

N° 36

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat le 13 octobre 2010

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des finances (1) et de la commission des affaires sociales (2) sur l'évaluation des coûts de l'allocation aux adultes handicapés (AAH),

Par MM. Albéric de MONTGOLFIER, Auguste CAZALET et Paul BLANC,

Sénateurs.

(1) *Cette commission est composée de :* M. Jean Arthuis, *président* ; M. Yann Gaillard, Mme Nicole Bricq, MM. Jean-Jacques Jégou, Thierry Foucaud, Aymeri de Montesquiou, Joël Bourdin, François Marc, Alain Lambert, *vice-présidents* ; MM. Philippe Adnot, Jean-Claude Frécon, Mme Fabienne Keller, MM. Michel Sergent, François Trucy, *secrétaires* ; M. Philippe Marini, *rapporteur général* ; M. Jean-Paul Alduy, Mme Michèle André, MM. Bernard Angels, Bertrand Auban, Denis Badré, Mme Marie-France Beauvils, MM. Claude Belot, Pierre Bernard-Reymond, Auguste Cazalet, Yvon Collin, Philippe Dallier, Serge Dassault, Jean-Pierre Demerliat, Éric Doligé, André Ferrand, François Fortassin, Jean-Pierre Fourcade, Adrien Gouteyron, Charles Guené, Claude Haut, Edmond Hervé, Pierre Jarlier, Yves Krattinger, Gérard Longuet, Roland du Luart, Jean-Pierre Masseret, Marc Massion, Gérard Miquel, Albéric de Montgolfier, François Rebsamen, Jean-Marc Todeschini, Bernard Vera.

(2) *Cette commission est composée de :* Mme Muguette Dini, *présidente* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *vice-présidents* ; MM. Nicolas About, François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; M. Alain Vasselle, *rapporteur général* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, Claire-Lise Campion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Adrien Giraud, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-Louis Lorrain, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, François Vendasi, René Vestri, André Villiers.

SOMMAIRE

Pages

LES PRINCIPALES PROPOSITIONS DE VOS RAPPORTEURS	5
AVANT-PROPOS	7
I. UNE DÉPENSE DE PRÈS DE 7 MILLIARDS D'EUROS, DONT LA DYNAMIQUE POURRAIT ÊTRE MIEUX MAÎTRISÉE	9
A. UNE DÉPENSE INFLATIONNISTE SYSTÉMATIQUEMENT SOUS-ÉVALUÉE	9
1. <i>Une croissance soutenue de la dépense</i>	9
a) Une augmentation continue du nombre de bénéficiaires	9
b) Une hausse des montants moyens versés, notamment du fait de la revalorisation de 25 % de l'AAH d'ici à 2012	10
2. <i>Une prévision initiale quasi-systématiquement contredite en exécution</i>	12
a) Des écarts entre prévision et exécution qui s'accroissent depuis 2006	12
b) Une sincérité budgétaire mise en doute à chaque exercice	13
c) Une sous-budgétisation qui pèse directement sur les comptes de la branche famille de la sécurité sociale.....	14
B. UNE DÉPENSE EN PROGRESSION LINÉAIRE DONT LES DÉTERMINANTS ONT DES EFFETS MAL CONNUS.....	14
1. <i>Des déterminants d'évolution de la dépense mal maîtrisés</i>	14
a) Des effets conjoncturels : la revalorisation de l'AAH conjuguée à la crise	15
b) Un effet structurel : la démographie	16
2. <i>La croissance pourtant très linéaire de la dépense aurait dû permettre d'améliorer la qualité des prévisions</i>	18
II. UNE RÉFORME EN ATTENTE D'UN NOUVEAU SOUFFLE	21
A. UNE DÉFINITION JURIDIQUE ÉVOLUTIVE ET PROBLÉMATIQUE.....	21
1. <i>Une définition juridique ambiguë</i>	21
a) Les deux régimes de l'AAH et ses compléments.....	21
b) Une distinction artificielle et subjective.....	23
c) L'incapacité à travailler ou la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi : des notions ambiguës difficiles à apprécier	25
d) Le chevauchement des publics éligibles au RSA et à l'AAH	27
2. <i>La nécessaire harmonisation des critères d'évaluation des maisons départementales des personnes handicapées</i>	27
a) Des disparités territoriales dans les modalités d'attribution de la prestation.....	27
b) Intensifier les actions de formation des membres des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie.....	29
c) Mettre en place les conditions d'un meilleur contrôle de l'Etat sur les décisions d'attribution de l'AAH	31
B. LA RÉFORME DE L'AAH : UN CHANTIER MAL PRÉPARÉ ET INABOUTI.....	32
1. <i>Un double engagement en faveur de la dignité et de l'insertion des personnes handicapées</i>	33
2. <i>Une réforme mal préparée et encore très largement inapplicable</i>	34
a) L'employabilité : un concept délicat à décliner en pratique	34
b) Une réforme partiellement applicable dont l'impact budgétaire a été surestimé et différé.....	36
c) Une réforme partiellement financée	38

EXAMEN EN COMMISSION	43
ANNEXES	53
1. <i>Liste des personnes entendues par vos rapporteurs</i>	53
2. <i>Évolution du nombre de bénéficiaires et des crédits de l'allocation aux adultes handicapés depuis 1998</i>	55

LES PRINCIPALES PROPOSITIONS DE VOS RAPPORTEURS

I. Pour une budgétisation plus sincère de la dépense d'AAH

1. Inscrire, dans le projet de loi de finances initiale, un montant de crédit qui corresponde, **au minimum, à la tendance de progression moyenne de la dépense de l'AAH observée au cours des cinq exercices précédents.**

2. **Élaborer le budget sans tenir compte d'éventuelles économies** qui, les années précédentes, ne se sont jamais réalisées.

3. Mettre rapidement en œuvre **le système statistique de suivi de l'insertion professionnelle des personnes handicapées** au vu des données essentielles qu'il apporterait pour la réforme de l'AAH et pour une meilleure maîtrise de la dépense.

II. Donner à la réforme de l'AAH un nouveau souffle

4. Garantir une **meilleure équité de traitement des demandes d'AAH** grâce à des mesures renforcées d'harmonisation, d'évaluation et de contrôle des procédures mises en œuvre par les équipes pluridisciplinaires et les CDAPH.

5. **Accélérer la mise en place des nouvelles règles de cumul des revenus d'activité avec l'AAH** pour inciter les personnes handicapées à démarrer ou reprendre une activité et sécuriser financièrement leur parcours d'insertion.

6. **Renoncer dans l'immédiat à la déclaration trimestrielle des ressources.**

7. **Abandonner l'idée d'une allocation transitoire de soutien à l'insertion professionnelle** proposée par le rapport Busnel sur l'employabilité des personnes handicapées.

8. **Expérimenter les propositions du rapport Busnel**, en particulier celles relatives à **l'évaluation des capacités et des compétences professionnelles et à l'orientation**, que ce soit dans le cadre d'entretiens individuels ou d'une mise en situation.

9. Mettre en place de **nouvelles mesures favorisant l'embauche des personnes handicapées**, en mobilisant de façon plus incitative les entreprises de moins de vingt salariés et en développant la mise en place de **partenariats entre les grands groupes, l'Agefiph et les organismes de placement spécialisés.**

10. **Utiliser les fonds de roulement de l'Agefiph et du FIPHFP pour financer les moyens supplémentaires nécessaires pour permettre aux MDPH et au service public de l'emploi d'évaluer les compétences professionnelles des demandeurs de l'AAH et de les orienter vers l'emploi.**

11. **Mobiliser les organismes de placements spécialisés** et leur confier la mission de mettre en emploi une partie des bénéficiaires de l'AAH (primo-demandeurs) et favoriser l'insertion professionnelle progressive de l'ensemble des allocataires.

12. **A terme, envisager la refonte du régime juridique de l'AAH** en abandonnant la distinction fondée sur le seul taux d'incapacité au profit d'une différenciation des publics selon leur capacité ou non à exercer une activité professionnelle.

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Instituée en 1975¹, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est destinée aux personnes handicapées âgées de plus de vingt ans et ne pouvant prétendre à un avantage vieillesse, une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à l'AAH. Elle est attribuée en fonction de critères médicaux et sociaux par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'esprit initial de ce dispositif était de **procurer un revenu de remplacement aux personnes exclues du marché du travail en raison de leur handicap**. Elle est, à ce titre, versée sous conditions de ressources. Cette vocation originelle a été confirmée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui a créé la **prestation de compensation du handicap** (PCH), versée, elle, **sans** conditions de ressources.

Ainsi, lorsqu'une personne handicapée ne peut vivre de son activité, l'AAH lui assure un revenu de subsistance. Il s'agit **d'un minimum social**, le deuxième en nombre d'allocataires (environ 870 000 à la fin de 2010) après le RSA. Elle est **financée par la solidarité nationale** et représente **une dépense globale qui devrait atteindre près de 7 milliards d'euros en 2011**.

La dépense afférente représente une part prépondérante des crédits de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » : la maîtrise de son évolution constitue donc un enjeu important, en particulier dans un contexte budgétaire contraint.

A cet égard, vos rapporteurs expriment, chaque année, à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances initiale, **un certain scepticisme à l'égard de la prévision de dépense d'AAH**. Ils ont en effet **constaté une sous-évaluation quasi-systématique des crédits au regard des besoins réels**, confirmée par les lois de règlement successives adoptées *a posteriori*.

Le présent rapport, commun à la commission des finances et la commission des affaires sociales, s'attache par conséquent à analyser les déterminants de l'évolution de la dépense d'AAH afin **d'établir les conditions d'une meilleure sincérité de la prévision budgétaire**.

¹ Article 37 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

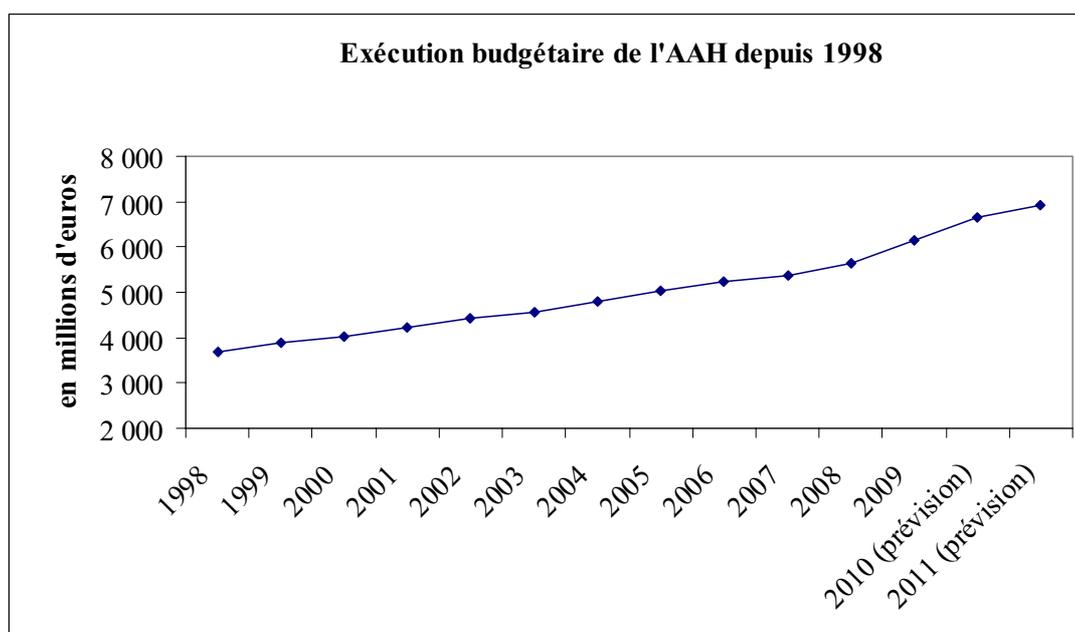
Vos rapporteurs sont également préoccupés par la réforme en cours de l'allocation. Elle devrait permettre de mieux maîtriser la charge financière, notamment en orientant les personnes handicapées vers l'emploi. Pour autant, force est de constater, **qu'elle demeure, à ce jour, au milieu du gué et qu'elle n'a pas produit les effets escomptés.**

I. UNE DÉPENSE DE PRÈS DE 7 MILLIARDS D'EUROS, DONT LA DYNAMIQUE POURRAIT ÊTRE MIEUX MAÎTRISÉE

A. UNE DÉPENSE INFLATIONNISTE SYSTÉMATIQUEMENT SOUS-ÉVALUÉE

1. Une croissance soutenue de la dépense

Dans le projet de loi de finances pour 2011, la dépense au titre de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est estimée à **plus de 6,9 milliards d'euros**. Elle s'élevait, en 1998, à 3,7 milliards et à près de 4,4 milliards en 2002. **La croissance de cette charge est donc soutenue (cf. graphique ci-dessous), en progression d'environ 39 % entre 2002 et 2009.**

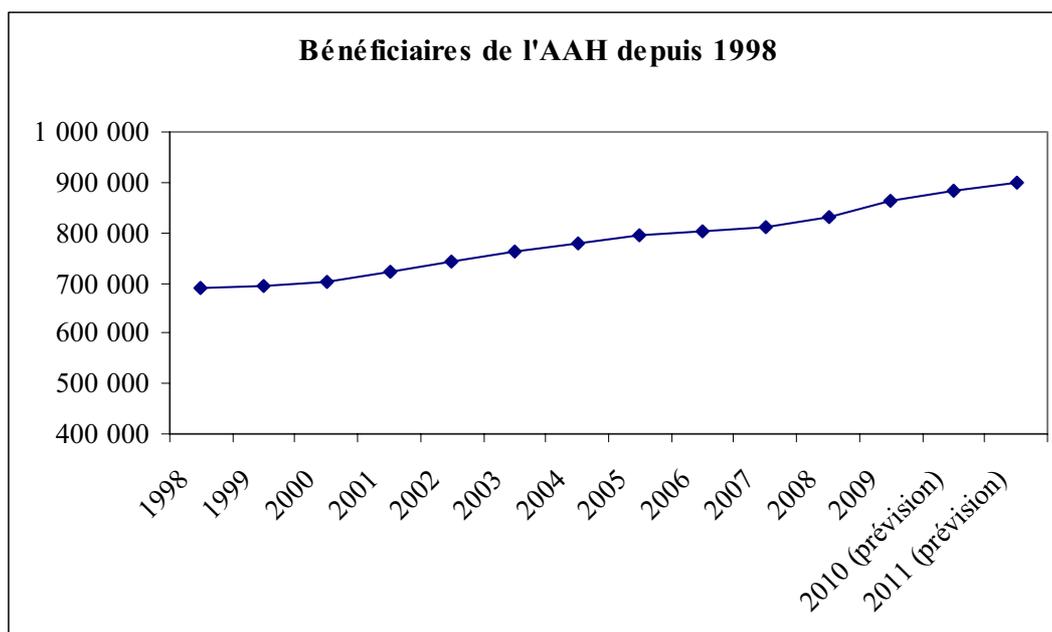


Source : direction du Budget et direction générale de la cohésion sociale.

Le dynamisme de la prestation résulte à la fois de **la progression régulière du nombre de bénéficiaires et de l'augmentation du montant moyen qui leur est servi.**

a) Une augmentation continue du nombre de bénéficiaires

Entre 1998 et 2011, le nombre de bénéficiaires a crû de plus de 30 %. Il est passé de 688 800 en 1998 à 743 850 en 2002 et **est estimé à plus de 900 000 en 2011**, comme le montre le graphique ci-dessous.



Source : direction générale de la cohésion sociale.

