs.

Mais surtout cette opération semble s'opérer dans un climat d'incertitude où les risques d'augmentation forte des coûts de la formation d'aide à domicile peuvent se faire sentir alors même que les compétences respectives des régions et des départements ne font pas apparaître de ligne de partage claire.

Par ailleurs, s'agissant du développement futur du diplôme du CAFAD, il convient de rappeler que les textes réglementaires sur le développement des services aux personnes prévoient de nouvelles mesures d'agrément-qualité qui supposent une technicité des personnels pour intervenir auprès des publics fragilisés. En outre, les usagers, solvabilisés par la mise en oeuvre de la loi spécifique sur la prestation dépendance, souhaiteront naturellement avoir des repères de qualité professionnelle. Enfin, les associations et les partenaires sociaux sont désireux de définir les conditions d'une garantie de la qualité professionnelle des interventions à domicile, d'autant plus que ces dernières sont le plus souvent assumées par des personnels féminins âgées qui trouvent ainsi la voie d'une insertion durable.

Votre rapporteur regrette donc vivement la baisse des crédits du CAFAD décidée alors que la récente mise en place de l'allocation dépendance ne permet pas aux collectivités territoriales concernées par cette responsabilité de prendre leurs décisions en toute connaissance de cause.

c) La revalorisation des crédits consacrés aux bourses d'étude

Une augmentation de crédits de **1,1 million de francs** est prévue pour assurer la **revalorisation des bourses destinées aux étudiants en travail**

social dont le nombre est limité par un quota national fixé à 3.400 depuis dix ans.

Il convient de rappeler que les modalités d'attribution de ces 3.400 bourses d'Etat en travail social diffèrent aujourd'hui encore largement de celles pratiquées dans l'enseignement supérieur. Ces dernières sont fondées sur des critères sociaux qui prennent en considération à la fois les ressources et les charges familiales (enfants à charge ; éloignement géographique ; situation des parents, etc.) en fonction d'un barème pondéré.

La transposition de ce dispositif sur les bourses d'Etat en travail social n'a pas été effectuée compte tenu du quota national limité à 3.400 bourses et du montant des crédits alloués.

La bourse d'Etat en travail social est allouée en fonction du seul critère du quotient familial et dans la limite du quota national de 3.400 bourses réparties entre les régions. Cette répartition repose sur le nombre d'étudiants inscrits et sur le quotient familial moyen calculé au plan national.

Pour pallier l'insuffisance du quota national, les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales ont été amenées après instruction ministérielle, à attribuer des bourses à mi-taux, ceci afin de satisfaire le plus grand nombre des demandes.

C'est ainsi qu'au titre de l'année scolaire 1995-1996, 4.004 étudiants ont été bénéficiaires d'une bourse d'Etat.

A la rentrée 1996/1997, le montant de la bourse d'Etat s'est élevé à 18.936 F.

d) L'incidence du projet de loi relatif à la cohésion sociale

L'avant-projet de loi relatif au renforcement de la cohésion sociale actuellement soumis à l'examen du Conseil économique et social comprend diverses dispositions tendant à clarifier, rénover et consolider les fondements administratifs, juridiques et financiers du dispositif de formation des travailleurs sociaux.

La reconnaissance accrue du rôle des EFTS qui pourrait résulter de ces dispositions devrait se traduire par des évolutions budgétaires dans le projet de budget qui suivra l'adoption de la loi.

Les dispositions prévues pour les EFTS par l'avant-projet de loi de cohésion sociale

- **la reconnaissance d'une mission de service public :**

Cette reconnaissance devrait impliquer nécessairement des droits et des obligations pour les EFTS et renforcer la mission d'intérêt général déjà dévolue par la jurisprudence à ces structures.

- **la contractualisation du financement des EFTS :**

Cette formule déjà retenue pour l'enseignement privé général et pour l'enseignement privé agricole suppose l'élaboration d'un contrat type approuvé par décret en Conseil d'Etat, permettant d'apporter les garanties nécessaires à la mise en oeuvre des relations entre l'Etat et les centres. A ce contrat type serait adjointe une convention financière annuelle.

- **l'approbation d'un schéma national des formations sociales :**

L'élaboration d'un schéma national des formations sociales apparaît comme le corollaire de l'engagement financier accru de l'Etat, afin de réguler le dispositif de formation dans son ensemble (nombre d'EFTS, nombre d'étudiants eu égard aux besoins en professionnels qualifiés et à l'emploi, etc.) et de favoriser la concertation avec les principaux acteurs concernés, sur la définition d'objectifs prioritaires au regard des politiques sociales et des évolutions du secteur.

B. UN EFFORT ACCENTUÉ EN FAVEUR DES HANDICAPÉS

Les priorités du Gouvernement en matière d'aide aux personnes handicapées ont été exposées le 13 mai 1996 devant le **Comité national consultatif des personnes handicapées** (CNCPH). Quatre axes sont envisagés :

- créer les conditions d'une **socialisation précoce** (établissements et services pour enfants de moins de six ans) et d'une intégration scolaire réussie ;

- faciliter le **libre choix de vie** des personnes handicapées en privilégiant le maintien à domicile ;

- développer l'**insertion professionnelle**, en permettant aux CAT de devenir davantage des lieux de transition vers le milieu du travail ;

- assurer **la continuité des prises en charge** tant des jeunes adultes que des adultes vieillissants.

Cette politique s'inscrit dans le cadre fixé par le Président de la République dans son discours de Bort-les-Orgues en juillet 1995 qui mettait l'accent sur **l'insertion sociale et professionnelle des handicapés**, dans le droit fil de la loi d'orientation du 30 juin 1975.

Il convient de rappeler que cette année aura été riche en modifications législatives dans le secteur du handicap.

La proposition de loi modifiant la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée de l'autisme a été adoptée par l'Assemblée nationale dans la rédaction issue de la première lecture par le Sénat, sur le rapport de notre excellent collègue, Jacques Machet. Ce texte doit permettre à toute personne atteinte du handicap résultant du syndrome autistique et des troubles qui lui sont apparentés de bénéficier, quel que soit son âge, d'une prise en charge pluridisciplinaire qui tienne compte de ses besoins et de ses difficultés spécifiques.

Par ailleurs, cette année est également marquée par la mise en place de la prestation spécifique dépendance pour les personnes âgées.

Enfin le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale ont décidé de recueillir l'avis des associations représentatives des personnes handicapées et des différents acteurs de la politique sociale du handicap sur la question de la décentralisation et du partage des compétences.

A cet effet, un groupe présidé par Mme Roselyne Bachelot, député du Maine-et-Loire, président du *Conseil national consultatif des personnes handicapées* (CNCPH) doit travailler, d'ici la fin de l'année 1996, sur cette importante question inscrite parmi les axes prioritaires du plan d'action pour une politique d'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées.

S'agissant des handicapés, cinq aspects de ce budget doivent être soulignés.

1. Le financement de la création de 2.000 places nouvelles en centres d'aide par le travail (CAT)

a) Le rôle des CAT

Les centres d'aide par le travail sont des établissements qui offrent aux adultes handicapés qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler ni dans les entreprises ordinaires ni dans un atelier protégé ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni exercer une activité professionnelle indépendante, des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, un soutien médico-social et éducatif et un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et leur intégration sociale.

Les centres sont créés sur autorisation du préfet, donnée après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Ils sont habilités par le préfet à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale de l'Etat dans le cadre d'une convention.

L'accès d'un handicapé à un CAT est subordonné à trois conditions :

- être orienté par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) ;

- être âgé de plus de vingt ans : toutefois, les centres d'aide par le travail peuvent également accueillir les personnes handicapées dont l'âge est compris entre seize et vingt ans ; dans ce cas, la décision de la commission technique est prise après avis de la commission départementale de l'éducation spéciale ;

- avoir une capacité de travail inférieure à un tiers de la normale : toutefois, la commission technique peut orienter vers des centres d'aide par le travail des personnes handicapées dont la capacité de travail est supérieure ou égale au tiers de la capacité normale, lorsque leur besoin de soutien ou leurs difficultés d'intégration en milieu ordinaire de travail ou en atelier protégé le justifient. Elle peut prononcer pour les mêmes raisons le maintien en centre d'aide par le travail d'un travailleur handicapé qui aura manifesté, au terme de la période d'essai, une capacité de travail supérieure.

84.372 places de CAT étaient autorisées au 1er janvier 1995, le nombre de CAT agréés s'élève à environ 1.216. La dotation de l'Etat atteint **5,84 milliards de francs** en 1997, faisant ainsi de la dotation aux CAT le premier poste de dépense d'aide sociale obligatoire de l'Etat.

La mesure nouvelle de 255 millions de francs prévue pour 1997 inclut un abondement de **135 millions de francs** destiné à la mise en place de 2.000 places nouvelles.

Votre rapporteur souligne que le coût unitaire de la place a été relevé à **67.500 francs en 1997** au lieu de 55.000 francs à compter de la loi de finances pour 1989.

Le ministre, interrogé sur ce point en commission, a indiqué que cette progression était de 5 % en francs constants, soit une progression mesurée traduisant l'impact inévitable mais contenu des évolutions salariales, compte tenu des consignes de rigueur du financeur public et des efforts de gestion des structures.

b) La question persistante des effets pervers de l'amendement Creton

La création de 2.000 places nouvelles de CAT s'inscrit dans le droit fil des créations intervenues en 1994 (2.000), 1995 (2.000) et en 1996 (2.750) qui visent en priorité les jeunes adultes maintenus en instituts médico-éducatifs (IME) faute de places dans les structures appropriées.

• Les blocages dus à l'amendement Creton

Il convient de rappeler en effet que, connu sous le nom de l'amendement « Creton », le I bis de l'article 6 de la *loi d'orientation en faveur des handicapés du 30 juin 1975*, introduit par la *loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses dispositions d'ordre social*, prévoit qu'un jeune adulte handicapé peut être maintenu dans l'établissement d'éducation spéciale au-delà de l'âge réglementaire s'il ne peut être admis immédiatement dans un établissement pour adultes handicapés désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) ; « *cette décision s'impose à l'organisme ou à la collectivité compétente pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adulte désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (...)* ».

L'amendement Creton procédait d'une **intention généreuse** puisqu'il visait à limiter les ruptures de prise en charge débouchant sur un retour mal adapté de la personne handicapée dans sa famille et à éviter le maintien prolongé de jeunes adultes dans des structures d'éducation spéciale réservées aux enfants et aux adolescents. L'objectif était de responsabiliser les collectivités et les organismes qui devaient favoriser l'adaptation de l'offre de places dans les établissements pour handicapés adultes sous l'effet d'une contrainte financière tenant au fait que la prise en charge de ces derniers est

en moyenne deux fois inférieure au coût de la prise en charge d'un enfant handicapé dans un établissement d'éducation spécialisé.

Le dispositif **n'a pas atteint ses objectifs** : l'incitation à la création de places de CAT relevant de l'Etat n'a pas eu réellement d'effet ; les contentieux ont été nombreux entre les départements et les Caisses d'assurance maladie sur la nature des dépenses à prendre en charge ; au total, l'amendement a créé de véritables situations « d'embouteillage » dans les établissements d'éducation spécialisée dans l'obligation de maintenir de jeunes adultes au détriment des enfants handicapés plus jeunes.

Les niveaux de la contribution des différents organismes publics appelés à supporter les coûts de ces maintiens et leur opposabilité, ont abouti, en 1995, à une **situation de quasi-blocage**, les conseils généraux n'acceptant plus de prendre en charge la totalité du coût du maintien dans les instituts médico-éducatifs, et les caisses de sécurité sociale faisant connaître leur intention de suspendre leurs paiements.

Dans un avis du 11 juin 1993, le Conseil d'Etat a précisé que *« les frais d'hébergement, d'une part, et les frais de soins, d'autre part, à l'exclusion de tous autres frais effectivement occasionnés par le maintien d'une personne handicapée dans un établissement d'éducation spéciale, doivent être supportés par la ou les personnes morales qui auraient été normalement compétentes pour prendre en charge les frais de même nature entraînés par le placement de cette personne dans la catégorie d'établissement vers laquelle elle a été orientée par la COTOREP »*.

La circulaire n° 95-41 du 27 janvier 1995 a été arrêtée après concertation avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Assemblée des présidents de conseils généraux (APCG) afin de déboucher sur une solution.

Elle précise que le département n'est redevable que des **seuls frais d'hébergement** lorsque le placement aurait dû se faire en foyer occupationnel, en foyer de vie ou en foyer à double tarification. Elle demande à ce que la tarification intègre, en conséquence, une recette en atténuation correspondant à la participation des conseils généraux. Elle conclut que la recette en atténuation doit être calculée sur la base du tarif moyen constaté dans les foyers occupationnels ou de vie et, là où ils existent, des foyers à double tarification, placés sous compétence du département où la personne a conservé son domicile de secours. En cas d'absence de ces structures dans le département du domicile de secours, cette recette doit être calculée sur la base de la moyenne pondérée des tarifs des mêmes catégories d'établissements dans le département d'accueil.

