



**COMMUNICATION A LA COMMISSION DES FINANCES,
DE L'ECONOMIE GENERALE ET
DU CONTROLE BUDGETAIRE
ET A LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
DE L'ASSEMBLEE NATIONALE**

(art. 58-2 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances)

**L'EVOLUTION DE LA CHARGE DE FINANCEMENT DE L'ALLOCATION AUX ADULTES
HANDICAPES**

Avertissement

Ce rapport a été élaboré par la Cour des comptes à la suite de la saisine effectuée le 3 décembre 2009, en application de l'article 58-2° de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, par les présidents de la commission des finances et de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale. La demande d'enquête portait sur « l'évolution de la charge de financement de l'allocation aux adultes handicapés » depuis la loi du 11 février 2005 et les causes de la croissance de la dépense, insuffisamment budgétée depuis 2007.

Il a été procédé par questionnaires et entretiens auprès des administrations et organismes concernés : au ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, avec la direction générale de la cohésion sociale, la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques et la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques ; au ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, avec la direction du budget ; avec la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Conformément aux dispositions des articles R. 135-1 et R. 141-8 du code des juridictions financières, un relevé d'observations provisoires a été adressé le 27 juillet 2010 aux services et établissements cités ci-dessus ; leurs réponses ont été examinées le 29 septembre 2010.

Synthèse	p. 1
Introduction	p. 4
Partie 1 : Une croissance continue du nombre de bénéficiaires	
I - Les facteurs de croissance	
A) Les facteurs démographiques	p. 6
B) Les effets des mesures législatives	p. 8
C) Les difficultés à sortir du dispositif par le retour à un emploi procurant des ressources suffisantes	p. 9
II - Les disparités	
A) Une volonté d'égalité de traitement	p. 11
B) Des disparités territoriales qui se réduisent	p. 12
C) Mais restent en partie inexpliquées	p. 14
Partie 2 : Une dépense dynamique constamment sous budgétée	
I - Un coût budgétaire en forte augmentation	
A) En raison de la croissance des effectifs et de l'augmentation du montant moyen de l'allocation	p. 16
B) La gestion de l'allocation	p. 17
C) Fraudes et indus	p. 17
II - Une sous-estimation constante de la dépense	
A) Un défaut de prévisions qui concerne des dépenses obligatoires	p. 18
B) Les causes des difficultés de prévision	p. 19
C) Des prévisions 2010 qui se heurtent aux mêmes difficultés	p. 20
Partie 3 : Les perspectives à moyen terme	
I - La mise en œuvre des engagements pris lors de la conférence nationale du handicap de 2008	
A) La revalorisation du montant	p. 22
B) La définition de la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi	p. 23
C) La modification des règles de cumul avec les ressources issues du travail et la trimestrialisation de la déclaration de ressources	p. 23
II - Les perspectives d'évolution du nombre des bénéficiaires	
A) Une amélioration lente du taux d'emploi des travailleurs handicapés	p. 26
B) Les réformes des dispositifs de pré-retraite pourraient conduire à une augmentation du taux de prévalence après 45 ans	p. 27
C) Le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	p. 28
III - Des prévisions d'augmentation forte de la dépense	
A) Les prévisions à mi-2010	p. 29
B) Des marges de manœuvre réduites en l'état actuel du droit	p. 31
Annexes	
annexe 1 : Personnes rencontrées	p. 34
annexe 2 : Sigles utilisés	p. 35

SYNTHESE

Instituée par la loi du 30 juin 1975, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière apportée, pour une durée déterminée, aux handicapés adultes, disposant de revenus modestes, qui ne peuvent prétendre au bénéfice d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, ou qui en bénéficient pour un montant inférieur à celui de l'allocation. Il s'agit donc d'une prestation subsidiaire et complémentaire¹, d'un montant mensuel maximal de 711,95 € au 1^{er} septembre 2010. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a autorisé le cumul, dans certaines conditions, avec des ressources issues du travail. L'allocation est financée par l'Etat², versée par la caisse d'allocations familiales ou la mutualité sociale agricole et attribuée sur décision d'une commission spécialisée, instituée au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). La dépense budgétaire a atteint 6,1 milliards en 2009 contre 4 milliards en 2000.

- 1 - La progression continue de la dépense est liée à l'augmentation du nombre des bénéficiaires.

Fin 2009, on comptait 862 200 bénéficiaires de l'allocation. En un quart de siècle, ce nombre a quasi doublé et le rythme de progression se maintient. En effet, les personnes handicapées des générations du baby-boom atteignent aujourd'hui l'âge auquel elles peuvent prétendre aux prestations vieillesse et sortent ainsi, pour l'essentiel, du champ mais des évolutions de santé publique font que l'allocation concerne désormais, de façon significative, les générations suivantes : de plus en plus d'enfants handicapés à la naissance arrivent à l'âge adulte ; par ailleurs, on constate qu'à partir de 45 ans, une proportion croissante de la population se voit attribuer l'AAH.

Les réformes de l'allocation adoptées notamment en lois de finances (éligibilité des pensionnés du fonds spécial d'invalidité, restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, revalorisation du montant de l'AAH, suppression de la condition d'inactivité pendant l'année précédent la demande et modification de la date d'examen des de ressources) ont également concouru à l'augmentation du nombre des allocataires.

Mais leur croissance continue tient également à la faiblesse des sorties en raison de la situation des allocataires sur le marché du travail. Celle-ci est loin d'être univoque. Plus de la moitié d'entre eux ont connu un emploi régulier avant l'entrée dans l'allocation³ ; moins d'un quart, par contre, n'a jamais travaillé. Parmi les allocataires, 20 % travaillent, dont la moitié en milieu ordinaire ou en entreprises adaptées. Mais l'accès à l'emploi reste difficile et varie peu selon la conjoncture économique. Les raisons, multiples, sont à rechercher dans de nombreux facteurs qui peuvent se cumuler : la lourdeur et la nature du handicap, la surreprésentation des catégories socioprofessionnelles parmi les plus touchées par le chômage, le faible niveau scolaire et la difficulté d'accès à la formation continue, l'âge des

¹ Elle intéresse également les personnes handicapées qui perçoivent une pension de retraite inférieure au minimum vieillesse.

² Mission solidarité, insertion et égalité des chances, programme handicap et dépendance.

³ 35 % de ceux qui sont handicapés depuis l'enfance sont dans cette situation.

allocataires (près de la moitié des premières demandes d'AAH concernent des personnes de 46 ans ou plus).

L'augmentation du nombre des allocataires s'accompagne d'inégalités géographiques marquées. En dépit d'une volonté d'harmonisation dont témoigne la mise en place de différents outils, le taux d'allocataires varie selon le département de 3 à 16 pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans. Le taux d'attribution connaît les mêmes écarts et s'établit entre 0,9 et 3,2 pour 1 000.

Les travaux conduits montrent que les caractéristiques socio-économiques des départements expliquent une partie, mais une partie seulement, des disparités territoriales constatées. Des analyses ultérieures soulignent que la mise en place d'un examen pluridisciplinaire des demandes augmente, plutôt qu'elle ne diminue, le taux d'attribution, dont les critères, selon les simulations effectuées, demeurent difficiles à caractériser de façon objective.

Un impératif d'équité commande donc une amélioration substantielle du système d'information des MDPH, amélioration qui serait en cours, selon la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

- 2 - La revalorisation du montant a également contribué à une hausse de la dépense que le budget de l'Etat anticipe mal

La loi du 11 février 2005 a visé à faire de l'AAH un revenu d'existence. La hausse du montant mensuel moyen de l'allocation (+ 24,44 % de 2000 à 2009) s'est donc conjuguée à l'augmentation des effectifs des allocataires (+ 22,75 % sur la même période) pour conduire à une forte augmentation de la dépense. La part des fraudes est estimée à 1,28 % et celle des indus, liés à des changements de situation non signalés à temps, à 2,32 %.

Pourtant, à l'exception de deux années, la décennie 2000-2010 a connu une sous budgétisation constante de la dépense ; il est d'ailleurs prévisible que les crédits ouverts en loi de finances pour 2010 seront insuffisants. La difficulté des prévisions est accrue par les modifications législatives ou de gestion. Elle affecte les effectifs : ainsi, le retard dans la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées a induit, en 2006 et 2007, un ralentissement du nombre des entrées nouvelles qui a été, à tort, considéré comme durable. Elle intéresse également le montant moyen de l'AAH, qui, en tant qu'allocation différentielle, enregistre les variations de la conjoncture et reflète les écarts avec l'évolution des autres prestations sociales.

- 3 - A moyen terme, la tendance devrait se poursuivre

Lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, divers engagements visant à favoriser l'emploi des personnes handicapées ont été pris. Il n'est pas certain que les mesures envisagées, dont la trimestrialisation de la déclaration de ressources et les modifications des règles de cumul avec les ressources issues du travail, produisent les effets escomptés. En revanche, la mise en oeuvre attendue d'une définition réglementaire de la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et les expérimentations qui y sont liées pourraient contribuer à résorber les écarts en matière d'attribution de l'allocation pour des incapacités inférieures à 80 %.

En dépit d'une lente amélioration du taux d'emploi des travailleurs handicapés, la difficulté à contenir la croissance des effectifs des allocataires apparaît inexorable. Elle est sans doute renforcée par les réformes des dispositifs de préretraite qui peuvent conduire, comme la Cour l'a relevé dans son récent *Rapport sur l'application des lois de sécurité sociale* à une augmentation des entrées à l'invalidité et, subsidiairement à l'AAH. Au surplus, le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et des commissions des droits et de l'autonomie montre la difficulté à harmoniser les pratiques.

L'ensemble de ces éléments laisse augurer la poursuite de l'augmentation de la prévalence de l'AAH, notamment à compter de 45 ans. Les prévisions des administrations indiquent une croissance de 25 % de la dépense entre 2009 et 2013 pour atteindre 7 800 M€ en 2013. Les efforts en faveur de l'emploi des personnes handicapées ne sauraient contrecarrer la tendance.

La similitude des parcours et la proximité de situation d'une partie des allocataires de l'AAH, des pensionnés à l'invalidité et des bénéficiaires du RSA nécessite de mieux connaître la porosité probable entre ces dispositifs qui répondent pour partie aux mêmes objectifs en relevant de législations et de financeurs différents (Etat, sécurité sociale, conseils généraux). Cette nécessité est d'autant plus forte que le nombre global des bénéficiaires, et donc le coût pour la collectivité, augmentent régulièrement.

INTRODUCTION

« Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant » (article L. 114 du code de l'action sociale et des familles).

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) a été créée par la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Il s'agit d'une prestation servie et financée comme une prestation familiale qui intéresse les adultes dont l'incapacité permanente est au moins égale à un niveau fixé par décret (80 %) ou dont l'incapacité, inférieure à ce niveau, s'accompagne d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi⁴.

L'allocation est servie sous conditions de ressources, le plafond étant égal, pour une personne seule à douze fois le montant mensuel de l'allocation, soit 8 543,40 € au 1^{er} septembre 2010. Certaines ressources n'entrent pas en compte, comme les allocations familiales ou la retraite du combattant.

La prestation est subsidiaire ou différentielle. Elle intéresse les personnes qui ne peuvent prétendre au bénéfice d'une pension de retraite, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou en bénéficient pour un montant inférieur à celui de l'allocation.

L'AAH a été modifiée 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, pour mettre "fin à l'ambiguïté qui caractérise l'AAH, perçue tantôt comme minimum social, tantôt comme prestation de compensation et, de ce fait, toujours insuffisante pour faire face à la fois aux besoins de la vie courante et aux besoins spécifiques liés à la situation de handicap"⁵. La loi pose donc que l'AAH est un revenu d'existence. Son montant, revalorisé, était fixé mensuellement à 711,95 € au 1er septembre 2010. Par ailleurs, la loi de 2005 visait à favoriser le retour ou la prise d'emploi en autorisant un cumul, plafonné, des ressources de l'intéressé et le cas échéant de son conjoint, avec les revenus issus du travail.

La dépense budgétaire a atteint 6,1 milliards d'euros en 2009 (4 milliards d'euros en 2000).

⁴ Jusqu'en 2006, la condition posée, en cas d'incapacité inférieure à 80 %, était l'impossibilité reconnue de pouvoir se procurer un emploi, du fait du handicap.

⁵ Exposé des motifs.

L'allocation aux adultes handicapés : une allocation différentielle d'un montant mensuel maximal de 711,95 € au 1^{er} septembre 2010

Conditions d'âge :

- Cas général : les personnes de 20 ans à 60 ans.
- Exceptions : dès 16 ans, si la personne n'est plus considérée comme à charge pour le bénéfice des prestations familiales ; après 60 ans, en cas d'incapacité d'au moins 80 % et en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées (APSA) depuis 2006).