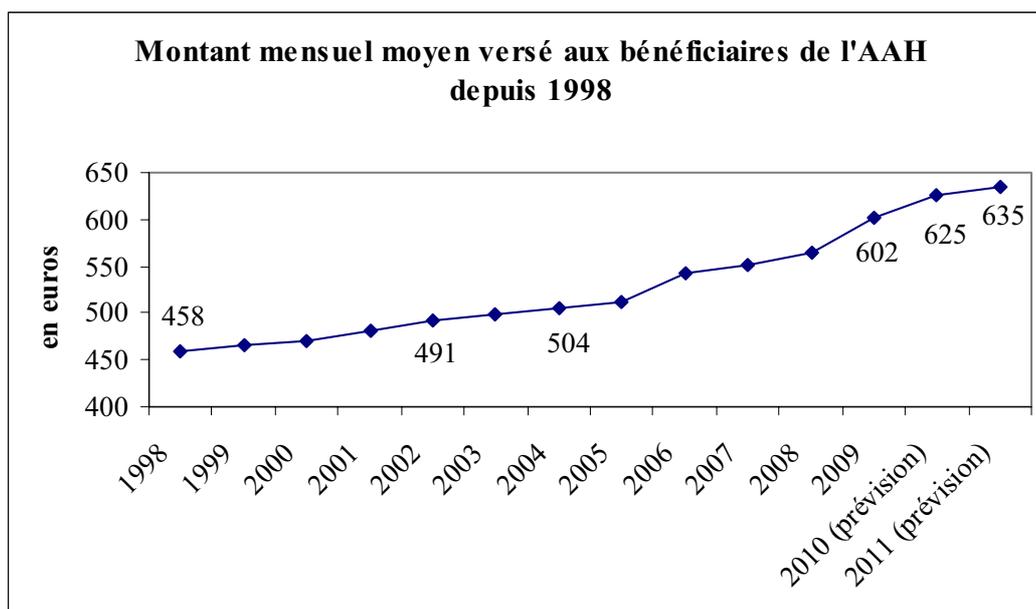
Depuis 2006, la progression est, en moyenne, toujours supérieure à 2 % par an. A ce rythme, le million d'allocataires devrait être dépassé avant 2020.

b) Une hausse des montants moyens versés, notamment du fait de la revalorisation de 25 % de l'AAH d'ici à 2012

L'AAH est une allocation **différentielle**, c'est-à-dire **qu'elle compense la différence entre les éventuelles ressources de la personne handicapée et le montant maximal de l'allocation, défini par décret.** Elle s'apparente ainsi à un revenu minimum garanti.

Chaque allocataire ne perçoit donc pas la même somme. Pour cette raison, il importe de connaître le « montant mensuel moyen » qui leur est servi.

Or, la progression de la dépense globale d'AAH résulte aussi de la hausse de ce montant mensuel moyen. **Celui-ci s'élevait à environ 458 euros en 1998 et devrait dépasser 635 euros en 2011, soit 38 % d'augmentation.**



Source : direction générale de la cohésion sociale.

Toutefois, **une partie de l'accroissement du montant mensuel moyen versé ne procède pas d'une dynamique endogène à la prestation.** En effet, compte tenu de son caractère différentiel, plus le montant maximal croît – et avec lui le plafond de ressources – et plus le montant mensuel moyen augmente.

Or, lors de la Conférence nationale du handicap, en juin 2008, le Président de la République **a annoncé une revalorisation de l'AAH de 25 % sur la période du quinquennat**, selon l'échéancier rappelé ci-dessous.

De fait, le montant mensuel moyen a connu une nette inflexion à partir de 2008 qui devrait se poursuivre jusqu'en 2012. A ce titre, on peut d'ailleurs douter de la prévision de 635 euros inscrite dans le projet de loi de finances pour 2011 alors qu'il atteint déjà 625 euros en 2010.

Échéancier de revalorisation de l'AAH

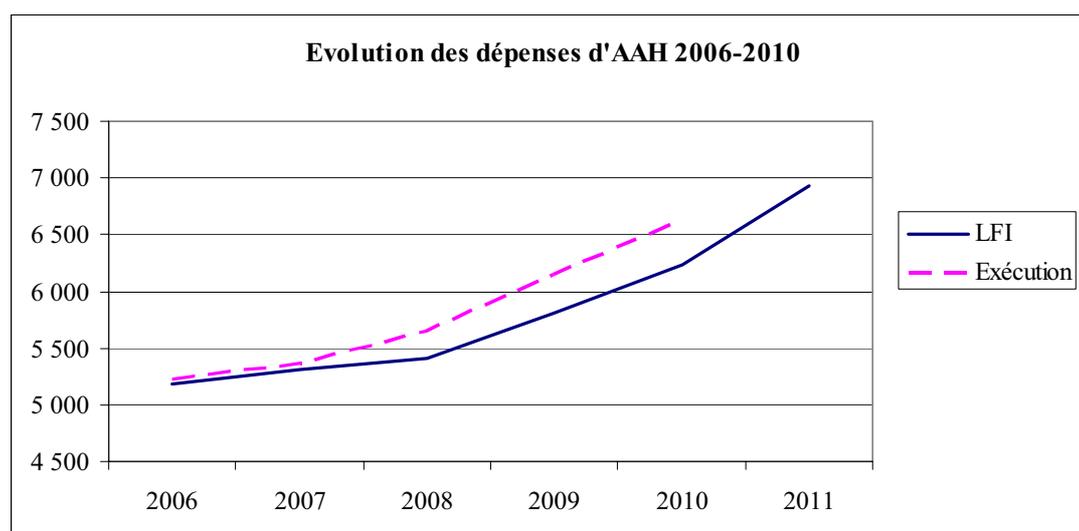
Échéances	Taux de revalorisation	Montant maximal d'AAH en euros	Progression cumulée depuis 2007	
				en euros
au 31 décembre 2007		621,27		
1 ^{er} janvier 2008	1,10 %	628,10	1,10 %	6,83
1 ^{er} septembre 2008	3,90 %	652,60	5,00 %	31,33
1 ^{er} avril 2009	2,20 %	666,96	7,40 %	45,69
1 ^{er} septembre 2009	2,20 %	681,63	9,70 %	60,36
1 ^{er} avril 2010	2,20 %	696,63	12,10 %	75,36
1 ^{er} septembre 2010	2,20 %	711,95	14,60 %	90,68
1 ^{er} avril 2011	2,20 %	727,61	17,10 %	106,34
1 ^{er} septembre 2011	2,20 %	743,62	19,70 %	122,35
1 ^{er} avril 2012	2,20 %	759,98	22,30 %	138,71
1 ^{er} septembre 2012	2,20 %	776,59	25,00 %	155,32

Source : réponse aux questionnaires budgétaires.

2. Une prévision initiale quasi-systématiquement contredite en exécution

a) Des écarts entre prévision et exécution qui s'accroissent depuis 2006

Depuis plusieurs années, les crédits inscrits en loi de finances initiale ont presque toujours été insuffisants pour couvrir les besoins réels au titre de l'AAH. La prévision – qui certes demeure un art difficile – s'est révélée défaillante comme le montre le graphique ci-dessous.



Source : direction du Budget.

Entre 2000 et 2004, plusieurs exercices ont été marqués par des écarts substantiels entre prévision et exécution, notamment les années 2000, 2002 et

2004. Toutefois, un retour à la normale a pu être constaté pour les exercices 2005 et 2006. Ainsi, lors de l'exercice 2006, **l'écart est resté contenu dans une fourchette acceptable** puisqu'il s'élevait à environ 42 millions d'euros, soit 0,8 % de la prévision initiale.

En revanche, depuis cette date, **la divergence entre les données de la loi de finances initiale et celles de la loi de règlement tend, de nouveau, à se creuser**. Exprimée en pourcentage de la prévision initiale, elle représentait :

- **1,30 % en 2007**, soit environ **69 millions d'euros** ;
- **4,36 % en 2008**, soit près de **236 millions d'euros** ;
- **5,80 % en 2009**, soit un peu moins de **337 millions d'euros** ;
- **6,48 % en 2010**, d'après les chiffres prévisionnels du projet annuel de performances pour 2011, soit plus de **404 millions d'euros**.

b) Une sincérité budgétaire mise en doute à chaque exercice

L'article 32 de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) établit le principe de sincérité selon lequel **« les lois de finances présentent de façon sincère l'ensemble des ressources et des charges de l'Etat. Leur sincérité s'apprécie compte tenu des informations disponibles et des prévisions qui peuvent raisonnablement en découler »**.

Or, si un dérapage ponctuel peut être toléré dès lors qu'il était imprévisible, il est patent que **les conséquences du dynamisme de l'AAH n'ont pas été tirées en termes budgétaires**. La programmation budgétaire initiale n'a pas tenu compte de la tendance observée, conduisant inévitablement à une sous-budgétisation récurrente de cette dépense.

Dès lors, **depuis le projet de loi de finances pour 2007, vos rapporteurs ont exprimé, dans chaque rapport budgétaire, leur plus grand scepticisme au regard de la prévision de dépense**. Leurs interrogations sur **« la réalité des dépenses liées à l'AAH »** ou **« la crédibilité des hypothèses retenues »** sont demeurées sans réponse.

Le Gouvernement a manifestement ignoré la tendance qui s'est dessinée et amplifiée depuis 2006. De surcroît, les mesures d'économies, mises en avant dans chaque projet annuel de performances, n'ont jamais été confirmées. Quand bien même elles auraient été réalisées, leur montant n'aurait jamais suffi à compenser la progression constatée de la dépense.

Néanmoins, **le projet de loi de finances pour 2011 pourrait constituer un infléchissement de cette « politique de l'autruche »**. Comme le montre le graphique précédent, les crédits inscrits dans le projet annuel de performances pour 2011 présentent une sensible revalorisation qui devrait permettre de mieux couvrir les besoins réels. Pour autant, vos rapporteurs estiment que cette progression restera probablement insuffisante¹.

¹ cf. infra I. B. 2.

c) Une sous-budgétisation qui pèse directement sur les comptes de la branche famille de la sécurité sociale

L'AAH est versée aux bénéficiaires par les Caisses d'allocations familiales (CAF), c'est-à-dire la branche famille de la sécurité sociale. Il existe donc un transfert financier entre le budget de l'Etat et les CAF.

Par le passé, la sous-budgétisation de la dépense d'AAH a eu pour conséquence **de conduire à la formation de dettes de l'Etat à l'égard de la CNAF**. Elles ont été **totale­ment apurées en octobre 2007 par un versement exceptionnel de l'Etat d'un peu moins de 100 millions d'euros**.

Depuis, un abondement systématique en loi de finances rectificative de fin d'année sur le programme « Handicap et dépendance » ainsi que des mesures de fongibilité ont permis d'éviter la formation de nouvelles dettes.

Si l'Etat a légitimement mis un terme à une situation inacceptable, la sous-estimation de la dépense d'AAH constitue encore une charge de trésorerie pour la CNAF. En effet, une régularisation définitive ne peut intervenir qu'en fin d'année, une fois votée la loi de finances rectificative. Entre temps, la branche famille est contrainte d'inscrire la somme manquante dans son découvert de trésorerie. Or, à fin 2010, le découvert de trésorerie global des régimes de sécurité sociale devrait atteindre plus de 50 milliards d'euros.

La dépense d'AAH ne représente certes qu'une partie infime de ce montant (environ 0,8 % pour l'année 2010). Néanmoins, sur le principe, il est **très regrettable que l'Etat participe à l'aggravation de la situation financière des régimes de sécurité sociale alors même qu'une programmation prudente de la dépense permettrait de l'éviter**.

B. UNE DÉPENSE EN PROGRESSION LINÉAIRE DONT LES DÉTERMINANTS ONT DES EFFETS MAL CONNUS

1. Des déterminants d'évolution de la dépense mal maîtrisés

Les déterminants de la dépense d'AAH apparaissent correctement identifiés, que leur action porte sur l'effet-volume (le nombre de bénéficiaires) ou sur l'effet-prix (le montant mensuel moyen versé).

Pour autant, il existe **une réelle difficulté à identifier leur part respective dans la progression de la dépense**. Ils sont à la fois nombreux, d'ordre conjoncturel ou structurel, et ils peuvent jouer autant à la baisse qu'à la hausse. Déjà, en 2006, un rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹ relevait que « le maintien d'un flux important de bénéficiaires entrants dans l'allocation

¹ IGF, IGAS, Mission d'audit de modernisation, Rapport sur l'allocation aux adultes handicapés, n° 2006-M-014-02 (IGF), n° 2006-44 (IGAS), avril 2006.

provient du jeu combiné de multiples facteurs, dont le rôle précis et l'importance respective restent toutefois difficiles à objectiver ».

En particulier, les auteurs du rapport estimaient que plusieurs facteurs d'ordre sociologique sont difficilement mesurables : *« le meilleur accès au droit des personnes handicapées, une légitimité accrue de la reconnaissance du handicap, la hausse du nombre de personnes isolées en situation de handicap, qu'elle provienne de phénomènes souhaités (accès accru à l'autonomie, politiques de maintien à domicile ou d'hospitalisation de jour) ou subis (diminution des solidarités familiales ou locales), sont des éléments qui ont pu être signalés à la mission par divers interlocuteurs, et pourraient expliquer en partie l'accroissement du nombre des allocataires, ou du montant de l'AAH versée (l'AAH versée à une personne à domicile étant supérieure à celle versée à une personne en établissement). Si l'importance et l'incidence de ces facteurs sur le dispositif d'AAH sont difficiles à mesurer, il n'en reste pas moins qu'ils pèsent vraisemblablement à la hausse sur le montant des dépenses. »*

a) Des effets conjoncturels : la revalorisation de l'AAH conjuguée à la crise

La revalorisation de l'AAH de 25 % sur la durée du quinquennat est, sans aucun doute, la première raison de la croissance de la dépense. D'après les estimations transmises par la direction du Budget, **l'effet-prix de cette revalorisation serait d'environ 300 millions d'euros par an, soit 1,4 milliard d'euros sur la période.**

L'accroissement de l'AAH emporte également un effet-volume. La prestation est attribuée à la condition que les ressources de la personne handicapée ne dépassent pas un plafond annuel, lui-même calculé en référence au montant de l'AAH. Or, chaque année, celui-ci progresse d'environ 4,45 %, soit, en moyenne, beaucoup plus vite que les revenus d'activité. Un certain nombre de personnes handicapées, auparavant exclues de la prestation, deviennent ainsi éligibles puisque leurs revenus sont alors inférieurs au plafond.

A titre d'illustration, pour une personne seule, le plafond était fixé à 7 455,24 euros au 31 décembre 2007. Avec la revalorisation de 25 %, il atteindra 9 319,08 euros au 1^{er} septembre 2012. Un travailleur handicapé gagne 8 000 euros en début de période, il n'est pas éligible à l'AAH. En fin de période, ce sera toujours le cas si et uniquement si son salaire progresse de plus de 16 %, ce qui apparaît fort peu probable dans le contexte actuel, marqué par un fort chômage et une inflation quasi-nulle.

Au total, d'après les informations transmises par la direction générale de la cohésion sociale, **le coût net de la revalorisation de l'AAH serait de près de 2,3 milliards d'euros sur cinq ans. L'effet-volume peut donc être estimé à 900 millions d'euros**, sachant que l'effet-prix représente 1,4 milliard d'euros (*cf. supra*).

De même, en période de crise, de manière tendancielle, le revenu disponible diminue et, là encore, des personnes qui étaient en dehors du dispositif sont désormais susceptibles d'y entrer. En effet, l'AAH est non seulement une prestation différentielle, mais également « familialisée », c'est-à-dire que l'ensemble des ressources du ménage sont prises en compte. **Dès lors, si le conjoint d'une personne handicapée connaît une perte de revenus, celle-ci peut devenir éligible à l'AAH.**

De surcroît, la direction générale de la cohésion sociale rappelle que « *l'essentiel [de la hausse de la dépense] s'explique par l'évolution du nombre d'allocataire au titre de l'article L. 821-2 (taux d'incapacité entre 50 % et 80 %)* » puisqu'elle s'élève à + **8,28 %**, contre une progression de 1,12 % pour les bénéficiaires de l'AAH sur le fondement de l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale, dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 %.