Elle précise également la date d'effet des prises en charge par le département et instaure une sorte de priorité dans l'octroi des nouvelles places créées pour les jeunes adultes bénéficiant de « l'amendement Creton ». Les COTOREP sont invitées à traiter les dossiers de maintien au titre de l'amendement Creton, avant le vingtième anniversaire de l'intéressé, afin d'éviter les ruptures de prise en charge. Elle demande, de plus, au représentant de l'Etat dans les départements d'engager une concertation avec les parties concernées afin de tenter de trouver une solution aux contentieux antérieurs à l'intervention de cette circulaire.

Toutefois, pour faciliter l'application des nouvelles instructions sur le terrain et apprécier les difficultés qu'elles pourraient soulever, une mission d'appui a été confiée à M. Jean Bordeloup, Inspecteur général honoraire des affaires sociales.

• ***Les conclusions de la mission d'appui de M. Bordeloup***

Il ressort des principales conclusions de la mission, conduite d'avril 1995 à février 1996 les éléments suivants :

Les dispositions de la circulaire relative à la procédure de maintien ont été mises en place par la plupart des Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) et des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) concernées.

Des difficultés subsisteraient sur les aspects financiers du dispositif.

Certes, les principes régissant la répartition des charges de maintien entre les conseils généraux et l'assurance maladie seraient acceptés par la « quasi-totalité » des financeurs. Une enquête effectuée en 1996 par la Direction de l'action sociale du ministère du travail et des affaires sociales fait ressortir que sur 55 départements, la participation moyenne des conseils généraux s'établit à 619 francs par jour et par personne, soit un montant global de 70 millions de francs (113.128 journées) représentant environ 3 % des dépenses des établissements.

Mais, les modalités d'application relatives notamment à la contribution financière des conseils généraux, seraient très diversement respectées. De plus, le règlement des sommes dues par les départements aux caisses d'assurance maladie pour la période antérieure au 1er janvier 1995, s'effectuerait difficilement. Le montant total des sommes en contentieux entre les départements et les caisses d'assurance maladie s'établirait, en novembre 1995, à 132 millions de francs.

M. Jean Bordeloup relève que si les relations entre partenaires concernés au plan local depuis la parution de la circulaire, s'organisent dans un climat moins conflictuel, le respect des règles posées « *continue à dépendre essentiellement de la volonté des parties* ».

Par ailleurs, il met en évidence la qualité des efforts entrepris par les autorités déconcentrées dans la recherche de solutions permettant de développer la capacité d'accueil du secteur des équipements pour adultes handicapés, tout en soulignant que ces efforts se trouvent souvent limités par trois difficultés tenant à l'actuelle répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales, aux dispositions régissant la planification des équipements et au cloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social.

Par ailleurs, les décisions d'orientation de certaines CDES et COTOREP ne prendraient pas toujours en compte la réalité des besoins des personnes handicapées.

Le rapport conclut :

- à la nécessaire clarification des compétences entre l'Etat et les conseils généraux dans le secteur social et médico-social ;

- à une utilisation maximale des potentialités offertes par le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social, en faveur de ce dernier ;

- à l'amélioration des outils de connaissance (estimation des besoins locaux et outils statistiques) et des outils informatiques de gestion des CDES et des COTOREP ;

- au réexamen du problème de la tarification des équipements du secteur médico-social.

M. Bordeloup souligne dans sa conclusion qu'il convient aujourd'hui de compléter la nécessaire connaissance des besoins et des moyens pour les satisfaire par une maîtrise des évolutions et des flux. Sur cette base et par une meilleure concertation entre les acteurs et partenaires locaux, pour rassembler le processus de résorption progressive du nombre de jeunes adultes concernés par l'amendement Creton auquel, note le rapporteur, beaucoup souhaitent qu'il soit mis un terme.

- ***Un nouveau compromis à l'étude***

Un nouveau recensement des effectifs relevant de l'amendement Creton a été effectué en 1995. Au 31 octobre, **5.567 jeunes adultes** étaient maintenus dans les établissements de l'éducation spéciale en attente de

placement, soit **une diminution de 10,5 % par rapport à l'année précédente.**

Cette diminution est la première constatée depuis l'entrée en vigueur du dispositif. Il reste que les besoins encore non satisfaits et la pression démographique de la population dans les établissements de l'éducation spéciale dans les prochaines années rendront nécessaire la poursuite des efforts des pouvoirs publics en matière de création de places dans le secteur adultes handicapés.

Au cours de la période 1990-1996, on peut estimer à 6.300 en moyenne annuelle, le nombre de jeunes qui sont ou auraient dû sortir de l'éducation spéciale en raison de leur âge (20 ans). Cette pression démographique est particulièrement forte depuis 1994 (et un pic est atteint en 1995 avec près de 10.000 jeunes).

Il reste que le dispositif de la circulaire du 27 janvier 1995, s'il a permis d'accueillir les jeunes adultes handicapés dans des conditions plus clairement définies, apparaît souvent mal compris.

C'est pourquoi le ministre de la santé a récemment annoncé que les services de l'Etat, les caisses de sécurité sociale et les représentants des conseils généraux allaient prochainement être *« appelés à reprendre contact afin d'améliorer à nouveau les termes de l'accord »*.

La situation a été compliquée par un arrêt récent de la Cour de Cassation du 30 mai 1996¹ qui prévoit que la prise en charge des frais de séjour des jeunes handicapés comprend les frais d'hébergement et les frais de soins sans opérer de distinction selon la nature des frais. Cette décision ne paraît pas de nature à remettre en cause la mise en oeuvre du compromis atteint dans le cadre de la circulaire du 27 janvier 1995.

Votre rapporteur souligne que la question de l'amendement « Creton » devra être suivie avec une particulière attention au cours de cette année car il est essentiel de parvenir à un compromis qui permette à la fois de satisfaire les besoins en hébergement des jeunes adultes handicapés et de ne pas pénaliser les collectivités territoriales dans l'exercice de leur compétence.

¹ Cour de Cassation Chambre social, le 30 mai 1996, 6 arrêt n° 2474, Département de l'Allier contre la Caisse Primaire d'Assurance maladie de l'Allier.

2. La revalorisation significative des crédits de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) au sein des dispositifs d'aide aux ressources des handicapés

a) Le dispositif actuel

L'AAH se décompose en deux dotations distinctes : l'AAH proprement dite et le complément d'AAH.

• L'AAH est une **prestation sociale non contributive** créée par la loi d'orientation du 30 juin 1975, gérée par les organismes débiteurs de prestations familiales mais **financée par le budget de l'Etat** (*chapitre 46-92*) dans le cadre d'un versement à la CNAF.

Pour les premières demandes d'AAH déposées à compter du 1er janvier 1994, la personne handicapée doit justifier :

- soit d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %,
- soit d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 % et être, en outre, dans l'impossibilité, compte tenu du handicap, de se procurer un emploi.

Dans ce cas, deux conditions doivent être cumulativement remplies :

- la personne doit être atteinte d'un handicap physique, sensoriel ou mental qui se traduise par un taux d'incapacité permanente constaté ;
- l'impossibilité dans laquelle se trouve cette personne de se procurer un emploi doit être due exclusivement à son handicap.

Peuvent donc bénéficier de l'AAH bien qu'ayant une incapacité inférieure à 80 % :

- les personnes qui relèvent d'une admission en milieu de travail protégé sans pouvoir l'obtenir en raison d'un nombre insuffisant de postes de travail protégé (l'AAH est alors accordée pour une période courte, n'excédant pas deux ans) ;

- les personnes handicapées, reconnues inaptées au travail par usure prématurée de l'organisme, médicalement constatée, et qui, en raison de leur handicap, ne peuvent rechercher un emploi en milieu normal de travail ou un emploi protégé ;

- les travailleurs handicapés admis en CAT ; en effet, l'activité exercée par les handicapés admis en CAT ne constitue pas un emploi au sens de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

En revanche, ne peuvent pas y prétendre les personnes :

- qui, bien qu'atteintes d'une incapacité permanente, ne peuvent trouver un emploi pour des raisons extérieures à leur handicap, tenant notamment à la situation du marché de l'emploi, ou à une qualification professionnelle insuffisante et non liée à leur handicap ;

- dont la difficulté à trouver un emploi provient d'une situation d'inadaptation sociale, et non d'une incapacité permanente résultant d'une déficience physique, sensorielle ou mentale.

Il est important de savoir que des instructions ont été données le 22 octobre 1990 par le Directeur de l'Action sociale aux préfets afin que soit accélérée la procédure d'examen par les COTOREP des dossiers concernant les **malades infectés par le virus HIV et développant le Sida**. Il a été rappelé, par circulaire du 23 novembre 1993, que la baisse de l'immunité pouvait entraîner une **fatigabilité très importante** empêchant parfois de se déplacer ou de travailler, qui pouvait justifier un taux de 50 %. Une nouvelle instruction du 29 septembre 1994 a exigé que le délai maximum entre le signalement par un médecin traitant et la perception de la prestation soit de deux mois au maximum pour une personne touchée par le virus.

L'AAH est versée aux personnes résidant en France et de nationalité française, âgées de plus de 21 ans. L'AAH peut être versée sous certaines conditions à des jeunes handicapés à partir de 16 ans.

Le versement de l'AAH est subordonné au respect d'une condition de ressources (plafond de 40.834 francs de ressources annuelles en 1995). Le montant de l'AAH est de **3.392,25 francs** par mois au 1er janvier 1996.

• **Le complément d'allocation aux adultes handicapés** a été institué afin de permettre aux personnes adultes handicapées vivant à domicile de couvrir les dépenses supplémentaires qu'elles ont à supporter pour les adaptations nécessaires à une vie autonome.

Créé par un arrêté du 29 janvier 1993, le « complément d'autonomie » a été reconnu par le législateur par *l'article 58 de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la sécurité sociale*.

Peuvent prétendre à ce complément, les personnes handicapées qui remplissent simultanément les conditions suivantes :

- présenter un taux d'incapacité ouvrant droit au bénéfice de l'AAH visée à l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale, soit 80 % au minimum ;

- percevoir une AAH à taux plein ou à taux différentiel en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente pour accident du travail ;

- bénéficier d'une aide personnelle au logement ;

- disposer d'un logement indépendant. (Est réputé indépendant un logement qui n'appartient pas à une structure dotée de locaux communs meublés ou de services collectifs ou fournissant diverses prestations annexes moyennant une redevance).

Les associations représentatives font observer que le complément d'AAH n'est pas versé à certains handicapés en raison de leurs ressources alors que leur niveau de dépendance est identique à celui des actuels bénéficiaires. Tel est le cas en particulier des titulaires d'une pension d'invalidité ne percevant pas une AAH différentielle, des travailleurs handicapés percevant une AAH partielle et des personnes vivant dans un logement indépendant mis à leur disposition ou qui sont propriétaires de celui-ci.

Le montant du complément est de **543 francs par mois**.

b) L'évolution de l'AAH

Les crédits consacrés à l'AAH passent de 20,764 milliards de francs en 1996 à **22,760 milliards de francs en 1997**, soit une hausse très significative de **7,2 %** qui démontre le **souci du Gouvernement de faire face**, dans les meilleurs conditions, à **l'augmentation du nombre de bénéficiaires et à la revalorisation de la prestation**.

Ces crédits incluent la part du complément d'AAH qui a été versée en 1995 à **102.702 personnes** pour un coût total de **656 millions de francs** en 1995, contre 520 millions de francs en 1994 et 320 millions de francs en 1993.

Evolution du nombre de bénéficiaires et des crédits affectés à l'AAH

	Bénéficiaires	Evolution (en %)	Crédits ⁽¹⁾ (en millions de francs)	Evolution (en %)
1986	482.000	+ 0,9	12.380	-
1987	495.000	+ 2,8	12.997	+ 5
1988	511.000	+ 3,2	13.544	+ 4,2
1989	524.000	+ 2,6	14.286	+ 5,5
1990	539.000	+ 2,8	15.881	+ 5,4
1992	563.000	+ 3,1	16.575	+ 4,4
1993	583.000	+ 2,5	17.895	+ 8
1994	598.000	+ 2,6	18.661	+ 4,3
1995 ⁽²⁾	617.000	+ 3,2	20.081	+ 7,6
1996	nc	-	21.350	+ 6,3
1997 (PLF)			22.834	+ 7,0

(1) Contribution des Affaires sociales et de l'Agriculture

(2) Estimation

c) *L'incidence limitée de la mise en oeuvre du nouveau barème d'évaluation du handicap et de l'article 95 de la loi de finances pour 1994*

L'article 95 de la loi de finances pour 1994, a prévu que, pour les demandes d'allocation aux adultes handicapés (AAH) déposées à compter du 1er janvier 1994, les personnes handicapées concernées qui sont, en raison de leur handicap, dans l'impossibilité reconnue par la COTOREP de se procurer un emploi, doivent également justifier d'un taux minimal d'incapacité (article L. 821-2 du code de la sécurité sociale). Ce taux a été fixé à 50 % par le décret n° 94-379 du 16 mai 1994.