Conditions de résidence : les résidents sur le territoire français, ressortissants français ou de l'Union européenne et étrangers en situation régulière.

Conditions d'incapacité :

- Cas général : un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % (article L. 821-1 du code de la sécurité sociale).
- Cas particulier : un taux d'incapacité permanente compris entre 50 % et 79 %, à la condition de subir une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. Il s'agit là d'une modification introduite par la loi de finances pour 2007 et pour laquelle le décret d'application est attendu. Auparavant, la personne devait être reconnue dans l'impossibilité de se procurer un emploi (L. 821-2 du code de la sécurité sociale) et ne pas en avoir occupé dans l'année précédent la demande. Cette dernière condition a été supprimée (loi de finances pour 2009).

Conditions de ressources :

- Les ressources doivent être inférieures à supérieures à 12 fois le montant mensuel de l'AAH ; le plafond est doublé pour les personnes vivant en couple ; il est majoré de 50% par enfant à charge.
- Les ressources sont évaluées au 1er janvier de chaque année ; à cette date, les ressources prises en compte sont celles de l'avant dernière année civile.
- Font l'objet d'un abattement les revenus du travail en milieu ordinaire, selon un barème dégressif, de 40 % à 10 % par tranches de revenus (de 2 481 € à 12 405 €).
- En établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) : l'AAH peut se cumuler avec la rémunération garantie en ESAT dans la limite de 100 % du SMIC brut, majoré de 30 % quand le bénéficiaire vit en couple et de 15 % par enfant à charge. Une fraction de 3,5 % à 5 % de la rémunération garantie par l'ESAT n'est pas prise en compte dans les ressources servant de base au calcul.

Montant de l'AAH :

- Le bénéficiaire perçoit mensuellement une allocation égale à la différence entre le montant de des ressources et le montant mensuel de l'AAH (711,95 € au 1^{er} septembre 2010).
- L'AAH est réduite après soixante jours passés dans un établissement de santé, un établissement pénitentiaire, une maison d'accueil spécialisée.

Les compléments à l'AAH :

La majoration pour la vie autonome est destinée à permettre aux personnes, en capacité de travailler et au chômage en raison de leur handicap, de pourvoir à leur dépense de logement. Son montant mensuel est de 104,77 € et 130 740 personnes en bénéficiaient fin 2009.

Le complément de ressources est destiné aux personnes handicapées dans l'incapacité de travailler. Il est égal à la différence entre la garantie de ressources pour les personnes handicapées (GRTH) et l'AAH, soit 179,31 € au 1^{er} septembre 2009. 56 400 personnes en bénéficiaient fin 2009.

Durée d'attribution

- Cas général : au moins un an ; au plus 5 ans.
- Jusqu'à 10 ans si l'incapacité est au moins égale à 10 % et le handicap peu susceptible d'évolution favorable.

La révision est possible à tout instant (évolution du handicap, modification des ressources, retour à l'emploi).

PARTIE I : UNE CROISSANCE CONTINUE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES

Depuis la création de l'allocation, le nombre de bénéficiaires n'a cessé de croître. Dans son rapport public particulier de novembre 1993, consacré aux *Politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes*, la Cour évoquait le « succès de l'AAH » : de 122 000 en 1976, première année d'entrée en vigueur de l'allocation, les bénéficiaires étaient passés à 471 000 en 1983. Au 31 décembre 2009, ils étaient 862 200 : en un quart de siècle, leur nombre a donc quasi doublé.

Le rythme de croissance a connu des variations dans la période récente : en moyenne de 17 000 nouveaux allocataires par an entre 1986 et 2005, il a marqué un ralentissement en 2006 (+ 3 000 allocataires) et 2007 (+ 9 200 bénéficiaires). Mais les deux dernières années se caractérisent à l'inverse par une augmentation forte du nombre d'allocataires (+ 36 000 en 2008 ; + 35 000 en 2009), soit une progression annuelle de plus de 4 %. Différents facteurs expliquent ces évolutions qui sont inégalement marquées selon les départements.

I. LES FACTEURS DE CROISSANCE

A. LES FACTEURS DEMOGRAPHIQUES

Entre 2005 et 2013, la population de la France métropolitaine âgée de 18 à 75 ans devrait augmenter de 3 %, la hausse étant essentiellement due à l'augmentation des personnes âgées de 60 et 74 ans (25 % de la population entre 2005 et 2013). Il s'agit là des générations du baby-boom qui atteignent progressivement l'âge à partir duquel elles peuvent prétendre à des prestations de retraite. La fraction de ces générations qui, en raison de son taux d'incapacité, bénéficie de l'allocation adulte handicapé (AAH) devrait donc, à partir de 2005, commencer à sortir du champ de l'allocation, à condition de percevoir un avantage vieillesse au moins égal (article L. 831-1 5^{ème} § du code de la sécurité sociale). Pour ces personnes, l'AAH ne devrait plus intervenir qu'à titre subsidiaire et donc, dans des proportions réduites. Ainsi, au 31 décembre 2009, 53 750 personnes de plus de 60 ans percevaient l'allocation.

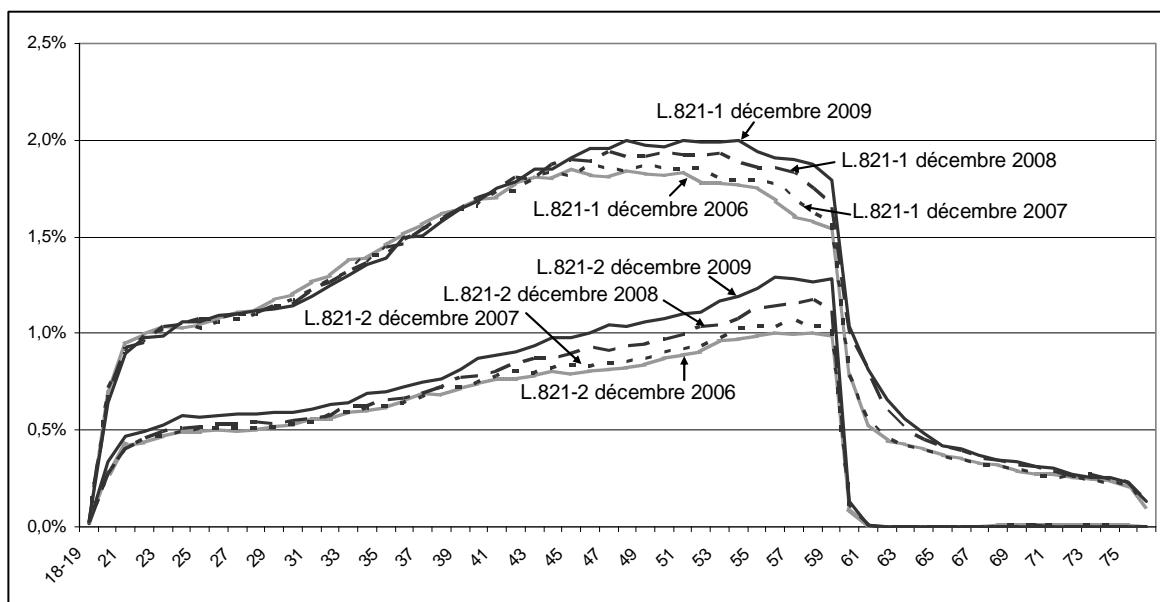
Toutefois, l'effet des départs à la retraite de ces générations est contrebalancé par l'augmentation des allocataires dans les autres strates démographiques.

En effet, la prestation concerne de plus en plus de jeunes handicapés. Il s'agit des anciens bénéficiaires de l'allocation d'éducation des enfants handicapés (AEEH), qui a remplacé en 2006 l'allocation d'éducation spéciale (AES). A l'âge de 20 ans, ces jeunes adultes deviennent éligibles à l'AAH. Ainsi, en 2007, 10 % des premières demandes d'allocations concernaient des bénéficiaires de l'AEEH. Or, le nombre des allocataires de l'AEEH a quasi doublé en 15 ans, passant de 88 000 environ en 1994 à 160 316 fin 2009. La dynamique est manifeste dans les dernières années, avec une augmentation de 5,2 % entre 2007 et 2008 et de 4,7 % entre 2008 et 2009. Elle semble traduire un accroissement du taux de prévalence pour cet âge, c'est-à-dire du nombre de bénéficiaires pour la tranche de population concernée. L'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) considère que le fait peut être mis en relation avec l'augmentation de la prématurité et de la

grande prématuroté (naissance avant 33 semaines) et avec la baisse continue de la mortalité néonatale.

Par ailleurs, le taux de prévalence augmente également pour les populations au-delà de 45 ans. Qu'il s'agisse des allocataires dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 % (article L. 821-1 du code de la sécurité sociale) ou de ceux dont le taux est compris entre 50 % et 79 % (article L. 821-2), le taux de prévalence connaît un palier, de 25 à 30 ans, suivi d'une croissance régulière puis d'un nouveau palier, après 45 ans, avant entrée dans un dispositif de prestations vieillesse.

Graphique : Taux de prévalence selon l'âge et le taux d'incapacité



Source : Cnaf ; Champ : Métropole et DOM

Graphique : DREES

Depuis 2006, le taux de prévalence augmente, à partir de l'âge de 45 ans. L'analyse des demandes d'allocation réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁶ a d'ailleurs montré que cet âge constituait l'âge moyen des demandeurs. Dans les 2/3 des cas, il s'agit de demandes de renouvellement ou de nouvelles demandes faisant suite à un premier refus ; le taux d'acceptation, en ce cas, est de 80 %. Toutes catégories confondues (incapacité inférieure ou supérieure à 80 %), la proportion des allocataires atteint désormais plus de 3 % à partir de 47 ans et augmente continûment jusqu'à l'âge des prestations retraite.

Les raisons de cette évolution sont délicates à cerner car elles renvoient à des causes de nature très différente : la situation des seniors sur le marché du travail, l'évolution des dispositifs d'emploi les concernant et la question de la pénibilité de l'emploi. S'y ajoutent le positionnement de l'allocation par rapport à d'autres, notamment le RSA, et les modalités de son attribution. C'est dans ce contexte que les modifications de l'AAH et de son montant ont rendu éligible un plus grand nombre de personnes.

⁶ Etudes et résultats n° 687 avril 2009.

B. LES EFFETS DES MESURES LEGISLATIVES

La période 2005-2008 a été marquée par la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), créées par la loi du 11 février 2005. Ces groupements d'intérêt public (GIP) qui associent l'Etat, le département et les caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales, sont placés sous la présidence du président du conseil général. En leur sein, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), dont la composition tripartite reproduit celle du GIP, ont été chargées des compétences auparavant exercées par les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), notamment l'attribution de l'AAH. La mise en place de ces structures s'est déroulée progressivement pendant toute l'année 2006 : la moitié des commissions départementales des droits et de l'autonomie des personnes handicapées étaient installées en avril, la totalité en fin d'année. Les délais expliquent sans doute qu'entre 2005 et 2006 le nombre de décisions relatives à l'AAH ait baissé de 10,7 % et que l'augmentation des entrées en AAH ait connu un ralentissement, en 2006 et 2007, suivi d'une hausse sensible les deux années suivantes.

Nonobstant ces variations conjoncturelles, l'augmentation continue du nombre de bénéficiaires a été renforcée par plusieurs dispositions des lois de finances. La loi du 11 février 2005 avait créé deux compléments à l'AAH, la majoration pour vie autonome et le complément de ressources. Le bénéfice de ceux-ci a été étendu aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du Fonds spécial d'invalidité par la loi de finances du 21 décembre 2006. Il en est résulté une augmentation limitée et stable des effectifs : 1 667 bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité étaient concernés en 2008, 1 223 en 2009.

La loi de finances pour 2007, quant à elle, a modifié les conditions d'éligibilité pour les personnes dont l'incapacité est inférieure à 80%. Elle a en effet substitué à la condition d'impossibilité d'accéder à un emploi, impossibilité reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, notion qui devait être précisée par décret. Son élaboration s'est heurtée à des difficultés et a été suspendue, début 2008. Des groupes de travail ont été mis en place à la suite de la Conférence nationale du handicap et le décret est attendu pour l'automne 2010. Toutefois, en son absence, l'attribution de l'AAH au titre de l'article L. 821-2 s'est faite sans encadrement national. Elle a conduit à de forts écarts, selon les départements, et a participé à la forte croissance de la dépense en cause⁷ : entre 2007 et 2009, la dépense d'AAH consacrée aux bénéficiaires ayant un taux d'incapacité inférieur à 80 % a crû, en moyenne nationale de 21 %, alors que l'AAH versée pour les taux d'incapacité de 80 % et plus augmentait de 10 %.