De fait, le nombre de bénéficiaires de la première catégorie connaît une expansion importante : entre juin 2009 et juin 2010, leur nombre progresse de 8,3 %.

Ces chiffres semblent également corroborer un phénomène qui se renforce en période de difficultés économiques. Certaines commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) feraient de l'AAH un amortisseur social. Cette « AAH sociale » résulterait notamment d'effets de bord avec le RSA. En effet, pour certains publics, par exemple des déficients psychiques, la frontière peut apparaître assez floue entre RSA et AAH¹.

Enfin, la loi de finances pour 2009 a supprimé la condition d'inactivité d'un an pour pouvoir faire une demande d'AAH. De ce fait, d'après le Gouvernement (rapport annuel de performances pour 2009), **près de 10 000 nouveaux bénéficiaires seraient ainsi entrés dans le dispositif.**

b) Un effet structurel : la démographie

L'AAH est normalement accordée à des personnes âgées de vingt à cinquante-neuf ans. Dès lors, la démographie constitue l'un des effets les plus structurants de l'évolution de la prestation.

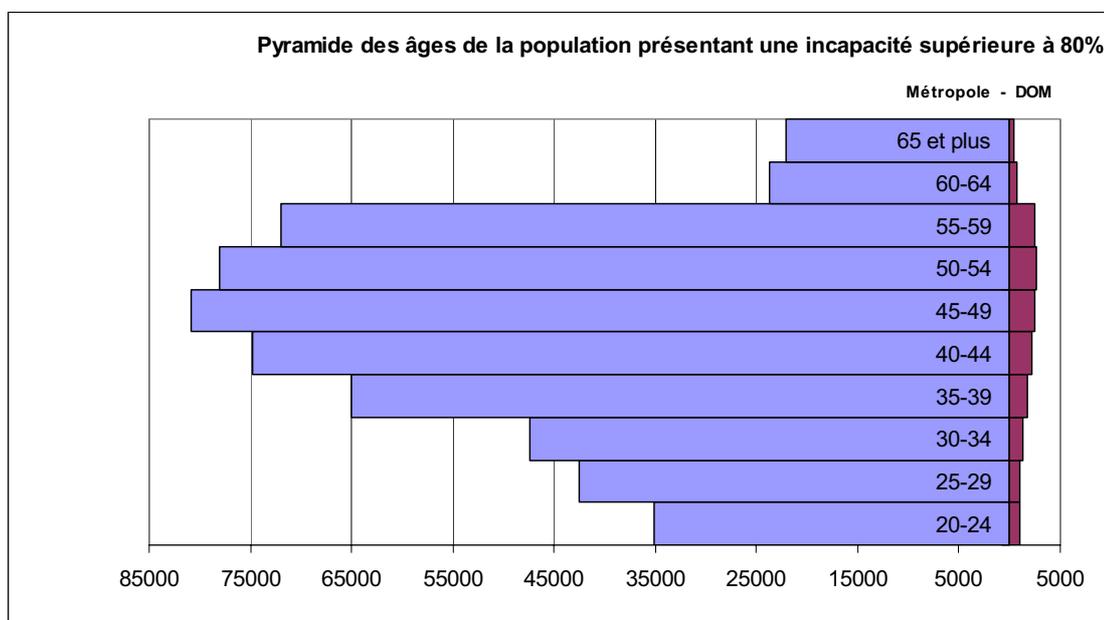
Il convient tout d'abord de distinguer, parmi les bénéficiaires de l'AAH, deux publics. Le premier recouvre les « handicapés de naissance » qui entrent dans le dispositif dès l'âge de vingt ans. Le second comprend les « accidentés de la vie » dont le nombre s'accroît au fil du temps puisque seul un quart des bénéficiaires de l'AAH sont handicapés depuis l'enfance.

A ce titre, lors de son audition par vos rapporteurs, la direction du Budget notait que la « *probabilité de percevoir l'AAH augmente de façon linéaire jusqu'à 45 ans puis se stabilise entre 46 et 59 ans* », comme le corrobore la pyramide des âges reproduite ci-dessous.

¹ cf. infra II. A. 1. d.

S'il existe une dynamique démographique propre à l'AAH, celle-ci n'est pas nécessairement liée à celle du reste de la population. **Mais, actuellement, on observe une phase de concordance entre les deux phénomènes. Concrètement, comme la génération des 46-59 ans est la plus nombreuse dans la population française et que, de surcroît, elle est également surreprésentée dans les bénéficiaires de l'AAH, il est logique que le nombre total des bénéficiaires augmente régulièrement ces dernières années.**

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) rappelle ainsi que le rythme de croissance des bénéficiaires a été « *soutenu entre 1987 et 2004, proche de 3 % par an, [et] s'explique en partie par le gonflement de la population des 40 à 59 ans, alors même que le risque de handicap croît avec l'âge* »¹.



Source : direction générale de la cohésion sociale.

A l'inverse, la structure démographique de la population française **devrait conduire à une diminution du nombre de bénéficiaires dans les prochaines années**. En effet, compte tenu du caractère subsidiaire de la prestation, les allocataires, à partir de l'âge de soixante ans, ont l'obligation de liquider leurs droits à la retraite. Seules les personnes handicapées dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 % peuvent cumuler l'AAH et une pension de retraite pour autant que celle-ci ne dépasse pas le montant maximal de l'AAH. Un peu moins de 50 000 personnes perçoivent ainsi l'AAH au-delà de soixante ans.

¹ DREES, *Les minima sociaux en 2008-2009 - Années de transition*, 12 juillet 2010.

Le projet de loi sur la réforme des retraites, actuellement en cours d'examen devant le Parlement, ne devrait pas modifier cet équilibre.

2. La croissance pourtant très linéaire de la dépense aurait dû permettre d'améliorer la qualité des prévisions

La difficulté à appréhender les effets des déterminants de l'AAH pourrait expliquer en partie la mauvaise qualité de la prévision budgétaire initiale.

En 2006, le rapport précité de l'IGF et de l'IGAS¹ notait cependant que, « *après une progression très forte jusqu'en 1985, correspondant à la montée en charge du dispositif, la croissance de la dépense s'est désormais stabilisée, aux alentours de 6 % par an en moyenne en euros courants* ».

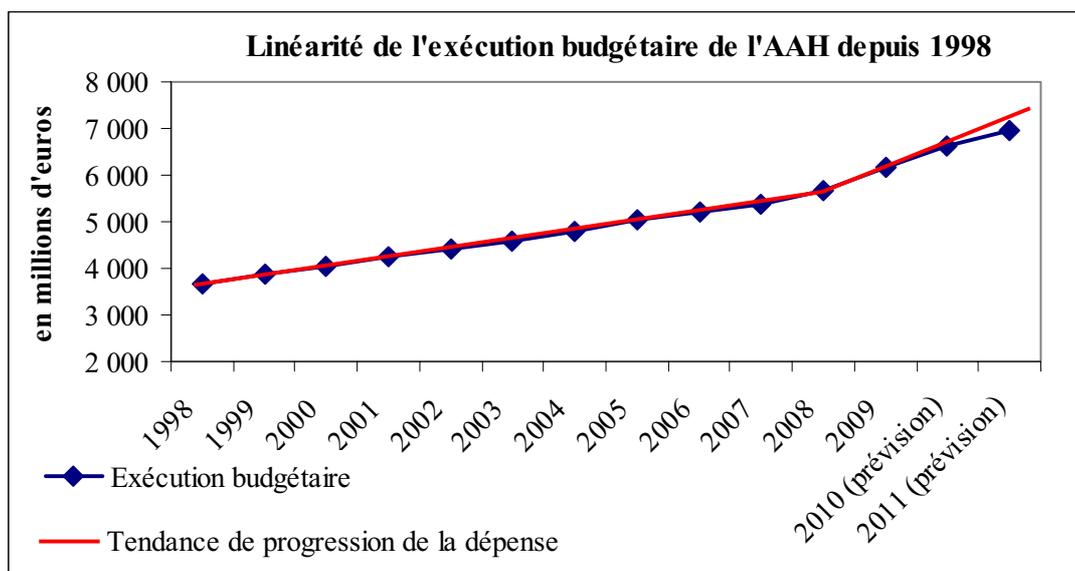
Évolution moyenne annuelle de la dépense d'AAH

1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005
25,8 %	7,3 %	6,6 %	5,6 %	5,5 %

Source : rapport IGF-IGAS sur l'AAH, avril 2006.

Comme le montre le graphique reproduit ci-dessous, il apparaît effectivement que la progression de la dépense d'AAH est très linéaire (ligne rouge dans le graphique ci-dessous). L'année 2008, date du début de la revalorisation du montant de l'AAH, marque une inflexion de la pente de la courbe mais la même linéarité semble devoir être observée.

¹ IGF, IGAS, Mission d'audit de modernisation, Rapport sur l'allocation aux adultes handicapés, n° 2006-M-014-02 (IGF), n° 2006-44 (IGAS), avril 2006.



Source : direction du Budget et direction générale de la cohésion sociale.

Vos rapporteurs demandent donc que le montant des crédits inscrits dans le projet annuel de performances corresponde, au minimum, à la tendance moyenne de progression de la dépense observée au cours des cinq exercices précédents.

Par exemple, entre les années 2005 et 2010, la dépense d'AAH a progressé, en moyenne, de 5,75 % par an. En 2011, une augmentation dans les mêmes proportions conduirait à une dépense totale d'environ 7,038 milliards d'euros, soit près de 100 millions de plus que le montant inscrit dans le projet annuel de performances pour 2011. **A l'évidence, au regard de la tendance de ces dernières années, vos rapporteurs estiment que le budget 2011 apparaît, une fois encore, sous-évalué.**

Par ailleurs, les modifications législatives et réglementaires, en particulier la suppression de la condition d'inactivité d'un an, n'ont que rarement fait l'objet d'une estimation sérieuse.

De surcroît, **les documents annexés au projet de loi de finances devraient faire preuve de la plus grande prudence dans le chiffrage des économies attendues.** A l'extrême, compte tenu des grandes incertitudes qui pèsent sur leur calcul, **le budget devrait être élaboré sans tenir compte de ces économies**, qui feraient alors, éventuellement, l'objet d'un constat *a posteriori*.

Enfin, **il apparaît urgent que le Gouvernement mette en place le système de suivi statistique prévu par l'article L. 247-4 du code de l'action sociale et des familles** créé par l'article 88 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. En effet, le suivi statistique de l'insertion professionnelle des personnes handicapées apporterait des données essentielles

d'appréciation de la réforme de l'AAH et permettrait une meilleure maîtrise de cette dépense.

Article L. 247-4 du code de l'action et des familles

« Les informations individuelles relatives aux personnes concernées par les décisions de la commission [des droits et de l'autonomie des personnes handicapées] relatives aux prestations versées suite à ces décisions sont transmises au ministre chargé des personnes handicapées, dans des conditions fixées par voie réglementaire, à des fins de constitution d'échantillons statistiquement représentatifs en vue de l'étude des situations et des parcours d'insertion des personnes figurant dans ces échantillons [...]. »

Comme le constatait le rapport précité de l'IGF et de l'IGAS¹, l'AAH est *« un dispositif marqué par une forte inertie, aucune politique de sortie n'ayant été mise en place afin de rendre possible l'insertion sociale et professionnelle de ses bénéficiaires »*.

La réforme annoncée par le Président de la République en juin 2008 devrait permettre de répondre à cette préoccupation en favorisant la sortie « de la trappe à inactivité » des bénéficiaires de l'AAH. Il serait alors possible de mieux maîtriser les coûts de cette allocation en accompagnant les allocataires vers la reprise d'emploi.

¹ IGF, IGAS, Mission d'audit de modernisation, Rapport sur l'allocation aux adultes handicapés, n° 2006-M-014-02 (IGF), n° 2006-44 (IGAS), avril 2006.

II. UNE RÉFORME EN ATTENTE D'UN NOUVEAU SOUFFLE

A. UNE DÉFINITION JURIDIQUE ÉVOLUTIVE ET PROBLÉMATIQUE

1. Une définition juridique ambiguë

a) Les deux régimes de l'AAH et ses compléments

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est un minimum social spécifique, attribué sous conditions de ressources aux personnes âgées de vingt à cinquante-neuf ans¹, résidant de façon régulière en France, et reconnues handicapées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'article 16 de la loi Handicap du 11 février 2005 a institué une garantie de ressources pour les personnes handicapées (GRPH) constituée de l'AAH et d'un complément de ressources versé aux bénéficiaires de l'AAH à taux plein dont le handicap ne leur permet pas d'avoir un emploi.

Pour être reconnue handicapée, la personne doit présenter :

- soit un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % (article L. 821-1 du code de la sécurité sociale) ;

- soit un taux d'incapacité permanente compris entre 50 % et 79 % et connaître une « *restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi* » (article L. 821-2 du même code).

Dans le premier cas, la personne est présumée être incapable de travailler ou connaître des difficultés substantielles et durables d'accès à l'emploi étant donnée la lourdeur de son handicap. Dans le second cas, elle doit en apporter la preuve.

Alors que l'incapacité et les difficultés d'accès à l'emploi sont appréciées par la CDAPH, les conditions d'âge, de résidence, de nationalité et de ressources le sont par la CNAF ou la MSA. Après la décision de la CDAPH, la CNAF ou la MSA disposent d'un délai d'un mois pour liquider l'allocation.

L'AAH est versée de façon subsidiaire par rapport aux prestations vieillesse ou invalidité et se cumule, le cas échéant, avec des revenus d'activité dans la limite d'un plafond annuel de 8 543,40 euros pour une personne seule et de 17 086,80 euros pour un couple. Son montant mensuel maximal a atteint près de 712 euros au 1^{er} septembre dernier.

¹ L'AAH peut toutefois être versée dès l'âge de seize ans lorsque l'intéressé cesse de remplir les conditions pour ouvrir droit aux prestations familiales (article R. 821-1 du code de la sécurité sociale). Après soixante ans, seuls les allocataires ayant un taux d'incapacité supérieur à 80 % peuvent continuer à percevoir l'AAH en complément d'une retraite dont le montant est inférieur au minimum vieillesse.

Principales allocations versées aux personnes handicapées

(en euros)

	Montant mensuel	Plafond de ressources annuelles
AAH	711,95	-
<i>Personne seule</i>		8 543,40
<i>Couple</i>		17 086,80
<i>Par enfant à charge</i>		+ 4 271,70
Complément de ressources	179,31	
Garantie de ressources	891,26	
Majoration pour la vie autonome	104,77	
Ancien complément d'AAH (transitoire)	100,50	
Montant minimal en cas d'hospitalisation, d'hébergement ou de détention	213,59	

Source : Liaisons sociales - Montants actualisés au 1^{er} septembre 2010.

En complément de leur allocation, les bénéficiaires de l'AAH justifiant d'un taux d'incapacité d'au moins 80 % peuvent percevoir, à certaines conditions, l'ancien complément d'AAH¹, le complément de ressources ou la majoration pour la vie autonome (MVA).

Les compléments de l'AAH

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a instauré deux nouveaux compléments à l'AAH, non cumulables : la majoration pour la vie autonome ou le complément de ressources, qui s'ajoutent à l'AAH pour garantir aux personnes handicapées dans l'incapacité de travailler un niveau de ressources minimal, la garantie de ressources des personnes handicapées.

La majoration pour la vie autonome, qui se substitue à l'ancien complément d'AAH, vise les personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 % qui peuvent travailler mais qui ne travaillent pas. Elle est destinée aux personnes qui disposent d'un logement indépendant, perçoivent une aide au logement et bénéficient d'une AAH versée à taux plein ou en complément d'une pension vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail.

Le complément de ressources vise à compenser l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées qui sont dans l'incapacité de travailler. Ce complément s'adresse aux personnes âgées de moins de soixante ans, ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 %, qui bénéficient d'une AAH versée à taux plein ou en complément d'une pension vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, qui disposent d'un logement indépendant, qui n'ont pas perçu de revenus professionnels depuis au moins un an et dont la capacité de travail est inférieure à 5 %.