Les nouvelles dispositions législatives **ne s'appliquent pas aux demandes de renouvellement** de l'allocation déposées par les personnes bénéficiant de celle-ci au 1er janvier 1994, ce qui limite l'effet de la mesure aux nouvelles demandes, soit un peu moins de la moitié des décisions d'attribution.

Par ailleurs, depuis le 1er décembre 1993, les COTOREP appliquent, pour la détermination du taux d'incapacité ouvrant droit à l'AAH, un nouveau guide-barème d'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées. Ce barème, dit « barème Talon », prend en compte notamment l'aptitude de celles-ci à exercer une activité professionnelle. De ce fait, la fixation d'un taux minimal ne devrait avoir pour conséquence que d'exclure du droit à l'AAH les seuls demandeurs dont le handicap -quelle qu'en soit l'origine- n'est pas la cause principale de leur impossibilité de se procurer un emploi. Ces derniers peuvent bénéficier, d'une part, du dispositif d'insertion et de protection sociale offert à l'ensemble des demandeurs d'emploi et,

d'autre part, sur décision des COTOREP de formations dispensées dans des centres de rééducation professionnelle.

En tout état de cause, les COTOREP n'ont pu appliquer effectivement cette mesure qu'après la parution du décret du 16 mai 1994 fixant le taux minimal d'incapacité requis conformément aux nouvelles dispositions de la loi. De ce fait, l'impact de la réforme n'a pu être mesuré qu'à la fin de l'année 1994.

L'observation des relevés statistiques des décisions d'attribution de l'AAH (comparaison des trois premiers semestres 94, 95 et 96) montre que :

- pour le premier semestre 1994, qui se situe dans la période où s'applique le nouveau barème mais où le taux de 50 % n'est pas encore fixé par décret, la proportion des AAH attribuées au titre de l'article L. 821-2 précité est de 37,2 % pour les premières demandes ;

- pour le premier semestre 1995, cette proportion passe à 36,4 % ;

- enfin, pour le premier semestre 96, cette proportion est de 35,4 %.

On constate donc pour le premier semestre 1996 une légère baisse de la proportion des AAH attribuées à ce titre.

Toutefois, en valeur absolue, les accords pour des premières demandes d'AAH au titre de l'article L. 821-2 ont augmenté depuis le premier semestre 1994 et restent au niveau de 1995 (26.000 accords au premier semestre 1994 contre 29.000 aux premiers semestres 1995 et 1996).

Il semble donc que si l'article 95 de la loi de finances pour 1994 a interrompu l'augmentation constante de la proportion des AAH attribuées au titre d'un handicap social, il n'a pas permis toutefois d'arriver à une diminution significative des AAH attribuées à ce titre.

Selon les informations communiquées à votre rapporteur, les économies attendues et inscrites dans les lois de finances pour 1994 (300 millions de francs) et pour 1995 (400 millions de francs) n'ont pu être réalisées. De même, les économies attendues pour 1996 ne devraient pas être non plus réalisées au vu des données statistiques et comptables du premier semestre 1996.

d) La progression constatée de l'allocation d'étude spéciale (AES)

L'analyse relative au dispositif d'aide aux ressources des handicapés nécessite de rappeler les évolutions concernant un dispositif qui est pris en charge, non pas par le budget, mais par les régimes de prestation familiale.

L'AES a été créée par la loi d'orientation du 30 juin 1975 **pour soulager les familles** d'une partie des frais supplémentaires entraînés par l'éducation d'un enfant handicapé.

Pour percevoir l'allocation, les parents doivent résider en France et assumer la charge effective et permanente d'au moins un enfant remplissant les conditions d'ouverture des droits. La notion de charge s'apprécie dans les mêmes conditions que pour les autres prestations familiales.

Pour sa part, l'enfant doit :

- être âgé de moins de vingt ans ;
- être atteint d'une incapacité permanente d'un taux :
 - . au moins égal à 80 %,
 - . ou compris entre 50 et 80 %, à condition qu'il bénéficie d'un placement dans un établissement d'éducation spéciale ou de soins à domicile.

Les enfants placés en internat et dont les frais de séjour sont pris intégralement en charge par l'assurance maladie, par l'Etat ou par l'aide sociale sont exclus du bénéfice de cette allocation. Le taux d'incapacité est apprécié par les *Commissions départementales d'éducation spécialisées* (CDES).

Un **complément d'allocation** à l'AES de base, modulé selon les besoins, est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses.

Pour la détermination du montant du complément d'allocation spéciale, l'enfant handicapé est classé selon l'importance de la charge supplémentaire résultant de son état.

C'est ainsi que relève :

- du **premier complément**, l'enfant qui est obligé d'avoir recours à l'aide quotidienne, mais discontinue, d'une tierce personne et celui dont le handicap exige, par sa nature ou sa gravité, des dépenses d'un ordre de grandeur comparable ;

- du **deuxième complément**, l'enfant qui est obligé d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et celui dont le handicap exige, par sa nature ou sa gravité, des dépenses d'un ordre de grandeur comparable ;

- du **troisième complément**, sur proposition du chef du service hospitalier qui le suit, l'enfant atteint d'un handicap particulièrement grave justifiant de soins continus de haute technicité. Le versement du complément d'allocation correspondant est subordonné à la cessation d'activité d'un des parents ou au recours effectif à une tierce personne rémunérée.

L'AES s'élève à 665 francs par mois en 1996. Le complément s'élève, en donnée mensuelle, à 499 francs pour la première catégorie, 1.497 francs pour la deuxième catégorie et 5.530 francs pour la troisième catégorie.

EVOLUTION DU NOMBRE DES BENEFICIAIRES DE L'AES

Années	Allocation seule		Allocation + 1er complément		Allocation + 2ème complément		Allocation + 3ème complément		Ensemble	
		Evolution en %		Evolution en %		Evolution en %		Evolution en %		Evolution en %
1981	46 825		8 467		8 153				63 445	11,99
1982	48 316	3,18	8 593	1,49	8 717	6,92			65 626	3,44
1983	47.787	- 1,1	9 285	8,05	10 306	18,23			67 378	2,67
1984	49.848	4,3	10 311	11,05	11 341	10,04			71 500	6,12
1985	48.002	- 3,7	11 644	12,93	11 668	2,88			71 314	- 0,26
1986	48.501	1,04	12 309	5,71	11 039	- 5,4			71 849	- 0,75
1987	47.253	2,6	12 251	- 0,48	10 501	- 4,88			70 005	- 2,57
1988	49.024	3,75	13 327	8,78	12 643	20,39			74 224	7,13
1989	49.683	1,34	14 144	6,13	13 745	8,7			77 572	3,44
1990	50.447	1,53	14 761	4,36	14 954	8,8			80 162	3,34
1991	51.052	1,2	15 929	7,91	15 464	3,41	7		82 452	2,86
1992	51.551	0,98	16 542	3,85	15 773	2	683		84 549	2,54
1993	52.723	2,27	17 426	5,34	16 021	1,57	1 537	125,04	87 707	3,72
1994	53.188	0,88	17 995	3,26	16 771	4,68	2 011	30,84	89 905	2,51
1995	54.078	1,67	19 215	6,78	17 583	4,84	2.533	25,96	93 409	3,90

Le troisième complément qui a fait l'objet d'aménagements depuis sa création en septembre 1991, tant en ce qui concerne la nature des soins intensifs pris en compte que la condition de cessation d'activité des parents, revêt une certaine importance en raison de son montant.

La majorité des enfants faisant l'objet d'une demande (56 %) sont polyhandicapés et 39 % malades. Au 31 décembre 1995, selon les estimations de la CNAF, le 3^{ème} complément était versé pour 2.533 enfants environ.

Il semble que le nouveau dispositif ait permis de mieux répondre aux besoins des parents ayant un enfant malade ou sévèrement handicapé dont l'état nécessite en permanence l'aide d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie.

Néanmoins, des difficultés d'application de la réglementation, des disparités entre CDES et des dérives dans l'attribution du 3^{ème} complément ont été constatées.

Le ministère a donc souhaité établir un « *état des lieux* » de la réglementation et de l'adéquation des aides financières apportées aux besoins des enfants handicapés.

A cet effet, une enquête a été lancée auprès d'un échantillon très représentatif de 23 CDES afin de :

- mieux connaître la situation familiale et la nature de l'aide apportée, pour une meilleure évaluation des contraintes entraînées par le handicap de l'enfant,

- définir des limites claires et applicables entre les conditions d'attribution de l'AES et de ses différents compléments,

- et d'identifier les points qui devront constituer les priorités de la réflexion à mener et éventuellement faire l'objet d'une réforme.

Les résultats définitifs de l'enquête devraient être disponibles au début de l'année 1997.

3. Le renforcement des crédits consacrés à la tutelle et à la curatelle d'Etat

Les crédits inscrits pour financer les associations gérant les mesures de tutelle et de curatelle d'Etat font l'objet d'une progression très importante. Ils passent de 370 millions de francs en 1996 à **435,5 millions de francs en 1997**, soit une augmentation de 17 % résultant d'une mesure nouvelle de 65,5 millions de francs (*chapitre 46-26 - article 60*)

Les dépenses liées à l'exécution des mesures de tutelle et de curatelle d'Etat sont des dépenses obligatoires de l'Etat.

Une personne majeure est placée sous **régime de tutelle** quand elle a besoin d'être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile. Elle est alors déchargée de l'exercice de ses droits et ne peut plus passer aucun acte seul.

Une personne majeure qui, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile peut être placée sous un **régime de curatelle**. Les actes qu'elle peut accomplir seule sont les actes d'administration, c'est-à-dire les actes de gestion courante tels que la perception des revenus, le paiement des dépenses. En revanche, elle ne pourra pas effectuer les actes qui engagent le patrimoine, sans l'assistance du curateur.

L'effort du Gouvernement vise à répondre à la situation créée par **l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes** et le développement du **placement en milieu ordinaire de personnes autrefois maintenues en milieu psychiatrique.**

4. Les mesures prévues dans le budget du travail.

Sans interférer avec le rapport de notre excellent collègue, M. Louis Souvet, rapporteur pour avis de la commission des Affaires sociales pour le budget de l'Etat, votre rapporteur tient à souligner les mesures importantes prévues en faveur des handicapés dans le bleu « Travail ».

a) Les 500 places nouvelles en atelier protégé

Tout d'abord, les ateliers protégés et les centres de distribution de travail à domicile font l'objet d'une mesure nouvelle de **9,8 millions de francs** qui permettra de créer **500 places nouvelles**. A cette mesure s'ajoute un transfert de 6 millions de francs destiné à assurer le financement des subventions de développement des ateliers protégés.

Il convient de rappeler que les ateliers protégés et les centres de distribution de travail à domicile constituent des unités économiques de production dépendant d'associations ou d'entreprises ordinaires. Ils mettent les travailleurs handicapés à même d'exercer une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées à leurs possibilités. Ils doivent, en outre, favoriser la promotion des travailleurs handicapés et leur accession à des emplois dans le milieu ordinaire de travail.

Les ateliers protégés ne peuvent embaucher que les travailleurs handicapés **dont la capacité de travail est au moins égale au tiers de la capacité de travail d'un travailleur valide**. Selon les nécessités de leur production, les ateliers protégés peuvent embaucher des salariés valides dans la limite de 20 % de leurs effectifs.

La mesure du Gouvernement est donc bienvenue car il est positif de favoriser des unités de production économique qui sont en situation de concurrence avec les entreprises de droit commun et qui permettent d'employer des personnes handicapées qui peuvent être rémunérées, grâce à la garantie de ressources, jusqu'à 90 % du SMIC.

b) Le soutien accru aux équipes de préparation et de suivi du reclassement (EPSR)

Le projet de budget pour 1997 prévoit de porter de 42 millions de francs à 50 millions de francs les crédits des EPSR, soit une augmentation de près de 19 %.

Il convient de rappeler que les EPSR apportent leur soutien aux handicapés en les aidant à surmonter les difficultés personnelles ou sociales susceptibles de faire obstacle à leur réadaptation, en leur procurant toutes informations utiles et en suivant leurs démarches. Elles recherchent, par ailleurs, les institutions susceptibles de fournir les moyens d'une insertion professionnelle, informent et conseillent les entreprises. A raison d'une ou plusieurs par département, les EPSR sont constituées soit par la DDTE, soit par un organisme public ou privé agréé.