La revalorisation de l'AAH, mise en œuvre par la loi de finances pour 2008 (+ 1,1 % au 1^{er} janvier et + 3,9 % au 1^{er} septembre) a, quant à elle, conduit à une croissance plus sensible du nombre des bénéficiaires : le montant de l'allocation détermine en effet celui du plafond d'éligibilité. En outre, l'allocation étant différentielle, les bénéficiaires d'autres prestations, non revalorisées, sont entrés ou ont été maintenus dans le champ de l'AAH. Ainsi, pour les plus de 60 ans percevant l'AAH en complément d'un avantage vieillesse, l'accroissement de la différence de montant entre l'AAH et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (minimum vieillesse) a maintenu la population concernée dans le champ de l'allocation. Le même effet a joué pour les titulaires d'une pension d'invalidité ou de

⁷ La loi de finances pour 2009 (voir infra) a également contribué au phénomène.

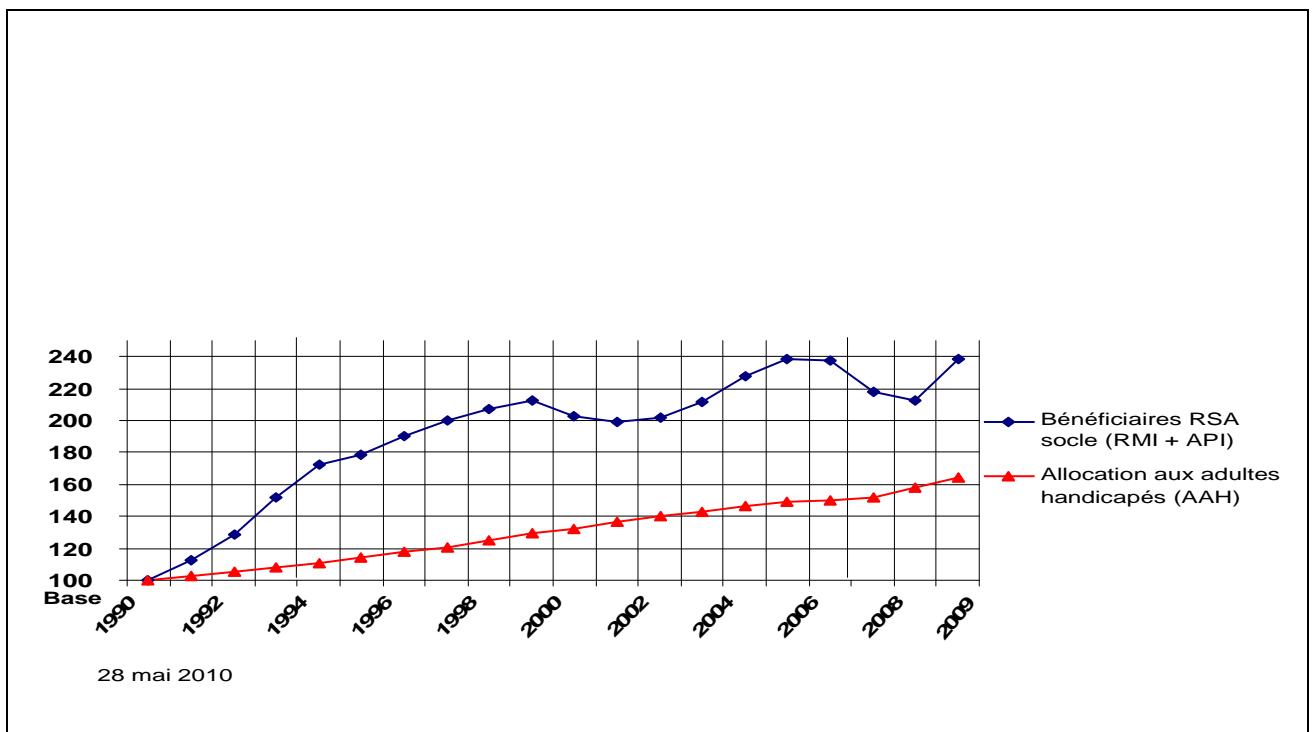
l'allocation spéciale d'invalidité (ASI) ; le nombre de cas de cumul entre ces prestations et l'AAH a crû de 15 % en 2008.

Pour sa part, la suppression, par loi de finances initiale pour 2009, du délai d'un an au cours duquel la personne ayant un taux d'invalidité compris entre 50 et 79 % ne devait pas avoir travaillé pour pouvoir percevoir l'AAH, a permis à 10 000 personnes de plus (estimation DREES) de bénéficier de l'AAH au premier trimestre 2009. Cette mesure explique ainsi en partie l'augmentation de la prévalence observée pour les allocataires concernés. Elle s'est accompagnée d'une modification de la date d'examen des conditions de ressources. A dater du 1^{er} janvier 2009, l'évaluation est réalisée au 1^{er} janvier de l'année, sur la base des ressources de l'avant-dernière année civile, alors qu'auparavant, l'évaluation effectuée au 1^{er} juillet se fondait sur les ressources de l'année précédente. Il en résulte mécaniquement une augmentation du nombre de bénéficiaires.

C. LES DIFFICULTES A SORTIR DU DISPOSITIF PAR LE RETOUR A UN EMPLOI PROCURANT DES RESSOURCES SUFFISANTES

Le nombre de bénéficiaires de l'AAH est très peu affecté par la conjoncture, contrairement à d'autres minima sociaux comme le RMI ou le RSA.

Evolution comparée des bénéficiaires du RMI/RSA et de l'AAH



Source : Direction du budget

Quelle que soit la situation économique, le retour à l'emploi s'avère difficile : près des 3/4 des allocataires se déclarent inactifs et le taux de chômage est de 29 % si on prend en compte ceux qui travaillent en ESAT, de 45 % si l'on n'en tient pas compte. Au surplus, le travail n'est pas synonyme de sortie du dispositif ; encore faut-il que l'emploi soit rémunéré de sorte que les ressources qui en sont issues soient supérieures aux plafonds de l'allocation, qui est une prestation subsidiaire. En l'absence d'enquête spécifique, il est délicat de cerner la part

des allocataires qui sortent du dispositif parce qu'ils ont obtenu un tel emploi. Mais on peut constater que 20 % des allocataires travaillent et cumulent le bénéfice de l'AAH avec des revenus issus du travail. Pour un peu moins de la moitié d'entre eux, l'emploi concerné relève du milieu ordinaire (y compris en entreprises adaptées).

Pourtant, l'analyse du déroulement de la vie professionnelle des allocataires indique que plus de la moitié d'entre eux (52 %) a connu un emploi régulier. Le taux atteint 65 % si l'on exclut du calcul les allocataires qui bénéficiaient, avant l'AAH, de l'allocation d'éducation des enfants handicapés. Un quart des bénéficiaires a alterné emploi et chômage, avec de plus ou moins longues périodes d'inactivité et 23 % seulement n'ont jamais travaillé⁸. Les difficultés de sortie du dispositif par un retour à un emploi rémunérateur s'avèrent donc certaines et renvoient à différentes causes, au-delà de la lourdeur et de la nature du handicap (2 % des demandeurs d'AAH sont polyhandicapés ou en état végétatif, 8 % souffrent de déficience intellectuelle).

Les personnes reconnues handicapées bénéficient du dispositif de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Mais, parmi elles, les catégories socioprofessionnelles les moins diplômées sont surreprésentées. Ainsi, les ouvriers, plus fréquemment victimes de maladies professionnelles ou d'accidents du travail, représentent 38 % des personnes reconnues handicapées contre 23 % de la population de 15 à 64 ans ; les cadres sont trois fois moins présents que dans la population totale⁹.

Par ailleurs, l'accès à l'enseignement et à la formation reste non assuré pour beaucoup, faute d'une offre adaptée : en 2007¹⁰, 6 % des demandeurs d'AAH n'avaient jamais été scolarisés et plus de la moitié d'entre eux avaient arrêté leur scolarité avant l'enseignement professionnel court ou l'enseignement secondaire. L'âge des allocataires constitue d'ailleurs, en lui-même, un handicap pour l'accès à la formation continue et à l'emploi : les personnes âgées de 46 ans et plus représentent 46% des premières demandes¹¹. La qualité de la formation continue des personnes handicapées et le renforcement de l'efficacité des dispositifs d'emploi constituent donc des enjeux majeurs de politiques publiques.

Si les allocataires des générations du baby-boom commencent à sortir du champ des bénéficiaires, le nombre de jeunes handicapés à la naissance qui, à 20 ans, deviennent bénéficiaires de l'AAH augmente ; la proportion de la population qui perçoit l'allocation après 45 ans s'accroît également.

Par ailleurs, les aménagements des lois de finances successives ont concouru à l'augmentation du nombre de bénéficiaires. La revalorisation de l'allocation, qui sert de base au calcul du plafond de ressources, a accru le champ des personnes éligibles directement et indirectement, du fait du caractère subsidiaire de l'allocation au regard d'autres prestations non revalorisées. Les modifications des modes d'appréciation des ressources ont également joué.

⁸ DREES Etudes et résultats n° 640 juin 2008.

⁹ DARES Premières Informations Premières Synthèses n° 47.1^{er} nov. 2008.

¹⁰ DREES Etudes et résultats n° 640 juin 2008.

¹¹ DREES Etudes et résultats n° 687 avril 2009.

L'AAH se distingue fortement d'autres prestations sociales par sa quasi-absence de sensibilité à la conjoncture économique. La lourdeur du handicap pour certains, le très faible niveau de formation pour beaucoup et l'âge moyen expliquent le faible taux d'emploi et en conséquence la rareté vraisemblable des sorties de l'allocation pour reprise d'emploi. Pour autant, les allocataires de l'AAH ont connu pour la moitié d'entre eux un emploi régulier avant de percevoir l'allocation.

II. LES DISPARITES

A. UNE VOLONTE D'EGALITE DE TRAITEMENT

La mise en place des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) s'est accompagnée de la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), « *garant de l'égalité de traitement sur tout le territoire* »¹². Dans le même esprit, le décret et l'arrêté du 6 février 2008 ont prévu un guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA). Ce guide repose sur l'analyse de l'interaction entre trois éléments :

- la déficience, c'est-à-dire la perte de substance ou l'altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ;
- l'incapacité, c'est-à-dire la réduction résultant d'une déficience de la capacité à accomplir une activité d'une façon considérée comme normale ;
- le désavantage, c'est-à-dire les limitations de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels.

Le guide complète les outils déjà élaborés par ailleurs. Le décret du 4 novembre 1993, modifié par le décret du 6 novembre 2007 (annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles), fait ainsi reposer l'appréciation du taux d'incapacité sur les éléments d'un guide barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées. Ce dernier s'appuie sur les concepts développés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et analyse les déficiences selon la grille suivante :

- Chapitre 1 : Déficiences intellectuelles et difficultés du comportement.
- Chapitre 2 : Déficiences du psychisme.
- Chapitre 3 : Déficiences de l'audition.
- Chapitre 4 : Déficiences du langage et de la parole.
- Chapitre 5 : Déficiences de la vision.
- Chapitre 6 : Déficiences viscérales et générales.
- Chapitre 7 : Déficiences de l'appareil locomoteur.
- Chapitre 8 : Déficiences esthétiques.

Le taux d'incapacité est alors déterminé sur la base d'une évaluation globale et non en fonction de la seule affection à l'origine du handicap. Chaque élément est pris en compte en fonction de son impact dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle de la personne ; les interactions et les contraintes liées aux traitements sont appréciées afin de mesurer les éléments qui peuvent entraîner ou majorer d'autres incapacités. Il est procédé à cette analyse

¹² Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap février 2009.

sans attendre que l'état de la personne soit stabilisé, dès lors que la durée prévisible des symptômes est au moins égale à un an.