¹ Maintenu de manière transitoire pour ceux qui en bénéficiaient au 1^{er} juillet 2005 jusqu'au terme de la période pour laquelle ils perçoivent l'AAH ou jusqu'à ce qu'ils bénéficient de la majoration pour la vie autonome ou de la garantie de ressources.

L'ancien complément d'AAH est en voie d'extinction progressive. Afin d'éviter toute perte de droits, les personnes bénéficiaires ne remplissant pas les conditions d'accès à ces nouveaux compléments sont autorisées à continuer de le percevoir, dans les mêmes conditions, jusqu'au renouvellement de leur AAH.

A la fin de 2008, sur les près de 850 000 allocataires de l'AAH, environ deux tiers la touchaient au titre de l'article L. 821-1 et un tiers au titre de l'article L. 821-2. Deux tiers la percevaient à taux plein et seulement 22 % bénéficiaient d'un complément.

b) Une distinction artificielle et subjective

Le premier critère d'éligibilité à l'AAH et à ses compléments est donc médical : le taux d'incapacité est fixé sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire par la CDAPH, en fonction du type de handicap et de son intensité. Les équipes pluridisciplinaires apprécient l'état de la personne à partir du guide barème¹¹, qui recense les diverses affections et leurs traductions symptomatiques et détermine la fourchette de taux d'incapacité correspondante. Ainsi, pour l'épilepsie, la déficience est jugée légère (0 % à 15 %), modérée (20 % à 45 %), importante (50 % à 75 %) ou sévère (80 % et plus). Pour le handicap psychique, le taux d'incapacité atteint 50 % dès lors que l'affection nécessite un aménagement de la vie familiale et professionnelle et excède 80 % lorsque les troubles supposent une mobilisation importante de l'entourage.

Ce guide a été partiellement réformé en 2007 : une introduction générale intégrant la nouvelle définition légale du handicap a été ajoutée et le chapitre relatif aux handicaps liés à des déficiences viscérales et générales a été entièrement remanié.

L'appréciation du taux d'incapacité à partir du guide barème

Le guide barème s'appuie sur les concepts développés par l'organisation mondiale de la santé dans la classification internationale des handicaps : déficience, incapacité et désavantage.

L'entrée dans le guide barème se fait par types de déficiences qui sont regroupés en huit chapitres : déficiences intellectuelles et difficultés du comportement ; déficiences du psychisme ; déficiences de l'audition ; déficiences du langage et de la parole ; déficiences de la vision ; déficiences viscérales et générales ; déficiences de l'appareil locomoteur ; déficiences esthétiques.

¹¹ Guide barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées instauré par le décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, modifié par décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007 et figurant à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles.

Le taux d'incapacité est déterminé sur la base d'une évaluation globale de la situation prenant en compte l'analyse des déficiences, des incapacités et de leurs conséquences et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine. Ainsi le retentissement des différentes atteintes est pris en compte en fonction de leur impact dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle de la personne, de même que les contraintes liées aux traitements. En outre, le retentissement psychique ainsi que l'existence de symptômes susceptibles d'entraîner ou de majorer d'autres incapacités doivent être recherchés et évalués afin d'en mesurer l'impact.

Il n'est pas nécessaire que l'état de la personne soit stabilisé pour déterminer un taux d'incapacité. La durée prévisible des conséquences doit cependant être au moins égale à un an.

Le guide barème ne fixe pas de taux d'incapacité précis. En revanche, en fonction des incapacités, du retentissement fonctionnel et du désavantage qui en résulte, il indique, pour chaque catégorie de déficience, différents degrés de sévérité qui peuvent être regroupés en forme légère à modérée (taux de 0 % à 45 %) ; forme importante (50 % à 75 %) ; forme sévère ou majeure (80 % et plus).

Les seuils de 50 % et de 80 % sont particulièrement importants du fait de l'impact qu'ils ont pour l'attribution de divers avantages ou prestations (dont l'AAH) et sont définis dans l'introduction du guide barème.

Le taux de 50 % correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne. L'entrave peut soit être repérée dans la vie de la personne, soit compensée afin que cette vie sociale soit préservée, mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique. Toutefois, l'autonomie est conservée pour les actes de la vie quotidienne.

Le taux de 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en œuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée pendant leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80 % est atteint. C'est également le cas lorsqu'il y a une déficience sévère avec abolition d'une fonction.

Source : direction générale de la cohésion sociale, audition du 4 mai 2010.

Malgré la référence au guide barème, **l'appréciation du taux d'incapacité est souvent vécue par les personnes handicapées comme étant subjective et arbitraire.** A ce sujet, les associations évoquent l'application de « seuils couperets » :

- un taux inférieur à 50 % compromet l'accès à l'AAH ;
- un taux d'incapacité d'au moins 80 % ouvre droit, sans autre justification, à l'AAH et à certains avantages en matière de retraite et, en cas d'inactivité prolongée ou d'une capacité de travail inférieure à 5 %, respectivement à la MVA ou à la GRPH.
- avec un taux compris entre 50 % et 80 %, la personne doit apporter la preuve qu'elle ne peut trouver un emploi en raison de son handicap et n'a droit ni à la GRPH et ni à la MVA.

Pour autant, les critiques des associations portent moins sur le contenu du guide barème que sur la faible maîtrise qu'en ont les membres des équipes pluridisciplinaires et de la CDAPH.

c) L'incapacité à travailler ou la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi : des notions ambiguës difficiles à apprécier

Outre le taux d'incapacité, la CDAPH doit apprécier la capacité ou non des demandeurs à exercer une activité professionnelle. Cette appréciation renvoie à de multiples notions présentes dans les textes législatifs et réglementaires : inaptitude ; restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) ; capacité de travail inférieure à 5 % ; efficience réduite ou encore reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Ces différentes notions sont autant de critères qui conditionnent l'accès à différentes prestations ou aides mobilisables par les personnes handicapées et qui mériteraient d'être harmonisées et souvent mieux définies.

● **Pour les personnes ayant un taux d'incapacité supérieur à 80 %**, l'impossibilité de travailler ou la RSDAE est présumée, du fait de la lourdeur de leur handicap. Elle ne fait donc l'objet d'aucune évaluation de la part des équipes pluridisciplinaires, si ce n'est pour étudier l'éligibilité de ces personnes au complément d'AAH, qui suppose une capacité de travailler inférieure à 5 %. Or on observe que certains bénéficiaires de l'AAH ayant un taux d'incapacité de 80 % exercent ou ont exercé une activité professionnelle. Seuls quatre demandeurs sur dix n'ont jamais exercé d'activité professionnelle ou ont connu de longues périodes d'inactivité. **Il n'y a donc aucun lien automatique entre le taux d'incapacité et la faculté d'exercer une activité professionnelle.**

● **Pour percevoir la MVA**, il suffit de disposer d'un logement indépendant, de justifier d'un an d'inactivité et d'avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 %. Le seuil de 80 %, apparemment objectif, se révèle en réalité discriminatoire si l'on considère que la MVA, dont le montant représente un peu plus de 100 euros par mois, se justifie par l'absence de revenus professionnels et joue le rôle de revenu d'autonomie pour la personne handicapée privée d'emploi. **Pourquoi les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 80 % n'y seraient pas elles aussi éligibles lorsqu'elles sont dans l'incapacité de travailler ?**

● **Pour les personnes relevant du second régime de l'AAH** (article L. 821-2 précité), la notion de « *restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi* » (RSDAE) a été introduite par l'article 131 de la loi n° 2006-1666 du 21 décembre 2006 de finances pour 2007, à la suite des préconisations du rapport d'audit sur l'AAH, réalisé conjointement par l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹. Ce rapport suggérait de substituer la notion de « *désavantage reconnu dans la*

¹ Mission d'audit de modernisation - rapport sur l'AAH n° 2006-M-014-02 (IGF) et n° 2006-044 (IGAS), avril 2006.

recherche d'emploi du fait du handicap » à celle d'« *impossibilité de se procurer un emploi compte tenu du handicap* ». Il s'agissait d'éliminer la confusion possible avec l'incapacité à travailler ou l'inaptitude, mais aussi d'éviter que cette impossibilité déclarée de se procurer un emploi ne constitue un frein au démarrage ou à la reprise d'une activité.

Aux termes de l'article L. 821-2 précité, **la notion de RSDAE devait faire l'objet d'une explication par un décret, qui n'est toujours pas paru.** La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) justifie ce retard en expliquant que les travaux engagés pour la préparation de ce texte ont été interrompus au début de l'année 2008 du fait de la remise en question des conditions d'attribution de l'AAH lors de la conférence nationale du handicap.

Par ailleurs, le document de la DGCS relatif au plan d'action pour l'harmonisation des pratiques d'attribution de l'AAH¹ laisse planer un doute sur le maintien de cette notion dans la loi. Parmi les mesures à prendre, il indique : « *si la notion de RSDAE du fait du handicap doit être maintenue, produire les textes normatifs et les outils nécessaires pour permettre aux MDPH d'apprécier cette notion.* ». Toutefois, le projet annuel de performances (PAP) relatif à la loi de finances pour 2011 annonce leur publication avant la fin de l'année 2010.

L'association des directeurs de MDPH reconnaît que cette notion est complexe car elle conduit à prendre en compte des critères multiples qui interagissent sur le handicap, tels que l'âge, la situation familiale, les conditions de logement, les possibilités de transport, mais aussi le niveau de formation et de qualification et la capacité à se former à un nouvel emploi.

Il s'agit donc d'une notion recouvrant en première intention une évaluation médicale, mais qui suppose la prise en compte d'autres critères individuels. Ainsi, pour un même état de santé, une personne pourra être reconnue comme subissant une RSDAE, alors qu'une autre, atteinte des mêmes troubles mais dont l'environnement et la situation sociale sont différents, sera considérée comme étant apte à travailler dans le milieu ordinaire.

Le groupe de travail « Attribution de l'AAH » a conclu, en juillet 2009, à la nécessité de préciser cette notion par décret et de mettre en place un outil d'évaluation : un guide d'éligibilité comparable à celui de la PCH, compatible avec le guide barème, qui fixerait des critères liés à la motivation de la personne et tenant compte des bilans fonctionnels, des déficiences et aptitudes, des capacités professionnelles et des facteurs sociaux et environnementaux².

¹ Note en date du 29 mars 2010.

² Rapport CNSA du groupe de travail « Attribution de l'AAH », juillet 2009.

d) Le chevauchement des publics éligibles au RSA et à l'AAH

Dès lors que l'AAH est accordée à des personnes qui travaillent ou qui peuvent travailler, il est évident qu'il existe un risque de chevauchement des publics éligibles à cette prestation et au RSA.

Outre la difficulté d'apprécier le taux d'incapacité dès lors qu'il est inférieur à 50 %, l'ambiguïté de la notion de RSDAE peut également conduire la CDAPH à considérer comme étant substantiellement et durablement éloignées de l'emploi des personnes qui le sont davantage du fait de leur âge et de leur faible niveau de qualification que de leur handicap.

Ainsi certaines MDPH ont reconnu avoir tendance à attribuer assez facilement l'AAH à des personnes, âgées de plus de cinquante ans, qui percevaient le RSA (ou anciennement le RMI) depuis plus de trois ans, présumant ainsi que l'échec de leur insertion serait imputable à leur état de santé. A l'inverse, le taux d'incapacité d'une personne relevant du second régime, qui serait apte à travailler mais qui n'a jamais travaillé et qui perçoit l'AAH depuis plus de dix ans, est rarement reconsidéré.

Il est vrai que ces pratiques se sont légitimement accentuées consécutivement à la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 qui intègre, dans la définition du handicap, le handicap psychique. Il n'en demeure pas moins que la frontière entre ces deux publics est parfois très difficile à définir de façon objective. Ainsi, certains départements ont pu être tentés d'attribuer généreusement l'AAH, dont le montant est supérieur au RSA et dont la charge financière revient à l'Etat, à des personnes qui relevaient davantage du domaine des politiques d'insertion de droit commun.

2. La nécessaire harmonisation des critères d'évaluation des maisons départementales des personnes handicapées

Le caractère ambigu des critères d'éligibilité à l'AAH explique en grande partie les disparités territoriales observées dans les pratiques des MDPH. Cette iniquité de traitement des demandes appelle des mesures renforcées d'harmonisation, d'évaluation et de contrôle des procédures mises en œuvre par les équipes pluridisciplinaires et les CDAPH.

a) Des disparités territoriales dans les modalités d'attribution de la prestation

Le rapport de la CNSA sur les conditions d'attributions de l'AAH¹ fait état, pour 2008 :

- de taux de demande pour mille habitants variant de 3 à 16 et se situant en moyenne à 10 pour mille ;

¹ Rapport du groupe de travail « Attribution de l'AAH », juillet 2009.

- de taux de bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans qui s'échelonnent, en 2007, selon les départements, de 11,6 à 54,8, soit un rapport de 1 à 4,7. On observe donc une légère amélioration par rapport à 2004, où le taux d'attribution minimal était cinq fois moins élevé que le taux maximal ;

- de taux d'attribution d'AAH (premières demandes et renouvellements confondus) variant de 50 % à 84 % selon les départements, alors que le taux moyen est de l'ordre de 70 %. Pour les décisions relatives aux premières demandes, le taux moyen d'accord est d'environ 50 % tandis qu'il atteint plus de 80 % pour les décisions de renouvellement ;

- enfin, des divergences de pratiques s'agissant de la durée d'octroi de la prestation, certaines MDPH considérant, notamment pour les plus jeunes, qu'une attribution de l'AAH pour une longue période peut obérer les chances d'insertion.

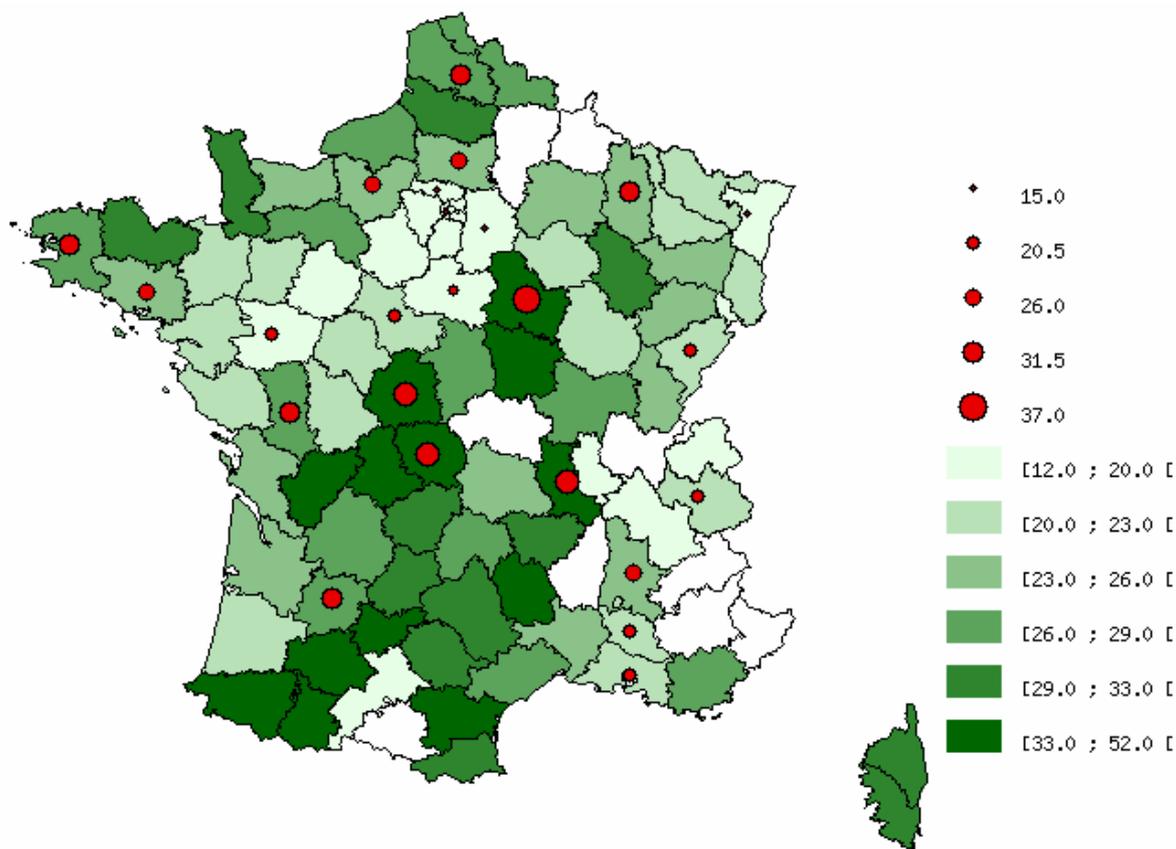
D'après la même étude, les facteurs objectifs d'ordre socio-économique (part des personnes âgées ou handicapées dans la population, part des personnes titulaires d'une carte d'invalidité, part des allocataires du RSA, taux d'équipement en lits et places d'établissements et services pour enfants ou adultes handicapés, etc.) expliqueraient les deux tiers des écarts constatés dans les taux d'attribution de l'AAH. Il résulte de ce constat que les divergences de pratiques y contribueraient pour au moins un tiers.