Cette mesure est d'autant plus heureuse que la baisse constatée des crédits des EPSR en 1996 pouvait susciter une inquiétude sur l'avenir de ces dispositifs. M. Jacques Machet avait fait part, dans son rapport de l'année dernière, du caractère « regrettable » du désengagement de l'Etat dans ce domaine.

La mesure adoptée dans le projet de budget pour 1997 semble donc apporter une garantie pour l'avenir.

c) La remise à niveau des crédits relatifs à la garantie de ressources des salariés en milieu protégé

Le budget du travail enfin actualise de **121,3 millions de francs** les crédits relatifs à la garantie de ressources des travailleurs handicapés pour tirer les conséquences de la création de 500 places nouvelles en atelier protégé et de 2.000 places en CAT :

- **22,5 millions de francs** sont mis en place pour assurer le financement du complément de rémunération fixé forfaitairement à 55 % du SMIC pour les travailleurs en **atelier protégé** qui perçoivent une rémunération de l'employeur comprise entre 35 % et 45 % du SMIC ;

- **98,8 millions de francs** sont prévus pour les CAT dans lesquels la garantie de ressources permet de garantir au plus le versement de 50 % du SMIC lorsque la rémunération versée est comprise entre 5 % et 20 % de celui-ci.

d) Le transfert à l'AGEFIPH du financement de la garantie de ressources des travailleurs handicapés en milieu ordinaire

L'article 97 du projet de loi de finances pour 1997 vise à transférer à l'Association de gestion du fonds de développement pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (AGEFIPH) le versement de la garantie de ressources aux travailleurs handicapés exerçant leur activité en milieu ordinaire, celle destinée aux travailleurs handicapés exerçant en milieu protégé restant à la charge de l'Etat.

Le principe selon lequel toute personne handicapée exerçant une activité professionnelle est assurée de pouvoir disposer d'un minimum de ressources, garanti par l'Etat, quel que soit l'abattement de salaire dont bénéficie l'employeur, a été fixé par l'article 32 de la loi d'orientation du 30 juin 1975.

La garantie de ressources est égale, en milieu ordinaire de production, à 100 % du SMIC avec un maximum de 130 % du SMIC.

Le Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées a été créé dans le cadre de la loi n° 87 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des handicapés pour collecter les cotisations provenant des entreprises de plus de 20 salariés qui ne s'acquittent pas de leur obligation d'employer des personnes handicapées à hauteur de 6 % de leur effectif.

La cotisation est progressive en fonction du nombre de salariés de l'entreprise et évolue proportionnellement au nombre de bénéficiaires de l'obligation d'emploi non embauchés pour chaque entreprise d'une même catégorie.

Aux termes de l'article L. 323-8-4 du code du travail, « *Les ressources du Fonds sont destinées à favoriser toutes les formes d'insertion professionnelle des handicapés en milieu ordinaire de travail* ».

Elles sont affectées « *notamment, à la compensation du coût supplémentaire des actions de formation et au financement d'actions d'innovation et de recherche dont bénéficient les intéressés dans l'entreprise, ainsi qu'à des mesures nécessaires à l'insertion et au suivi des travailleurs handicapés dans leur vie professionnelle* ».

Pour répondre à ces objectifs, le conseil d'administration de l'AGEFIPH a élaboré un programme constitué de « *17 mesures pour l'emploi des personnes handicapées* ». Ces mesures sont les suivantes :

- diagnostic et conseil aux entreprises et à leurs regroupements ;
- prime à l'insertion (pour l'entreprise et pour la personne handicapée) ;
- maintien dans l'emploi et reclassement des personnes handicapées ;
- création d'activité ;

- aménagement des postes de travail ;
- accessibilité des lieux de travail ;
- aide à la formation en alternance ;
- bilan de compétences ;
- remise à niveau et redynamisation ;
- formation professionnelle ;
- soutien et suivi de l'insertion ;
- placement des personnes handicapées ;
- détachement en entreprise ;
- rapprochement du milieu protégé et du milieu ordinaire ;
- information et sensibilisation ;
- aides aux innovations.

Le montant du transfert de charges ainsi opéré s'élèverait à 250 millions de francs par an et concernerait 13.000 bénéficiaires.

Votre rapporteur approuve cette mesure qui contribue à rationaliser le mécanisme de la garantie tout en optimisant l'allocation de ressources prélevées sur les entreprises.

Le transfert ainsi opéré apparaît conforme à la mission qui avait été fixée par le législateur à l'AGEFIPH qui était de favoriser toutes les formes d'insertion professionnelle des handicapés en milieu ordinaire. Le versement de la garantie de ressources apparaît bien comme « l'outil de base » de cette insertion professionnelle.

Au demeurant, l'AGEFIPH apparaît en mesure de prendre en charge la garantie de ressources : le montant des fonds collectés annuellement auprès des entreprises s'élève à 1,66 milliard de francs.

L'AGEFIPH dispose, en outre, de fonds disponibles en réserve hors engagement d'un montant de 1,38 milliard de francs qui permettent apparemment de faire face à l'obligation qu'il lui est demandé d'assumer.

Le transfert permettra d'élargir la palette des interventions de l'AGEFIPH et de favoriser la pérennité des emplois obtenus en milieu ordinaire pour les handicapés.

Votre commission a donc émis un avis favorable tout en soulignant toutefois que le transfert ainsi opéré conduit à se demander si le statut d'association de l'AGEFIPH apporte suffisamment de garanties au regard de la mission de service public confiée à cet organisme.

Il serait utile d'apporter toutes les garanties juridiques souhaitables pour assurer le bon contrôle des sommes gérées par l'AGEFIPH sans alourdir à l'excès une structure qui a su faire preuve de son efficacité.

C. LES MOYENS DES SERVICES DU MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES PARTICIPENT À L'EFFORT DE MAÎTRISE DE LA DÉPENSE PUBLIQUE

L'avis présenté par votre rapporteur recouvre les « affaires sociales » entendues au sens large et porte donc également sur les moyens des services tels qu'ils ressortent du deuxième fascicule du budget du travail et des affaires sociales intitulé « *Santé publique et services communs* ».

Ces crédits correspondent à l'agrégat 01 relatif aux dépenses d'administration générale. Ils recouvrent une dépense de **5,06 milliards de francs** en diminution de 0,5 % sur l'année dernière qui se décomposent en 3,76 milliards de francs au titre des dépenses de personnel et 1,23 milliard de francs au titre des moyens de fonctionnement des services centraux et déconcentrés.

1. L'évolution générale des dépenses de personnel

En 1997, le ministère du travail et des affaires sociales contribue à l'effort de stabilisation des dépenses de l'Etat par une mesure de suppression de 100 emplois dont 27 en administration centrale, ce qui représente une mesure d'économie de 13 millions de francs.

Par ailleurs, 118 emplois sont supprimés en application des lois de décentralisation en matière d'aide sociale.

La diminution des effectifs est au total de 1,5 %.

Il convient de remarquer par ailleurs qu'il est prévu une mesure nouvelle de 5,2 millions de francs afin de procéder à la revalorisation du régime indemnitaire du personnel de direction et des administrateurs civils.

Cette mesure vise à rendre plus attractive les carrières offertes aux fonctionnaires du ministère qui ont longtemps souffert d'un « désavantage relatif », au moment où la mise en oeuvre du plan de réforme de la sécurité sociale nécessite une mobilisation intensive des services.

Répartition des effectifs budgétaires et réels du ministère en 1996

Administration centrale	1996	
	Budgétaire	Réel
Catégorie A	902	857,40
Catégorie B	385	347,90
Catégorie C	888	860,90
Sous-total	2175	2066,20
Personnel des cabinets	23	24,00
Haut comité médical sécurité sociale		
Haut comité lutte contre alcoolisme		
Représentants à l'étranger	22	18,00
Mission interministérielle Recherche-Expérimentation	4	4,00
Formation professionnelle		
Service des droits des femmes	171	134,50
Sous-total	220	180,50
TOTAL	2395	2246,70

Services extérieurs	1996	
	Budgétaire	Réel
A administratif	1748	1667,04
A technique	1153	979,245
TOTAL A	2901	2646,285
B Administratif	2337	2240,2
B technique	1239	843,375
Total B	3576	3083,575
C administratif	4608	4319,569
C technique	467	453,35
Total C	5075	4772,919
Total	11552	10502,779

2. Les moyens des services enregistrent les premières conséquences de la mise en oeuvre de la réforme de la sécurité sociale

Les dépenses de fonctionnement relatives aux services déconcentrés du ministère passent de 777,6 millions de francs en 1996 à 776,5 millions de francs en 1997.

Ce repli n'est qu'apparent puisqu'il est dû à la disparition des crédits consacrés aux services de tutelle hospitalière (30 millions de francs en 1996), du fait de la constitution des agences régionales de l'hospitalisation, d'une part, et à une révision des services votés de 14,977 millions de francs, d'autre part, qui représente en fait l'abondement de la dotation générale de

décentralisation aux départements pour la prise en charge des dépenses de fonctionnement des services publics d'action sociale.

En réalité, les moyens de fonctionnement des services bénéficient d'un ajustement positif, auquel s'ajoute un financement nouveau de 2 millions de francs, pour la tenue des conférences régionales de santé publique, ainsi qu'un transfert de 28,8 millions de francs en provenance du budget des Charges communes relatif aux frais d'affranchissement du courrier inter-administratif précédemment admis en franchise postale.

Les mesures d'ajustement concernent principalement les moyens de gestion du RMI qui sont augmentés de 3,65 millions de francs ; les moyens des COTOREP qui s'accroissent de 2,5 millions de francs pour les vacations des médecins et enfin les moyens des DDASS qui sont abondés de 2,24 millions de francs.

L'augmentation des moyens des COTOREP peut soulever une interrogation au regard de l'évolution de la législation.

3. La question de l'efficacité des COTOREP

Votre commission s'est interrogée sur la progression des moyens affectés aux COTOREP dans ce projet de budget représentant une mesure nouvelle de 2,5 millions de francs. Cette mesure est destinée en principe à résorber des retards de paiement sur des prestations médicales.

M. Jacques Machet, dans son rapport de l'année dernière, avait souligné les maux qui affectent, quasiment depuis l'origine, les COTOREP qui sont chargées, dans chaque département, de mettre en oeuvre et de coordonner l'ensemble des mesures en faveur des personnes handicapées adultes. Il avait fait état du manque de moyens, des lenteurs et de l'engorgement progressif de ces commissions du fait de l'attribution de l'ACTP aux personnes âgées en état de dépendance et des conséquences de l'amendement « Creton ».

Il a été précisé, en réponse à votre rapporteur, que les COTOREP avaient fait face à des demandes qui avaient doublé en 8 ans et rendu près de 1.200.000 décisions en 1995.

Dossiers examinés par les COTOREP

	1987	1992	1993	1994	1995	Evolution 87/95
1ère section	111.637	210.036	199.181	328.537	339.430	+ 304 %
2ème section	500.547	622.596	551.512	789.062	857.274	+ 171 %
TOTAL	612.184	832.632	750.693	1.117.600	1.196.704	+ 195 %
% 1ère section	18,2	25,2	26,5	29,4	28,3	

La réponse au questionnaire budgétaire souligne le doublement du nombre de décisions en huit ans (1987-1995), avec une plus forte progression de la première section, qui examine les demandes de reclassement professionnelle des travailleurs handicapés et qui a plus que multiplié par trois ses décisions sur la période 1987-1995, que de la seconde section qui traite de l'attribution de prestations et de l'orientation en établissements (+ 70 %).

On peut en inférer une plus forte demande d'insertion professionnelle, qui peut être liée à l'entrée en vigueur de la loi du 10 juillet 1987. Il en résulte que le progressif rééquilibrage du poids respectif de chaque section se poursuit : les décisions de première section, qui représentaient moins d'un cinquième des décisions de COTOREP en 1987, atteignent aujourd'hui deux cinquièmes de l'ensemble des décisions rendues par la COTOREP. Cela confirme l'importance croissante prise par les décisions de première section de COTOREP.

Après un tassement constaté pour l'ensemble des décisions en 1993, la progression reprend en 1994 et 1995 avec une hausse de 43 % des décisions en trois ans (1992-1995).

Il convient de souligner qu'une instruction de la délégation à l'emploi et de la direction de l'action sociale du 1^{er} août 1994 donne des recommandations sur les moyens à mettre en oeuvre pour améliorer le fonctionnement des COTOREP.

L'objectif assigné aux COTOREP est un délai moyen de décision inférieur à **trois mois** pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), ainsi que pour l'attribution de l'allocation adulte handicapé (AAH) et de la carte d'invalidité.

Le délai moyen de décision pour l'orientation professionnelle et l'attribution de l'allocation compensatrice doit être ramené à moins de six mois.