Le guide barème ne fixe pas de taux d'incapacité précis. En fonction du retentissement fonctionnel et du désavantage qui en résulte, il indique, pour chaque catégorie de déficience, différents degrés de sévérité en distinguant les formes légères à modérées (taux de 1 à 45 %), importantes (taux de 50 à 75 %), sévères ou majeures (taux de 80 % et plus). Les seuils de 50 % et de 80 %, qui déterminent l'accès à divers avantages ou prestations (dont l'AAH) font l'objet d'une définition particulière :

- un taux de 50 % correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne ; si l'autonomie est conservée, dans les actes élémentaires de la vie quotidienne, l'entrave est, soit manifeste dans la vie sociale de la personne, soit compensée mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une aide spécifique ;

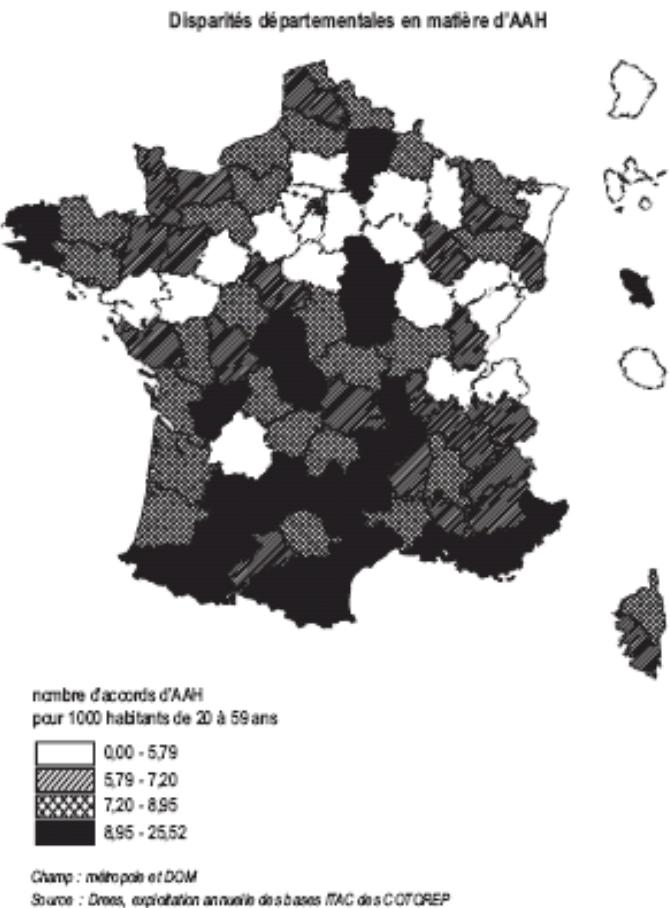
- un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entravant de façon majeure la vie quotidienne de la personne et mettant en cause son autonomie, c'est-à-dire sa capacité à assurer par elle-même l'ensemble des actions de la vie quotidienne ; dès lors qu'une aide totale ou partielle ou une surveillance s'avèrent nécessaires, le taux de 80 % est atteint ; il l'est également en cas d'abolition d'une fonction.

Le guide barème n'ayant pas pour seul objet d'analyser la situation de la personne au regard de sa capacité à travailler, des taux importants peuvent être attribués pour des pathologies plus compatibles que d'autres avec une vie professionnelle : à titre d'exemple, au chapitre « *déficiences du psychisme* », les « *manifestations mal contrôlées perturbant la vie socioprofessionnelle (automutilation névrotique, agressivité, rites ou phobies invalidants, instabilité)* » relèvent d'un taux de 50 à 75 % ; au chapitre « *déficiences de la vision* », la cécité totale relève d'un taux supérieur à 80 %. Il en résulte que le nombre d'allocataires qui travaillent est un peu plus élevé lorsque l'incapacité est supérieure à 80% (allocataires au titre de l'article L. 821-1).

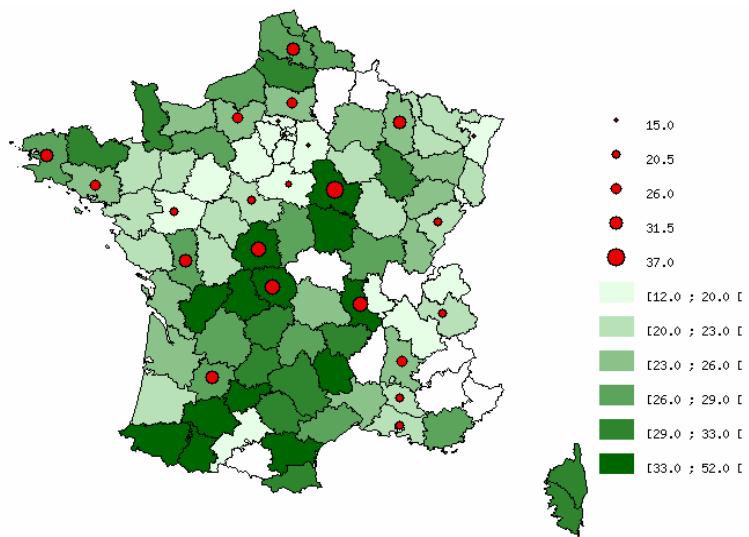
B. DES DISPARITES TERRITORIALES PERSISTANTES

Le nombre de bénéficiaires de l'AAH, rapporté aux habitants âgés de 20 à 59 ans varie, en 2007, selon les départements, d'un minimum de 11,6 à un maximum de 54,8 pour mille. Ces disparités avaient déjà été observées avant la mise en place des MDPH et des commissions spécialisées qu'elles abritent. En 2003, les accords délivrés par les COTOREP conduisaient, comme le montrent les cartes ci-dessous, à des disparités territoriales comparables.

Nombre d'accords pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans (Cotorep 2003) source : Drees / Cotorep



Nombre de bénéficiaires de l'AAH pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (MDPH) CNAF Septembre 2008



Ces écarts trouvent leur origine dans des taux de demande très dissemblables : en moyenne, ils s'établissent à 10 pour 1 000 habitants mais sont multipliés par 5 entre le département où le taux est le plus faible (3 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans) et celui où il est le plus fort (16 pour mille). S'y ajoutent les effets d'un taux d'acceptation des dossiers qui

présente une certaine dispersion : premières demandes et renouvellement confondus, les demandes d'AAH sont accordées à un taux qui varie de 50 à 84 %, les trois quarts des MDPH acceptant au moins les deux tiers des dossiers présentés. Une analyse plus fine montre que, quel que soit le département, les renouvellements sont acceptés au minimum pour les deux tiers d'entre eux et au maximum à 91,5 % ; les premières demandes, quant à elles, sont satisfaites dans une proportion qui varie du tiers au moins (34 %) à près de 70 %.

C. MAIS RESTENT EN PARTIE INEXPLIQUES

La permanence des disparités territoriales a conduit la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à mettre en place un groupe de travail associant à l'Etat (direction générale de la cohésion sociale et direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), la caisse nationale des allocations familiales et 30 maisons départementales des personnes handicapées afin d'identifier les déterminants de l'hétérogénéité des pratiques d'attribution et de proposer un plan pour leur harmonisation¹³. Dans ce cadre, des études ont été conduites afin de mesurer l'impact des variables socio-économiques. Elles ont mis en évidence le rôle, dans l'attribution des premières demandes d'AAH, des données suivantes :

- la structure socio-économique du département (répartition de l'emploi par grands secteurs, part des ouvriers dans l'emploi total, part des personnes non diplômées dans la population) ;
- le marché du travail local (taux de chômage, part des personnes handicapées au sein des demandeurs d'emploi) ;
- les ressources financières (taux de pauvreté, potentiel fiscal par habitant) ;
- le degré d'urbanisation (densité de la population, part de la population vivant dans de grandes agglomérations) ;
- la prévalence du handicap approchée par les données relatives à la part des plus de 45 ans parmi les 20/59 ans, la part des pensions d'invalidité, la part des rentes d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour 1 000 salariés, le taux de bénéficiaires de l'AEEH parmi les moins de 20 ans, le taux de demandeurs de prestations à la MDPH pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans ;
- l'offre locale d'équipement pour les personnes handicapées.

Ces travaux, qui ont pu être menés dans les 54 départements pour lesquels les données étaient disponibles, concluent à l'absence d'effet de l'offre départementale d'équipement, du potentiel fiscal ou du degré d'urbanisation. La dispersion du taux de première attribution de l'AAH est en revanche corrélée à la pauvreté des ménages et à la proportion de personnes handicapées parmi les demandeurs d'emploi. Plus généralement, les éléments concourant à la formation du taux de prévalence ou le mettant en évidence (notamment : part des plus de 45 ans parmi les 20/59 ans et taux de demandeurs de prestations à la MDPH) apparaissent liés aux disparités d'attribution de l'AAH.

La prise en compte du contexte local conduit à moduler les variations du taux de premiers accords, rapporté à 1 000 habitants. La dispersion initiale, de 0,9 pour le département le plus bas à 3,2 pour le département le plus haut se trouve alors réduite de 1,1 et

¹³ Rapport du groupe de travail « Attribution de l'AAH » juillet 2009.

2,8 pour mille. Le résultat indique que seule une partie des écarts s'explique par les variables choisies et les données disponibles. L'absence de données individuelles, faute d'un système d'information partagé entre départements et organismes nationaux, n'a pas permis d'approfondir l'analyse.

Par ailleurs, le groupe de travail a diligenté des travaux complémentaires, concernant la pratique des commissions. Une enquête auprès des MDPH représentées¹⁴ et à laquelle 23 d'entre elles ont répondu a montré qu'une corrélation semblait se dégager entre la mise en place d'une rencontre du demandeur et un taux d'attribution important ; de même, l'examen pluridisciplinaire du dossier, mis en place huit fois sur dix avec la présence d'un représentant de Cap emploi, de Pôle Emploi et d'un médecin spécialiste et, six fois sur dix, avec celle d'un référent insertion professionnelle, débouche également sur des taux d'attribution élevés.

Enfin, le groupe a fait simuler l'évaluation de vingt dossiers de demande par 8 cellules dont la composition différait en ce qu'elle associait ou non le médecin à un référent d'insertion professionnelle¹⁵. Les résultats ont souligné la marge de subjectivité qui s'attache à l'appréciation du handicap.

Au vu de ces éléments, la direction générale de la cohésion sociale a souhaité qu'un plan d'action visant à harmoniser les pratiques figure dans la convention d'objectifs et de moyens 2010/2014 à conclure entre l'Etat et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; la caisse chiffre à deux ETP les moyens en personnel à déployer.

Différentes mesures d'harmonisation des pratiques ont été prises, afin d'assurer l'égalité de traitement des dossiers. Néanmoins, des disparités territoriales importantes de taux d'attribution demeurent et ne sont qu'en partie expliquées par les données socio-économiques locales, au premier chef, la disparité des taux de demandes.

Un impératif d'équité commande de mieux éclairer ce point, ce qui nécessite une amélioration substantielle du système d'information des MDPH et du dispositif de remontées statistiques, amélioration en cours selon la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

¹⁴ «Enquête relative aux pratiques actuelles d'attribution de l'AAH par les MDPH ».

¹⁵ « Protocole pour réaliser une évaluation croisée des dossiers de demande d'AAH ».

PARTIE II : UNE DEPENSE DYNAMIQUE CONSTAMMENT SOUS-BUDGETEE

I. UN COUT BUDGETAIRE EN FORTE AUGMENTATION

A. EN RAISON DE LA CROISSANCE DES EFFECTIFS ET DE L'AUGMENTATION DU MONTANT MOYEN DE L'ALLOCATION

En 10 ans, de 2000 à 2009, le nombre de bénéficiaires a crû de 22,75 % et le montant mensuel moyen de 24,44 %.

Année	Nombre de bénéficiaires	Dépense budgétaire	Montant moyen de l'AAH
2000	702 400	4 024 650 000	477,49
2001	722 900	4 097 070 000	472,30
2002	743 850	4 427 720 000	496,04
2003	760 900	4 526 340 000	495,72
2004	778 900	4 762 784 000	509,56
2005	793 900	4 846 680 000	508,74
2006	802 200	5 229 720 000	543,27
2007	809 000	5 372 824 000	553,44
2008	832 800	5 646 000 000	564,96
2009	862 200	6 147 500 000	594,17

Source : DGCS

Effet volume et effet prix évoluent donc à un rythme comparable, y compris si on exclut les années 2008 et 2009, marquées par une hausse volontariste du montant du plafond de l'AAH (respectivement + 15,7 % et + 15,9 %). De fait, le rythme d'évolution du montant moyen de l'AAH a été plus rapide que celui des prix à la consommation dont l'indice a progressé d'un peu plus de 17 % entre 2000 et 2009.

Les coûts totaux annuels intègrent les deux compléments à l'AAH créés en 2005 : la majoration pour vie autonome perçue par 15 % des bénéficiaires de l'AAH et le complément de ressources versé à 7 % d'entre eux.

B. LA GESTION DE L'ALLOCATION

La liquidation de l'allocation est opérée pour le compte de l'Etat par les caisses d'allocation familiales (CAF) ou la mutualité sociale agricole (MSA)¹⁶. Compte tenu de l'objet de l'allocation, qui s'adresse à des personnes ayant très peu de ressources, une attention particulière est portée à la rapidité de son versement. La loi prévoit, pour la caisse concernée, un délai d'un mois d'étude du droit, à compter de la décision de la commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). La convention d'objectifs et de gestion passée entre l'Etat et la sécurité sociale a ramené ce délai maximal à dix jours pour l'AAH comme pour le RSA. En avril 2010, toutes prestations confondues, 92,8 % des CAF atteignaient l'objectif.