Autre élément mis en évidence par l'étude : **la rencontre de la personne handicapée et l'instruction collégiale du dossier par une équipe pluridisciplinaire favoriseraient l'attribution de l'AAH.** Pour l'AAH, cette pluridisciplinarité se traduit par la présence systématique des médecins généralistes et de manière variable d'un médecin spécialiste, d'un représentant de Pôle emploi, de Cap emploi ou des services sociaux, du référent « insertion professionnelle » de la MDPH, d'un psychologue du travail et d'un coordonnateur de l'équipe.

Si l'on regarde les données récentes, les disparités subsistent et ont même tendance à s'accroître, en particulier pour les décisions d'attribution entrant dans le champ de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale. Entre juin 2009 et juin 2010, alors que le nombre d'allocataires relevant de l'article L. 821-2 progresse en moyenne de 8,3 % (chiffres CNAF uniquement), vingt-six départements affichent une augmentation de dépenses de 20 % à 45 %, alors même que le barème n'augmentait que de 4,45 %.

Ces disparités seraient ainsi principalement imputables aux divergences de perception du taux d'incapacité de 50 % et aux interprétations très diverses par les CDAPH de la notion de RSDAE.

Taux de bénéficiaires de l'AAH (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)



Données CNAF, 2008.

b) Intensifier les actions de formation des membres des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie

L'association des directeurs des MDPH a regretté que la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ne joue pas pleinement son rôle d'animateur technique, déplorant un accompagnement très largement insuffisant¹. D'après l'association, le groupe de travail piloté par la caisse a certes mis en évidence et expliqué les disparités territoriales en matière d'attribution de l'AAH, mais il n'aurait pas prévu les actions à mettre en œuvre pour les réduire.

Il convient de relativiser cette affirmation :

- d'abord la CNSA a entrepris de nombreuses actions visant à améliorer l'équité de traitement des demandes d'AAH ;

¹ Audition du 4 mai 2010.

**Actions mises en œuvre par la CNSA
pour améliorer l'équité de traitement des demandes d'AAH**

1. Formation des personnels des MDPH sur l'AAH et l'utilisation du guide barème ;
2. Mise en place de deux groupes de travail, auxquels ont participé au total plus de 50 MDPH, pour préparer la réforme AAH-RQTH (novembre-décembre 2008) et pour analyser les pratiques d'attribution (février-juillet 2009). Les travaux de ces deux groupes ont donné lieu à la publication de deux rapports assortis de recommandations diffusées à l'ensemble des MDPH ;
3. Organisation d'ateliers d'échanges de pratiques à destination des professionnels des MDPH (RSDAE, réforme AAH-RQTH,...) ;
4. Elaboration et diffusion, en concertation avec les administrations concernées, d'un guide pratique des MDPH ;
5. Appui juridique et technique des MDPH sous la forme de « questions-réponses » qui sont ensuite diffusées à l'ensemble des maisons et accessibles depuis l'extranet de la CNSA ;
6. Déplacement des experts de la CNSA pour rencontrer les équipes d'évaluation, ainsi que les membres des commissions exécutives et des CDAPH.

Source : CNSA, audition du 18 mai 2010.

- ensuite, la DGCS a établi, en partenariat avec la CNSA, un « plan d'action pour l'harmonisation des pratiques d'attribution de l'AAH », dès le début de l'année 2010. Le projet annuel de performances relatif au projet de loi de finances pour 2011 prévoit d'ailleurs la poursuite de son application en 2011. L'objectif affiché est de « *réduire les disparités territoriales et de contenir l'évolution des bénéficiaires de l'AAH au titre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale.* »

Ce plan s'articule autour de **quatre axes** :

- améliorer la connaissance des disparités d'attribution départementales et les réduire, en associant la DGCS, la CNSA et la DREES ;
- améliorer le professionnalisme des équipes pluridisciplinaires (renforcement de la formalisation de l'instruction des demandes, processus permanent d'animation et de formation des équipes pluridisciplinaires par la CNSA, guide méthodologique) ;
- stabiliser le schéma de la réforme de l'AAH et construire des outils et des processus d'évaluation des capacités professionnelles ;
- améliorer la cohérence des décisions d'attribution prises par la CDAPH et les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) en vue de réduire le taux des décisions de réformation.

Ainsi, ce plan suppose :

- d'informer les départements sur leurs pratiques en leur permettant de se situer par rapport aux moyennes nationales (taux d'attribution par catégorie [L. 821-1 et L. 821-2], taux d'accord lors d'une première demande ou d'un renouvellement, etc.) ;

- de former régulièrement les équipes pluridisciplinaires en leur donnant des outils adaptés, en diffusant les bonnes pratiques et en constituant un recueil de précédents pour les cas les plus litigieux ;

- d'identifier les départements dans lesquels on observe le taux le plus élevé de réformation des décisions et d'en analyser les causes ;

- de former les magistrats et les médecins des TCI aux nouvelles méthodes d'évaluation pluridisciplinaire et au guide barème.

Vos rapporteurs souhaitent que la mise en œuvre de ce plan d'action soit poursuivie et intensifiée dans tous les départements et qu'un indicateur de suivi figure dans le projet annuel de performances annexé chaque année au projet de loi de finances.

c) Mettre en place les conditions d'un meilleur contrôle de l'Etat sur les décisions d'attribution de l'AAH

Le renforcement du pilotage des MDPH et l'affirmation du rôle prépondérant de l'Etat dans les décisions d'attribution de l'AAH supposent que soient réunies plusieurs conditions :

- d'abord, le maintien du statut de groupement d'intérêt public (GIP) des MDPH est le gage de la préservation de la présence de l'Etat et du souci de garantir une certaine équité dans le traitement des demandes. Une intégration dans les services du conseil général aurait automatiquement dépossédé l'Etat de toute capacité d'intervention sur les décisions prises par les CDAPH en cas de dysfonctionnements ;

- de plus, une meilleure représentation de l'Etat au sein des CDAPH lors de l'examen des demandes d'AAH serait de nature à garantir l'impartialité des décisions prises. Son poids dans la CDAPH pourrait être renforcé par la présence du directeur de l'agence régionale de santé ou son représentant comme le prévoit l'article 1^{er} de la proposition de loi tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap¹. On a, en effet, pu observer la tendance de certains départements à attribuer assez facilement l'AAH à des personnes qui relèvent en réalité du RSA, ce qui entraîne un transfert de charge du conseil général vers l'Etat. **Vos rapporteurs proposent d'introduire la possibilité pour les représentants de l'Etat à la CDAPH de demander le réexamen d'un dossier qu'ils considéreraient comme problématique.** Pour être opérante, cette possibilité suppose bien sûr que les représentants de l'Etat soient systématiquement présents aux réunions de la CDAPH et que les dossiers d'AAH y soient tous effectivement présentés, ce qui n'est que très rarement le cas ;

- par ailleurs, on observe que les manquements de l'Etat en matière de publication des mesures réglementaires relatives aux conditions de mise en

¹ Proposition de loi n° 191 (2009-2010) de M. Paul BLANC et plusieurs de ses collègues, déposé au Sénat le 22 décembre 2009. En cours d'examen devant le Sénat.

œuvre de dispositions législatives sujettes à des interprétations divergentes est facteur d'iniquité dans le traitement des demandes. L'absence de définition réglementaire de la RSDAE le montre bien. La publication d'un texte réglementaire (décret ou circulaire) précisant les critères et modalités d'attribution de l'AAH ne pourra que contribuer à lever les ambiguïtés et à faire converger les pratiques ;

- enfin, il convient de trouver les moyens de donner plus de poids à la CNSA, son pouvoir d'intervention au niveau des MDPH étant contraint par le principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales¹. Si l'on devait abandonner la logique actuelle d'évaluation quantitative de l'incapacité pour passer à une appréciation plus qualitative de la capacité de travailler, **la mise en place d'un contrôle renforcé de l'Etat au travers d'une procédure d'évaluation systématique des pratiques et des décisions d'attribution de l'AAH prises par les CDAPH serait d'autant plus nécessaire pour garantir l'équité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire. L'Etat pourrait ainsi confier le pilotage de ce dispositif à la CNSA.**

En tout état de cause, la correction des disparités observées ne pourra être obtenue de manière rapide, la part des renouvellements représentant, en moyenne, près des deux tiers des demandes adressées aux MDPH. Or il est peu fréquent que l'attribution de la prestation soit remise en cause lors de son renouvellement.

B. LA RÉFORME DE L'AAH : UN CHANTIER MAL PRÉPARÉ ET INABOUTI

Alors qu'elle constitue le cœur du pacte national pour l'emploi des personnes handicapées voulu par le Président de la République, **les principaux éléments de la réforme de l'AAH** intégrés à la loi de finances pour 2009 ne sont à ce jour que **partiellement appliqués**.

Le manque de préparation et d'organisation en amont des conditions de leur mise en œuvre explique en grande partie ce retard. Mais il semble également que les contours juridiques de la réforme ne soient pas encore stabilisés : outre les décrets attendus sur la RSDAE, sur les modalités de la déclaration trimestrielle de ressources (DTR) et sur les conditions de cumul des revenus d'activité avec l'AAH, il paraît indispensable d'achever de traduire dans la loi le changement d'approche voulu par le Président de la République.

¹ Aux termes de l'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles, le département assure la tutelle administrative et financière des MDPH.

1. Un double engagement en faveur de la dignité et de l'insertion des personnes handicapées

La réforme de l'AAH opère un renversement de la logique qui prévalait jusqu'alors et qui consistait à mesurer le taux d'incapacité permanente des personnes handicapées plutôt que d'identifier leur faculté à exercer une activité professionnelle.

L'objectif visé est double :

- **garantir des conditions de vie dignes aux personnes que leur handicap empêche de façon durable d'exercer une activité**, en leur octroyant un niveau de ressources proche du Smic grâce à la revalorisation de 25 % de l'AAH et au versement du complément de ressources : à la fin de 2012, le montant de l'AAH, qui atteindra 776,59 euros, devrait ainsi permettre **aux personnes handicapées se trouvant dans l'incapacité totale de travailler** de disposer, avec le complément (180 euros), **d'une allocation mensuelle d'environ 956 euros** ;

- pour les personnes dont le handicap n'est pas incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle, la réforme prévoit **d'intensifier les actions d'insertion et d'accompagnement vers l'emploi**.

Ainsi, outre la revalorisation de l'allocation de 25 % en cinq ans, engagée dès 2008, cette réforme prévoit :

- **la suppression de la condition d'inactivité préalable d'un an¹** requise pour l'attribution de l'AAH aux personnes ayant un taux d'invalidité compris entre 50 % et 80 %, ce qui permet aux potentiels bénéficiaires de percevoir l'AAH dès leur premier jour d'inactivité et les incite davantage à accepter des missions temporaires de courte durée ;

- **l'évaluation systématique des capacités professionnelles** de la personne handicapée à l'occasion d'une première demande ou d'un renouvellement d'AAH et l'obligation corollaire pour les MDPH d'assortir toute **reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) d'une décision d'orientation professionnelle²** ;

- **la suppression de la limite d'âge de trente ans pour accéder aux contrats d'apprentissage** au bénéfice des travailleurs handicapés ;

- **un taux de cumul plus avantageux des revenus d'activité avec l'AAH**, de 100 % les six premiers mois d'activité et qui, au-delà de cette

¹ La condition d'inactivité d'un an requise pour être éligible à l'AAH pour les personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 % a été supprimée par l'article 182 de la loi n° 2008-1425 du 27 décembre 2008 de finances pour 2009.

² Article L. 821-7-3 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 182 de la loi de finances pour 2009 : « Une procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-2 du code du travail est engagée à l'occasion de l'instruction de toute demande d'attribution ou de renouvellement de l'allocation aux adultes handicapés. »

période, peut varier entre 40 % pour les salaires supérieurs à 0,3 Smic et 80 % pour les revenus inférieurs à ce seuil ;

- enfin, pour les personnes exerçant une activité en milieu ordinaire¹, il est prévu d'opérer une **révision trimestrielle du montant de l'allocation** grâce à une **déclaration des ressources** tous les trois mois, qui doit permettre d'ajuster de manière plus réactive le montant de l'allocation en fonction des besoins de la personne.

2. Une réforme mal préparée et encore très largement inapplicable

La mise en œuvre de cette réforme nécessitait l'élaboration préalable d'un outil pour évaluer l'employabilité des demandeurs d'AAH et la publication d'un décret fixant les modalités de cumul des revenus d'activité avec l'allocation ainsi que les conditions de mise en œuvre de la déclaration trimestrielle de ressources (DTR). Parallèlement, il convenait également de définir les rôles des différents acteurs du secteur de l'insertion professionnelle et de chiffrer et financer les moyens humains supplémentaires nécessaires pour assurer l'évaluation des capacités professionnelles des personnes handicapées et leur accompagnement vers l'emploi.

Or à ce jour, on peut considérer qu'aucune de ces trois conditions n'a été véritablement remplie. Vos rapporteurs observent en effet que la conception d'un outil d'évaluation objective de l'employabilité semble impossible, que les décrets nécessaires à la mise en œuvre complète de la réforme ne sont toujours pas parus et que le financement des moyens propres à en assurer la mise en œuvre n'est pas assuré.

a) L'employabilité : un concept délicat à décliner en pratique

Afin de distinguer les personnes se trouvant dans l'incapacité durable ou définitive de travailler de celles susceptibles d'être accompagnées vers l'emploi, Valérie Létard, alors secrétaire d'Etat en charge de la solidarité, avait confié « *une mission de préfiguration d'un outil d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées* »² à plusieurs médecins spécialisés.

Les conclusions du rapport³, longtemps attendues, affirment l'impossibilité de construire un outil objectif, analytique ou automatisé d'évaluation de l'employabilité et préconisent, « *plutôt qu'une grille, la mise*

¹ D'après la CNAF, seules 60 000 personnes seraient concernées, les personnes travaillant en Esat n'étant pas visées par cette mesure. Si l'on inclut les personnes ressortissant d'autres régimes que le régime général (essentiellement MSA), un peu moins de 80 000 personnes pourraient être visées.

² Lettre adressée au docteur Michel Busnel, président de l'association Comète France, en date du 4 février 2009.

³ « *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous : évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion professionnelle* » - décembre 2009.

en place d'un processus multifactoriel, dynamique et évolutif d'évaluation et de suivi ».