De plus, afin d'améliorer l'accueil et l'information des usagers, il est prévu de :

- *réorganiser l'accueil téléphonique* : la COTOREP doit répondre au téléphone au minimum six heures par jour et l'accueil téléphonique doit permettre de réponse à des demandes simples des usagers, de réorienter les demandes qui ne concernent pas les COTOREP et de donner tout renseignement sur l'état d'avancement d'une demande ;

- *instaurer un véritable service d'accueil* : un service d'accueil permanent et unifié doit être mis en place et des séances collectives d'information des usagers doivent être organisées selon les possibilités locales ;

- *mettre en place une fonction d'accueil approfondi et d'aide à la formulation des demandes* : il s'agit de distinguer les demandes complexes qui relèvent d'un projet de réinsertion sociale et professionnelle et pour lesquelles une aide à la formulation de la demande facilite l'instruction et l'aboutissement du projet ;

- *mettre à disposition des usagers et du personnel des COTOREP des supports d'information.*

Enfin, il a été précisé à votre rapporteur que les moyens humains des COTOREP étaient stables grâce aux efforts accomplis par les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle qui ont rempli leur engagement de maintien des effectifs prévu par la note d'orientation du 1^{er} août 1994. Les moyens complémentaires de secrétariat administratif dégagés en 1994 et 1995 avaient permis de stabiliser le personnel et de réduire les délais dans la grande majorité des cas.

En 1995, environ 1.100 personnes (personnel administratif) travaillent dans les COTOREP. Il s'agit, à 93 %, de titulaires qui se répartissent de façon équilibrée entre les DDTE et les DDASS ; 75 vacataires travaillent dans les COTOREP. 18 agents sont mis à disposition par les conseils généraux.

Malgré les engagements de l'Administration, votre commission tient à souligner que les COTOREP ne fonctionnent toujours pas de manière satisfaisante.

Elle souhaite que l'allégement des tâches, qui devrait résulter pour les COTOREP de la mise en oeuvre de la prestation spécifique dépendance, soit mis à profit pour améliorer sensiblement les délais de traitement des dossiers.

4. La révision des crédits relatifs aux objecteurs de conscience dans la perspective de la réforme du service national

Votre rapporteur souhaite évoquer, dans cette partie de son rapport qui traite plus spécifiquement des questions administratives internes du ministère, de l'évolution du chapitre 37-01 du bleu « action sociale et solidarité » relatif au service national des objecteurs de conscience.

Les crédits inscrits au chapitre 37-01 sont répartis entre les différents ministères gestionnaires de ces appelés par arrêtés du ministre du budget. Ces opérations qui interviennent deux fois par an sont réalisées au prorata des effectifs suivis par chacun des départements ministériels concernés et sur la base d'un coût moyen mensuel évalué à 2.600 francs environ (dépense de nourriture, hébergement, santé, transport, rémunération). Le ministère du travail et des affaires sociales règle, en outre, l'ensemble des dépenses liées à l'organisation des opérations d'incorporation et de libération de ces appelés et procède au paiement des frais d'hospitalisation les concernant.

Les crédits relatifs aux objecteurs de conscience passent de 300 millions de francs en 1996 à 201 millions de francs en 1997. Cette baisse des crédits obéit à deux sortes de considérations.

Tout d'abord, l'annonce des profondes modifications envisagées par le Président de la République concernant la réforme du service national s'est traduite, dès le mois de juin 1996, par une **diminution de 17 % du nombre des demandeurs de ce statut**, situation confirmée en juillet et août 1996 par une baisse de 15 % et 18,5 % de ce même nombre, ces données étant établies par comparaison avec la situation observée au titre des mois correspondants de l'année 1995. Par voie de conséquence, les effectifs d'objecteurs de conscience commencent à décroître et le nombre des appelés incorporés à ce titre en 1997 suivra cette même évolution.

Par ailleurs, le niveau retenu pour les crédits en 1997 est fondé sur la participation financière des structures aux dépenses d'entretien des appelés.

Cette participation n'interviendra qu'à l'occasion de l'appel du contingent 97/01 dont l'incorporation sera prononcée le 15 janvier 1997. Elle ne visera pas les objecteurs de conscience affectés antérieurement et dont le service se déroulera en 1997. Cette participation couvrira les dépenses d'alimentation, d'hébergement, d'habillement et de transport des appelés, l'Etat conservant à sa charge exclusive les dépenses de santé et le versement d'une rémunération égale à la solde des appelés militaires.

Ces modalités nouvelles de prise en charge des objecteurs de conscience rapproche cette forme de service national de celles issues des

protocoles liant le ministre de la défense aux administrations civiles (service ville, environnement) et visent à assurer une répartition équitable de la dépense en cause, dans la mesure où les jeunes gens apportent une aide réelle aux structures qui les accueillent.

5. L'incidence de la réforme de la sécurité sociale

Votre rapporteur s'est interrogé sur les conséquences pour l'organisation du ministère des affaires sociales de la mise en place de la « nouvelle architecture des responsabilités » issue des ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, à l'organisation de la sécurité sociale et à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Il lui a été précisé que l'évolution des services déconcentrés de l'Etat serait structurelle mais surtout fonctionnelle, nécessitant une adaptation des modes de travail.

Les agences régionales de l'hospitalisation sont de nouvelles structures : administration de mission, elles font travailler ensemble, au sein de la commission exécutive, des représentants de l'Etat et des représentants de l'assurance maladie (directeurs des organismes de protection sociale dont la caisse régionale d'assurance maladie et médecin conseil régional). L'autorité décisionnelle concernant l'hospitalisation tant publique que privée est le directeur de l'agence nommé en Conseil des ministres.

L'agence s'appuiera sur les services des DRASS et des DDASS (ainsi que ceux des CRAM) que leurs directeurs, faisant partie de la commission exécutive, continueront de solliciter pour le compte de l'agence sur tous les domaines relatifs aux établissements de santé (allocation de ressources, qualité des soins, planification).

Dans certains cas, après négociation de la convention constitutive type de l'agence régionale de l'hospitalisation, les services concernés de la DRASS pourront être placés sous l'autorité directe du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Par ailleurs, certains personnels (cadres de haut niveau) pourront être recrutés au sein de l'équipe rapprochée du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, laissant ainsi momentanément des vacances de postes dans les services.

En matière de santé publique, le préfet de région et le DRASS ont de nouvelles responsabilités. La conférence régionale de santé fixe les priorités

régionales ; elles font l'objet de programmes de santé publique dont l'élaboration et la mise en oeuvre sont coordonnées par le préfet de région nécessitant un renforcement du pôle santé.

Surtout au-delà de ces évolutions structurelles, une **nouvelle approche fonctionnelle s'avère indispensable** ; le travail en réseau, la démarche de projets, la pluridisciplinarité devraient être plus que jamais nécessaires. Un pôle fort de santé publique devrait s'organiser au niveau régional, de même qu'un pôle départemental de maîtrise d'ouvrage social, la cohérence de ces deux niveaux s'imposant.

Certaines évolutions pourront venir ultérieurement des travaux réalisés dans le cadre de la réforme de l'Etat : il est ainsi prévu une fusion DRASS-DDASS au chef-lieu de région réorganisant les compétences et permettant de prévoir, outre des économies d'échelle, le maintien d'une masse critique dans les services déconcentrés de l'Etat.

II. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE L'ACTION SOCIALE DÉCENTRALISÉE

Votre rapporteur souligne que l'interprétation du budget de l'Etat consacré à l'action sociale et à la solidarité, soit 61 milliards de francs, ne prend tout son sens que si elle est replacée dans la perspective de l'évolution d'ensemble des dépenses d'aide sociale décentralisée.

Aux termes de l'article 34 de la loi du 22 juillet 1983, le département s'est vu transférer une **compétence de droit commun** dans le domaine des prestations **d'aide sociale légale**. Sous réserve des compétences maintenues à l'Etat, les départements reçoivent donc la responsabilité de l'aide médicale (*art. 179 et suivant du CFAS*), de l'aide sociale à l'enfance (*art. 145 et suivant dudit code*), de l'aide sociale aux familles (*art. 150 et suivants dudit code*), de l'aide sociale aux personnes âgées (*art. 157 du CFAS*) et de l'aide aux personnes handicapées adultes qui outre l'aide à domicile et l'hébergement en établissement, inclut le versement de l'aide compensatrice pour tierce personne (ACTP).

S'agissant des données chiffrées exposées, votre rapporteur tient tout particulièrement à saluer la disponibilité de l'*Observatoire national de l'action sociale décentralisée* (ODAS) dont le sérieux et la qualité des travaux en ce domaine sont incontestables.

Il remercie également tout spécialement *l'Association des Présidents de Conseils généraux* qui a bien voulu lui faire parvenir les éléments dont elle disposait concernant l'évolution des comptes administratifs départementaux.

Après avoir présenté l'évolution globale de la dépense sociale d'aide sociale décentralisée, nous reviendrons sur les principales composantes de cette évolution avant d'aborder la question de l'importance des effets de coût dus aux structures dans cette évolution.

A. LA PROGRESSION CONSIDÉRABLE DES DÉPENSES NETTES D'AIDE SOCIALE

Selon l'enquête réalisée par le groupe permanent de l'ODAS composé des responsables des services financiers des services d'action sociale de 29 départements constituant un échantillon représentatif de la France métropolitaine, la dépense nette d'aide sociale s'est élevée à **73 milliards de francs** en 1995.

Il convient d'apporter une précision terminologique.

Les **dépenses nettes** sont égales aux dépenses brutes, c'est-à-dire au montant total des prestations versées par les départements, diminuées des recettes ultérieurement encaissées auprès des bénéficiaires de l'aide sociale, de leurs obligés alimentaires et des organismes de sécurité sociale.

La dépense nette prise en compte par les données de l'ODAS est le renseignement le plus révélateur sur la charge financière qui pèse sur les départements.

Les **dépenses directes d'aide sociale** ne comprennent que les prestations versées tandis que les **dépenses indirectes** incluent les dépenses de fonctionnement liées à l'exercice par leurs départements de leurs compétences. Elles se composent essentiellement des dépenses de personnel ainsi que des dépenses d'équipement et de fonctionnement courant des services sociaux du conseil général.

L'analyse des dépenses d'action sociale des départements font apparaître trois caractéristiques.

1. Une progression des dépenses nettement plus rapide que l'inflation

L'évolution de la dépense nette d'aide sociale est spectaculaire avec des taux de progression égaux à 9 % en moyenne en 1993 et 1994, soit un chiffre près de cinq fois supérieur à l'indice des prix moyens.

En milliards de francs

Dépense nette	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Evolution	+ 9,93	+ 8,63	+ 6,65	+ 9,53	+ 8,07	+ 6,88
Prix moyens	3,4	3,2	2,3	1,8	1,4	1,7

Source ODAS

Nb : avant déduction du contingent communal

En 1995, un ralentissement semble s'amorcer, mais avec un taux de 7 %, la progression des dépenses d'aide sociale se situe toujours à un niveau trois fois plus élevé que l'inflation.

2. Les dépenses d'aide sociale évoluent plus rapidement que les dépenses des départements et que les ressources transférées lors de la décentralisation

Les données fournies par l'APCG montrent que si les dépenses totales d'aide sociale, c'est-à-dire les dépenses brutes versées au titre des prestations auxquelles s'ajoutent les dépenses indirectes de structure administrative représentaient en moyenne 56 % des dépenses totales de fonctionnement des départements entre 1984 et 1989, ce taux est passé à près de 59 % entre 1989 et 1994.

Il convient de rappeler que la compensation financière du transfert de compétences a été opérée en maintenant une complémentarité entre ressources fiscales et dotations budgétaires de l'Etat.

Evolution de la part des dépenses d'aide sociale au sein des dépenses des départements

(en millions de francs)

	Dépenses totales d'aide sociale ⁽¹⁾		% des dépenses de fonctionnement
	Montant	Evolution	
1985	47.145		56,5
1986	48.981	3,9	55,3
1987	50.497	3,1	56,1
1988	52.106	3,2	55,5
1989	54.133	3,9	55,2
1990	58.339	7,8	55,5
1991	63.166	8,3	57,0
1992	68.295	8,1	57,7
1993	73.383	7,5	58,9
1994	77.949	6,2	59,6

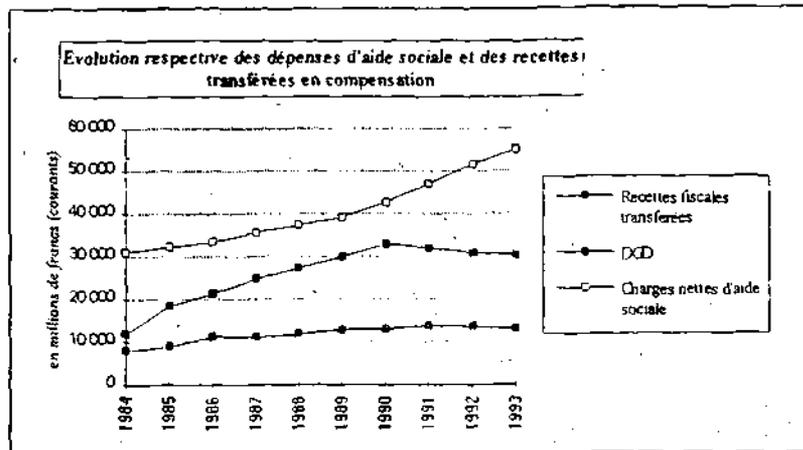
⁽¹⁾ Hors Paris

Source : APCG-CEDI

Le département s'est vu attribuer le produit de la vignette automobile des droits de mutation et de la plus value des recettes provenant de la réforme de la taxe foncière sur les propriétés bâties. Le solde des sommes non couvertes par les transferts de fiscalité a été en principe opéré au sein de la dotation générale de décentralisation.