Il n'existe pas de convention particulière de gestion de l'AAH entre l'Etat et la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ou la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et pas de financement des frais de gestion de cette allocation¹⁷. Toutefois, la convention financière entre l'ACOSS et l'Etat, qui s'applique à l'ensemble des prestations servies par le régime général de sécurité sociale pour le compte de l'Etat ainsi qu'aux exonérations de cotisations, fixe les modalités des versements de l'Etat au bénéfice du régime général de sécurité sociale de manière à garantir la neutralité en trésorerie de ces flux conformément à l'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale. Un avenant annuel conclu avant le 15 janvier prévoit l'échéancier et des versements complémentaires interviennent le cas échéant en loi de finances rectificative. Pour 2010, l'avenant prévoyait trois versements, au titre de l'AAH, pour un total de 5 885,42 M€

Il est résulté de ce système la formation d'une dette de l'Etat, à l'égard de la CNAF et de la CCMSA, en raison de l'obligation faite à ces dernières d'assurer le versement des prestations dues, dans une logique de guichet ouvert, aux ayants droit, nonobstant l'échéancier des versements. Toutefois, dans le cadre plus général d'une volonté de l'Etat d'apurer ses dettes à l'égard de la sécurité sociale, les dettes relatives à l'AAH ont été soldées fin 2007 ; fin 2009, leur encours et l'avance de trésorerie des organismes concernés étaient inférieurs à 2 M€

Le pilotage du dispositif est facilité par ailleurs par la tenue de réunions régulières qui associent l'Etat (direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle et direction générale de la cohésion sociale), la caisse nationale des allocations familiales, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Des échanges annuels ont lieu avec la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

C. FRAUDES ET INDUS

La CNAF estime la fraude aux prestations comprise entre 0,91 % et 1,36 % du budget avec des différences assez nettes, selon les prestations. Au cas d'espèce, la fraude constatée est évaluée pour 2009 à 2,24 M€ soit 1,28 % du budget, correspondant à 290 cas (montant moyen de 7 700 €).

¹⁶ Les développements qui suivent ne valent que pour les CAF et la CNAF, le contrôle n'ayant pas englobé, faute de temps, la MSA.

¹⁷ La CNAF indique que l'augmentation du nombre d'allocataires se traduit notamment pour elle par une hausse des frais de gestion relatifs aux mesures de tutelle.

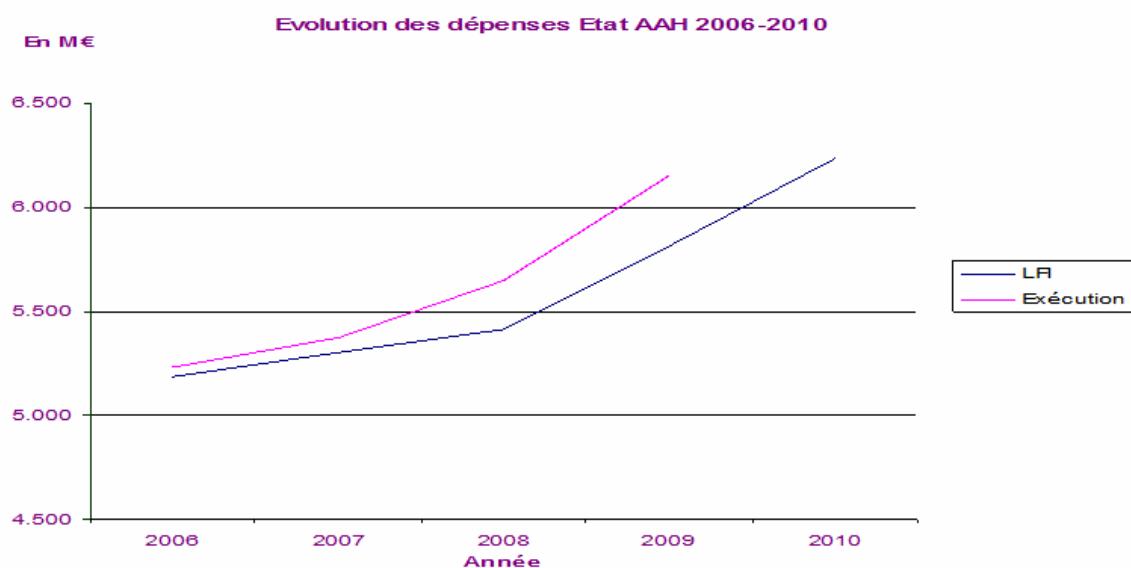
Les indus, pour leur part, résultent de changements de situation familiale, professionnelle ou financière non signalés à temps. Le taux d'indus diminue régulièrement et s'élève en 2009 à 2,32 % contre 5,94 % pour le RMI/RSA ou 4,24 % pour l'aide personnalisée au logement. L'encours des dettes, à ce titre, au 31 décembre 2009, s'élève à un peu plus de 136 M€

La CNAF a conduit une enquête pour mieux connaître les causes des indus. Les plus importants résultent de cumuls avec des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail : les règles d'éligibilité à ces différentes prestations, la nature des ressources prises en compte, l'enchaînement des décisions propres à chacune d'entre elles peuvent induire des cumuls non autorisés sans que l'intéressé en ait une claire conscience. De leur côté, les CAF n'ont connaissance de la perception, par l'intéressé, des prestations en cause qu'au moment où, en octobre de l'année suivant l'attribution de l'AAH, la direction générale des finances publiques leur communique le montant des ressources imposables de l'allocataire. Reste alors aux commissions de recours amiable à décider de recouvrer des montants importants à l'encontre de populations aux faibles ressources. La mise en place, prévue à l'origine pour 2009, d'un processus d'échanges de données dématérialisées entre la caisse nationale d'assurance maladie, gestionnaire des pensions d'invalidité et la caisse nationale des allocations familiales permettrait de remédier à cette situation.

II. UNE SOUS-ESTIMATION CONSTANTE DE LA DEPENSE

A. UN DEFAUT DE PREVISION QUI CONCERNE DES DEPENSES OBLIGATOIRES

Le graphique ci-dessous montre l'écart entre les crédits inscrits en loi de finances initiale et l'exécution budgétaire.



Source et graphique : Direction du Budget

Le phénomène est particulièrement marqué depuis 2008, mais il n'est pas nouveau : une analyse sur dix ans montre la sous-estimation constante de la dépense depuis 2000, à l'exception des années 2003 et 2005.

La Cour a récemment souligné cette sous-budgétisation, notamment dans son « Rapport au Parlement sur les décrets d'avance » de novembre 2009, ainsi que dans le « Rapport sur les résultats et la gestion budgétaire de l'Etat en 2009 » (pages 96-97).

L'écart entre la loi de finances initiale et l'exécution budgétaire concerne, depuis la mise en place de la LOLF, une mission *Solidarité, insertion et égalité des chances* et un programme *Handicap et dépendance* où les capacités de pilotage des responsables sont très limitées. Les crédits d'intervention représentent plus de 90 % des dépenses nettes de la mission et couvrent des dépenses obligatoires ou inéluctables, au premier chef l'AAH. La fongibilité des crédits s'en ressent : en 2009, des crédits non consommés au titre de l'allocation supplémentaire d'invalidité ont bien été redéployés vers les dispositifs relatifs aux ESAT et à l'AAH mais pour un montant de 29,56 M€, soit 0,34 % des crédits LFI. La sous-évaluation conduit donc à constituer des dettes que la loi de finances rectificative reconnaît.

B. LES CAUSES DES DIFFICULTES DE PREVISION

Les crédits proposés en projet de loi de finances sont calculés à partir de la prévision d'exécution de l'année N, laquelle se fonde sur une extrapolation des montants à décaisser, au vu des états mensuels de versements communiqués par la CNAF et la CCMSA et disponibles au moment de la prévision. A cette prévision d'exécution sont appliqués des correctifs, afin de tenir compte des variations du nombre des bénéficiaires, du montant de l'allocation et des effets des réformes sur ces deux données. Comme le montre le tableau ci-dessous, les écarts entre prévisions et réalisations concernent aussi bien le nombre des bénéficiaires que le montant moyen de l'allocation.

Année	Nombre de bénéficiaires		Montant d'AAH versé (en €)			
	Prévision	Constaté	Prévision		Constaté	
			Annuel	Moyenne mensuelle	Annuel	Moyenne mensuelle
2000	712 500	702 400	3 895 070 000	455,56	4 024 650 000	477,49
2001	734 800	722 900	4 046 000 000	458,86	4 097 070 000	472,30
2002	752 900	743 850	4 277 720 000	473,47	4 427 720 000	496,04
2003	766 400	760 900	4 526 340 000	492,16	4 526 340 000	495,72
2004	786 200	778 900	4 661 420 000	494,09	4 762 784 000	509,56
2005	797 000	793 900	4 846 680 000	506,76	4 846 680 000	508,74
2006	798 250	802 200	5 186 872 000	541,48	5 229 720 000	543,27
2007	819 051	809 000	5 304 014 000	539,65	5 372 824 000	553,44
2008	811 300	832 800	5 410 000 000	555,69	5 646 000 000	564,96
2009	824 400	862 200	5 811 900 000	587,49	6 147 500 000	594,17

Source : DGCS

L'écart entre la prévision et la réalisation tient, en premier lieu, à des erreurs d'estimations du nombre de bénéficiaires, réalisées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Ses estimations reposent sur la prise en compte des effets démographiques, après extrapolation des taux de prévalence par âge au vu de l'évolution antérieure de ce taux. L'effet des réformes sur les entrées ou le maintien dans l'allocation est également évalué, en ce qui concerne récemment, par exemple, le relèvement du plafond de ressources, la modification des années de référence pour la prise en compte desdites ressources ou la suppression de la condition de non activité professionnelle pendant l'année qui précède la demande.

Dans ces conditions, les prévisions du nombre de bénéficiaires ont été supérieures aux réalisations, de 2000 à 2005, puis en deçà depuis, avec une augmentation importante de l'écart en 2008 et 2009. La mise en place progressive des maisons départementales des personnes handicapées et de leurs commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées a entraîné, en 2005 et 2006, un retard dans la prise en charge des dossiers, retard qui a pu être, en partie, interprété comme un retournement à la baisse de la tendance et non comme un ralentissement provisoire annonçant un rebond ultérieur.

L'écart entre prévision et réalisation repose également sur une sous-estimation constante du montant moyen de l'allocation. Cette dernière s'appuie sur le constaté de l'année N auquel on applique les effets dus aux revalorisations prévues. Toutefois, les effets de la conjoncture économique sur le niveau des revenus et donc de l'allocation différentielle ne font pas l'objet d'une prise en compte particulière. L'évolution des ressources des allocataires est d'ailleurs un point mal connu et peu analysé. Or, une diminution des ressources des allocataires entraîne une augmentation de l'allocation, puisque celle-ci est différentielle ; dans ces conditions, le montant moyen augmente.

D'une façon plus générale, deux facteurs peuvent être avancés pour expliquer les écarts récents entre prévision et réalisation. En premier lieu, l'impact des réformes de l'allocation s'est révélé délicat à apprécier, notamment en ce qui concerne l'extension du nombre des bénéficiaires, du fait de la revalorisation du montant ; en outre, certaines réformes demeurent incomplètes : ainsi la suppression de la condition d'inactivité pendant un an a ouvert les possibilités d'accès au titre de l'article L. 821-2 (incapacité inférieure à 80 %), mais, en l'absence d'intervention du décret prévu relatif aux modalités d'appréciation des restrictions substantielles et durables à l'accès à l'emploi, les effets de régulation attendus n'ont pu s'exercer. En second lieu, la situation économique a pu peser sur le nombre d'entrées dans le dispositif et accentuer les difficultés à en sortir. Surtout, dans ce contexte, le fonctionnement de l'AAH, allocation différentielle et subsidiaire financée par l'Etat, a pu être affecté par un problème de frontières avec d'autres minima sociaux, dont le RSA, financé par les conseils généraux.

C. DES PREVISIONS 2010 QUI SE HEURTENT AUX MEMES DIFFICULTES

Les hypothèses de croissance du nombre des bénéficiaires retenues pour la loi de finances initiale reposaient sur l'élaboration, en avril 2009, de deux scénarii : dans le premier, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques¹⁸ prenait en compte les taux de prévalence observés entre juin 2007 et juin 2008 ; le second incorporait les dynamiques observées depuis (tassemement ou amplification des évolutions annuelles de

¹⁸ Note DREES-BFHD n° 20/2009 du 10 avril 2009.

prévalence selon les âges). Les deux hypothèses donnaient des résultats voisins, avec une augmentation de + 0,8 % et +1 % du nombre moyen d'allocataires en 2009. Par ailleurs, l'impact des mesures nouvelles, dont la revalorisation de l'AAH, avait été estimé et devait se traduire par une augmentation de 2 % des entrants nouveaux ; la suppression de la condition d'inactivité pendant l'année antérieure à la demande devait, pour sa part susciter 4 000 allocataires supplémentaires. En conséquence, la direction tablait sur une augmentation moyenne annuelle de 1,9 à 2 %. Une actualisation des travaux, conduite au vu de la dégradation de la conjoncture, fait estimer l'évolution du nombre moyen de bénéficiaires à + 2,9 %, soit un total de 885 000 allocataires en fin d'année¹⁹. On observera que l'hypothèse retenue en loi de finances initiale était de + 0,7 % en moyenne annuelle pour la période 2009 à 2013.