Malgré les critiques qu'il formule sur le terme « employabilité », le rapport le définit comme étant « *la probabilité d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi* ». Celle-ci serait conditionnée « *par des facteurs personnels objectifs et subjectifs (capacités fonctionnelles, aptitudes comportementales et relationnelles, compétences, ...) et / ou des facteurs situationnels (marché de l'emploi, accessibilité aux lieux et modalités de travail, adaptabilité des postes et des organisations, contraintes professionnelles, ...)* » et serait « *susceptible d'évoluer dans le temps et d'être améliorée par la mise en œuvre de moyens d'orientation, de formation, d'adaptation ou de compensation* »¹.

De cette définition découlent les principes de préfiguration d'un outil d'évaluation de l'employabilité :

- toute évaluation de l'employabilité devra s'appuyer sur une démarche pluridisciplinaire, multidimensionnelle et inscrite dans le temps, comportant obligatoirement une phase de mise en situation ;

- l'évaluation, individualisée, devra s'appuyer sur un faisceau d'indices concordants, tenant obligatoirement compte de quatre facteurs : motivation, compétences, capacités/incapacités, situation/environnement.

Si les principes fixés donnent une orientation aux acteurs en charge de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, ils ne permettent pas de construire un outil d'évaluation *a priori* des capacités professionnelles d'un individu. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les auteurs du rapport suggèrent la mise en place d'une allocation transitoire de soutien à l'insertion professionnelle, afin de sécuriser financièrement le parcours d'insertion des demandeurs de l'AAH durant la période de mise en situation et d'évaluation des capacités professionnelles.

Vos rapporteurs sont plus que réservés sur le principe de la création d'une allocation transitoire de soutien à l'insertion professionnelle. Outre l'absence d'informations précises quant à son montant et à sa durée maximale de versement, ils craignent une aggravation des risques de confusion des publics éligibles à l'AAH et au RSA susceptibles de la percevoir. Or, si l'on peut souhaiter que les personnes handicapées accèdent plus facilement aux dispositifs d'insertion de droit commun, il n'en demeure pas moins que le handicap qui entrave leurs capacités professionnelles justifie une prise en charge spécifique et adaptée. Pour cette raison, il convient d'identifier au plus tôt les personnes éligibles à l'AAH et volontaires pour s'engager dans un parcours d'insertion, pour les orienter sans délai vers des dispositifs de prise en charge adaptés à leur situation.

A cet égard, **vos rapporteurs sont favorables à l'expérimentation, dès 2011, des propositions du rapport sur l'employabilité**, en particulier celles relatives à l'évaluation des capacités et des compétences

¹ Page 17 du rapport précité.

professionnelles et à l'orientation, que celles-ci interviennent dans le cadre d'entretiens individuels ou d'une mise en situation.

**Les suites que le Gouvernement entend donner
aux préconisations du rapport du groupe de travail sur l'employabilité.**

A la suite de la remise aux ministres Xavier Darcos et Nadine Morano, le 19 janvier dernier, du rapport « *l'emploi : un droit à faire vivre pour tous* », sous-titré « *évaluation de la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion socioprofessionnelle* », a été annoncé le lancement d'une expérimentation dans une dizaine de départements portant sur un processus dynamique d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées. L'expérimentation devrait débuter dans le courant du premier semestre 2011.

Sous l'autorité des cabinets des ministres Eric Woerth et Nadine Morano, des travaux de préparation sont en cours et associent plusieurs administrations centrales (DGCS, DGEFP, DGT) et la CNSA. De ces premiers travaux, il ressort que le processus à expérimenter consistera à appliquer aux primo-demandeurs d'AAH, pour l'essentiel, une nouvelle méthode d'évaluation de l'employabilité, reposant sur des recueils d'informations, des entretiens avec la personne et, pour certains, des mises en situation professionnelle. Cette démarche se fera sur la base du volontariat de la personne, lequel se matérialisera par la signature d'un « engagement réciproque » liant le bénéficiaire du nouveau processus dynamique d'évaluation et les collectivités publiques concernées (MDPH, acteurs du service public de l'emploi...).

Il s'agira de tester l'efficacité et l'opérationnalité de ce nouvel outil, proposé à tout primo-demandeur d'AAH quel que soit son taux d'incapacité. Cela impliquera surtout de nouvelles pratiques d'instruction des dossiers par les MDPH et les acteurs du service public de l'emploi.

Source : Extrait des réponses adressées par le ministère en charge de la solidarité aux questionnaires budgétaires, septembre 2010.

b) Une réforme partiellement applicable dont l'impact budgétaire a été surestimé et différé

Parmi l'ensemble des mesures prévues dans le cadre de la réforme de l'AAH, les nouvelles modalités de cumul des revenus d'activité avec l'allocation et la déclaration trimestrielle des ressources (DTR) n'ont toujours pas été mises en œuvre, **les décrets nécessaires n'étant toujours pas parus**. En effet, selon la DGCS, leur entrée en vigueur nécessite une adaptation des paramètres du système informatique de liquidation de la CNAF, retardée, semble-t-il, par l'entrée en vigueur du RSA, qui a fortement mobilisé les équipes de la CNAF.

De son côté, la CNAF a décliné toute responsabilité dans le retard d'application des mesures, affirmant que l'adaptation des paramètres de traitement des demandes ne représente en réalité aucune difficulté et devrait pouvoir être réalisée dans les meilleurs délais, dès lors que les dispositions réglementaires nécessaires à sa mise en œuvre lui seront transmises. Lors de son audition par vos rapporteurs, la CNAF déclarait ainsi : « *Les CAF étaient techniquement prêtes à mettre en œuvre la réforme de l'AAH trimestrielle [...]. En effet, à titre de comparaison, les CAF gèrent 1,7 million de DTR RSA*

(données consolidées au 31 décembre 2009). Les 60.000 DTR AAH ne représentent donc pas une charge suffisamment lourde pour nuire à la capacité des caisses à mettre en œuvre cette réforme ».

En réalité, **la révision trimestrielle de l'AAH** suscite la réticence des associations représentatives des personnes handicapées, qui doutent de l'opportunité de cette mesure contraignante pour les allocataires. Telle que prévue dans le projet de décret présenté en avril dernier au Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), la DTR devait se traduire, pour la moitié des personnes concernées, par une perte de revenu mensuelle de l'ordre de 30 euros.

Au vu des contraintes qu'elle représente pour les personnes handicapées et du faible montant des économies que l'on peut espérer de sa mise en œuvre (environ 20 millions d'euros), **vos rapporteurs proposent de renoncer temporairement à la DTR, qui devrait concerner, dans un premier temps, à peine 10 % des allocataires.**

Les mesures prévues par le projet de décret présenté au CNCPH en avril 2010

Le projet de décret prévoyait que :

- les allocataires salariés exerçant en milieu ordinaire seront tenus de **déclarer leurs revenus chaque trimestre** à l'organisme débiteur (CAF ou MSA) et, qu'en cas de non-retour de la déclaration dans les délais, le bénéficiaire percevra une première avance équivalant à 50 % de la dernière mensualité pendant deux mois, puis une seconde avance après relance. Au-delà, le versement de l'allocation sera suspendu ;

- **le taux de cumul des revenus d'activités avec l'AAH** sera de 100 % pendant les six premiers mois d'activité et, au-delà de cette période, il sera procédé à un abattement de 40 % pour les salaires supérieurs à 0,3 Smic (soit 403,14 euros) et de 80 % pour les revenus inférieurs à ce seuil (contre seulement 62 % pour le RSA) ;

- en cas de réduction de l'activité pendant au moins deux mois consécutifs, un abattement proportionnel sera appliqué sur les revenus professionnels en remplacement du dispositif actuel de neutralisation des ressources qui s'applique dans le seul cas d'un passage d'un emploi à temps plein à un emploi à mi-temps.

La réforme ne devait concerner que les **80 000 allocataires de l'AAH exerçant en milieu ordinaire** (excluant ainsi les travailleurs en Esat) et, dans un premier temps, que les travailleurs salariés, les mesures ne s'appliquant aux travailleurs indépendants qu'à compter du 1^{er} janvier 2011. Parmi eux, **41 000 personnes**, les plus gravement handicapées (taux d'incapacité supérieur à 80 %) et dont les ressources sont comprises entre 10 et 450 euros, **auraient subi une diminution du montant mensuel de leur AAH de 30 euros en moyenne**, tandis que les personnes présentant un taux d'incapacité plus faible (entre 50 % et 79 %) auraient été avantagées par la réforme.

Le texte a d'ailleurs reçu un **avis défavorable du CNCPH**, contraignant le Gouvernement à modifier le projet et à différer, **au 1^{er} janvier 2011**, l'entrée en vigueur du nouveau mécanisme d'intéressement à la reprise d'activité et de la DTR, initialement prévue pour le 1^{er} juin 2010.

Si elles avaient été mises en œuvre dans les délais, ces mesures, qui visaient à favoriser le retour à l'activité d'environ 38 000 bénéficiaires de l'AAH, auraient dû permettre de dégager en 2009 des **économies évaluées à 63 millions d'euros**.

Or, outre le caractère excessivement optimiste de ces prévisions, en particulier dans le contexte de crise économique et de dégradation de la situation sur le marché de l'emploi, **vos rapporteurs observent que le retard pris dans l'application de la réforme n'a pas permis de réaliser les économies attendues en 2009 et en 2010**.

Enfin, pour favoriser l'activité des bénéficiaires de l'AAH, **vos rapporteurs suggèrent la mise en place de mesures plus incitatives afin d'encourager les entreprises de moins de vingt salariés à embaucher des personnes handicapées ainsi que le développement de partenariats entre les grands groupes, l'Agefiph et les organismes de placement spécialisés**.

c) Une réforme partiellement financée

La réforme de l'AAH nécessite la mobilisation de personnels supplémentaires pour assurer l'évaluation de la RQTH désormais prévue lors de toute demande d'AAH, la décision d'orientation professionnelle (ORP) qui doit en découler et, si l'on va jusqu'au bout de la logique d'insertion, le placement et le maintien dans l'emploi.

Or le partage des responsabilités n'a pas été clairement défini et la charge de travail supplémentaire pour les MDPH, mais aussi pour ses partenaires du service public de l'emploi (SPE, c'est-à-dire Pôle emploi et les Cap emploi), n'a été que partiellement prise en compte. La CNSA le reconnaît : *« Les moyens humains des MDPH ont peu augmenté et ceux des partenaires pas du tout. Par ailleurs, 2009 a également vu une augmentation importante des demandes d'AAH. »*.

Pourtant, à la fin de 2008, le rapport du groupe de travail « AAH-RQTH »¹ piloté par la CNSA a chiffré les besoins supplémentaires des MDPH et de ses partenaires du service public de l'emploi (SPE) pour assumer la réforme, en envisageant deux scénarii :

- **le premier** prévoit la prise en compte de toutes les demandes (après un pré-tri administratif) et **la mise en place d'entretiens approfondis**. Sur la base de 128 700 demandes et d'un ratio estimé à un ETP pour 300 personnes accompagnées, **les moyens humains supplémentaires nécessaires s'élèveraient à 429 ETP** ;

- **le second** prévoit la prise en compte de toutes les demandes (après pré-tri administratif) **en conservant les méthodes d'orientation actuelles**. Sur la base de 128 700 demandes et d'un ratio estimé à un ETP pour

¹ CNSA, *Rapport du groupe de travail « AAH-RQTH » associant trente-deux MDPH, Pôle emploi, l'Agefiph, les réseaux de Cap emploi, la DGAS et la DGEFP, décembre 2008*.

1 440 personnes accompagnées, **les moyens humains supplémentaires nécessaires s'élèveraient à 90 ETP.**

En réservant l'étude de la RQTH et de l'ORP aux seuls primo-demandeurs, ainsi que l'a prévu le Gouvernement pour 2011, le stock de demandes supplémentaires serait réduit à 43 200. Dès lors, **les besoins humains supplémentaires s'élèveraient à 144 ETP dans le premier scénario et à seulement 30 ETP dans le second**, soit une dépense supplémentaire annuelle avoisinant respectivement **5,1 millions et 1,1 million d'euros.**

Depuis, la CNSA a mené plusieurs enquêtes auprès des MDPH qui mettent en évidence les fortes attentes que celles-ci ont vis-à-vis de leurs partenaires du SPE. Avec 293 900 demandes de RQTH (17 % des demandes) et 179 500 orientations professionnelles (10,4 %) en 2007, **l'insertion professionnelle des personnes handicapées constitue désormais un axe majeur du développement de l'activité des MDPH.** Si on y ajoute les demandes d'AAH, qui représentaient 20,1 % des demandes, près de la moitié des dossiers (47,5 %) sont désormais liés à l'évaluation des capacités professionnelles des demandeurs.

C'est la raison pour laquelle les MDPH souhaitent pouvoir disposer d'outils et de prestations spécialisés mieux adaptés aux besoins d'évaluation nouveaux qu'a entraînés la réforme. Elles ont par exemple exprimé le souhait de pouvoir confier des entretiens individuels d'évaluation aux réseaux des Cap emploi ou à Pôle emploi. Elles souhaiteraient également pouvoir recourir davantage aux prestations de l'Agefiph, telles que les analyses de la demande par type de déficiences ou l'évaluation des capacités dans le cadre du projet professionnel ou encore mobiliser directement les prestations d'évaluation des compétences et des capacités professionnelles de Pôle emploi en milieu de travail.

Enfin, **les MDPH estiment insuffisante la participation des Cap emploi et de Pôle emploi aux équipes pluridisciplinaires.** Dans 10 % des départements, Pôle emploi n'y participe pas du tout. Lorsqu'il y participe, son temps de présence varie de trois quarts d'heure à douze heures par semaine, tandis que les Cap emploi y consacrent de trois quarts d'heure à sept heures selon les départements. Les MDPH souhaiteraient que Pôle emploi puisse assurer une permanence d'au moins une demi-journée par semaine.

Vos rapporteurs considèrent que le développement des missions d'insertion professionnelle confiées aux MDPH ne peut peser sur leurs effectifs actuels. Une partie de ces missions relève en réalité de la compétence du SPE et en particulier des organismes spécialisés, les Cap emploi, qui possèdent l'expertise nécessaire.

Le financement de leur activité est actuellement assuré conjointement par Pôle emploi, le FIPHFP et l'Agefiph. Par conséquent, **les modalités de financement de la prise en charge par les Cap emploi et Pôle emploi des**

nouveaux bénéficiaires de l'AAH devront être précisées dans la convention Etat-Pôle emploi-Agefiph-FIPHFP.

En outre, il paraît légitime que les moyens humains supplémentaires nécessaires aux MDPH pour assurer l'évaluation systématique de la RQTH et des capacités professionnelles des demandeurs de l'AAH soient financés par l'Agefiph et le FIPHFP.

Cela paraît d'autant plus souhaitable que ces deux fonds présentent des excédents importants de trésorerie depuis plusieurs années et que les sommes en jeu (5,1 millions d'euros dans le premier scénario) sont sans comparaison avec celles qu'ils collectent chaque année auprès des entreprises ou des administrations qui ne respectent pas l'obligation d'emploi d'au moins 6 % de travailleurs handicapés.

A titre d'illustration, les réserves de l'Agefiph s'élèvent, en 2010, à près de 180 millions d'euros, parmi lesquels il faut dissocier 120 millions d'euros de « fonds de roulement prudentiel » et 60 millions d'euros « hors bilan », destinés à « couvrir les engagements pluriannuels » de l'association¹. Au 31 décembre 2009, les comptes du FIPHFP affichaient une réserve de trésorerie de 377 millions d'euros, avec 128 millions d'euros de provisions.

*

* *

L'objectif de la réforme annoncée par le Président de la République était de garantir la dignité des personnes se trouvant dans l'incapacité durable ou définitive de travailler et de favoriser l'insertion des personnes handicapées en situation de travailler.