Or, l'analyse montre que si les dépenses sociales ont progressé très régulièrement, les recettes de fiscalité indirecte transférées aux départements se sont contractées sous l'effet du ralentissement économique tandis que la DGD, indexée sur la dotation globale de fonctionnement (DGF), a subi également le contrecoup de la recherche d'une meilleure maîtrise des dépenses de l'Etat. Il résulte de ces évolutions inverses un véritable « effet de ciseaux » illustré par le graphique ci-après, publié dans le rapport de la Cour des Comptes sur la décentralisation en matière d'aide sociale¹.

¹ Cour des Comptes : La décentralisation en matière d'aide sociale, rapport au Président de la République, décembre 1995.



3. La part croissante des dépenses d'insertion au sein des dépenses d'aide sociale

La structure des dépenses d'action sociale en 1995 confirme la tendance à l'accroissement des dépenses liées à l'insertion, apparue depuis 1993.

Jusqu'en 1993 en effet, l'augmentation des dépenses trouve principalement son origine dans l'aide sociale traditionnelle fournie à travers l'aide sociale aux personnes âgées, aux handicapés et à l'enfance. Depuis 1994, ce sont les charges afférentes à l'insertion des bénéficiaires du RMI et à la prise en charge de l'aide médicale qui prennent une place de plus en plus considérable au sein des budgets locaux.

Ventilation des dépenses d'action sociale

En milliards de francs (MDF)

	1984		1989			1995			
	En MDF	en %	En MDF	en %	89/84 en %	En MDF	en %	95/89 en %	95/84 en %
Aide sociale à l'enfance	15	40	16,8	37	12	23,9	33	42	59
Dépendance	14,5	38	17	38	17	26,5	36	56	83
Insertion (RMI + aide médicale)	2	5	2,8	6	40	10,2	14	264	-
Autres	6,5	17	8,7	19	34	12,4	17	43	91
Total	38	100	45,3	100	19	73	100	61	92

Source : ODAS

Au-delà des conséquences directes sur les finances départementales, cette évolution ne peut qu'avoir des conséquences importantes en matière de

répartition des effectifs en personnel et d'organisation administrative en matière d'action sociale.

B. LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DES DÉPENSES D'ACTION SOCIALE ET DE SOLIDARITÉ DES COLLECTIVITÉS LOCALES

Il convient d'aborder les quatre grands secteurs de l'action sociale du département avant d'aborder les dépenses administratives indirectes des conseils généraux et les dépenses communales au titre du contingent d'aide sociale.

1. Le poids de l'aide sociale à l'enfance décroît mais reste prédominant

L'aide sociale à l'enfance (ASE) représenterait environ **24 milliards de francs en 1995**. Il s'agit fonctionnellement du premier poste de dépenses du département (33 %).

Les dépenses résultent :

- des frais de prise en charge des enfants, faisant l'objet d'une décision de placement en établissement d'éducation spécialisé ou en famille d'accueil, financés par le département. En 1993, ces dépenses représentaient les trois quarts des dépenses d'ASE ;

- des dépenses liées au soutien en milieu ouvert, qu'il s'agisse des mesures d'action éducative en milieu ouvert (AEMO), du recours aux travailleuses familiales ou des aides aux associations.

Le nombre d'enfants placés à l'aide sociale à l'enfance en France métropolitaine s'élevait à 108.000 en 1995 au lieu de 106.000 en 1993. Il est à noter que les décisions de placements d'enfants n'appartiennent pas uniquement au président du conseil du conseil général mais également à l'autorité judiciaire.

2. La montée en charge de l'aide sociale aux personnes âgées

L'analyse des dépenses des personnes âgées doit être faite en réintégrant au sein de ces dépenses la part de l'allocation compensatrice pour tierce personne lorsqu'elle est versée à des personnes âgées de plus de 60 ans.

L'aide sociale aux personnes âgées *stricto sensu* recouvre les dépenses d'aide financière au placement familial ou en établissement et l'aide à domicile.

• **L'aide à l'hébergement** qui a représenté 5,8 milliards de francs en 1995 est relativement stable depuis 1989. Cette situation s'explique par deux facteurs qui évoluent en sens inverse : d'une part la diminution du nombre de bénéficiaires en raison de l'augmentation générale des ressources des personnes âgées, qui explique que le nombre de recours au minimum vieillesse ne cesse de diminuer ; d'autre part, l'augmentation des prix de journée en établissements, en raison notamment du caractère plus coûteux des prises en charge pour des séjours plus courts.

• **L'aide à domicile** s'effectue sous la forme du versement de **l'allocation représentative de services ménagers**, réservée aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le minimum vieillesse, soit 41.692 francs par an, et qui représente 60 % du coût des services ménagers ou 30 heures d'aide ménagère par mois. Cette aide est en diminution constante depuis plusieurs années et s'élève en 1995 à **1,3 milliard de francs**.

Le poste important des dépenses est représenté, dans le dispositif encore en vigueur en 1995, par la part de l'allocation compensatrice attribuée par la COTOREP aux personnes lourdement handicapées (ayant un taux d'invalidité d'au moins 80 %) qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne.

Il apparaît en effet que les bénéficiaires âgés de cette prestation l'ont sollicité à raison de leur âge. Pour établir une ligne de partage conventionnelle, l'ODAS a choisi d'isoler la part de l'ACTP versée à des personnes de plus de 60 ans laquelle a représenté 6,3 milliards de francs en 1995.

Bien entendu la mise en place de la nouvelle prestation spécifique dépendance modifiera les données en ce domaine.

Dépenses nettes d'aide sociale aux personnes âgées

En milliards de francs

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Aide sociale à l'hébergement	4,75	4,73	4,52	4,49	4,57	4,55	4,73	4,79	4,9	4,8	5,3	5,8
Aide ménagère	1,80	1,70	1,62	1,57	1,42	1,45	1,48	1,48	1,4	1,5	1,4	1,3
ACPA (1)	2,2	2,3	2,5	2,6	2,7	3,0	3,4	3,8	4,3	4,8	6	6,3
Total	8,75	8,73	8,64	8,71	8,69	9,00	9,61	10,07	10,60	11,1	12,7	13,4

⁽¹⁾ Part de l'ACTP versée à des personnes âgées de plus de 60 ans

Source : ODAS

3. La forte progression des dépenses d'aide sociale aux handicapés

L'aide sociale aux personnes handicapés fait l'objet d'une répartition de compétence complexe entre l'Etat, l'assurance maladie et les départements. La prise en charge des enfants handicapés fait l'objet d'un financement intégralement assuré par la sécurité sociale tandis que celui-ci est partagé avec les départements pour l'hébergement des personnes handicapés adultes.

Le département assure les frais d'hébergement des handicapés adultes au sein de diverses structures telles que les foyers de vie, les foyers occupationnels et les hospices, à l'exception toutefois des maisons d'accueils spécialisés (MAS) qui, parce qu'elles sont réservées aux handicaps les plus lourds, sont financées par l'assurance maladie. Par ailleurs, les centres d'aide par le travail (CAT) et les ateliers protégés, comme on l'a vu plus haut, relèvent de la responsabilité de l'Etat.

De plus, les foyers dits à double tarification (FDT) connaissent un financement assuré par l'Etat pour la prise en charge des soins et par le département pour les frais d'hébergement.

Enfin, le département, comme on l'a vu, assume jusqu'en 1996, le coût de l'ACTP. Par convention, pour cette partie de l'analyse, les crédits d'ACTP pris en compte correspondent à la fraction versée aux personnes âgées de moins de soixante ans.

- Les dépenses d'aide sociale à l'hébergement des handicapés représentent **10 milliards de francs en 1995**. Cette dépense représente 14 % de la dépense nette d'action sociale départementale contre 9 % en 1984. La dépense d'hébergement est le poste qui a le plus augmenté depuis la décentralisation avec une progression de 135 % en francs courants, soit 10 % par an.

• Cette accélération s'explique à la fois par l'augmentation des prix de journée dans ces établissements et par la hausse du nombre de bénéficiaires constaté entre 1989 et 1993 en raison du vieillissement des générations d'adultes handicapés et de l'ouverture de nouvelles structures d'accueil.

S'agissant de l'allocation compensatrice versée aux moins de 60 ans, qui atteint **2,8 milliards de francs en 1995**, la progression est demeurée modérée de l'ordre de 1,5 % par an au cours de ces dernières années, tandis que la part relative de cette population au sein des bénéficiaires de l'ACTP a tendu à se réduire.

**L'aide sociale en direction des personnes handicapées
(France métropolitaine)**

En milliards de francs

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Hébergement	5,0	5,8	6,5	7,0	8,1	9,2	10,0
ACPH	2,5	2,5	2,5	2,6	2,8	2,8	2,8
Total	7,5	8,2	9,0	9,6	10,9	12,0	12,8
Evolution		11 %	9 %	9 %	14 %	11 %	6,67 %

Source : ODAS

4. La montée en puissance des dépenses d'insertion

Les dépenses liées à l'insertion et à la lutte contre la pauvreté ont représenté environ **9,9 milliards de francs** en 1995.

Elles se composent, d'une part, des dépenses des cotisations d'assurance personnelle des allocataires non affiliés à un régime de sécurité sociale et des dépenses de santé dans le cadre des divers systèmes de carte de santé : ces dépenses s'élèvent à **6,4 milliards de francs** en 1995.

Elles se composent, d'autre part, des dépenses d'insertion liées au RMI dans le cadre de l'obligation qui est faite au département d'inscrire annuellement à son budget un crédit au moins égal à 20 % des sommes versées, au cours de l'exercice précédent, par l'Etat au titre de l'allocation attribuée à des personnes résidant dans le département : le montant de ces dépenses est évaluée à **3,5 milliards de francs** en 1995.

Les dépenses d'insertion absorbent le tiers de la dépense d'action sociale départementale. La part de l'insertion dans cette dépense se renforce : elle est passée de 6 % en 1989 à 14 % en 1995. La part de l'insertion a donc plus que doublé en six ans.

5. La part non négligeable des dépenses indirectes

Les dépenses indirectes sont les dépenses de personnel et les frais de fonctionnement générées par la gestion de l'aide sociale. Ces dépenses sont relativement difficiles à évaluer en raison des différentes pratiques d'imputations retenues par les départements.

L'APCG-CEDI dans son étude sur les comptes administratifs pour 1994 évalue à **11,37 milliards de francs** la part des dépenses indirectes (hors Paris).

6. L'intervention des communes par l'intermédiaire des contingents communaux d'aide sociale

Malgré l'objectif de la suppression des financements croisés, la loi du 7 janvier 1983 a maintenu le principe de la participation financière des communes. Ce principe semble trouver son origine dans le rôle des communes dans la mise en oeuvre de l'aide sociale légale, confirmé par la présence des maires au sein des commissions locales d'aide sociale compétentes pour examiner les demandes d'admission, par le rôle des services municipaux dans l'instruction des demandes déposées auprès d'eux et par les pouvoirs spécifiques conférés aux maires en matière d'admission d'urgence.

La participation des communes revêt la forme d'une contribution globale annuelle calculée par rapport aux dépenses totales supportées par le département en matière d'aide sociale dont l'augmentation ne peut, en règle générale, être supérieure à celle des dépenses départementales.

L'ODAS a mené récemment une étude sur l'évolution des contingents communaux d'aide sociale. Des données les plus récentes, il ressort qu'en 1994, le montant moyen du contingent payé par les communes de près de 30.000 habitants était de 236 francs par habitant.

Cette dépense est estimée, pour l'ensemble de ces villes, à un peu plus de 4 milliards de francs (France métropolitaine hors Paris). Elle a progressé de 28 % depuis 1991, évolution comparable à celle des dépenses d'aide sociale obligatoire départementale pendant la même période.

De plus, la comparaison du montant global du contingent d'aide sociale payé en 1994 par l'ensemble des communes de France métropolitaine (hors Paris), soit environ 9,6 milliards de francs, et celui payé par les villes de plus de 30.000 habitants, montre qu'en moyenne le contingent départemental

par habitant est deux fois plus élevé dans les communes de plus de 30.000 habitants que dans les autres.