L'estimation de la dépense budgétaire consacrée à l'AAH en 2010 reposait aussi sur la mise en œuvre de mesures d'économies pour un montant total de 125 M€. Il s'agissait d'une part de l'harmonisation des pratiques des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, d'autre part des effets de trois dispositifs dont l'évaluation des capacités à occuper un emploi pour laquelle les textes attendus ne sont pas intervenus. A titre principal, les économies devaient provenir de la trimestrialisation de la déclaration des ressources et de la réforme des règles de cumul entre l'allocation et les revenus du travail (voir III^{ème} partie)²⁰. Mais, à mi-année, les réformes en cause ont été reportées à 2011.

En 10 ans, de 2000 à 2009, la dépense d'AAH a crû de 53 %. Cette augmentation est imputable à parts quasi égales à la croissance du nombre de bénéficiaires (+ 22,75 %) et à celle de l'allocation moyenne (+ 24,44 %). Gérée par les caisses d'allocations familiales et la mutualité sociale agricole sans convention particulière avec l'Etat, l'allocation connaît un taux constaté de fraudes de 1,28 % de la dépense et une proportion d'indus de 2,32 % qui provient essentiellement de cumuls provisoires avec des pensions d'invalidité ou de rentes d'accidents du travail.

Depuis 2000, à l'exception de deux années, la dépense a été constamment sous budgétisée en loi de finances initiale, au regard de la dépense finalement constatée. Le défaut de prévision concerne tantôt le coût moyen, tantôt les effectifs. Si les prévisions intègrent bien les changements structurels tels que l'évolution de la prévalence de l'allocation selon les âges, elles intègrent plus difficilement, en temps utile, les effets des modifications de contexte institutionnel et de législation. Ainsi, il est vraisemblable que les hypothèses retenues pour la LFI 2010 vont s'avérer trop élevées s'agissant des économies prévues et en deçà de la réalité s'agissant des effectifs de bénéficiaires.

¹⁹ Note DREES 12 avril 2010.

²⁰ Projet annuel de performance 2010 programme 157.

PARTIE III : LES PERSPECTIVES A MOYEN TERME

I. LA MISE EN ŒUVRE DES ENGAGEMENTS PRIS LORS DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DU HANDICAP DE 2008

Lors de la conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, le gouvernement a pris l'engagement de :

- revaloriser le montant de l'AAH de 25 % entre 2008 et 2012 ;
- étudier les modalités de mise en œuvre de la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ;
- améliorer le régime de cumul entre l'AAH et les revenus d'activité professionnelle et réformer les modalités de prise en compte des ressources pour le calcul des droits à l'AAH des personnes en activité, en procédant trimestriellement.

Ces décisions visent à favoriser l'accès à l'emploi de ceux qui peuvent travailler en leur garantissant qu'ils n'auront pas de perte financière et à préserver un revenu d'existence pour ceux qui sont momentanément ou durablement éloignés du marché du travail.

A. LA REVALORISATION DU MONTANT

La revalorisation du montant plafond de l'AAH se met en place conformément au calendrier arrêté en 2008. Le décalage du calendrier, envisagé mi-2010, à fins d'économies budgétaires a été abandonné, sur décision du Président de la République, le 13 septembre 2010. En 10 ans, la revalorisation correspondra à une hausse de 155 €

Date de revalorisation	Calendrier maintenu	Calendrier envisagé mi 2010
01/01/08	1.1	1.1
01/09/08	3.9	3.9
01/04/09	2.2	2.2
01/09/09	2.2	2.2
01/04/10	2.2	2.2
01/09/10	2.2	2.2
01/04/11	2.2	0
01/09/11	2.2	3.0
01/04/12	2.2	0
01/09/12	2.2	3.0
1/09/13	0	2.8
	+ 25 %	+ 25 %

Source : Cour des comptes

En outre, l'article 182 de la loi de finances pour 2009 a posé le principe d'une revalorisation annuelle, au moins égale à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation, hors tabac.

B. LA DEFINITION DE LA NOTION DE RESTRICTION SUBSTANTIELLE ET DURABLE POUR L'ACCES A L'EMPLOI

En l'absence du décret portant définition de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, la conférence nationale du handicap a approuvé l'idée de confier à des experts l'étude d'un outil d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées. Le rapport « *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous* »²¹, réalisé par des médecins et des psychologues du travail, a été remis le 19 janvier 2010 aux ministres en charge des personnes handicapées. Il met l'accent sur la nécessité de ne pas confondre sévérité du handicap et incapacité de travail. Il interroge de ce fait la distinction opérée par les articles L. 821-1 et L. 821-2 selon le taux de handicap et plaide pour une refonte qui prendrait en compte la capacité à travailler. Il pose les principes d'un outil d'évaluation de l'employabilité et insiste sur la prévention, en matière de désinsertion professionnelle.

Un groupe de travail interministériel, piloté par la direction générale de la cohésion sociale et associant la délégation générale à l'emploi et la formation professionnelle ainsi que la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pris la suite du rapport afin de préparer des expérimentations départementales. Celles-ci devraient faciliter, par l'identification de critères objectifs, les décisions d'attribution mais aussi les conditions d'une démarche d'insertion réussie. Elles devraient également permettre d'étudier une réforme de l'AAH en distinguant des régimes d'allocation en fonction de la capacité à travailler plutôt qu'à raison d'une incapacité permanente reconnue.

Prévues pour le premier trimestre 2011, les expérimentations seront conduites pendant dix-huit mois dans dix à quinze départements volontaires et financées par la CNSA. L'harmonisation des pratiques devrait en outre être facilitée par la publication attendue à l'automne 2010 d'un décret et d'une circulaire explicitant la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

C. LA MODIFICATIONS DES REGLES DE CUMUL AVEC LES REVENUS DU TRAVAIL ET LA TRIMESTRIALISATION DE LA DECLARATION DE RESSOURCES

Le projet de déclaration trimestrielle des ressources intéresse les allocataires qui travaillent en milieu ordinaire ou protégé. Il ne concerne ni les allocataires sans activité professionnelle ni, provisoirement, les travailleurs indépendants (à l'exception des auto entrepreneurs). Il a pour objectif de rendre plus compréhensibles le lien entre la situation de la personne vis-à-vis de l'emploi et le montant de son allocation. Aujourd'hui, la déclaration annuelle porte sur les revenus de l'année N-2 et rend ce lien illisible.

Le même objectif de lisibilité des conséquences financières de la reprise d'emploi et d'incitation à cette reprise d'emploi a suscité une seconde proposition, quant au régime de cumul des ressources, pour les allocataires travaillant en milieu ordinaire. Le mécanisme

²¹ Appelé aussi rapport Busnel du nom du médecin, Président de l'association Comète France, auquel les ministres ont confié la mission.

actuel combine des abattements fiscaux sur les revenus déclarés et des abattements propres à l'AAH (selon quatre tranches de revenu) ; il est complexe, peu compréhensible et donc peu incitatif. Le dispositif nouveau prévoyait le droit de cumuler intégralement l'AAH et les revenus du travail en milieu ordinaire pendant six mois, puis, sans limite de durée, pour une fraction correspondant à un abattement de 80 % des revenus d'activité inférieurs à 30 % du SMIC brut et de 40 % au-delà.

Prévues pour juin 2010- le décret correspondant devant, selon la réunion interministérielle du 24 février 2010, être publié avant la fin mai- les deux réformes ont été repoussées à janvier 2011. Elles ont été retardées par les délais demandés par les gestionnaires de l'allocation et notamment la caisse nationale des allocations familiales, afin de mettre en place les outils adaptés. Elles ont également suscité les inquiétudes des associations de personnes handicapées qui redoutaient, dans certains, cas, des pertes de ressources.

Les cas-types élaborés par le ministère montrent que les deux réformes induisent des effets différents selon le type d'allocataires et le lieu de travail. En milieu ordinaire, où la modification des règles de cumul s'ajoute à la trimestrialisation des déclarations de revenus, les allocataires de l'article L. 821-2 (incapacité inférieure à 80 %) y gagneraient ; environ 29 000 allocataires sont concernés. Par contre, près des deux tiers des allocataires de l'article L. 821-1 (incapacité supérieure à 80 %), ceux dont les ressources mensuelles sont les plus faibles, verraient leur allocation baisser du fait de la réforme (en moyenne à hauteur de 30 € ; ils seraient environ 34 000 ; l'autre tiers des allocataires concernés, soit environ 18 000 personnes connaîtrait une augmentation moyenne mensuelle de 60 €

En milieu protégé, la réforme envisagée ne concernait que la trimestrialisation de la déclaration de ressources. Elle se serait traduite pour tous les allocataires travaillant en ESAT (99 000 personnes environ) par une baisse, de l'ordre de 13 à 17 € par mois.

Les baisses calculées sur les cas-types peuvent être mises en regard de la revalorisation de l'allocation. Ainsi, les personnes travaillant en ESAT ont vu leur AAH croître de 15 € environ du fait de la revalorisation d'avril 2010. Cette amélioration aurait été annulée si la déclaration trimestrielle avait été mise en place en juin 2010 puis rétablie par la revalorisation intervenant en septembre 2010. Ce raisonnement, conduit en termes de moyenne et qui fait d'une partie du processus de revalorisation de l'AAH une contrepartie d'autres aspects de la réforme, n'est pas partagé par les associations. Plusieurs ont demandé et obtenu le report de ces mesures et le conseil national consultatif des personnes handicapées du 27 avril 2010 a souhaité la poursuite de la concertation avec les associations et la CNAF. Après quelques hésitations le champ de la déclaration trimestrielle a été circonscrit et les réformes dont l'entrée en vigueur doit maintenant intervenir en janvier 2011 (règles de cumul et déclaration trimestrielle des ressources) concernent exclusivement le milieu ordinaire (moins de 10 % des allocataires). Le principe d'un mécanisme exceptionnel de compensation des pertes a en outre été retenu²². Il intéresserait les allocataires assujettis à la déclaration trimestrielle des ressources dès janvier 2011 et est estimé à un coût de 1,4 M€

Pour les organismes gestionnaires, la lourdeur du dispositif est certaine. L'allocataire disposera d'environ trois semaines pour renvoyer la déclaration remplie (situation familiale, professionnelle et montant des ressources) ; passé ce délai, une relance lui sera adressée et une

²² Arbitrage du 21 avril 2010.

avance d'AAH versée²³. Il disposera à nouveau d'environ trois semaines pour accomplir les formalités. Sans retour dans le mois suivant le trimestre de référence, une avance de 50 % du montant de la dernière mensualité d'AAH lui sera versée pendant deux mois maximum. Chaque avance versée fera l'objet d'une notification, informant l'allocataire de la non réception de la déclaration trimestrielle et du fait, qu'en conséquence, les avances versées sont recouvrables. Ainsi, l'allocataire sera toujours informé de sa situation au regard de son droit à l'AAH. Sans réponse malgré les deux relances (et donc les deux avances versées), l'organisme gestionnaire suspendra le versement de l'allocation pour le trimestre et récupérera les indus. Toutefois, même dans ce cas, une déclaration trimestrielle sera transmise pour le trimestre suivant car une suspension ponctuelle n'induit pas une cessation définitive des droits. La CNAF évalue à 30,20 € par dossier, soit 2 M€ par an, les frais de gestion qu'elle supportera du fait de la réforme ; la direction générale de la cohésion sociale estime pour sa part à 2,6 M€ les économies ainsi suscitées.

Il est plus difficile de chiffrer les effets de la réforme des modalités de prise en compte des revenus du travail qui n'est pas encore entrée dans les faits. Il semble toutefois qu'elle ne sera vraisemblablement qu'un élément pesant à la marge sur les comportements d'activité. Aucune étude n'est disponible sur l'intéressement et les comportements d'emploi des allocataires de l'AAH mais les analyses effectuées pour les bénéficiaires du RMI/RSA, de l'ancienne allocation parent isolé ou de l'allocation de solidarité spécifique montrent le caractère très peu déterminant des règles de cumul sur la reprise d'emploi : le sens de la corrélation entre la recherche d'emploi et la connaissance des règles d'intéressement n'est pas établi ; surtout l'aspect financier n'est mis en avant que par un faible nombre (5 % des bénéficiaires) pour expliquer l'abandon de la recherche d'emploi, alors que sont largement évoqués les problèmes de santé et les contraintes familiales²⁴.

Dans ces conditions, les objectifs spécifiques d'accès à l'emploi des allocataires de l'AAH pour 2010, + 30 000 allocataires travaillant et 1 000 prenant un emploi suffisamment rémunéré pour sortir du plafond, semblent peu réalistes. Les objectifs pour 2009 (37 000 retours à l'emploi et 1 000 sorties définitives) ne semblent d'ailleurs pas avoir été atteints, selon les données provisoires recueillies : le nombre d'allocataires en emploi se serait accru d'un peu moins de 6 000, essentiellement par l'effet de la suppression de la condition d'inactivité d'un an à l'article L. 821-2 (incapacité inférieure à 80 %).