Il convenait dès lors d'être en mesure d'identifier celles d'entre elles susceptibles de s'engager dans un processus d'insertion et d'apprécier leur faculté à exercer une activité professionnelle. Or il apparaît que l'élaboration d'un guide barème de l'employabilité s'avère irréalisable.

Pour autant, vos rapporteurs estiment qu'à terme, une remise à plat de l'actuel régime juridique de l'AAH, caractérisé par trop d'incohérences et d'ambiguïtés, sera nécessaire, afin de tirer toutes les conséquences de la réforme voulue par le Président de la République.

Cela signifierait en particulier d'abandonner la distinction entre les deux régimes d'AAH fondée sur le seul taux d'incapacité en privilégiant une différenciation des publics selon leur capacité ou non à exercer une activité professionnelle.

¹ Il convient de noter que l'article 97 du projet de loi de finances pour 2011 vise à transférer plusieurs compétences à l'Agefiph afin notamment de mobiliser une partie des réserves disponibles.

Dans ce schéma, l'éligibilité à l'AAH serait conditionnée à un taux d'incapacité supérieur à 50 % et, concomitamment, à la nécessité de justifier d'une faible employabilité.

Ainsi, ceux qui seraient en mesure de travailler bénéficieraient d'un accompagnement adapté vers l'emploi, tandis que ceux dont la capacité de travail serait jugée trop faible percevraient un complément d'AAH afin de leur assurer une vie digne.

Des travaux préparatoires approfondis doivent encore être menés avant de pouvoir atteindre cet objectif. En particulier, il importe d'anticiper toutes les conséquences de ces changements tant pour les personnes handicapées, que pour les MDPH ou, d'un point de vue budgétaire, pour l'Etat. A ce titre, différents scénarii devront être élaborés.

La réforme de l'AAH n'est donc pas achevée, loin s'en faut. Il convient néanmoins, dès à présent, de préparer la prochaine étape, en veillant à ce que les nouvelles règles conditionnant l'attribution de cette prestation gagnent en cohérence et en clarté et ne se traduisent pas par une augmentation non maîtrisée de la dépense et des disparités territoriales grandissantes.

Cela suppose que l'Etat reprenne toute sa place dans l'élaboration des procédures d'évaluation des demandes et qu'il se donne les moyens d'en assurer le contrôle permanent ainsi qu'une évaluation régulière.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunies le mercredi 13 octobre 2010, sous la présidence commune de M. Jean Arthuis et de Mme Muguette Dini, les commissions des finances et des affaires sociales ont entendu une communication de MM. Auguste Cazalet, Albéric de Montgolfier, rapporteurs spéciaux, et Paul Blanc, rapporteur pour avis, sur l'évaluation des coûts de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

M. Auguste Cazalet, rapporteur spécial. – L'allocation aux adultes handicapés ou « AAH », financée par le programme « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », représentera en 2011 une dépense annuelle de près de 7 milliards d'euros, soit plus de la moitié des crédits de la mission.

L'AAH est accordée aux personnes handicapées remplissant des conditions d'âge, de nationalité, de résidence, d'incapacité et de ressources. Il existe deux régimes d'AAH. Le premier est régi par l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale : à ce titre, sont éligibles de droit à la prestation les personnes dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 % ; le second est régi par l'article L. 821-2 du même code : à ce titre, sont éligibles les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 79 % et qui connaissent une « restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi ».

Dans les deux cas, l'allocation est versée de façon subsidiaire par rapport aux prestations vieillesse ou invalidité et peut se cumuler avec des revenus d'activité dans la limite d'un plafond annuel d'environ 8 000 euros pour une personne seule. Elle est également différentielle, c'est-à-dire qu'elle compense la différence entre les éventuelles ressources de la personne et le montant maximal de l'AAH. Pour cette raison, on parle de « montant moyen versé » puisque tous les bénéficiaires ne perçoivent pas la même somme. Enfin, l'allocation est « familialisée », l'ensemble des revenus du foyer étant pris en compte pour son calcul. Par exemple, une personne handicapée dont le conjoint gagne plus de 17 000 euros par an ne sera pas éligible à la prestation.

Ce contrôle budgétaire est d'abord né de la volonté de comprendre les déterminants de la dépense au titre de l'AAH. En effet, chaque année, à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances initiale, les commissions des finances et des affaires sociales expriment un certain scepticisme à l'égard de la prévision de dépense inscrite dans le budget. De manière systématique, ces crédits apparaissaient sous-évalués au regard des besoins réels. Et, à chaque fois, les lois de règlement successives sont venues confirmer l'analyse.

Dès lors, la première question est la suivante : est-il possible d'appréhender et d'évaluer a priori la dépense d'AAH de manière

satisfaisante ? Ou bien les critères d'attribution de cette prestation sont-ils à ce point complexes qu'il n'est pas concevable d'établir une prévision budgétaire fiable ?

Au-delà de cette problématique purement budgétaire, il convient de s'intéresser à la réforme de l'AAH annoncée par le Président de la République en juin 2008. Celle-ci a été construite autour de deux principes. Premièrement, il s'agit d'améliorer les conditions de vie et le niveau de ressources des personnes handicapées : le montant de l'AAH fait ainsi l'objet d'une revalorisation de 25 % sur la durée du quinquennat. Deuxièmement, la réforme cherche à renforcer l'insertion professionnelle des personnes handicapées, selon la formule « faire de l'AAH un tremplin vers l'emploi », ce qui constitue un objectif ambitieux. La seconde question porte donc sur sa mise en œuvre : pourra-t-elle atteindre les objectifs qu'elle s'est fixé ? Si oui, dans quelles conditions ?

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur spécial. – L'AAH constitue une dépense très dynamique, dont la croissance est soutenue. Elle est passée de 4,4 milliards d'euros en 2002 à près de 6,6 milliards cette année et elle pourrait dépasser 7 milliards l'année prochaine. Le nombre de bénéficiaires ne cesse d'augmenter, passant de près de 690 000 en 1998 à environ 885 000 en 2010 et, probablement, plus de 900 000 en 2011. La même tendance s'observe pour le montant moyen versé. D'un peu plus de 490 euros en 2002, il devrait atteindre 625 euros en 2010, en raison, pour partie, de la revalorisation de l'AAH de 25 % d'ici à 2012.

L'évolution de cette dépense n'est pas toujours correctement traduite dans les prévisions budgétaires initiales et, depuis 2006, l'écart croît de façon exponentielle entre la prévision et l'exécution : de 42 millions d'euros en 2006, il devrait atteindre plus de 400 millions en 2010. Il semblerait néanmoins que la prévision inscrite dans le projet de loi de finances pour 2011 soit un peu plus sincère. Peut-être allons-nous abandonner cette « politique de l'autruche » qui consiste à occulter le dynamisme de la prestation, et donc à sous-budgétiser l'AAH.

Car, au-delà même du principe de sincérité budgétaire, sans lequel l'autorisation parlementaire n'a pas de sens, la sous-évaluation de l'AAH a directement pesé sur les comptes de la sécurité sociale. L'AAH est en effet servie par les caisses d'allocations familiales (CAF). Les crédits votés en loi de finances leur sont donc transférés. S'ils sont insuffisants – et c'est le cas chaque année – la sécurité sociale devient créancière de l'État. Pendant plusieurs années, celui-ci a laissé perdurer cette situation. En 2007, un versement exceptionnel d'environ 100 millions d'euros a apuré les dettes contractées au titre de l'AAH. Depuis, les lois de finances rectificatives de fin d'année ont toujours permis de régulariser la situation de l'État.

Il n'en demeure pas moins que, en cours d'année, la sécurité sociale supporte malgré tout la charge de trésorerie liée à cette sous-budgétisation. Le découvert de trésorerie de l'ensemble des régimes de sécurité sociale

devrait dépasser, en 2010, 50 milliards d'euros. Il est donc très regrettable que l'État l'alimente, même de manière infime, alors qu'une programmation prudente de la dépense d'AAH permettrait de l'éviter.

Les déterminants de la dépense d'AAH sont nombreux et guère faciles à appréhender ou, plus exactement, il apparaît délicat de les pondérer les uns par rapport aux autres. Je vais en premier lieu distinguer les effets conjoncturels des effets structurels.

Deux effets conjoncturels se conjuguent et peuvent expliquer une partie de la forte progression récente de la dépense : il s'agit, d'une part, de la revalorisation de l'AAH, d'autre part, de la crise économique. La revalorisation emporte d'abord, très logiquement, un effet-prix puisqu'elle conduit mécaniquement à verser un montant moyen plus élevé aux bénéficiaires. C'est d'ailleurs sa finalité. Mais, de manière plus subtile, elle emporte également un effet-volume. En effet, l'AAH est attribuée à la condition que les ressources de la personne handicapée ne dépassent pas un certain plafond. Celui-ci est calculé en fonction du montant maximal de l'AAH – qui fait l'objet d'une revalorisation. En conséquence, la progression du montant d'AAH, et donc du plafond, est beaucoup plus rapide que celle des salaires. Il en résulte qu'un certain nombre de personnes handicapées, qui n'étaient pas éligibles à la prestation car leurs ressources étaient supérieures au plafond, peuvent désormais entrer dans le dispositif. Avec la crise, cet effet-volume est bien évidemment renforcé puisque, en moyenne, les ressources des ménages diminuent.

Voilà pour les effets conjoncturels. Seule la démographie constitue un effet réellement structurant dans l'évolution de l'AAH. En effet, la probabilité de percevoir l'AAH augmente jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, puis se stabilise. Concrètement, cela signifie que la part des « accidentés de la vie » est plus importante que celle des « handicapés de naissance » au sein des allocataires. Or il se trouve que la génération des quarante-six – cinquante-neuf ans est également la plus nombreuse dans l'ensemble de la population française. Ainsi, la concordance de la dynamique démographique propre à l'AAH et de celle de la population française conduit logiquement à augmenter le nombre de bénéficiaires. A l'inverse, au cours des prochaines années, l'arrivée à l'âge de la retraite des bénéficiaires de l'AAH devrait diminuer leur nombre.

Est-il possible de prévoir de manière plus fiable et plus juste la dépense de cette prestation sociale ? En première analyse, il semblerait que non. La conjonction des effets structurels ou conjoncturels, qui peuvent jouer autant à la hausse qu'à la baisse, devrait imposer la plus grande prudence dans l'élaboration des prévisions. Pourtant, il apparaît nettement que la tendance générale de progression de la dépense d'AAH est parfaitement linéaire. L'exercice 2008, première année de revalorisation de l'AAH, marque une inflexion mais la même linéarité semble devoir être observée.

Vos rapporteurs souhaitent, par conséquent, que le montant des crédits inscrits dans le projet de loi de finances corresponde, au minimum, à la tendance moyenne de progression de la dépense observée au cours des cinq dernières années. Sur cette base, la dotation de l'AAH, pour 2011, serait sous-budgétisée d'au moins 100 millions d'euros.

De même, nous proposons que le calcul a priori de la dépense d'AAH ne prenne pas en compte les mesures d'économies escomptées qui, lors des années précédentes, ne se sont pas réalisées. De surcroît, la méthode retenue pour les calculer n'apparaît pas assez fiable. Il serait donc plus juste de ne les constater qu'*a posteriori*...

M. Paul Blanc, rapporteur pour avis. – Engagée par le Président de la République, en juin 2008, lors de la conférence nationale du handicap, cette réforme opère un renversement de la logique qui a prévalu jusqu'alors, qui consistait à mesurer le taux d'incapacité permanente des personnes handicapées plutôt que d'identifier leurs facultés à exercer une activité professionnelle. Cette nouvelle approche souhaite favoriser l'emploi des personnes handicapées qui sont en mesure de travailler et garantir un niveau de revenu digne à celles qui sont durablement éloignées de l'emploi. Plusieurs mesures devaient y contribuer : la revalorisation de l'AAH de 25 % d'ici à 2012 ; l'évaluation systématique des capacités professionnelles de la personne handicapée à l'occasion d'une première demande d'AAH ou d'un renouvellement et l'obligation pour les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) d'assortir toute reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) d'une décision d'orientation professionnelle ; la suppression de la condition d'inactivité préalable d'un an pour l'attribution de l'AAH aux personnes ayant un taux d'invalidité compris entre 50 % et 80 %, ce qui permet aux bénéficiaires potentiels de percevoir l'AAH dès leur premier jour d'inactivité et les incite à accepter des missions temporaires de courte durée, ce dont on ne peut que se féliciter ; la suppression de la limite d'âge de trente ans opposable aux travailleurs handicapés pour accéder aux contrats d'apprentissage ; enfin, la révision trimestrielle du montant de l'allocation et la mise en place d'un taux de cumul plus avantageux des revenus d'activité avec l'AAH.

Si nous nous réjouissons que les engagements en faveur de la revalorisation de l'AAH aient finalement pu être tenus malgré un contexte budgétaire très contraint, nous devons déplorer en revanche que les mesures susceptibles de favoriser l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'AAH n'aient toujours pas été mises en œuvre, faute des dispositions réglementaires et des financements nécessaires. Ainsi, dans l'attente de ce décret, l'application des nouvelles modalités de cumul des revenus d'activité avec l'AAH et la mise en place de la déclaration trimestrielle de ressources pour les quelque 80 000 allocataires travaillant dans le milieu ordinaire a été repoussée au 1er janvier 2011.

Nous vous proposerons de renoncer, dans l'immédiat, à mettre en œuvre cette seconde mesure, très contraignante pour les personnes

handicapées et qui suscite une forte réticence des associations. De plus, sa faible portée – elle ne concerne pour l’instant qu’à peine 10 % des allocataires – et les coûts de gestion qui en résultent minorent les économies que l’on pouvait en attendre.

Par ailleurs, les MDPH et le service public de l’emploi ne disposent pas des moyens nécessaires pour s’acquitter des nouvelles missions qui leur ont été confiées, c’est-à-dire l’évaluation des capacités et des compétences professionnelles des nouveaux demandeurs de l’AAH et leur accompagnement vers l’emploi. D’abord, il n’existe aucun outil opérationnel d’évaluation : les experts chargés de construire une grille d’appréciation objective de l’employabilité ont conclu à l’impossibilité d’élaborer un guide barème semblable à celui qui existe pour déterminer le taux d’incapacité. Ensuite, les moyens humains ont été diversement estimés : les personnels nécessaires aux MDPH pour l’évaluation des capacités professionnelles des demandeurs et leur orientation s’élèveraient à 30 équivalents temps plein (ETP), en conservant la méthode actuelle et en ciblant les mesures sur les seuls primo-demandeurs, mais à 429 ETP, en faisant le choix d’entretiens individuels approfondis pour tous les demandeurs. Pour 2011, le Gouvernement a pris le parti de réserver le bénéfice de l’accompagnement vers l’emploi aux primo-demandeurs, tout en prévoyant d’expérimenter de nouvelles modalités d’évaluation et d’orientation dans une quinzaine de départements. Dans le contexte budgétaire actuel, le choix d’une mise en œuvre progressive de la réforme nous paraît sage. Mais il nous semblerait plus judicieux de la financer en puisant dans les réserves de trésorerie des deux fonds collecteurs que sont l’Agefiph et le Fonds d’insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (le FIPHFP), plutôt que de solliciter les moyens déjà insuffisants des MDPH.

Il convient également de créer les conditions d’un meilleur accueil des personnes handicapées sur le marché du travail, en mobilisant de façon plus incitative les entreprises de moins de vingt salariés non assujetties à l’obligation d’emploi et en développant la mise en place de partenariats d’insertion et de formation entre les grands groupes, l’Agefiph et les organismes de placement spécialisés.

En même temps, il est indispensable d’explicitier les notions d’« employabilité faible » ou de « restriction substantielle et durable d’accès à l’emploi ». Ce critère, qui figure à l’article L. 821-2 du code de la sécurité sociale et qui conditionne l’attribution de l’AAH aux demandeurs dont le taux d’incapacité est compris entre 50 % et 79 %, aurait dû faire l’objet d’un décret précisant son contenu et ses modalités d’application. Or il n’est toujours pas paru. Cette carence explique en grande partie les divergences de pratiques observées d’un département à l’autre et conduit à des disparités importantes dans les taux d’attribution des demandes.

Afin de garantir une meilleure équité de traitement des demandes d’AAH, vos rapporteurs recommandent de renforcer les mesures d’harmonisation, d’évaluation et de contrôle des procédures mises en œuvre

par les MDPH. Cela suppose, d'une part, d'intensifier les actions de formation des membres des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie ; d'autre part, de renforcer le contrôle de l'État dans la prise de décision en autorisant ses représentants à la CDAPH à demander le réexamen d'un dossier qu'ils considéreraient comme problématique.

A terme, si nous voulons tirer toutes les conséquences de la réforme voulue par le Président de la République, nous n'échapperons pas à une remise à plat de l'actuel régime juridique de l'AAH, qui se caractérise par trop d'incohérences et d'ambiguïtés. Nous pourrions alors abandonner la distinction entre les deux régimes d'AAH fondée sur le seul taux d'incapacité en privilégiant une différenciation des publics selon leur capacité ou non à exercer une activité professionnelle.

Dans ce schéma, l'éligibilité à l'AAH serait conditionnée à un taux d'incapacité supérieur à 50 % et à la nécessité de justifier d'une faible employabilité. Ainsi, ceux qui seraient en mesure de travailler bénéficieraient d'un accompagnement adapté vers l'emploi, tandis que ceux dont la capacité de travail serait jugée trop faible percevraient un complément d'AAH afin de leur assurer une vie digne. Nous devons garder cet objectif à l'esprit même si nous savons que, faute de disposer de travaux préparatoires suffisants, il n'est pas réalisable à court terme.

La réforme de l'AAH n'est donc pas achevée, loin s'en faut. Il convient dès à présent de préparer la prochaine étape, en veillant à ce que les nouvelles règles conditionnant l'attribution de cette prestation gagnent en cohérence et en clarté et ne se traduisent pas par une augmentation non maîtrisée de la dépense et des disparités territoriales grandissantes. Cela suppose que l'État reprenne toute sa place dans l'élaboration des procédures d'évaluation des demandes et qu'il se donne les moyens d'en assurer le contrôle permanent ainsi qu'une évaluation régulière.

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances. – Je retiens de vos communications qu'il faudrait, dans le prochain projet de budget, augmenter d'au moins 100 millions d'euros la dépense de l'AAH.

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur spécial. – Il faut tenir un langage de vérité et ne pas sous-estimer le coût de cette allocation et, à l'inverse, ne pas surestimer le coût du RSA activité.

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances. – Les louables intentions du législateur ont souvent du mal à se concrétiser au profit de ceux qu'elles visaient. La carte des taux d'attribution de l'allocation que vous nous avez distribuée est saisissante. Pourquoi un tel écart entre les départements ? Il y en a certains où l'on est particulièrement handicapé...

M. Paul Blanc, rapporteur pour avis. – Dans les départements qui abritent beaucoup d'établissements spécialisés – la Lozère, par exemple – il y a davantage d'allocataires que dans les autres.

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances. – La Lozère a également davantage de DGF par habitant...

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur spécial. – Si le taux de demandes varie d'un département à l'autre, il faut aussi compter avec des différences dans les pratiques et les critères d'attribution.

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances. – Il y a peut-être certaines MDPH qui ne fonctionnent pas...

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur spécial. – Le taux d'acceptation des demandes varie, selon les départements, de 50 % à 80 %.

M. Jean-Louis Lorrain. – Beaucoup de MDPH ont du mal à recruter des médecins. De plus, elles connaissent des tensions internes du fait de l'actuelle réorganisation et tout cela freine le règlement des dossiers. La solution n'est donc pas, d'emblée, de renforcer le contrôle de l'État.

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances. – Mais celui qui paye, ce n'est pas le département ! Il s'agit d'une allocation nationale ; il faut donc une harmonisation.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – On peut cumuler l'AAH avec un salaire dans la limite de 8 000 euros annuels. Pourquoi favoriser ce cumul ? Certes, celui qui travaille a des frais mais un handicapé mental a lui aussi des besoins à satisfaire.

En ce qui concerne la sous-estimation des inscriptions budgétaires, nous constatons le même problème pour la dotation de l'aide médicale de l'Etat – l'AME. Peut-on contraindre le Gouvernement à réévaluer le budget prévu pour l'AAH ou l'AME ou bien le rapporteur général de la commission des finances pourra-t-il déposer un amendement de réévaluation sans qu'on lui oppose l'article 40 ?

Puisque l'augmentation du nombre des allocataires s'explique par l'augmentation du nombre des « accidentés de la vie », il serait bon d'évaluer le coût d'une politique de prévention des accidents.

Lorsque les allocataires de quarante-cinq à cinquante-neuf ans atteignent l'âge de la retraite, ils basculent dans le minimum vieillesse. Il faut en anticiper les conséquences pour le fonds de solidarité vieillesse.

Vous parlez de mesures d'économies. Desquelles s'agit-il ?

Il serait bon d'interpeller le Gouvernement sur sa récurrente carence réglementaire : les ministères traînent trop souvent les pieds pour sortir les décrets d'application.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. – Le département des Pyrénées-Atlantiques abritait beaucoup d'établissements de cure, devenus établissements médico-sociaux, ce qui explique le nombre importants d'allocataires. Et la création en 2006 des MDPH, structures spécialisées bien identifiées tant par les médecins que par les handicapés, a créé un appel d'air,

multipliant le nombre de demandes. Ces MDPH présentent l'intérêt de pouvoir faire une évaluation, ce qui est indispensable, même si cela a un coût.

Monsieur Vasselle, je vous signale qu'un handicapé mental peut travailler à temps partiel. Pour un handicapé, le travail, outre le salaire, apporte le sentiment d'être opérationnel.

M. Yves Daudigny. – Le taux d'AAH dans l'Aisne apparaît très élevé, mais la carte que vous nous avez distribuée manque d'une légende explicite.

M. Marc Laménie. – Il est vrai qu'une légende nous éclairerait ; nous travaillons beaucoup sur la cartographie...

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances. – Les entreprises qui n'emploient pas le pourcentage légal de personnes handicapées doivent s'acquitter d'une pénalité...

M. Paul Blanc, rapporteur pour avis. – Les collectivités locales aussi.

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances. – Il se trouve que l'on a vu arriver devant les commissions de l'autonomie des flux considérables, qui laissent à penser que les entreprises y poussent certains de leurs salariés, pour échapper à la sanction...

M. Paul Blanc, rapporteur pour avis. – Le phénomène est beaucoup moins important que ce que l'on peut croire, tant dans les entreprises que dans la fonction publique. A l'inverse, beaucoup de travailleurs handicapés ne souhaitent pas de reconnaissance de cette qualité, notamment pour ne pas être pénalisés auprès des banques lors d'une demande de crédit.

Pour ce qui concerne les collectivités, il faut leur reconnaître qu'elles ont coutume d'employer des personnes qui auraient pu bénéficier de la reconnaissance, de ceux que, dans un village, on appelle le « simple d'esprit », par souci d'intégration. Il n'est pas anormal qu'elles aient aujourd'hui le souci de le faire reconnaître.

Ceux qui peuvent travailler, monsieur Vasselle, conquièrent un statut social en même temps qu'ils bénéficient d'un complément de revenu et cela est inestimable. Ceux qui ne sont pas en mesure de travailler peuvent, quant à eux, percevoir une allocation complémentaire de 180 euros.

En ce qui concerne l'inscription budgétaire des crédits, je rappelle qu'à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances initiale pour 2010, nos deux commissions avaient adopté des amendements visant à faire basculer des crédits du RSA vers le handicap. Or, nous avons eu la surprise de voir les sénateurs présents en séance suivre comme un seul homme l'avis défavorable du Gouvernement... Cela m'a mis dans une sainte colère, au point que je me suis juré que cette année, si nous sommes suivis en commission, nous serions suivis en séance !

S'agissant de l'employabilité des accidentés de la vie, le rapport préconise une prise en charge et la mise en œuvre d'une action d'insertion dès lors qu'il s'agit d'éviter des troubles postérieurs.

L'impact sur le fonds de solidarité vieillesse ? Avec le vote du texte en cours d'examen sur l'équilibre de notre système de retraites, il restera marginal.

A la lumière des faits, monsieur Lorrain, je me réjouis que l'on ait maintenu, pour les MDPH, le statut de groupement d'intérêt public (GIP), qui préserve la présence de l'État, chargé d'assurer l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. Il est normal, par ailleurs, que les payeurs aient leur mot à dire.

Lors de l'examen de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), nous avons présenté un amendement visant à inclure dans l'intitulé le médico-social, et j'avais demandé que les ARS participent aux commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. – Peut-être accusons-nous à tort les entreprises ? A-t-on une idée de l'évolution, sur les trois dernières années, des recettes de l'Agefiph ?

M. Paul Blanc, rapporteur pour avis. – Elles ont augmenté, mais cela tient aussi à l'aggravation des pénalités, qui sont passées, pour une entreprise n'employant aucun salarié handicapé, de 400 à 1 500 fois le Smic. La loi de 2007 avait donné trois ans pour se mettre en règle : aujourd'hui, les pénalités tombent. C'est pourquoi les entreprises ont pris la question à bras le corps. Je dois me rendre la semaine prochaine à Lyon à l'invitation des chambres de commerce pour plancher sur cette problématique.

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances. – Tout cela est en effet très délicat.

Le droit d'amendement au projet de loi de finances, monsieur Vasselle, n'est pas une prérogative de la commission des finances. Tout sénateur peut amender des crédits à condition de gager l'amendement sur d'autres crédits pris à l'intérieur de la même mission. S'il apparaît, par exemple, que sur la ligne consacrée au RSA, les crédits sont plus importants que de besoin, chacun aura loisir de présenter un amendement pour sortir une somme de cette ligne en faveur de l'AAH.

M. Paul Blanc, rapporteur pour avis. – Sur tous les amendements présentés l'an passé, la commission des affaires sociales et la commission des finances étaient en parfait accord.

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances. – Le Sénat n'est jamais plus fort que lorsque ses commissions sont en accord...

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur spécial. – Le même raisonnement vaut pour l'AME mais qui est inscrite sur la mission « Santé ».

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances. – Il n'est, en revanche, pas possible de prévoir le transfert de crédits d'une mission à l'autre.

A l'issue de ce débat, la commission des finances et la commission des affaires sociales donnent acte à MM. Auguste Cazalet, Albéric de Montgolfier, rapporteurs spéciaux, et Paul Blanc, rapporteur pour avis, de leur communication et en autorisent la publication sous la forme d'un rapport d'information.

ANNEXES

1. Liste des personnes entendues par vos rapporteurs

Mardi 4 mai 2010

- **Mme Christine Dupré**, directrice de la MDPH de Seine et Marne, présidente de l'Association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées (ADMDPH) ;
- **MM. Guillaume Gaubert**, sous-directeur en charge de la 6^e sous-direction, **Alexandre Koutchouk**, chef du bureau de la solidarité et de l'intégration, et **Paul Bérard**, adjoint au chef du bureau de la solidarité et de l'intégration de la direction du Budget ;
- **M. Fabrice Heyriès**, directeur général, **Mme Virginie Magnant**, sous-directrice des affaires financières et de la modernisation, et **M. Pierre Bilger**, adjoint au chef du bureau des minima sociaux et de l'aide sociale, de la direction générale de la cohésion sociale.

Mercredi 5 mai 2010

Table ronde sur la réforme de l'AAH, les questions d'évaluation de l'employabilité, d'orientation et d'insertion professionnelle des personnes handicapées avec les représentants des associations suivantes :

- Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (Adapt) ;
- Association nationale des directeurs et cadres des établissements et services d'aide par le travail (Andicat) ;
- Association des paralysés de France (APF) ;
- Fédération des Associations pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) ;
- FNATH, association des accidentés de la vie ;
- Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (Unapei) ;
- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) ;
- Union nationale des entreprises adaptées (Unea).

Mardi 18 mai 2010

- **M. Arnaud Rozan**, sous-directeur des prestations familiales, **Mme Nathalie Fourcade**, sous-directrice des statistiques, des études et de la recherche, et **Mme Patricia Chantin**, responsable des relations avec le Parlement, de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) ;

- **MM. Laurent Vachey**, directeur, **Hugues Fiévet**, responsable de l'organisation transverse, et **Mme Bernadette Moreau**, directrice de la compensation et de la perte d'autonomie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Mercredi 19 mai 2010

Déplacement à la Maison départementale des personnes handicapées des Yvelines.

Mercredi 15 septembre 2010

- **MM. Michel Busnel**, président de l'association Comète France, médecin de médecine physique et de réadaptation, **Thierry Hennion**, médecin du travail, président de l'association Cinergie, **Denis Leguay**, psychiatre, chef de secteur de psychiatrie générale Cesame et président de l'association Alpha Angers, **Mme Valérie Paparelle**, psychologue du travail, directrice d'établissement de l'ADAPT (95), **M. Bruno Pollez**, médecin de médecine physique et de réadaptation, directeur du pôle « Handicap, dépendance et citoyenneté » de l'Université catholique de Lille et **Mme Catherine Hesse**, inspectrice générale des affaires sociales.

Par ailleurs, vos rapporteurs ont reçu une réponse écrite de l'Association chargée de la gestion du fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés (**Agefiph**).

2. Évolution du nombre de bénéficiaires et des crédits de l'allocation aux adultes handicapés depuis 1998

Année	Nombre de bénéficiaires (au 31/12)	Montant moyen de l'allocation	Crédits inscrits en LFI (en M€)	Dépenses effectives ¹ (en M€)	Crédits inscrits en LFR (et redéploiements) (en M€)	Solde (ensemble des crédits ouverts – dépenses effectives)
1998	688 800	458,47 €	3 565,63	3 679,49		- 113,86 M€
1999	693 800	465,75 €	3 776,01	3 877,73		-101,72 M€
2000	712 500	471,13 €	3 895,07	4 028,25	129,58	-3,6 M€
2001	734 800	480,57 €	4 046,00	4 237,54	51,07	-140,47 M€
2002	752 900	491,18 €	4 277,72	4 430,47		52,47 M€
2003	766 500	497,61 €	4 526,34	4 577,07		0,41 M€
2004	786 200	504,83 €	4 661,42	4 810,33	101,364	-47,54 M€
2005	801 000	512,32 €	4 846,68	5 025,25	77,714	-100,85 M€
2006	804 000	542,02 €	5 186,87	5 236,17 ²	42,5	-67,89 M€
2007	813 200	550,58 €	5 304,01	5 526,82 ³	68,81	-153,99 M€
2008	848 800	565,37 €	5 410,00	5 650,08 ⁴	236,53	-3,55 M€
2009	850 700	602,41 €	5 811,90	6 149,57	335,60	-2,07 M€

Source : direction générale de la cohésion sociale.

¹ Hors exploitants agricoles jusqu'en 2004 ; l'AAH versée à ce public n'a été financée par la mission «Solidarité, insertion et égalité des chances », programme « Handicap et Dépendance », action 3, qu'à compter de 2004.

² Y compris 5,725 M€ au titre du financement de l'aide à l'employeur employant des bénéficiaires de l'AAH titulaires de contrats d'avenir ou de contrats d'insertion – revenu minimum d'activité.

³ Y compris 21,44 M€ au titre du financement de l'aide à l'employeur employant des bénéficiaires de l'AAH titulaires de contrats d'avenir ou de contrats d'insertion – revenu minimum d'activité.

⁴ Y compris 18,35 M€ au titre du financement de l'aide à l'employeur employant des bénéficiaires de l'AAH titulaires de contrats d'avenir ou de contrats d'insertion – revenu minimum d'activité.