Les différentes moyennes recouvrent de fortes disparités. Ainsi, en 1994, le montant du contingent payé au département par une ville de plus de 30.000 habitants peut varier, pour les deux extrêmes, de 30 francs par habitant à plus de 600 francs. Par ailleurs, on relève qu'au sein d'un même département, les contingents payés par deux villes de population identique peuvent varier du simple au double.

L'ensemble du dispositif fait donc l'objet d'une étude conjointe de l'Assemblée des présidents de conseils généraux, de l'Association des maires de France et de la Direction générale des collectivités locales.

C. LES POIDS RESPECTIFS DE L'EFFET COÛT ET DE L'EFFET VOLUME

Les travaux de l'ODAS permettent une approche qualitative des évolutions.

Ils permettent en effet de distinguer, au sein de la progression générale des dépenses, ce qui est imputable à « l'effet coût », c'est-à-dire à l'augmentation du coût des prestations tenant aux frais de fonctionnement ou à la revalorisation des prestations, de ce qui résulte d'un « effet volume », c'est-à-dire d'une augmentation du nombre de bénéficiaires.

En 1995, comme en 1994, l'effet « coût » explique à lui seul les **deux tiers** de l'accroissement constaté des dépenses.

L'effet « coût » explique 75 % de la progression des dépenses en matière de placement familial des enfants (+ 5 % au total) ainsi que les trois quarts de l'augmentation des dépenses d'hébergement des personnes âgées (+ 8,5 %).

Caractéristiques des évolutions

(En milliards de francs)	Dépense nette 1995	Evolution 1994-1995	Effet coût 1995/1993	Effet volume 1995/1993	Bénéficiaires 1993	Bénéficiaires 1995
ASE	23,9	4 %				
dont placement familial	5,1	5 %	+ 3/4	+1/4	57.500	59.000
dont placement en établissement	12,4	4 %	+ 1	0	49.000	49.000
Personnes âgées	13,4	4 %				
Aide ménagère	1,3	- 3 %	+ 3/2	- 5/2	96.000	85.000
AS hébergement	5,8	5 %	+ 1	0	136.000	136.000
ACPA	6,3	5 %	+ 1/4	+ 3/4	180.000	195.000
Personnes handicapées	12,8	6,5 %				
AS hébergement	10,0	8,5 %	+ 3/4	+ 1/4	72.000	76.500
ACPH	2,8	0			77.000	81.000
Insertion	9,9	15 %				
Aide médicale	6,4	14 %	+ 3/5	+ 2/5		
RMI	3,5	17 %	+ 2/3	+1/3	700.000	840.000

Source ODAS

Plus symptomatique encore, les dépenses liées au placement en établissement de protection de l'enfance et aux établissements d'hébergement de personnes âgées ont augmenté respectivement de 4 % et 5 % sans que l'on puisse constater un accroissement du nombre de personnes concernées : la dépense nouvelle est dans ce cas presque entièrement imputable à un effet « coût ».

Pour les dépenses d'hébergement des personnes âgées, l'effet « volume » est vraisemblablement un peu plus important qu'il n'y paraît car les créations de places d'accompagnement à la vie sociale sont difficiles aujourd'hui à comptabiliser dans l'effet volume.

S'agissant des prestations telles que le RMI, l'évolution s'explique pour les deux tiers par l'augmentation du nombre de bénéficiaires et les coûts induits.

Votre rapporteur souligne que près des deux tiers des dépenses supplémentaires dans le secteur de l'aide sociale sont imputables aux effets de structure.

Ces hausses ne peuvent être imputées uniquement à la revalorisation régulière du niveau des prestations ou à l'augmentation du nombre d'exclus. Intervient également, en majeure partie, le fait que l'appareil de prise en charge des personnes à difficulté fonctionne aujourd'hui à un coût plus élevé qu'il y a cinq ou six ans.

C'est pourquoi votre rapporteur a souhaité examiner dans la troisième partie de cet avis les facteurs internes de hausse des coûts dans le domaine de l'action sociale.

III. ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION SUR LES FACTEURS INTERNES DE PRESSION À LA HAUSSE DES DÉPENSES D'ACTION SOCIALE

Dans un contexte où le taux de l'inflation n'a pas dépassé 1,8 % depuis trois ans et où la croissance demeure à un niveau encore trop faible, les taux de hausse des dépenses d'action sociale, soit 9,5 %, 8 % et 7 % respectivement pour 1993, 1994 et 1995, posent un véritable problème puisqu'il est clair que de telles évolutions deviendraient, à terme, insoutenables par la collectivité si elles devaient se prolonger à ce rythme.

De ce point de vue, la baisse du taux de l'inflation joue à la fois comme un « révélateur » et comme une « chance » : un « révélateur » parce qu'elle met clairement à jour la présence d'une propension des structures à la hausse des dépenses qui ne trouvent pas une contrepartie directe en termes d'accroissement de l'activité ou de prises en charge de personnes en difficulté ; une chance, puisqu'elle permet d'engager une réflexion sur l'adaptation du système de l'action sociale à ses objectifs.

Il s'agit au fond de savoir, non pas comment « dépenser plus », mais comment « dépenser mieux » pour assurer la plus grande efficacité possible à l'action sociale.

Trois thèmes seront abordés dans ce volet du rapport, portant respectivement sur la hausse des rémunérations, les modalités de financement institutionnelles dans le secteur social et médico-social et l'amélioration du contrôle des prestations sociales.

A. LA HAUSSE DES RÉMUNÉRATIONS DU PERSONNEL DU SECTEUR DES INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES APPARAÎT LARGEMENT À L'ORIGINE DE LA DÉRIVE SPONTANÉE DES COÛTS CONSTATÉE CES DERNIÈRES ANNÉES

L'hébergement en établissement social et médico-social représente plus de la moitié (56 %) des dépenses d'aide sociale des départements, les trois quarts du prix de journée acquittés par les départements sont constitués par des dépenses de personnel. L'évolution des rémunérations a donc un caractère essentiel dans l'évolution des coûts de l'action sociale.

1. La transposition des protocoles « Durieux-Durafour »

Les salariés des établissements privés assumant une mission de service public relèvent principalement de deux conventions collectives nationales (CCN) : la convention du 31 octobre 1951 des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif et la convention du 15 mars 1966 des établissements et services pour les personnes inadaptées et handicapées.

Par le biais des accords paritaires intervenus depuis quatre ans, le régime salarial des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux a été aligné avec celui des personnels salariés des établissements publics sanitaires.

L'objectif de parité entre le personnel de droit privé des institutions sociales et médico-sociales et celui du personnel sous statut de la fonction publique hospitalière est, au demeurant, reconnu par les conventions collectives.

C'est ainsi que l'article 36 de la convention du 15 mars 1966 prévoit que *« les organisations signataires se réuniront au moins chaque fois qu'interviendra une modification des traitements et classements du secteur public de référence, pour en déterminer obligatoirement les incidences sur la présente convention »*.

Une circulaire du 23 décembre 1991 et deux décrets du 2 janvier 1992 ont étendu aux agents du secteur social et médico-social le bénéfice du protocole « Durieux-Durafour » sur l'amélioration des conditions de vie et de travail des personnels de la fonction publique hospitalière.

Sur cette base, les partenaires sociaux ont conclu en mars 1992 des avenants aux conventions collectives de 1951 et 1966, lesquels, conformément à l'article 16 de la loi du 30 juin 1975 ont obtenu un agrément du ministre en 1992 et 1993. Ces décisions semblent avoir été prises, selon la Cour des Comptes, sans que les services du ministère ne puissent appréhender l'incidence de cette extension du protocole « Durafour » sur les finances départementales et sans que les marges de manoeuvre budgétaires des départements ne soient prises en compte.

Ces accords ont **un coût salarial direct** résultant, par exemple, de :

- la mise en place d'une indemnité de sujétion spéciale applicable à tout le personnel autre que les cadres de direction et les médecins ; cette indemnité s'est traduite par une augmentation salariale de 8,21 % répartie en trois ans ;

- la création, au bénéfice du personnel de direction, d'une indemnité mensuelle de responsabilité d'un montant de 40 à 100 points (la valeur du point s'établit à 21,21 francs depuis le 1^{er} août 1994).

A l'impact financier direct s'est surajouté le **caractère rétroactif** de certaines augmentations qui a conduit à creuser de soudains déficits dans le budget des établissements. La rétroactivité, contestée par l'APCG, peut fonctionner comme un véritable piège budgétaire et comptable en conduisant à créer de soudains déficits dans la gestion du budget social des établissements. Il serait souhaitable que les accords soumis à l'agrément comportent une date d'application compatible avec la procédure en vigueur, soit quatre mois après la date de signature de l'accord.

L'ODAS estime que si les accords salariaux ont lourdement pesé dans l'accélération des dépenses, l'on devrait entrer maintenant dans une période plus stable même si les années 1995 et 1996 doivent encore en enregistrer les effets.

Il reste que les accords paritaires comportent des révisions d'indices statutaires qui continueront à être mis en oeuvre progressivement pour les salariés des établissements au cours des prochaines années et qui pèseront sur les budgets des établissements.

2. L'incidence du « glissement-vieillesse-technicité »

Le recours à des agents de plus en plus âgés, de plus en plus qualifiés administrativement et techniquement entraîne des conséquences en termes de dépenses induites par les carrières.

D'une manière générale, le coût des mesures individuelles, c'est-à-dire des mesures d'ancienneté et de promotion des agents est mesuré par le glissement-vieillesse-technicité.

La masse des rémunérations évolue en raison des variations des caractéristiques des personnes employées ; ce phénomène est connu sous le nom de glissement-vieillesse-technicité (GVT), qui se compose :

- *d'un effet de carrière* (ou GVT positif), qui retrace l'incidence positive sur la masse salariale des avancements et promotions dont bénéficient régulièrement les fonctionnaires ;

- *d'un effet de noria* (ou GVT négatif) qui traduit l'incidence généralement négative sur la masse salariale du jeu des entrées-sorties.

La somme algébrique des deux effets constitue *l'effet de structure* (ou GVT solde) : il permet d'apprécier l'évolution effective de la masse salariale due aux variations de structure de la population étudiée.

Il est frappant de constater que de 1991 à 1996, le GVT « positif » de la fonction publique de l'Etat n'est jamais inférieur à 1,8 % et que de 1993 à 1996 il a toujours été supérieur à la hausse de l'indice des prix à la consommation.

Evolution de la RMPP de la fonction publique de l'Etat

Mesures salariales en moyenne	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Effet report des mesures de l'année précédente (1)	1,49	1,43	1,14	0,14	1,28	1,36
Effet courant des mesures de l'année considérée (2)	0,60	1,51	1,59	1,04	1,24	0,0
Effet des mesures catégorielles ministérielles	1,3	1,1	0,9	0,4	0,4	0,3
Effet des mesures de réforme de la grille	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Effet des mesures individuelles (3)	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	2,1
Progression de la rémunération moyenne des personnes en place RMPP	5,6	6,4	6,1	4,1	5,5	4,3
Hausse de l'indice des prix à la consommation en moyenne annuelle (hors tabac) (4)	3,2	2,3	1,8	1,4	1,7	1,9

(1) Progression de la masse des rémunérations au cours de l'année considérée imputable à l'application en année pleine des mesures salariales adoptées dans le courant de l'année précédente.

(2) Progression de la masse des rémunérations au cours de l'année considérée imputable aux seules mesures mises en oeuvre au cours de cette même année.

(3) Il s'agit des effets d'ancienneté et de promotion des agents nommément promus du 1er janvier au 31 décembre d'une année. Cette grandeur est appelée GVT positif.

(4) Les prix sont hors tabac depuis 1992.

Le GVT est en quelque sorte « le thermomètre » de l'effet coût induit par le déroulement des carrières nonobstant toute mesure salariale collective ; lorsque ce coût évolue plus vite que les prix à la consommation, sans doute est-ce le signe d'une « fièvre » due pour partie au vieillissement de cette fonction publique mais aussi aux revalorisations d'indice mis en place pour certaines catégories de fonctionnaires dans le cadre des protocoles Durieux/Durafour dont les effets peuvent se prolonger sur plusieurs années.

L'effet « GVT positif » est également non négligeable dans le secteur couvert par les **conventions collectives** puisqu'il varie ces dernières années entre 0,8 % et 1,3 %.

Evolution de la RMPP

- du personnel relevant de la convention collective du 31 octobre 1951

	1991	1992	1993	1994	1995
G.V.T. positif	1,30	1,30	1,10	0,80	0,80
Autres mesures	3,31	3,16	6,75	2,21	2,98
R.M.P.P.	4,61	9,46	7,85	3,01	3,78

- du personnel relevant de la convention collective du 15 mars 1996

	1991	1992	1993	1994	1995
G.V.T. positif	1,30	1,30	1,10	0,80	0,80
Autres mesures	5,67	5,89	5,22	2,95	3,70
R.M.P.P.	6,97	7,19	6,32	3,75	4,50

Il est important également de se référer non seulement à la rémunération moyenne des personnes en place (RMPP) qui mesure un pouvoir d'achat mais également au « salaire moyen par tête » (SMPT) qui mesure l'évolution de la masse salariale à effectif constant qui permet d'analyser l'évolution de la dépense sur le plan budgétaire.

Evolution du SMPT de la fonction publique de l'Etat

	Prix en moyenne	Effet GVT solde	SMPT
1986	2,7	0,9	3,3
1987	3,1	0,9	2,8
1988	2,7	1,4	3,0
1989	3,6	0,7	5,9
1990	3,4	0,6	4,9
1991	3,2	0,5	4,3
1992	2,3	0,6	5,1
1993	1,6	0,5	4,7
1994	1,4	0,8	2,9
1995	1,7	0,9	4,3

Le GVT « solde » évolue en moyenne à près de 0,9 % par an au cours de ces dernières années.

Il apparaît aujourd'hui que pour les prochaines années même en tenant compte de « l'effet de noria » c'est à dire du GVT négatif résultant de

l'économie à la suite des départs à la retraite, **le GVT ne saurait descendre en dessous de 1%**, ceci avant même toute augmentation du pouvoir d'achat des agents.

Cette constatation est encore plus vraie pour les agents des institutions sociales et médico-sociales qui forment un corps plus jeune dans lesquels les départs sont moins fréquents que dans la fonction publique de l'Etat. Il en résulte donc une contrainte mécanique pour les budgets des établissements.

D'une manière générale, ces conventions collectives ont été mises en place en 1951 et en 1966 dans une période de croissance forte. Elles portent donc l'empreinte des rigidités que pouvait autoriser la période. Certaines des nomenclatures du personnel ou des règles afférentes aux horaires de travail mériteraient sans doute une réflexion.

Sans remettre en question les conventions collectives, sans doute serait-il opportun de permettre tout au moins que l'organisation du travail puisse être différente de celle prévue par la convention collective sous réserve qu'elle ait été définie par accord d'entreprise ou d'établissement dans le respect des dispositions légales et réglementaires.

B. LES MODALITÉS DE FINANCEMENT DES INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

Le deuxième thème de réflexion porte sur les modalités selon lesquelles sont assurés le financement et la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux.

Celles-ci reposent sur la connaissance par l'autorité tarifaire des recettes et dépenses prévisionnelles « justifiées et non excessives » présentées par les organismes concernés.

Cette reconnaissance ouvre droit alors aux organismes à une sorte de droit de tirage pour assurer leur financement soit sous forme de prix de journée pour les établissements relevant du département, soit dans le cadre de dotations mensuelles forfaitisées pour les établissements relevant de l'Etat.

Le problème est qu'aujourd'hui ce droit de tirage reste valable même si les prévisions initiales sont dépassées sans qu'aucune contrainte ne pèse pour inciter les organismes à maîtriser leurs dépenses dans le cadre d'objectifs préalables, qui ne sont pas reconnus comme opposables par la jurisprudence.

Les structures financées par l'Etat ou l'assurance-maladie sont « tarifées » par le préfet de département, après allocation de ressources par le préfet de région et cadrage préalable, soit par la loi de finances de l'Etat, soit par le taux directeur médico-social, soit (à partir de 1997), par la loi de financement de la sécurité sociale.

Depuis plusieurs années, une incohérence se révèle entre la **limitation de fait de l'enveloppe de financement nationale** et le caractère ascendant d'une procédure budgétaire fondée sur la garantie, sous le contrôle du juge, des « droits acquis » ; la fragilité de la situation a été notamment révélée en 1994 pour **les établissements financés par l'Etat**, du fait d'un décalage entre le taux de progression des crédits en loi de finances et le taux directeur médico-social, qui a entraîné une recrudescence des contentieux au titre desquels l'Etat doit actuellement près de 100 millions de francs pour les seuls CAT.

Dans un contexte de pression structurelle à la hausse des dépenses, cette situation est dangereuse.

Afin d'assurer une prévision et un contrôle plus strict de l'allocation de ressources publiques, l'article 98 du projet de loi de finances rattaché à ce budget prévoit de légaliser, pour les institutions sociales et médico-sociales relevant de l'Etat, le principe d'enveloppes limitatives de financement arrêtées par le préfet.

Il est à relever que l'incidence financière de ce dispositif est globalement neutre, sachant que les procédures introduites permettent de garantir un meilleur autofinancement des extensions de capacité sociales et médico-sociales, par le biais d'un **redéploiement à l'intérieur des enveloppes** nationales et d'une allocation des ressources moins basée sur les « précédents ».

L'Assemblée nationale a supprimé cet article dont le principe serait repoussé à la prochaine révision de la loi du 30 juin 1975 afin de laisser à l'Administration un délai pour affiner les critères d'évaluation de l'activité des établissements.

Il semble pourtant que l'affichage d'objectifs clairs soit la meilleure des incitations possibles à l'élaboration d'instruments d'évaluation pertinents.

C'est pourquoi votre commission a adopté un amendement rétablissant l'article 98 en repoussant toutefois la date de son entrée en oeuvre au 1^{er} janvier 1998 afin de tenir compte de la mise en place de la réforme de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui est annoncée pour le printemps 1997.

C. LE RENFORCEMENT DES CONTRÔLES

Le troisième axe de réflexion concerne les contrôles qui pourraient utilement être exercés sur les ressources et les droits des bénéficiaires de l'aide sociale ou de leur famille, s'agissant notamment du RMI.

1. Le respect de l'obligation alimentaire

L'un des premiers axes à développer serait le respect de l'obligation alimentaire notamment pour le RMI.

L'article 23 de la loi du 1er décembre 1988 prévoit que le demandeur de la prestation doit faire valoir ses droits résultant des obligations du mariage, des conséquences du divorce et de l'obligation d'entretien des parents.

La jurisprudence a précisé en 1994 que l'obligation ne pesait pas seulement sur les parents pour les enfants mineurs, mais aussi pour les enfants majeurs lorsqu'ils n'ont pas terminé leurs études, ou lorsqu'après leurs études ils n'ont pas trouvé de travail.

Il n'apparaît donc pas normal d'attribuer le RMI à certains jeunes dont les parents bénéficient de revenus élevés.

Des contrôles pourraient sans doute utilement être conduits sur les déclarations de ressources de ces derniers sans modifier le régime de droit existant.

2. Le contrôle des droits à affiliation à la sécurité sociale

Une autre piste réside dans l'examen des droits à prestation en nature au régime d'assurance maladie des bénéficiaires du RMI inscrits au régime de l'assurance personnelle.

Il est important, à cet égard, de rappeler qu'un chômeur, qui a bénéficié d'une indemnisation du fait d'une activité préalable mais dont les droits à revenu de remplacement sont expirés, conserve le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie tant qu'il demeure à la recherche d'un emploi (*article L. 161-8 du code de la sécurité sociale*).

Par ailleurs, les règles relatives aux ayants droit sont souvent mal respectées et, en particulier, le fait que le conjoint séparé de droit ou de fait peut conserver le droit à prestation de l'assuré.

Le bénéfice des prestations en nature est assuré pendant un an aux ayants droit d'assurés décédés ou divorcés ou ayant rompu la vie maritale lorsqu'ils ne bénéficient pas de prestations à un autre titre. La durée d'un an peut être prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de trois ans. Les droits à prestations sont maintenus sans limitation de durée pour les personnes ayant eu au moins trois enfants à charge. Ces mesures sont applicables aux conjoints séparés de droit ou de fait (*article L. 161-13 du code de la sécurité sociale*).

L'expérience montre que les contrôles des CAF sont aujourd'hui très limités en ce domaine. Les départements qui ont pris l'initiative du contrôle obtiennent d'excellents résultats.

Par ailleurs, le dispositif du RMI serait sans doute plus efficace si l'attribution de l'allocation pouvait se faire plus près du terrain. Encore faudrait-il sans doute que les procédures de croisement de fichiers informatiques soient assouplis.

*

* *

Ce budget nous laisse dans l'attente de deux grandes réformes à venir qui vont certainement modifier le paysage administratif de l'action sociale : le projet de loi de cohésion sociale, d'une part, et la réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, d'autre part.

Ce budget n'en constitue pas moins le signe que l'action sociale et la solidarité sont les priorités fortes du Gouvernement dans le cadre d'un budget général qui se caractérise par une stabilisation des dépenses de l'Etat.

Sous réserve de ces observations, votre commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits consacrés aux affaires sociales contenus dans le projet de loi de finances pour 1997.

ANNEXE N° 1

AMENDEMENT ADOPTÉ PAR LA COMMISSION

PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 1997

DEUXIÈME PARTIE

III - ACTION SOCIALE ET SOLIDARITÉ

Amendement présenté par M. Jean Chérioux

au nom de la commission des Affaires sociales

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. Il est inséré, dans la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, un article 27-2 ainsi rédigé :

« Art. 27-2 : Le montant total annuel des dépenses des établissements et services visés au 6° et 8° de l'article 3 de la loi, imputables aux prestations prises en charge par l'aide sociale de l'Etat et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales de fonctionnement de ces établissements ou services, est déterminé par le montant inscrit à ce titre dans la loi de finances initiale de l'exercice considéré.

Ce montant total annuel est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations régionales est fixé par le ministre chargé de l'action sociale, en fonction des priorités en matière de politique sociale, compte tenu des besoins de la population, de l'activité et des coûts moyens des établissements ou services, et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions.

Chaque dotation régionale est répartie par le représentant de l'Etat dans la région, après avis du représentant de l'Etat dans le département, pour chaque département de ladite région, en dotations départementales, dont le montant tient compte des priorités locales, des orientations des schémas prévus à l'article 2-2 de la présente loi, de l'activité et des coûts moyens des établissements ou services, et d'un objectif de réduction des inégalités d'allocation des ressources entre départements et établissements ou services.

Pour chaque établissement ou service, le représentant de l'Etat dans le département compétent peut modifier le montant global des recettes et dépenses prévisionnelles visées au 5° de l'article 26-1 de la présente loi, imputables aux prestations prises en charge par l'aide sociale de l'Etat, compte tenu du montant des dotations régionales ou départementales définies ci-dessus : la même procédure s'applique en cas de révision, au titre du même exercice, des dotations régionales ou départementales initiales.

Le représentant de l'Etat dans le département peut également supprimer ou diminuer les prévisions de dépenses qu'il estime injustifiées ou excessives compte tenu, d'une part des conditions de satisfaction des besoins de la population, telles qu'elles résultent notamment des orientations des schémas prévus à l'article 2-2 de la présente loi, d'autre part de l'évolution de l'activité des coûts des établissements et services appréciés par rapport au fonctionnement des autres équipements comparables dans le département ou la région.

Des conventions conclues entre le représentant de l'Etat dans la région, les représentants de l'Etat dans le département, les gestionnaires d'établissement ou service et, le cas échéant, les groupements constitués dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, précisent, dans une perspective pluriannuelle, les objectifs prévisionnels et les critères d'évaluation de l'activité et des coûts des prestations imputables à l'aide sociale de l'Etat dans les établissements et services concernés. ».

II - Les dispositions du I ci-dessus sont applicables à compter du 1er janvier 1998.

ANNEXE N° 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR VOTRE RAPPORTEUR (dans l'ordre chronologique)

• **Organisation nationale des formations au travail social
(ONFTS)**

Mme Marie-France MARQUES, directeur administratif

• **Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de
Réadaptation Sociale (FNARS)**

M. Jean-Paul PENEAU, directeur général

• **Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)**

M. Christian ROLLET, chef de l'IGAS

• **Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS)**

M. Jean-Louis SANCHEZ, délégué général

M. Pierre-Antoine LEGOUTIERE, directeur des opérations

• **Union nationale des associations de parents et amis de
personnes handicapées mentales (UNAPEI)**

M. Patrick GOHET, directeur général

M. Laurent COQUEBERT, adjoint au directeur général

• **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée
à but non lucratif (FEHAP)**

M. François DELAFOSSE, président

Mme LECONTE

• **Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle
des handicapés (AGEFIPH)**

M. Jean-Louis SEGURA, directeur général

• **Association des Paralysés de France (APF)**

M. Claude LOSPIED, vice-président

M. Marc ROUZEAU, directeur général

Mme Fabienne JEGU, conseillère en législation du handicap

• **Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)**

M. Marcel ROYEZ, secrétaire général

• **Union nationale interfédérale des oeuvres privées sanitaires et sociales (UNIOPSS)**

Mme Francine FENET, conseillère technique

• **Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH)**

M. Henry LAFAY, président national de la fédération

• **Association des Présidents de Conseils Généraux (APCG)**

M. Jean-Jacques AYZAC, vice-président du Conseil général de la Drôme, représentant l'APCG

Mlle Marylène JOUVIEN, chargée des relations avec le Parlement