Les réformes décidées lors la conférence nationale de 2008 se mettent en œuvre avec plus ou moins de difficultés : la revalorisation du montant de l'allocation (+ 25 % entre 2008 et 2012) se déroule, après hésitations, conformément au calendrier initialement prévu ; par contre, la modification des règles de cumul avec les revenus du travail et la mise en place d'une déclaration trimestrielle des ressources ont été limitées au milieu ordinaire et repoussées au 1^{er} janvier 2011.

Leurs effets quant à l'évolution de la dépense sont difficilement chiffrables.

²³ A titre exceptionnel, uniquement pour le premier trimestre soumis à déclaration trimestrielle (octobre, novembre, décembre 2010), l'avance versée sera de 100 % de la dernière mensualité d'AAH et couvrira trois mois au lieu de deux.

²⁴ Deroyon/Hennion/Maigne/Ricroch « L'influence des incitations financières sur le retour à l'emploi des bénéficiaires du RMI ».

II. LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION DU NOMBRE DES BENEFICAIRES

A. UNE AMELIORATION LENTE DU TAUX D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

Du fait de la rupture législative introduite par la loi du 11 février 2005, l'analyse en continu de l'évolution du taux d'emploi de travailleurs handicapés depuis la loi du 10 juillet 1987²⁵ est délicate²⁶. Elle s'effectue plus aisément de part et d'autre des années charnières.

L'année 2005, dernière année d'application de la loi du 10 juillet 1987, s'est achevée sur un bilan plus positif que celui des années antérieures. Le taux d'emploi des travailleurs handicapés, en équivalent temps plein, atteint 2,7 % en 2005 contre 2,5 % en 2002. L'accroissement résulte à la fois d'une augmentation de l'embauche directe de bénéficiaires mais également du maintien dans l'emploi de personnes ayant obtenu une reconnaissance administrative de leur handicap. Toutefois, le taux de chômage des personnes reconnues travailleur handicapé reste très supérieur à celui de l'ensemble de la population (19 % contre 8 % en 2007, selon l'enquête complémentaire à l'enquête Emploi). Il a même augmenté de trois points entre 2002 et 2007 alors que celui de l'ensemble de la population a baissé d'un point.

Pour les années ultérieures, le mouvement continue de s'affirmer, mais une évolution des données prises en compte introduit une cassure apparente du rythme de progression. En effet, à partir de 2006, un salarié handicapé sous contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée n'est pris en compte que s'il est présent au moins six mois consécutifs dans l'établissement au cours de l'année, ce qui a produit une chute du taux d'emploi des travailleurs handicapés, entre 2005 et 2006. Sur la base de cette nouvelle définition, le taux de 2006 se montait à 2,3 % (contre 2,7 % en 2005) mais la progression s'est maintenue, avec un taux de 2,4 % en 2007²⁷, principalement dû à une augmentation de la part des établissements ayant employé au moins un bénéficiaire de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH).

Les données des années ultérieures n'ont pu être utilisées, celles pour l'exercice 2008 étant en cours d'exploitation et celles de l'année 2009 suscitant, à nouveau, un changement de mode de décompte. En effet, l'article 182 de la loi de finances pour 2009, qui supprime la condition d'inactivité d'un an, impose également d'engager la procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé dès la demande d'AAH, ce qui n'était pas systématiquement le cas. Selon les données partielles dont disposait la CNSA en mai 2010 et qui portaient sur dix-huit départements, la mesure s'est traduite par une augmentation moyenne du nombre des reconnaissances de 18 % (soit trois fois plus que l'augmentation des AAH), ce qui aura un effet sur le taux d'emploi.

²⁵ Pour rappel cette loi était la première à imposer une contrepartie financière pour les établissements ne remplissant pas leur quota d'emploi de travailleurs handicapés.

²⁶ La loi du 11 février 2005 a en effet élargi le champ des établissements assujettis, étendu la liste des bénéficiaires à de nouvelles catégories (allocataires de l'AAH, titulaires de la carte d'invalidité ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %), et modifié la manière dont les bénéficiaires sont décomptés (notamment selon leur type de contrat et leur temps de présence dans l'établissement).

²⁷ Source : DARES et DOETH.

B. LES REFORMES DES DISPOSITIFS DE PRE- RETRAITE POURRAIENT CONDUIRE A L'AUGMENTATION DU TAUX DE PREVALENCE APRES 45 ANS.

Un nombre important d'entrées dans l'allocation intervient après 45 ans, pour des personnes en cours de vie professionnelle. Dans un contexte où la crise durcit les critères d'embauche, il n'est pas exclu que la reconnaissance du handicap, et pour ceux qui n'ont que de faibles ressources, le versement de l'AAH, soit une modalité substitutive aux dispositifs spécifiques de retrait du marché du travail.

La France a utilisé depuis les années 80 les dispositifs de préretraite et de dispense de recherche d'emploi, qui autorisent à percevoir un revenu (servi par l'assurance-chômage, l'Etat et l'entreprise de départ) jusqu'à la prise de retraite, sans avoir à rechercher un emploi. Elle a également eu recours au dispositif de retraite anticipée pour carrière longue. Fin 2008, 17 % des hommes et 9 % des femmes de 55 à 59 ans bénéficiaient d'une mesure de cessation anticipée d'activité à financement public soit 13 % de la classe d'âge²⁸. Dans le même temps, 6 % de cette classe d'âge perçoit une pension d'invalidité et 3 % l'AAH. Or, comme la Cour l'a souligné dans son *Rapport sur l'application des lois de sécurité sociale de 2010*²⁹, de nombreuses études montrent que les différents dispositifs permettant les départs précoces sont en partie substituables. Ainsi, en Suède, où il n'existe pas de dispositifs de retrait anticipé du marché du travail, 20 % des hommes de 55 à 59 ans perçoivent une pension d'invalidité.

Il n'est donc pas infondé de s'interroger sur les effets que peuvent produire sur le volume des pensions d'invalidité et sur le nombre des allocataires de l'AAH, un recul de l'âge de la retraite, la disparition programmée de la dispense de recherche d'emploi (loi du 1^{er} août 2008³⁰) et la volonté de poursuivre la décroissance des entrées en préretraites publiques³¹. A cet égard, les pensions d'invalidité, comme la Cour l'a souligné, devraient être les premières concernées, puisque l'AAH est servie subsidiairement. Cependant l'augmentation du nombre de pensionnés aura des effets sur l'AAH.

L'évolution en ciseaux des montants respectifs de l'ASI et de l'AAH, du fait de la revalorisation de cette dernière, entraîne mécaniquement une augmentation des demandes d'AAH différentielle. A droit constant, l'augmentation du nombre des pensionnés à l'invalidité conduit donc à une croissance des allocataires d'une AAH différentielle. Fin 2009, on dénombrait ainsi 38 403 personnes qui percevaient une AAH différentielle en complément de leur pension d'invalidité. Il s'y ajoute le rôle des compléments à l'AAH, servis aux allocataires de l'allocation spéciale d'invalidité, c'est-à-dire aux plus démunis, 88 000 personnes dans le régime général. Le fait que peu d'entre eux en ait fait la demande (13 329 cumuls fin 2009) implique, si l'information était améliorée, une forte croissance potentielle.

²⁸ DARES Premières Informations Premières synthèses Septembre 2009 n° 39.2.

²⁹ Rapport cité chapitre XV.

³⁰ En mars 2010, 314 000 personnes étaient dispensées de recherche d'emploi contre 342 150 un an auparavant.

³¹ On comptait en mars 2010 8 300 personnes en pré retraite (FNE) ; elles étaient 10 300 un an auparavant.

C. LE FONCTIONNEMENT DES MAISONS DEPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPEES ET DES COMMISSIONS DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPEES

La loi du 11 février 2005 a souhaité, en créant les maisons départementales des personnes handicapées « *mettre fin au parcours du combattant des familles et, parfois même, des professionnels* »³². Les MDPH constituent donc un lieu d'accueil des personnes handicapées et de leurs familles, où trouvent place les différentes structures ou organismes en charge de leur accompagnement. Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, qui sont en charge de l'attribution de l'AAH, devraient donc bénéficier des synergies que permet l'existence d'une maison départementale, par exemple en ce qui concerne la constitution d'équipes pluridisciplinaires pour l'orientation et le conseil des allocataires dans la recherche ou le retour à l'emploi. Mais la mobilisation, au sein des MDPH, des réseaux spécialisés dans l'insertion professionnelle s'est avérée, dans les faits, malaisée à mettre en œuvre. La caisse nationale d'allocations familiales estime que Pôle Emploi participe aux équipes pluridisciplinaires à hauteur de quarante ETP et le réseau des Cap Emploi à hauteur de vingt-deux. Dans ces conditions, la demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ne peut pas toujours être l'occasion de définir une orientation qui facilite l'orientation vers le service public de l'emploi.

Abritées au sein des MDPH, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, quant à elles, connaissent, comme auparavant les COTOREP, des fonctionnements qui ne se sont pas encore harmonisés. Les écarts, il est vrai, sont d'autant plus marqués qu'une référence nationale fait défaut. Ainsi, les premières applications de la mise en œuvre de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, dès la première demande d'AAH (loi de finances pour 2009) ont donné lieu à de fortes variations. Selon les données partielles disponibles en mai 2010 pour 18 départements, la mesure avait conduit, à une hausse moyenne du nombre de reconnaissances de 18 % mais avec des écarts allant de + 98 % à - 7 %. Des interprétations différentes et une mise en œuvre éventuellement différée, compte tenu notamment de l'attribution des moyens peuvent l'expliquer. Depuis, un guide a été conjointement élaboré par la CNSA, la direction générale de la cohésion sociale et la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle et mis en ligne sur le site de la CNSA.

Même si l'inexistence d'un cadre réglementaire et méthodologique suffisamment précis a conduit quelques MDPH à tester un guide d'évaluation élaboré localement, l'absence, depuis la loi de finances pour 2007, du décret précisant la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, conjuguée à la suppression de la condition d'inactivité pendant une année (loi de finances pour 2009) a produit les mêmes effets : dans vingt-deux départements, la dépense d'AAH consacrée aux bénéficiaires ayant un taux d'incapacité inférieur à 80 % a crû de plus de 30 %, alors que la moyenne nationale était de 21 %.

Les particularités de l'allocation, revenu d'existence subsidiaire et différentiel, nécessitent des efforts d'harmonisation et de réflexion, ce d'autant plus que les modalités de sa gestion sont complexes. Financée par l'Etat, gérée par les caisses d'allocations familiales ou la mutualité sociale agricole, l'allocation est attribuée par une commission tri partie installée au sein d'un groupement d'intérêt public de même composition, la maison départementale des personnes handicapées, dont la présidence revient au président du conseil général.

³² Marie-Thérèse Boisseau secrétaire d'Etat aux personnes handicapées.

Le choix du statut de GIP permet d'associer l'Etat, le conseil général, les caisses locales de sécurité sociale et les associations représentant les personnes handicapées comme les organismes chargés de leur emploi. Mais, sans insister sur « *les difficultés d'organisation consécutives à l'absence de stabilisation des équipes* ³³ », difficultés liées à ce statut qui fait l'objet de réflexions³⁴, il convient de noter que, pour l'Etat financeur de l'AAH comme pour la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, le pilotage n'est pas aisé. La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui a la responsabilité « *d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre MDPH, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation* »(article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles) organise effectivement, avec les administrations concernées, des ateliers d'échanges de pratiques et assure un appui juridique et technique ainsi qu'une diffusion de l'information. Mais le lien reste lâche avec les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Ainsi, peu de MDPH se sont senties le devoir de répondre à l'enquête conduite au premier trimestre 2009 par la CNSA en matière d'effectivité et de composition des équipes pluridisciplinaires.

Au-delà, de même que les frontières entre dispositifs de préretraite et entrée en invalidité et, subsidiairement à l'AAH ont pu ne pas paraître étanches (ci-dessus, point précédent), de même, la question peut se poser des relations entre l'attribution de l'allocation et l'éligibilité aux autres prestations sociales, dont l'autre grand revenu minimum d'existence, le RSA que finance le conseil général.

En dépit de la croissance lente mais continue du taux d'emploi des travailleurs handicapés, l'évolution à venir du nombre des allocataires s'oriente vers une poursuite de l'augmentation. Comme la Cour l'a relevé dans son dernier *Rapport sur l'application des lois de sécurité sociale*, le retrait des dispositifs de pré retraite contient le risque d'une croissance des pensions d'invalidité et donc, subsidiairement, de l'AAH.

Les disparités entre départements et les difficultés à harmoniser les pratiques des Maisons départementales des personnes handicapées et des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées contribuent également au phénomène. A cet égard, la question des frontières entre le public de l'AAH et celui du RSA peut être posée.

III. DES PREVISIONS D'AUGMENTATION FORTE DE LA DEPENSE

A. LES PREVISIONS A MI-2010

Les travaux opérés par les administrations à la mi-2010³⁵ font apparaître une augmentation de la dépense qui passerait d'un montant de 6 147 M€en 2010 (loi de finances initiale) à environ 6 950 M€en 2011, 7 400 M€en 2012 et 7 800 M€en 2013, soit une hausse de + 25 % en quatre ans, faisant suite à un taux de 53 % les dix années précédentes. L'estimation repose sur un rythme de croissance du nombre de bénéficiaires de + 1,7 % en

³³ Rapport du Médiateur de la République avril 2010.

³⁴ Le gouvernement a ainsi confié à l'Inspection générale des affaires sociales la tâche d'expertiser les pistes d'évolution du statut et des propositions de loi ont été déposées, notamment par le sénateur Paul Blanc.

³⁵ Compte tenu de la date de leur réalisation, ces travaux n'intègrent pas l'impact possible de la réforme des retraites.

2011 (après + 2,9 % en 2010), + 1,8 % en 2012 et + 2 % en 2013. Ce dernier tient compte des évolutions démographiques du scénario central de l'INSEE pour la période 2005 à 2050 et du taux de prévalence par âge.

Ce taux a été évalué, dans l'hypothèse d'une amélioration de la conjoncture à partir 2011, sur la base d'une progression égale à celle observée entre 2007 et 2008, en ajoutant l'effet lié aux revalorisations prévues de l'AAH. A partir de 2013, l'indexation sur les prix devrait limiter le poids des entrées liées au relèvement du plafond mais auparavant, il en résulte des prévisions d'entrées au titre de l'article L. 821-2 particulièrement soutenues. Par contre, du fait de la revalorisation du minimum vieillesse à compter d'avril 2011, il a été considéré qu'il convenait d'appliquer à la population concernée le taux de prévalence observé lorsque le minimum vieillesse était supérieur à l'AAH, soit en 2007.

Estimation du nombre d'allocataires de l'AAH ayant un taux d'incapacité entre 50 et 80 %

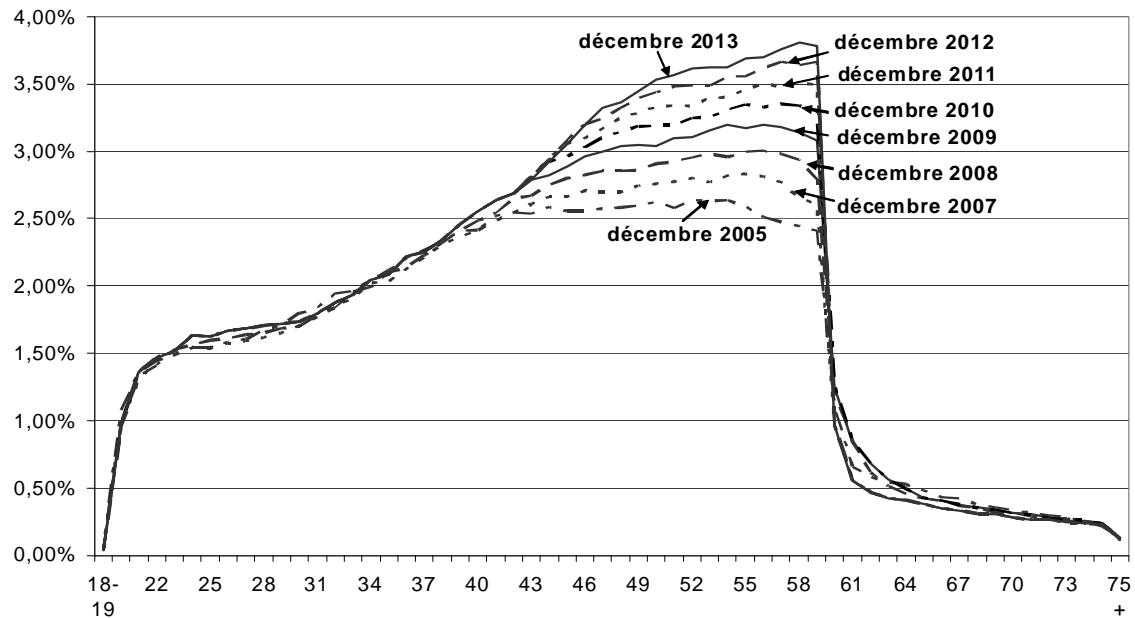
Années	Au 31 décembre		En moyenne annuelle	
2007 (1)	253 600		250 900	
2008 (1)	268 200	5,8 %	261 400	4,2 %
2009 (1)	293 800	9,5 %	280 900	7,5 %
2010 (2)	308 300	4,9 %	296 900	5,7 %
2011 (2)	321 700	4,3 %	311 200	4,8 %
2012 (2)	334 900	4,1 %	324 600	4,3 %
2013 (2)	345 900	3,3 %	337 300	3,9 %

Estimation du nombre d'allocataires de l'AAH ayant un taux d'incapacité supérieur à 80 %

Années	Au 31 décembre		En moyenne annuelle	
2007 (1)	559 500		557 100	
2008 (1)	579 100	3,5 %	570 000	2,3 %
2009 (1)	588 000	1,5 %	579 200	1,6 %
2010 (2)	595 900	1,3 %	588 100	1,5 %
2011 (2)	592 200	0,6 %	589 100	0,2 %
2012 (2)	598 000	1,0 %	592 300	0,5 %
2013 (2)	601 400	0,6 %	598 000	1,0 %

(1) : observés ; (2) : projetés, calcul DREES *Source : 2005-2009: CNAF, 2010-2013 Hypothèses DREES*

Taux de prévalence estimés selon l'âge



Source : Cnaf ; Champ : Métropole et DOM

Graphique : DREES

Les travaux de chiffrage prennent par ailleurs en considération l'évolution de la réglementation qui devrait susciter une économie d'environ 29 M€ en 2011. Ainsi :

- la trimestrialisation des ressources des allocataires en milieu ordinaire permettrait une économie de 2,6 M€;
- la réduction de la période de cumul intégral de dix-huit mois en moyenne à six mois, tenant compte du fait que le droit au cumul intégral, ouvert sur douze mois générera une économie de 37,7 M€;
- la réforme des modalités de cumul de l'AAH et des revenus d'activité professionnelle présenterait néanmoins un surcoût de 10 M€;
- la cessation du mécanisme exceptionnel de compensation des pertes d'AAH intéressant les allocataires assujettis à la déclaration trimestrielle des ressources dès janvier 2011 devrait intervenir en septembre 2012 ; le coût du mécanisme est estimé à 1,4 M€;
- le maintien de la date d'effet de la demande d'AAH (à compter du mois qui suit le dépôt de la demande et non à compter du mois de dépôt de la demande) éviterait un surcoût annuel de 35,8 M€

B. DES MARGES DE MANŒUVRE REDUITES EN L'ETAT ACTUEL DU DROIT

L'exposé des motifs de la loi de 2005 indique la volonté du législateur de « garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap et à un revenu minimum d'existence favorisant une vie autonome digne ». Ces principes de liberté de choix et de droit à un revenu minimum

d'existence font de l'accès à l'emploi un droit pour la personne handicapée qui le souhaite et de la recherche d'emploi un outil, non une contrepartie au versement d'un revenu, à la différence du droit applicable à une partie des bénéficiaires du RSA.

Ce droit au travail peut au demeurant être difficile à exercer malgré les dispositifs légaux et les prestations qui existent. Pour autant, les économies envisagées ces dernières années pour limiter la croissance de la dépense d'AAH portent toutes sur un accroissement de l'emploi des handicapés. Ainsi, les quatre nouveaux indicateurs apparus dans le projet annuel de performances de la mission portent sur l'incitation à l'activité professionnelle.

Cette voie de recherche se heurte au fonctionnement actuel du marché du travail qui envoie encore massivement les actifs en milieu ou fin de carrière vers le handicap, l'invalidité, le chômage ou l'inactivité et qui peine à intégrer les jeunes, a fortiori handicapés. Elle doit compter avec les hésitations des intéressés ou de leurs associations qui souhaitent voir garanti un accès régulier et facile à un revenu minimum d'existence propre aux personnes reconnues handicapées. Les vicissitudes de la déclaration trimestrielle des ressources et les précautions qui entourent sa mise en place illustrent ces tensions.

C'est pourquoi la piste des améliorations de l'accès à la qualification doit continuer d'être explorée, notamment les processus de prise en charge précoce des questions de reconversion professionnelle³⁶ et de construction de parcours vers l'emploi³⁷. La précocité avec laquelle un parcours professionnel est mis en place est en effet une condition de sa réussite ; la question est particulièrement importante pour les jeunes handicapés. De ce point de vue, la création des MDPH qui constituent un interlocuteur unique, quel que soit l'âge, représente une avancée.

Mais les réflexions doivent aussi s'orienter sur l'analyse des transferts de publics entre l'AAH et d'autres revenus dont peuvent bénéficier les personnes dans l'incapacité, partielle ou totale, définitive ou provisoire, d'exercer une activité. Les allocataires de l'AAH sont, comme les bénéficiaires du RSA, des ménages pauvres. Ils sont en partie, comme les pensionnés à l'invalidité, des personnes qui ont été actives sur le marché du travail. Dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour a relevé, à cet égard, « *la nécessité de réformes profondes* » et cité le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie qui, dans son avis de 2008 incitait à « *remettre à plat l'ensemble de ces dispositifs pour y mettre plus d'ordre, de simplicité et d'équité* ».

Les travaux de prévision réalisés par les administrations et fondés sur les hypothèses de comportement et la réglementation actuelles indiquent une croissance de la dépense de + 25 % en 4 ans, entre 2009 et 2013, avec une dépense estimée à 7 800 M€ en 2013.

Si les efforts pour favoriser l'emploi des personnes handicapées qui le souhaitent doivent être poursuivis, ceux-ci n'arriveront pas à contrecarrer la tendance à l'augmentation du nombre d'allocataires si la situation demeure peu propice à l'emploi des seniors et notamment si les conditions de travail et d'emploi ne permettent pas de prévenir leur retrait du marché du travail.

³⁶ Confer notamment l'action de l'association Comète qui commence à traiter de la réinsertion professionnelle dès le centre de rééducation. Cf. également la question plus générale du maintien dans l'emploi des seniors.

³⁷ Confer expérimentations à venir de la CNSA et des ministères des affaires sociales et de l'emploi.

La similitude des parcours et la proximité de situation d'une partie des allocataires de l'AAH, des pensionnés à l'invalidité et des bénéficiaires du RSA nécessite de mieux connaître la porosité éventuelle entre des dispositifs qui répondent pour partie aux mêmes objectifs en relevant de législations et de financeurs différents (Etat, Sécurité sociale, conseils généraux). Cette nécessité est d'autant plus forte que le nombre global des bénéficiaires et donc le coût pour la collectivité augmentent régulièrement.

ANNEXES

Annexe 1 : Personnes rencontrées

CNAF

- Frédéric Marinacce directeur des politiques familiales et sociales
- Mariette Daval responsable des minima sociaux

CNSA

- Laurent Vachey directeur
- Bernadette Moreau directrice de la compensation de la perte d'autonomie
- Jean-Michel Lamiaux chargé de mission emploi des personnes handicapées et scolarisation des élèves handicapés

DARES

- Philippe Scherrer sous-directeur
- Sabine Bessière chef du département métiers et qualifications
- Valérie Ulrich adjointe au chef du département

DB

- Alexandre Koutchouk chef du bureau

DGCS

- Brigitte Bernex sous-directrice
- Gilles Diot chargé de mission AAH

DREES

- Ronan Mahieu sous-directeur

Annexe 2 : Sigles

AAH allocation aux adultes handicapés
AEEH allocation d'éducation des enfants handicapés
AGEFIPH association nationale pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés
ASI allocation spéciale d'invalidité
CAF caisse d'allocations familiales
CCMSA caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDAPH commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CNAF caisse nationale des allocations familiales
CNAM caisse nationale de l'assurance maladie
CNSA caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COTOREP commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
DARES direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DB direction du budget
DIRECCTE direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DGCS direction générale de la cohésion sociale
DGFIP direction générale des finances publiques
DREES direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DOETH déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés
ESAT établissement ou service d'aide par le travail
GRTH garantie de ressources des travailleurs handicapés
MDPH maison départementale des personnes handicapées
MSA mutualité sociale agricole
OETH obligation d'emploi des travailleurs handicapés
RSA revenu de solidarité active
RSDAE restriction substantielle et durable à l'emploi
RQTH reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé