



Inspection générale
des finances

n° 2006-M-014-02

Inspection générale
des affaires sociales

n° 2006-044

Mission d'audit de modernisation

Rapport

sur

l'allocation aux adultes handicapés

Etabli par

Gilles CLAVREUL
Inspecteur des finances

Docteur Sylvain PICARD
Inspecteur général
des affaires sociales

Anne-Michelle BASTÉRI
Inspecteur des finances

Gautier MAIGNE
Inspecteur des affaires sociales

Sous la supervision de
François AUVIGNE
Inspecteur général des finances

- Avril 2006 -

Synthèse

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES

Constats

Ministère de la santé et des solidarités

1. Cadre de l'audit

- La loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées rénove le cadre de gestion de l'AAH
 - ✓ Mise en place, à partir du 1^{er} janvier 2006, des maisons départementales des personnes handicapées dont le pilotage est assuré par les conseils généraux
 - ✓ Reprise par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des attributions des COTOREP
- Dans ce cadre, la mission avait pour objectifs :
 - ✓ de dresser l'état des lieux de la gestion de l'AAH par les COTOREP
 - ✓ d'établir un diagnostic et des recommandations sur la gestion de l'allocation dans le cadre du nouveau schéma institutionnel

2. Constats

- Une faible qualité de service, compte tenu des délais de traitement et des conditions peu rigoureuses d'analyse des dossiers, qui aboutissent à de nombreuses erreurs d'appréciation (faible collégialité, rareté des visites médicales, etc.)
- Un pilotage restreint qui se traduit par des procédures très hétérogènes et l'absence de stratégie d'insertion professionnelle des allocataires
- La nouvelle gouvernance devrait améliorer la qualité de service mais comporte des risques (porosité RMI-AAH, croissance des disparités entre départements, découplage entre attribution de l'allocation et politiques d'insertion professionnelle)

MINEFI - DGME - 2006

IGF-IGAS – Avril 2006

1

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES

Propositions

Ministère de la santé et des solidarités

3. Recommandations

- L'Etat doit définir une stratégie sur l'AAH
 - ✓ En améliorant les procédures (objectifs de qualité de service dans les conventions MDPH-CNSA, politique contentieuse, renforcement des contrôles)
 - ✓ En définissant une démarche d'insertion professionnelle de tous les allocataires en fonction de leur proximité à l'emploi
- Cela nécessite de renforcer le pilotage
 - ✓ En précisant le rôle de chaque acteur (maîtrise d'ouvrage de la DGAS, responsabilisation de la DGEFP, création d'un comité stratégique / maîtrise d'œuvre de la CNSA prévue par avenant à la COG)
 - ✓ En s'appuyant sur un système d'information plus performant, intégrant un volet médical
 - ✓ En donnant voix prépondérante aux représentants de l'Etat au sein des CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH

4. Impact attendu

- Amélioration de la qualité des décisions d'AAH
- Réduction des disparités départementales
- Meilleure connaissance des publics et de leurs trajectoires
- Renforcement de l'insertion professionnelle et des sorties de l'AAH vers l'emploi

MINEFI - DGME - 2006

IGF-IGAS – Avril 2006

2

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I. DELIVREE SELON DES PROCEDURES OBSOLETES ET PEU ENCADREES, L'AAH EST INSUFFISAMMENT PILOTEE TANT AU NIVEAU NATIONAL QU'AU PLAN LOCAL, D'OU DES ECARTS DE PRATIQUES IMPORTANTS	8
A. Des procédures obsolètes et peu encadrées.....	8
1. La procédure d'attribution de l'AAH repose sur des outils obsolètes	8
2. Les pratiques d'attribution sont peu encadrées	11
3. La qualité des décisions prises par les COTOREP apparaît globalement très faible	14
4. Ces différences de pratiques éclairent pour une grande part les différences importantes entre les départements	15
B. Un pilotage insuffisant tant au plan national qu'au niveau local	17
1. L'absence d'objectifs et la faiblesse des outils de suivi au plan national	17
2. Une faible coordination entre dispositifs et entre acteurs au plan local	19
C. Le contrôle et le traitement du contentieux ne sont pas suivis.....	21
1. L'AAH est peu contrôlée	21
2. Le contentieux n'est pas suivi	21
II. LES REFORMES ENGAGEES PAR LA LOI DU 11 FEVRIER 2005 PEUVENT APPORTER INDIRECTEMENT QUELQUES AMELIORATIONS MAIS COMPORTENT EGALEMENT CERTAINS RISQUES.....	24
A. La répartition des rôles entre l'Etat et les collectivités locales sur l'AAH est peu claire	24
1. Au plan national, les rôles respectifs des administrations centrales et de la CNSA ne sont pas clarifiés.....	24
2. Au plan local, les services déconcentrés de l'Etat disposeront de peu de leviers d'action vis-à-vis des MDPH	25
B. La montée en puissance de la CNSA et la volonté manifestée par certains conseils généraux sur la politique du handicap laissent espérer des progrès dont la gestion de l'AAH bénéficiera indirectement.....	26
1. Le rôle d'appui de la CNSA auprès des MDPH bénéficiera indirectement à la gestion de l'AAH.....	26
2. La « montée en puissance » des MDPH doit permettre de moderniser la procédure d'attribution de l'AAH et d'améliorer l'accueil des publics	27
C. Le pilotage hybride de l'AAH fait apparaître de nouveaux risques.....	28
1. Des disparités accrues entre les départements en fonction des initiatives prises par les conseils généraux	28
2. Une « concurrence » entre certains dispositifs.....	28
3. Un découplage encore plus accusé entre traitement social du handicap et politiques d'insertion professionnelle.....	29

III. DANS LE CADRE DE LA NOUVELLE REPARTITION DES COMPETENCES SUR LE HANDICAP, L'ETAT DOIT AFFIRMER UNE STRATEGIE DE L'AAH ET UN PILOTAGE RESSERRE ET CLARIFIE 31

- A. La question d'une décentralisation de l'AAH conserve toute sa pertinence ... 31
- B. Si la répartition des compétences actuelle est conservée, l'Etat doit affirmer une stratégie sur l'AAH 32
 - 1. Fixer des objectifs de qualité de la procédure, de service rendu aux allocataires et s'assurer de l'égalité de traitement selon les départements 32
 - 2. Développer une stratégie d'insertion 34
 - 3. Mettre en place une politique contentieuse sur l'AAH 36
 - 4. Définir une politique de contrôle 37
- C. Cette stratégie doit s'appuyer sur un pilotage réaffirmé 38
 - 1. Propositions relatives au pilotage national 38
 - 2. Propositions relatives au pilotage local 41

ANNEXES 43

ANNEXE I - LES PROCEDURES D'ATTRIBUTION DE L'AAH DANS LES COTOREP 45

ANNEXE II - LES FACTEURS D'ÉVOLUTION DE L'AAH 71

ANNEXE III - LE GUIDE BARÈME UTILISÉ PAR LES CDES ET LES COTOREP 103

ANNEXE IV - LES CONTRÔLES EXERCÉS PAR L'ORGANISME PAYEUR 108

DEUXIEME PARTIE : REPONSES DES SERVICES ET NOUVELLES OBSERVATIONS DE LA MISSION 116

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE 117

REPONSE DE LA DELEGATION GENERALE A L'EMPLOI ET A LA FORMATION PROFESSIONNELLE 118

NOUVELLES OBSERVATIONS DE LA MISSION 119

INTRODUCTION

Les ministres chargés des personnes handicapées et le ministre chargé de la réforme de l'Etat ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des finances (IGF) une mission d'enquête sur la gestion de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Conduite du 15 janvier au 30 mars 2006, cette enquête est intervenue en cours de mise en œuvre des dispositions de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 fait sensiblement évoluer le cadre dans lequel l'AAH est désormais attribuée : délivrée jusqu'à présent par les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) relevant des services déconcentrés de l'Etat, l'AAH est attribuée, à compter du 1^{er} janvier 2006, par des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) placées au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), prévues à l'article 66 de la loi, et dont le pilotage est confié aux départements. Les CDAPH reprennent également les attributions des anciennes commissions départementales de l'éducation spécialisée (CDES).

D'autres dispositions de cette loi sont susceptibles d'affecter la gestion de l'allocation, notamment le rôle dévolu à la caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA) en matière d'animation du réseau des MDPH.

Ces réformes ne bouleversent cependant pas les principales caractéristiques de l'AAH, qui demeure une prestation de solidarité versée par l'Etat à près de 800 000 allocataires sous une double condition de handicap et de ressources, pour un montant global de 5,2 Mds€ inscrit en loi de finances pour 2006.

De nombreuses enquêtes et études ont été consacrées à l'AAH, et notamment le rapport de la mission IGAS-IGF de 1998¹, ainsi que plusieurs études de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères chargés de l'emploi et des affaires sociales². Ces analyses ont permis d'établir plusieurs constats, qui touchent à la fois à l'allocation proprement dite et aux conditions de son attribution :

- **le nombre d'allocataires de l'AAH**, qui était de 459 000 en 1986, **a augmenté de près de 75% en 20 ans**, sans que les causes de cette augmentation, et la part respective de chacun des facteurs, aient été pleinement identifiées. Au cours des dernières années, la progression demeure soutenue, en particulier pour les allocataires dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79%, et qui ont été reconnus dans l'impossibilité de se procurer un emploi compte tenu de leur handicap aux termes de l'article L 821-2 du code de la sécurité sociale (CSS)³ ;

¹ Rapport IGAS-IGF n°98-M-003-01 / n°98-087 relatif à l'allocation aux adultes handicapés, de MM. Michel Gagneux, Michel Laroque et Sylvain Picard (inspection générale des affaires sociales), Pierre Lübek et François Werner (inspection générale des finances).

² On citera notamment « L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés », Etudes & Résultats n°344, DREES, octobre 2004, ainsi que les bilans annuels sur le fonctionnement des COTOREP, édités dans la même collection.

³ Pour une présentation plus précise des évolutions de la dépense d'AAH et du nombre de bénéficiaires, voir l'annexe sur « L'évolution de la dépense d'AAH et ses déterminants ».

Tableau : Evolution des stocks d'allocataires de l'AAH entre 1999 et 2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (*)	1999-2005 en %	Progression annuelle moyenne
L 821-1	504 268	516 723	527 482	535 489	542 359	551 348	555 947	10,25%	1,64 %
Augmentation annuelle en %		2,47%	2,08%	1,52%	1,28%	1,66%	0,83%		
L 821-2	189 655	194 258	205 698	215 705	224 139	234 810	244 310	28,82%	4,31%
Augmentation annuelle en %		2,43%	5,89%	4,86%	3,91%	4,76%	4,05%		
Total AAH	693 923	710 981	733 180	751 194	766 498	786 158	800 258	15,32%	2,4 %
Augmentation annuelle en %		2,46%	3,12%	2,46%	2,04%	2,56%	1,79%		

(*) Données incomplètes pour 2005 (chiffres de la MSA non parvenus). Source : DREES

- on note **d'importants contrastes entre départements** s'agissant du « stock » d'allocataires⁴, ce contraste étant particulièrement net s'agissant du L 821-2. Là encore, ces écarts ne sont que partiellement documentés ;

- **le fonctionnement des COTOREP est régulièrement l'objet de critiques** portant en particulier sur la maîtrise des délais, la motivation des décisions, ou encore la qualité de l'accueil des publics⁵.

Dans ce contexte, la mission a poursuivi un double objectif :

- dresser un état des lieux du fonctionnement des COTOREP au moment où leurs attributions sont confiées aux CDAPH et où elles intègrent les maisons du handicap, placées sous le pilotage des départements. La mission s'est plus particulièrement attachée à identifier les pratiques et les procédures suivies par les COTOREP, leur mode d'organisation, la qualité des décisions rendues, notamment afin de tenter d'expliquer les écarts observés entre départements ;

- identifier les facteurs de progrès mais également les éléments de risques imputables au nouveau mode de pilotage de l'AAH quant à la maîtrise de la procédure d'attribution et au suivi des bénéficiaires, en donnant un éclairage particulier aux problèmes de l'employabilité et de l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires de l'AAH, peu étudiés jusqu'à présent.

Pour conduire cette analyse, la mission a enquêté auprès des administrations centrales des ministères chargés des personnes handicapées, de l'emploi et du budget, des organismes liquidateurs (Caisse nationale des allocations familiales, CNAF, et Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, CCMSA), et de la CNSA.

⁴ Nombre de bénéficiaires de l'AAH rapporté à la population totale.

⁵ Ainsi, le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi fait par le sénateur Blanc, indiquait : « De nombreuses critiques ont, par ailleurs, été adressées à ces commissions : l'accueil des personnes handicapées et de leurs familles est insuffisant, les délais de traitement des dossier demeurent excessifs (...), l'absence d'entretien individuel reste trop souvent la règle et le suivi des personnes est réduit à minima. ». In commission des affaires sociales du Sénat, annexe au procès-verbal de la séance du 11 février 2004.

Elle a également mené une enquête de terrain dans huit départements⁶, auprès des secrétariats et des médecins coordonnateurs des COTOREP, complétée par des entretiens auprès des présidents de conseils généraux ou de représentants des services départementaux, des services de l'Etat (DDASS et DDTEFP), des représentants locaux de l'ANPE et des caisses d'allocations familiales (CAF).

⁶ Il s'agit des départements de l'Aude, des Bouches-du-Rhône, du Gard, de la Loire, du Nord, des Pyrénées-Orientales, du Rhône et du Var. Ces 8 départements comptaient 126 835 bénéficiaires de l'AAH en décembre 2004, soit 16,13% du total des allocataires au plan national.

I. DELIVREE SELON DES PROCEDURES OBSOLETES ET PEU ENCADREES, L'AAH EST INSUFFISAMMENT PILOTEE TANT AU NIVEAU NATIONAL QU'AU PLAN LOCAL, D'OU DES ECARTS DE PRATIQUES IMPORTANTS

Les auteurs du rapport de 1998 portaient le diagnostic suivant :

« A l'analyse, le fonctionnement et l'organisation des COTOREP, envisagés sous l'angle des mécanismes d'attribution de l'AAH, apparaissent marqués par cinq traits dominants :

- 1 - Le caractère artificiellement collégial des décisions d'attribution de l'AAH ;
- 2 - Une gestion empirique et souvent artisanale ;
- 3 - L'hétérogénéité des mécanismes de décisions et la diversité des modes d'organisation médicale ;
- 4 - La bonne qualité d'ensemble de l'application du barème ;
- 5 - L'absence, en matière de contentieux, d'une jurisprudence claire. ».

Dans l'ensemble, la mission a constaté les mêmes insuffisances que celles relevées en 1998 par la précédente enquête IGAS-IGF :

- **les procédures de délivrance de l'allocation sont à la fois obsolètes et peu encadrées.** La rigueur, la célérité, la transparence et la qualité des décisions en sont évidemment affectées ;

- **le pilotage est faible au plan national comme au plan local,** la gestion de l'AAH et le suivi des bénéficiaires peinant à émerger comme une véritable politique publique reposant sur des objectifs clairement définis et évalués ;

- **ces faiblesses éclairent en grande partie les fortes différences observées d'un département à l'autre,** mais expliquent également l'absence d'une politique de contrôle ainsi que la fragilité de la position de l'administration en cas de contentieux devant les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI).

En revanche, l'analyse de 450 dossiers récents d'AAH accordées ou refusées sur la base de l'article L 821-2 conduit la mission à porter un jugement beaucoup moins positif sur l'utilisation du barème servant à fixer le taux d'incapacité.

A. Des procédures obsolètes et peu encadrées

1. La procédure d'attribution de l'AAH repose sur des outils obsolètes

a) Une procédure manuelle associée à un outil informatique dépassé, occasionnant de lourdes tâches de secrétariat

Les COTOREP ont rendu quelque 1 671 000 décisions en 2004, dont 356 000 relatives à l'AAH⁷. Le mode de traitement est essentiellement manuel : constitué et transmis par le demandeur, le dossier se compose de deux formulaires « cerfa », l'un à caractère administratif, l'autre de nature médicale, indiquant l'origine du handicap, ses manifestations, ses conséquences pour la vie quotidienne, le traitement suivi, etc.

⁷ Source : *L'activité des COTOREP en 2004*, DREES, octobre 2005. 4 décisions, dont l'AAH, forment 80% de l'activité des commissions, les trois autres étant l'attribution de la carte d'invalidité (448 000 décisions), la

Ce dernier document, rempli par un médecin librement choisi par le demandeur, constitue la pièce principale du dossier ; dans certains cas, des compte-rendus médicaux complémentaires figurent également au dossier, permettant de mieux cerner la pathologie du demandeur.

Deux observations doivent être faites sur ces dossiers :

- la qualité et la précision des informations médicales sont très variables et dépendent pour l'essentiel des données renseignées par le médecin choisi par le demandeur, qui est très fréquemment son médecin traitant. De façon générale, si la pathologie qui se trouve être à l'origine du handicap est le plus souvent correctement désignée, les informations relatives aux manifestations du handicap, à la lourdeur de celui-ci - notamment son impact sur les gestes de la vie courante - ou encore celles touchant aux conséquences du traitement sont parfois lacunaires voire inexistantes.

Pour des handicaps dont l'évaluation nécessiterait de disposer d'examen médicaux précis (test de QI, audiogramme, etc.), l'absence fréquente de ces pièces au dossier prive le médecin de la COTOREP d'éléments de décision. Or la fixation du taux d'incapacité par le médecin de la COTOREP nécessite un certain niveau de précision qui va très au delà du seul énoncé du diagnostic (nombre de crises par semaine ou par jour et traitement en cours pour une personne souffrant d'épilepsie par exemple). Le médecin qui traite le dossier est donc confronté à une alternative insatisfaisante : demander des examens et précisions complémentaires avec la conséquence de l'allongement des délais ou prendre sa décision sur des bases insuffisantes. **Il conviendrait donc, pour tenter de limiter ce type de situations, de revoir le formulaire médical pour indiquer les pièces et mentions indispensables⁸.**

- en pratique, dans la plupart des cas rencontrés par la mission, **la partie administrative et la partie médicale des dossiers sont jointes, cette dernière ne faisant pas l'objet d'un traitement dissocié à réception de la demande**. Il en résulte que l'information médicale, qui devrait en principe n'être accessible qu'aux seuls médecins, est en réalité consultable par les agents administratifs. Une seule COTOREP sur les huit visitées par la mission avait une procédure d'occultation de la partie médicale des dossiers.

ITAC, le logiciel de gestion mis à disposition des COTOREP, **est un outil dont l'obsolescence est connue, puisqu'elle était déjà relevée dans le rapport de 1998. Or ITAC n'a pratiquement pas évolué depuis** : lent et peu ergonomique, il ne sert en pratique qu'à l'édition des notifications de décisions. Il dispose de peu de fonctionnalités en termes d'information statistique⁹ et ne permet pas, par exemple, que l'édition de données d'activités très frustes. Enfin, certaines données sont inégalement renseignées, notamment celles relatives à l'origine et à la nature du handicap, ce qui rend impossible toute exploitation statistique sur ce point au plan national. La réforme de 2005 explique que la rénovation ou le remplacement d'ITAC aient été repoussés dernièrement ; engagée sous l'impulsion de la CNSA, **la mise en place d'un nouvel outil informatique et son adoption par les MDPH ne devraient pas intervenir avant fin 2007.**

reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH, 327 000 décisions) et l'orientation professionnelle (217 000 décisions).

⁸ A titre d'exemple, la mention de l'existence d'un diabète insulino-dépendant doit nécessairement être complétée, en application du guide-barème, de précisions sur son éventuelle instabilité avec incidents hypoglycémiques et/ou céto-acétosiques et des complications

⁹ Pour la production des statistiques annuelles nationales sur l'activité des COTOREP, les données brutes sont collectées au niveau régional et font l'objet d'un retraitement informatique par l'administration centrale avant leur exploitation par la DREES.

b) La ressource en temps médical est théoriquement suffisante mais elle est mal mobilisée

Dépendant essentiellement de l'expertise médicale (cf. *infra*, 2.a.), la prise de décision par les COTOREP s'appuie sur des ressources qui paraissent fragiles, notamment en termes de personnels médicaux. Si l'on rapporte cette ressource en temps médecin, exprimée en équivalents temps plein (ETP) de contractuels et de vacataires recensés par les administrations centrales, au nombre de décisions d'AAH prises annuellement par les COTOREP (un peu moins de 356 000 en 2004), le ratio brut ne traduit apparemment aucune insuffisance :

Tableau : Nombre de décisions par médecin en 2004

	Heures mensuelles	Effectifs	Effectifs en ETP
Vacataires DDASS	23 429	407	138,6
Vacataires DDTEFP	10 648	190	63,0
Contractuels		46	44,6
Total		643	246,2
Nombre de décisions AAH (2004)			355 697
Flux de dossiers COTOREP (2004)			807 527
Décisions AAH/ETP/jour			6,6
Nb de dossiers COTOREP/ETP/jour*			14,9

* Un dossier représentant un demandeur, celui ci pouvant déposer une ou plusieurs demandes (ex : AAH couplée à RQTH et carte d'invalidité).

Certes il faut rappeler que les médecins interviennent dans plusieurs autres décisions, l'attribution de l'AAH ne représentant qu'un quart environ des décisions prises par les COTOREP. Néanmoins, la productivité apparente semble indiquer un volume de décisions par médecin et par jour pour le moins maîtrisable¹⁰, et qui d'ailleurs **permettrait que chaque demandeur soit reçu en visite médicale, ce qui est loin d'être le cas actuellement**. La réalité est cependant plus complexe :

- **le temps effectif de travail des médecins vacataires**, qui apportent l'essentiel de la ressource théorique, **est, selon les déclarations recueillies, largement inférieur au temps rémunéré**. La rémunération des vacations étant faible et peu attractive¹¹, des pratiques de paiement forfaitaire en fonction du nombre de dossiers réalisés se sont développées au sein des COTOREP. D'après les éléments oraux recueillis par la mission, **ces pratiques irrégulières peuvent conduire dans certains cas à doubler la rémunération horaire effective**. Ainsi corrigé, le temps vacataire effectivement disponible ne serait pas supérieur à 125 ETP ;

- **le temps médecin est en toute hypothèse mal réparti** entre généralistes et spécialistes, notamment en psychiatrie. Bien que les chiffres dont disposent la mission ne distinguent pas ceux-ci de ceux-là, la difficulté à dégager du temps de consultation spécialisée a été signalée par toutes les COTOREP visitées. Ainsi, en psychiatrie où les problèmes sont particulièrement accusés, **les délais d'attente pour une visite médicale peuvent dans certains cas atteindre 15 mois** ;

¹⁰ Puisqu'elle s'élève, en prenant en compte l'ensemble des personnes ayant effectué une demande en 2004 auprès des COTOREP, à près de **15 dossiers par jour**.

¹¹ Indexée sur le point fonction publique, la rémunération horaire des vacations était au 1^{er} novembre 2005 de 18,30€ pour un médecin généraliste et de 23,07€ pour un médecin spécialiste.

- **la fonction de médecin coordonnateur, pourtant déterminante pour harmoniser les pratiques médicales au sein de la commission** (cf. annexe I), **est assurée dans moins de la moitié des départements (46 postes pourvus)**. Comme la mission a pu le constater, l'absence de médecin coordonnateur prive la commission de la concertation nécessaire entre praticiens et peut aboutir à des prises de décisions fort variables selon le médecin appelé à statuer sur le dossier, ce qui introduit une inégalité de traitement regrettable entre les demandeurs d'un même département.

c) Un service à l'usager peu performant, notamment en termes de maîtrise des délais

Conséquence de ces insuffisances, le service rendu aux demandeurs de l'AAH n'est pas un service de qualité. **La question des délais est particulièrement critique puisqu'en 2004, dans plus d'un quart des départements (27 exactement), les décisions concernant l'AAH ont été rendues dans un délai supérieur à 4 mois, soit au-delà du délai au terme duquel la demande est réputée rejetée.** Dans 6 départements, le délai moyen est même supérieur ou égal à 6 mois¹².

Deux autres éléments sont à signaler :

- **la motivation des décisions est pour le moins laconique**, la notification se bornant à indiquer l'accord ou le rejet de la demande, en précisant éventuellement le taux d'incapacité fixé ou la fourchette dans laquelle il se situe ;

- **à de rares exceptions près, les demandeurs ne sont pas reçus par la commission ou par des membres de l'équipe technique**, contrairement à ce que prévoient les instructions de l'administration centrale : une circulaire DGAS/DAGPB/DGEFP/DAGEMO du 27 février 2002 indique ainsi que « sauf exception médicalement justifiée, tout personne handicapée qui dépose une demande doit être reçue par plusieurs membres de l'équipe technique [de la COTOREP] ».

2. Les pratiques d'attribution sont peu encadrées

La prise de décision en matière d'AAH apparaît insuffisamment encadrée, ce qui explique pour une large partie les différences de pratiques assez fortes que l'on constate d'un département à un autre.

Trois points doivent être plus particulièrement notés :

- Collégiale et pluridisciplinaire selon les textes, **la décision est en pratique de nature principalement sinon exclusivement médicale**

¹² Source : DREES, données 2004.

Comme rappelé *supra*, la collégialité dans la prise de décision et le recours à des expertises diverses permettant notamment d'évaluer l'employabilité du demandeur sont assez peu pratiquées ; non seulement les différents membres des formations techniques que la commission peut mettre en place ne reçoivent que rarement les demandeurs¹³ ; mais encore – sans qu'il soit possible d'avancer de chiffre précis sur ce point, aucun relevé d'activité ne le permettant –, les membres de l'équipe technique ne sont pas amenés à examiner fréquemment les dossiers de demandes d'AAH¹⁴. En conséquence, le plus souvent, c'est le médecin qui, seul, procède à une évaluation de nature médicale lui permettant de fixer le taux d'incapacité, mais aussi juge du critère de l'impossibilité de se procurer un emploi (IPE) compte tenu du handicap, pour le L 821-2. On peut émettre des réserves sur la légitimité du médecin statuant seul, dans un domaine où des éléments d'appréciation extra-médicaux (situation du marché de l'emploi, ergonomie des postes de travail par exemple) entrent nécessairement en ligne de compte.

- **Le guide-barème est très inégalement suivi par les médecins**

Annexé au décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, le guide-barème de l'incapacité offre une grille de lecture globalement pertinente : s'il ne permet pas de déduire directement un taux d'une pathologie donnée, le guide-barème indique des fourchettes de taux fonction des conséquences de la pathologie et du traitement qui lui est associé sur les actes de la vie quotidienne, la capacité motrice et sensorielle, le comportement, etc. (cf. annexe III, Le guide barème). En d'autres termes, le guide-barème s'adapte relativement bien à l'évolution de l'état de l'art et aux nouveaux traitements, et ne nécessite pas des mises à jour fréquentes. Une seule exception significative doit être signalée : la déficience auditive, évaluée avant correction – à la différence de la déficience visuelle – et qui de ce fait ne tient pas compte des progrès réalisés dans le domaine de l'appareillage.

Son utilisation, en revanche, est très inégale : convenable, dans l'ensemble, de la part des médecins coordonnateurs, la connaissance et l'observance du barème sont très médiocres de la part des médecins vacataires comme le révèle l'analyse de dossiers conduite par la mission (cf. *infra*, 3.).

La faible implication des médecins vacataires dans le fonctionnement des COTOREP peut bien sûr être avancée comme un facteur d'explication ; la difficulté dans laquelle se trouvent les médecins coordonnateurs à faire valoir une unité de doctrine envers des confrères sur lesquelles ils n'ont pas véritablement d'autorité hiérarchique également.

- **Le critère de l'impossibilité de se procurer un emploi (IPE) apparaît particulièrement complexe et fait l'objet d'interprétations diverses**

Le critère de l'impossibilité de se procurer un emploi (IPE) compte tenu du handicap, qui fonde l'attribution de l'AAH pour une incapacité comprise entre 50 et 79%, est une notion complexe à appréhender. Il convient tout d'abord de la distinguer :

- de l'incapacité, notion propre à la médecine du travail et concernant un poste particulier ou un ensemble de postes dans une entreprise donnée. Il s'agit donc d'une notion relative ;

¹³ C'est le cas notamment lorsqu'une visite médicale est programmée et/ou que le demandeur est convoqué par l'assistante sociale de la COTOREP

¹⁴ Cf. Existence d'un pré tri pour le passage des dossiers en équipe technique, composition très restreinte voire inexistence des équipes chargées de l'analyse des demandes d'AAH seule, absence de discussion sur les aspects médicaux du dossier en cas d'analyse de dossiers d'AAH accompagnées d'une demande d'orientation professionnelle.

- de l'invalidité, attribuée par l'assurance-maladie après qu'a été constatée une perte de la capacité de travail ou de gain des 2/3 causée par un handicap ;

- de l'incapacité de travailler prévue par l'art. L 821-1 CSS, qui désigne une incapacité quasi-absolue d'exercer quelque emploi que ce soit.

Une circulaire DGAS/DGEFP du 23 septembre 2005 tente de préciser les critères de reconnaissance de l'IPE. Elle assimile l'IPE à une perte de chance par rapport au marché du travail dont l'origine tient exclusivement au handicap. En effet, d'après cette circulaire, l'IPE doit exclure des facteurs extérieurs au handicap tenant d'une part à la personne (âge, situation de famille, accès au réseau de transports publics, etc.) et d'autre part à la situation du marché de l'emploi. Pour reconnaître l'IPE, la COTOREP est invitée à rechercher un « faisceau d'indices » dans lequel entrent les « aspects professionnels liés au handicap », dont le parcours professionnel de la personne, son niveau de qualification ou encore son projet professionnel, et « l'impact du handicap sur les capacités ».

De manière implicite, la restriction apportée à la reconnaissance de l'IPE et la limitation à des paramètres les plus en lien possibles avec le handicap visent à réduire les risques d'attribution de l'AAH au motif d'un « handicap social » qui placerait directement cette allocation sur le terrain du revenu minimum d'insertion (RMI).

Or, si l'impact du handicap sur les capacités renvoie peu ou prou à l'analyse médicale du handicap – la circulaire omet toutefois d'évoquer la lourdeur du traitement comme élément d'analyse –, la notion « d'aspects professionnels liés au handicap » est plus floue. Elle semble en effet difficile à appréhender en dehors de toute analyse de contexte faisant ressortir la profession et les qualifications du demandeur, l'état du marché du travail dans le secteur professionnel considéré, mais aussi l'adaptabilité du demandeur à un autre poste ou un autre métier, critère qui ne peut s'apprécier qu'en tenant compte, notamment, de l'âge de la personne et de ses chances objectives de retrouver un emploi au terme d'une éventuelle reconversion.

Le caractère équivoque de ces critères **conduit le plus souvent les COTOREP à développer leur propre doctrine**, ce qui donne lieu à des pratiques très différentes d'un département à l'autre (cf. annexe I, II.2.) : ainsi, l'éloignement du demandeur par rapport au marché du travail, appréhendé notamment à travers les périodes d'emploi antérieures, est jugé déterminant par certaines COTOREP ; d'autres n'en tiennent pas compte. De même, plusieurs COTOREP font de l'âge du demandeur un élément central de l'appréciation de l'IPE, en refusant l'attribution de l'AAH ou en ne l'accordant que pour des durées courtes aux jeunes demandeurs, alors qu'elles attribuent plus facilement l'allocation aux demandeurs âgés de plus de 50 ans, allant même jusqu'à l'attribuer jusqu'aux 60 ans du demandeur, reconnaissant implicitement une IPE liée à l'âge.

Autre élément d'incertitude : la reconnaissance de l'IPE n'est pas incompatible avec l'attribution de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), et à plus forte raison avec la recherche active d'emploi. **Dans la pratique toutefois, certaines COTOREP lient l'obtention de la RQTH à la non-reconnaissance de l'IPE**, de sorte qu'une personne reconnue travailleur handicapé se voit dans le même temps refuser l'AAH ; par ailleurs, la mission a eu connaissance de pratiques de radiations ou de non-admissions d'allocataires de l'AAH sur la liste des demandeurs d'emploi de l'ANPE au motif qu'ils étaient reconnus « dans l'impossibilité de se procurer un emploi ».

Si, dans son principe, l'IPE ne signifie pas une incapacité à travailler, elle revêt dans sa formulation même un caractère stigmatisant, source de confusion pour l'ensemble des acteurs–voire du reste pour les allocataires eux-mêmes.

A cet égard, **la condition supplémentaire introduite par la loi du 11 février 2005**, aux termes de laquelle l'IPE ne pourra désormais être attribuée qu'aux demandeurs n'ayant pas occupé d'emploi rémunéré pendant un an, **ne permet pas de gagner en cohérence ni en lisibilité**. En effet cette condition apparaît à la fois peu restrictive (la plupart des primo-demandeurs y répondent) et dépourvue de lien avec le handicap lui-même ; étant donné la complexité du faisceau d'indices à réunir pour reconnaître l'IPE, on peut même se demander si cette condition, conçue comme un critère venant s'ajouter à la reconnaissance des effets du handicap sur l'employabilité, ne viendra pas au contraire s'y substituer, aboutissant paradoxalement à ce que l'IPE soit reconnue quasi automatiquement dès lors que le demandeur a connu une période d'inactivité d'un an.

3. La qualité des décisions prises par les COTOREP apparaît globalement très faible

L'enquête conduite dans huit départements a révélé, notamment à travers l'analyse de 450 dossiers L 821-2¹⁵ récents, une très faible qualité des décisions (pour une analyse complète des résultats, (cf. annexe I).

Sur l'échantillon considéré, **près du tiers (32 %) des décisions apparaissent non justifiées**, qu'il s'agisse d'une erreur de taux de handicap, d'une appréciation erronée de l'IPE, ou encore d'une durée d'accord anormalement longue (s'agissant par exemple d'un handicap fortement évolutif).

Plusieurs facteurs expliquent ces mauvais résultats :

- **le caractère lacunaire des nombreux dossiers médicaux**, évoqué précédemment (cf. *supra*, A.1.). Le plus souvent, ceux-ci se résument au document « cerfa », renseigné de façon très aléatoire par un médecin de ville et parfois complété par le demandeur lui-même ;

- l'examen sur pièces de la plupart des dossiers et l'absence corrélative de visite médicale récente. Or, **sur les erreurs dénombrées**, deux fois sur trois, la personne n'a pas été vue récemment par un médecin de la COTOREP, et **une fois sur deux elle n'a jamais été reçue en visite médicale**¹⁶ ;

- **la connaissance ou l'application parfois approximative du guide-barème par les médecins**, **près du quart (23,4%) des dossiers analysés faisant apparaître un taux erroné ; ces erreurs de taux peuvent conduire à des attributions d'allocations indues, ou inversement à des refus d'allocations à des demandeurs dont la situation le justifiait.**

D'autres constats font ressortir la médiocre qualité des procédures suivies :

- **la tenue des dossiers est dans l'ensemble peu rigoureuse** : caractère lacunaire et peu fiable des informations relatives au parcours de la personne, absence d'éléments expliquant la motivation des décisions antérieures, pièces manuscrites parfois peu lisibles, non datées et/ou non signées. Par exemple, rares sont les COTOREP ayant établi un dossier type comportant des documents normalisés (fiche de décision, fiche d'avis, etc.) ;

- **des divergences entre la partie administrative et la partie médicale** ont été relevées. Dans 3 cas, il s'agit même d'**erreurs pures et simples de décision**, des AAH ayant été attribuées alors que la commission avait statué défavorablement, et réciproquement ;

¹⁵ Le choix d'analyser uniquement des dossiers L 821-2 tient au fait, d'une part, que la mission de 1998 avait pour sa part analysé essentiellement des dossiers L 821-1, et d'autre part à l'importance des écarts observés entre les départements sur le L 821-2, alimentant l'hypothèse de pratiques d'attribution très différentes.

¹⁶ Concernant les erreurs sur les taux d'incapacité.

- enfin, les décisions des COTOREP ne sont pas ou très insuffisamment motivées, ce qui a un impact très important sur les procédures contentieuses.

4. Ces différences de pratiques éclairent pour une grande part les différences importantes entre les départements

Les analyses statistiques conduites par la DREES permettent d'identifier trois grands facteurs ayant une incidence sur le nombre de bénéficiaires de l'AAH, et donc sur les différences observables d'un département à l'autre. Ces facteurs sont l'âge, la « prévalence du handicap » (estimée par le nombre de places en établissements, le nombre d'allocataires de pensions d'invalidité ou d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé –AEEH-, etc.) et enfin la situation socio-économique du département (appréciée notamment à travers le taux de chômage, le potentiel fiscal et le nombre d'allocataires du RMI). L'ensemble de ces analyses est présenté dans l'annexe II.

Les explications semblent assez robustes pour l'analyse des écarts sur le L 821-1, pour lequel les départements dont le stock est le plus élevé sont des départements ruraux dont la population est âgée et dont le potentiel fiscal est faible, comme le montre la liste des dix départements où le taux d'AAH est le plus élevé et des dix départements où il est le plus faible et dont les caractéristiques sont dans l'ensemble inverses (le Gard et la Guyane étant toutefois atypiques) :

Tableau : Stock d'allocataires L 821-1 pour 1000 habitants en 2004

Département	Taux/1000 habitants	Département	Taux/1000 habitants
Lozère	45	Ain	11,9
Creuse	34,6	Haute-Garonne	11,5
Indre	33,6	Loire-Atlantique	10,7
Corrèze	33,1	Paris	10,6
Manche	32,4	Gard	10,5
Yonne	32,1	Hauts-de-Seine	10,2
Charente	31,9	Guyane	9,7
Haute-Loire	31,7	Essonne	8,8
Corse-du-Sud	30,4	Haute-Savoie	8,7
Haute-Vienne	29,8	Yvelines	6,5
Ratio plus fort/plus faible	6,9		
Stock L 821-1 France entière	16,5		

Pour le L821-2, en revanche, les facteurs agissent moins nettement ; surtout, les écarts sont beaucoup plus importants puisque le stock rapporté à la population est 30 fois moins élevé en Seine-et-Marne (0,7 allocataires pour 1000 habitants) que dans le Lot (21,1 pour 1000).

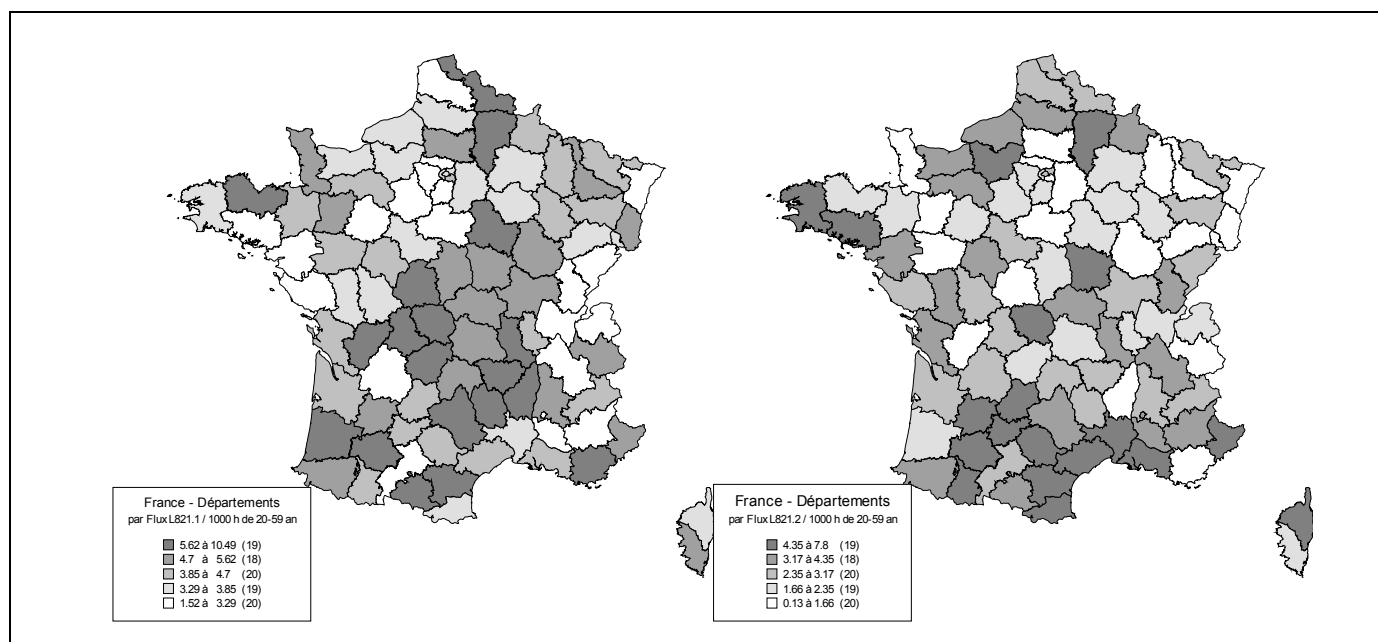
Tableau : Stock d'allocataires L 821-2 pour 1000 habitants en 2004

Département	Taux/1000 habitants	Département	Taux/1000 habitants
Lot	21,1	Val-de-Marne	2,9
Nièvre	19,6	Haut-Rhin	2,5
Hautes-Pyrénées	18,0	Meurthe-et-Moselle	2,4
Pyrénées-Orientales	17,8	Meuse	2,4
Guadeloupe	16,5	Savoie	1,7
Hérault	15,4	Val-d'Oise	1,6
Gard	15,0	Maine-et-Loire	1,6
Haute-Corse	14,7	Côte-d'Or	1,0
Aisne	14,3	Oise	0,9
Somme	13,7	Seine-et-Marne	0,7
Ratio plus fort/plus faible	30		
Stock L 821-2 France entière	7,0		

Les variables socio-démographiques ne peuvent à elles seules rendre compte d'écarts aussi élevés, d'autant que cette fois-ci les discontinuités paraissent nombreuses : on retrouve des départements ruraux de part et d'autre de ce tableau ; le Gard, dont le taux de L 821-1 était faible, figure parmi les taux de L 821-2 les plus élevés ; enfin, le département de l'Oise connaît le deuxième taux le plus faible, malgré des indicateurs socio-économiques défavorables.

En réalité, l'hétérogénéité des pratiques des COTOREP apparaît bien à l'origine de la formation ou de l'accentuation de ces écarts. On observera à cet égard que la répartition géographique de l'AAH est relativement concentrée, autour du centre de la France pour le L 821-1 et en Languedoc-Roussillon et dans le grand sud-ouest pour le L 821-2. Cette concentration ne peut manquer d'éveiller l'attention, au-delà des traits communs aux départements concernés, sur la constitution de doctrines régionales en matière d'attribution de l'allocation.

Encadré : Flux de nouveaux allocataires de L 821-1 (à g.) et de L 821-2 (à dr.) rapporté à la population en 2004



Source : DREES

Impossible à quantifier – l’enquête de terrain menée par la mission, en tout cas, ne le permet pas -, l’importance de la pratique locale apparaît toutefois indispensable pour comprendre la diversité des situations départementales, et est même essentielle s’agissant de l’attribution du L 821-2.

B. Un pilotage insuffisant tant au plan national qu’au niveau local

1. L’absence d’objectifs et la faiblesse des outils de suivi au plan national

a) L’implication des directions d’administrations centrale est limitée

Deux directions d’administration centrale sont compétentes dans la gestion de l’AAH et le suivi des allocataires :

- la DGAS, qui assure la gestion budgétaire et l’élaboration de la réglementation relative à l’allocation ;
- la délégation générale à l’emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), compétente en matière d’insertion professionnelle des personnes handicapées.

Dans la pratique, l’implication de ces directions en termes de pilotage s’avère assez limitée :

- La DGAS a repris en 2000 la gestion de l’AAH auparavant assurée par la direction de la sécurité sociale (DSS).

Cette prise en mains récente du dispositif, assurée de façon significative par la sous-direction en charge des minima sociaux et non par celle en charge des personnes handicapées, explique peut-être en partie l'absence de cadrage stratégique sur l'AAH et le faible pilotage du réseau des COTOREP. En effet, on relèvera notamment que :

- **aucune instruction périodique n'est adressée aux services déconcentrés** ayant pour vocation de fixer des orientations annuelles ou pluriannuelles sur la productivité attendue, la maîtrise des délais ou tout autre paramètre relatif à l'activité des commissions. Seules des circulaires ponctuelles rappellent les conditions d'attribution de l'allocation, sans aller au-delà de l'explicitation de la réglementation ;

- **symétriquement, la DGAS n'est pas destinataire d'éléments de compte-rendu** autres que les données statistiques exploitées annuellement par la DREES. Ces données sont à la fois trop générales et produites trop tardivement dans l'année pour remplir une fonction de pilotage.

Sur ces deux points, la mission n'a pas véritablement perçu la valeur ajoutée apportée par la « mission d'appui des COTOREP » qui existait auparavant auprès du DGAS, et dont la mise en place des MDPH a entraîné la disparition.

- L'implication de la DGEFP apparaît encore plus distante :

- **la catégorie des bénéficiaires de l'AAH n'est pas identifiée comme un public-cible des politiques de lutte contre le chômage et d'insertion**, à la différence de celle des travailleurs handicapés (TH), qui ne se recoupe que très partiellement avec l'AAH. Cette situation connaît une exception depuis le 1^{er} janvier 2006, date à laquelle les allocataires de l'AAH sont devenus éligibles aux contrats d'avenir (CAV), ce qui n'était pas le cas lors de la mise en place de ce contrat ;

- là encore et même pour les travailleurs handicapés, **le pilotage du réseau et les remontées d'information paraissent faibles**, en témoigne le fait que **les plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH) ne font l'objet d'aucune remontée au plan national** ni *a fortiori* d'une exploitation analytique.

b) La remontée d'informations statistiques demeure assez partielle

Les bénéficiaires de l'AAH sont principalement connus à travers deux sources d'information :

- les données issues de l'activité des COTOREP *via* le logiciel ITAC ;
- les données collectées par les organismes liquidateurs, CAF et MSA.

Or **ces informations n'autorisent qu'une connaissance partielle** des publics allocataires.

- en ce qui concerne ITAC, les difficultés tiennent notamment à ce que la qualité de saisie des informations à la source est variable et ne peut de toute façon être contrôlée informatiquement ;

- **l'information recueillie sur le demandeur est en elle-même assez pauvre** : outil de décision avant tout, ITAC ne permet guère d'identifier le demandeur au-delà de quelques données simples comme l'âge, le sexe ou la situation de famille ; les données dont disposent les organismes liquidateurs se limitent quant à elles aux éléments de ressources (ce qui permet par exemple de repérer les allocataires bénéficiant d'une autre prestation sociale ou d'un contrat aidé, mais ne permet pas de connaître le niveau de formation) ;

- **les éléments d'historique sont peu nombreux** : on ne peut de façon certaine connaître la date d'entrée dans l'AAH des allocataires, ni connaître leur situation antérieure à l'entrée dans l'allocation. Par exemple, on ne connaît pas les entrées dans l'AAH en provenance de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH, ex-AES) faute d'un croisement possible entre les deux fichiers¹⁷.

- **les différents outils ne communiquent pas entre eux**. Il est en effet impossible, tant au plan local qu'à un niveau plus agrégé, de croiser les données ITAC et les données de liquidation.

Par ailleurs, des enquêtes spécifiques ont été mises en place :

- l'enquête périodique « Handicap-Incapacités-Dépendances » (HID) de l'Insee, enquête déclarative qui n'est pas spécifique à l'AAH mais porte sur les personnes handicapées au sens large ;

- l'échantillon national inter-régimes d'allocataires de minima sociaux (ENIAMS) mis en place en 2002, qui permet notamment de suivre des cohortes. Le recul historique est toutefois encore un peu faible pour permettre de suivre des trajectoires d'allocataires ;

- une enquête qualitative réalisée par la DREES au 1^{er} trimestre 2003 auprès de 5000 bénéficiaires de minima sociaux, davantage orientée vers les trajectoires professionnelles et l'insertion.

Ces différentes sources font l'objet d'exploitations régulières de la DREES¹⁸. Cependant, tant la périodicité de ces études que la nature des données exploitées –et notamment l'absence jusqu'à une date récente d'un suivi par cohortes- les rendent peu utilisables dans une optique de pilotage de l'allocation.

2. Une faible coordination entre dispositifs et entre acteurs au plan local

Peu sollicitées par leurs administrations centrales sur l'AAH et plus globalement sur le pilotage des COTOREP, les directions des services déconcentrés qui en partagent la gestion au niveau local s'impliquent à leur tour assez peu, en dehors de l'initiative individuelle de tel ou tel chef de service.

Trois faiblesses sont à relever :

- **le pilotage des COTOREP par les DDASS et DDTEFP est insuffisant** ;

¹⁷ L'enfant bénéficiaire de l'AAEH est enregistré sous le numéro d'allocataire du chef de famille, alors que le bénéficiaire de l'AAH l'est sous son propre numéro.

¹⁸ Parmi lesquelles il convient notamment de citer « L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés », in Solidarité & Santé n°4, 2004.

On note en effet un faible encadrement administratif des COTOREP : dans les départements visités par la mission, **le pilotage par des cadres A**, pourtant prévu par la circulaire DGAS/DAGPB/DGEFP/DAGEMO du 27 février 2002 relative à l'organisation des COTOREP, **n'était effectif nulle part**. L'organisation du travail repose sur l'initiative des secrétaires et secrétaires adjoints (cadres B) mais ne fait l'objet d'aucun cadrage particulier dont la mission ait eu connaissance.

De même, les COTOREP ne se voient pas assigner d'objectifs précis sur leur activité (normes de délais, de productivité p.ex.), ce qui explique qu'il n'y ait pas non plus de production et d'exploitation de comptes-rendus d'activité.

- la coordination entre COTOREP et acteurs de l'insertion professionnelle est très faible. Cette remarque s'étend au-delà de l'AAH et concerne l'ensemble des décisions des COTOREP, notamment celles relatives à l'orientation professionnelle, pour lesquelles aucun retour d'information n'est prévu : que les demandeurs soient orientés vers un organisme de formation professionnelle, vers l'ANPE ou vers un prestataire spécialisé dans le placement des personnes handicapées (en pratique, le réseau « CAP emploi¹⁹»), les COTOREP ne disposent pas d'éléments de suivi leur permettant de s'assurer de la bonne mise en œuvre de ces décisions.

- en tant que tels, les bénéficiaires de l'AAH ne sont pas un public prioritaire en matière d'insertion sociale et professionnelle.

Le faible suivi des allocataires de l'AAH révèle en fait que leur prise en charge par les politiques publiques d'insertion reste faible et s'arrête pour l'essentiel à la décision de la COTOREP et au versement consécutif de la prestation. Plusieurs éléments attestent de cette réalité :

- l'absence d'objectifs dédiés dans le cadre des PDITH, qui visent les travailleurs handicapés au sens large ;
- la non-prise en compte dans le cadre du service public de l'emploi (SPE) départemental et l'absence corrélative de fléchage sur des mesures emploi, sinon au même titre que les autres bénéficiaires de minima sociaux, et à l'exception, très récente, du contrat d'avenir. Là encore, seuls sont considérés les travailleurs handicapés et non les bénéficiaires de l'AAH en tant que tels ;
- l'absence d'identification des bénéficiaires de l'AAH dans les statistiques de l'ANPE, ce qui rend impossible leur repérage dans les différentes mesures emploi, et ne permet pas, à plus forte raison, de définir des objectifs de placement sur ces mesures.

¹⁹ « CAP emploi » est un label accordé à des structures associatives financées principalement par l'AGEFIPH, qui interviennent dans le conseil, l'orientation et le reclassement des personnes handicapées. Les associations CAP Emploi agissent également comme co-traitants de l'ANPE pour le placement des travailleurs handicapés dans le cadre du PARE-PAP.

C. Le contrôle et le traitement du contentieux ne sont pas suivis

1. L'AAH est peu contrôlée

A la différence d'autres minima sociaux ou prestations sociales, l'AAH fait l'objet de très peu de contrôles spécifiques de la part des CAF ; là encore, les services de l'Etat n'ont semble-t-il formulé aucune exigence en la matière.

Toutefois, les allocataires de l'AAH sont contrôlés, non pas en cette qualité, mais en tant que bénéficiaires de prestations servies par la CAF. Leur dossier « allocataire » fait alors l'objet du traitement informatique général des caisses qui permet notamment d'apparier les données en leur possession avec celles transmises par les services de l'ASSEDIC et les services fiscaux. Il n'a pas été possible dans le temps imparti à la mission de collecter suffisamment de données départementales auprès des caisses pour analyser précisément les risques propres à l'AAH. Au plan quantitatif, les seuls chiffres disponibles ont été fournis par les CAF de l'Aude et du Gard: le stock de créances relatives à l'AAH représentait environ 8,5% du total des créances exigibles par ces caisses.

Il demeure néanmoins deux points de faiblesse majeurs :

le premier n'est pas propre à l'AAH : il s'agit de **l'absence de répertoire national unique des bénéficiaires de prestations familiales, entraînant notamment l'impossibilité de croiser les informations entre deux départements et de repérer des cas de cumuls avec d'autres minima sociaux** (dont le RMI). Cette faiblesse, déjà signalée par les auteurs du rapport de 1998, devrait toutefois être corrigée à l'avenir, l'Etat et la CNAF en ayant arrêté le principe dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2005-2008²⁰ ;

- le second est en revanche spécifique à l'AAH : en l'absence de croisement systématique des fichiers de la CNAF avec ceux des régimes servant des prestations d'invalidité, le contrôle de la primauté du service des prestations d'invalidité sur l'AAH et de l'absence de cumul irrégulier entre elles repose sur des liaisons papiers que seules quelques caisses utilisent effectivement ; le risque est accru parla suppression dans le plan de contrôle de la CNAF pour 2006 d'une cible spécifique à l'AAH portant notamment sur la vérification de la primauté des prestations d'invalidité²¹.

2. Le contentieux n'est pas suivi

Les décisions des COTOREP, comme celles des CDES, relèvent d'un contentieux spécialisé : elles peuvent être déférées devant les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI), comme le sont les décisions d'invalidité prononcées par l'assurance-maladie. Les TCI, dont le ressort est régional, se composent d'un magistrat honoraire, qui préside le tribunal, et de deux assesseurs représentant des partenaires sociaux. Le greffe des TCI est assuré par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

Si la direction de la sécurité sociale centralise les décisions des TCI, **celles relatives à l'AAH ne font pas l'objet d'un dénombrement spécifique** : on ne connaît donc pas, au plan national, le nombre d'instances introduites à l'encontre de décisions portant sur l'AAH, ni le taux de réformation de ces décisions.

²⁰ La COG Etat/Cnaf prévoit en effet, à l'art. 18.4, « la Cnaf s'engage à mettre en place un identifiant national et un répertoire national des allocataires destinés à faciliter le développement de l'administration électronique, les actions de contrôle et l'accès à une information sur leur dossier en tout point du territoire. L'Etat appuie cette démarche en faisant évoluer, si nécessaire, la réglementation. ».

²¹ Cible 36.

La mission a tenté d'estimer ce taux de réformation d'après les données partielles fournies par plusieurs COTOREP (cf. annexe I, II.B.5) ; avec toute la prudence requise vis-à-vis de ces données, **le taux de réformation serait particulièrement élevé, compris entre 25 et 50% des décisions déférées.**

Plusieurs facteurs peuvent expliquer des rejets aussi importants :

- comme rappelé précédemment, **les décisions des COTOREP sont souvent mal motivées.** Au-delà de la notification elle-même, les pièces du dossier ne permettent pas toujours d'attester du bien-fondé de la décision prise ;

- **les services de l'Etat ont renoncé, le plus souvent, à être présents à l'audience,** physiquement ou par l'envoi d'un mémoire en défense. Il est donc logique que leur position n'y soit pas correctement défendue. De même, l'Etat ne se défend pas plus activement devant la cour nationale de l'incapacité ;

- **l'expertise sur la base de laquelle les décisions des TCI sont prises souffre elle-même de certaines faiblesses,** tenant notamment au fait que les médecins intervenant comme experts sont généralement spécialisés sur l'évaluation de l'invalidité et non de l'incapacité. A travers la lecture des dossiers des COTOREP, la mission a fréquemment relevé des décisions prononcées par les TCI – et reprises par les COTOREP en second examen - s'éloignant sensiblement, voire totalement, des critères d'appréciation définis par le guide-barème.

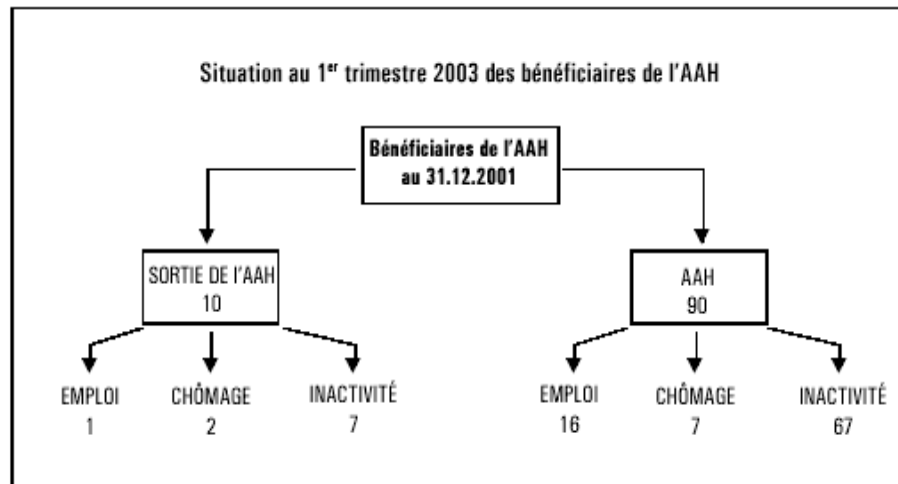
* * *

En conclusion, les carences identifiées en tous points de la procédure dans le pilotage de l'AAH et le suivi de ses bénéficiaires font de l'AAH, qui touche aujourd'hui 800 000 personnes, un dispositif marqué par une forte inertie, aucune politique de sortie n'ayant été mise en place afin de rendre possible l'insertion sociale et professionnelle de ses bénéficiaires.

Dans une certaine mesure - la faible implication du service public de l'emploi paraît le confirmer - **cette forte inertie de l'AAH révèle un arbitrage implicite des politiques publiques en faveur d'autres priorités,** il est vrai de plus en plus nombreuses (chômeurs de longue durée, jeunes sans qualification, seniors, personnes issues des quartiers défavorisés, bénéficiaires d'autres minima sociaux). Comme le montre le graphique ci-dessous²², sur 100 allocataires de l'AAH en début d'année, 90 sont encore dans l'allocation au bout d'un an ; sur les 10 sorties du dispositif, une seule concerne l'accès à l'emploi.

²² In « Les trajectoires professionnelles des bénéficiaires de minima sociaux », DREES, Etudes & Résultats n°320, juin 2004

Encadré : Sorties de l'AAH au bout d'un an



Source : DREES

Ainsi, loin de lutter contre la marginalisation qui frappe les bénéficiaires de l'AAH du fait de leur situation de handicap, l'absence d'un véritable pilotage de l'AAH contribue à leur maintien dans l'inactivité.

II. LES REFORMES ENGAGEES PAR LA LOI DU 11 FEVRIER 2005 PEUVENT APPORTER INDIRECTEMENT QUELQUES AMELIORATIONS MAIS COMPORTENT EGALEMENT CERTAINS RISQUES

La loi du 11 février 2005 a sensiblement transformé le cadre d'exercice des politiques publiques en faveur des personnes handicapées. La CNSA au plan national, les départements au plan local, sont appelés à jouer un rôle central dans la mise en œuvre de ces politiques, et se voient attribuer des compétences jusqu'à présent exercées, respectivement, par l'administration centrale et par les services déconcentrés de l'Etat.

Trois constats doivent être dégagés :

- le nouveau mode de pilotage de l'AAH apparaît peu lisible et ne permet pas d'identifier les responsabilités de chaque acteur ;

- bien que n'étant pas directement touchée par la réforme, la gestion de l'AAH devrait indirectement bénéficier de la prise en charge globale des personnes handicapées par les MDPH, qui s'appuieront par ailleurs sur des outils informatiques modernisés ;

- de nouveaux risques apparaissent toutefois, touchant au creusement des écarts entre départements, à des effets de concurrence entre dispositifs d'aide sociale (RMI notamment), ainsi qu'à un découplage aggravé entre l'attribution de l'AAH et les politiques d'aide au retour à l'emploi.

A. La répartition des rôles entre l'Etat et les collectivités locales sur l'AAH est peu claire

1. Au plan national, les rôles respectifs des administrations centrales et de la CNSA ne sont pas clarifiés

Créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 en faveur de la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et personnes handicapées, la CNSA a vu ses missions précisées et élargies par la loi du 11 février 2005.

Outre le financement de la prestation de compensation du handicap (PCH), celle-ci confie à la CNSA un rôle d'animation et de mutualisation des bonnes pratiques auprès des MDPH (art. 56) s'appuyant notamment sur la mise en place d'un système national d'information (art. 88). Les objectifs et les modalités d'intervention de la CNSA sont précisés dans une convention d'objectifs et de gestion (COG), signée avec l'Etat le 23 janvier 2006 pour la période 2006-2009.

La vocation de la CNSA vis-à-vis des MDPH paraît relativement claire, d'une part en termes d'appui méthodologique, de soutien financier et d'assistance à la maîtrise d'œuvre informatique, et d'autre part sur le financement de la PCH. Ces relations sont du reste appelées à être formalisées dans le cadre de conventions entre les départements et la CNSA, précisant tant les engagements financiers de la CNSA que la nature des remontées d'information en provenance de la MDPH.

Il en va tout autrement pour l'AAH : en effet, **pas plus la loi du 11 février 2005 que la COG n'attribuent de compétence ou de rôle particuliers à la CNSA en matière d'AAH**. Il s'ensuit que, si la gestion de l'AAH bénéficiera sans doute indirectement de l'action de la CNSA, par exemple via la production d'indicateurs d'activité des CDAPH, aucun objectif n'a été assigné à cette dernière pour suivre spécifiquement le pilotage de l'allocation, l'évolution du nombre de bénéficiaires, la célérité et la qualité des procédures engagées, etc.

De fait, la situation actuelle évoque **un certain dessaisissement de l'administration centrale de son rôle de pilotage au profit de la CNSA**, qui se concrétise entre autres par l'absence de commande précise en matière de système d'information : de façon illustrative, **la CNSA n'a pas été invitée par les directions d'administration centrale à envisager les modalités permettant de renseigner les indicateurs choisis dans le cadre de la LOLF**. Outre le fait que ceux-ci ne pourront techniquement être alimentés que dans des délais relativement longs²³, cette non prise en compte remet en cause la fonction de maître d'ouvrage stratégique que l'Etat devrait assurer en matière de pilotage de l'AAH.

2. Au plan local, les services déconcentrés de l'Etat disposeront de peu de leviers d'action vis-à-vis des MDPH

a) La gouvernance des MDPH fait de l'Etat un partenaire parmi d'autres des GIP

Aux termes de l'article 64 de la loi du 11 février 2005, les MDPH revêtent la forme juridique d'un groupement d'intérêt public (GIP). Le département, l'Etat et les organismes d'assurance-maladie et d'allocations familiales en sont membres de droit.

Bien que partenariale, la MDPH est en fait placée sous le contrôle du département : présidée par le président du conseil général, la MDPH comprend une commission exécutive composée pour moitié de membres désignés par le président du conseil général ; ce dernier nomme également le directeur. Ceci implique notamment que les personnels de l'Etat mis à disposition de la MDPH seront placés sous l'autorité fonctionnelle de son directeur.

Il en va de même pour la répartition des voix au sein de la CDAPH, dont un décret en conseil d'Etat du 29 décembre 2005 a précisé la composition et le fonctionnement : celle-ci est composée de 23 membres, dont 21 avec voix délibérative, dont 4 représentants de l'Etat et 4 du département. La commission prend ses décisions à la majorité simple des présents, sauf en ce qui concerne la PCH pour laquelle une règle donnant la majorité aux représentants du département a été instituée.

En revanche, pour l'AAH comme pour toutes les décisions de la CDAPH ayant un impact sur des procédures et des enveloppes financières gérées par l'Etat (ainsi de l'attribution de la carte d'invalidité qui ouvre droit à une demi part fiscale supplémentaire ou des orientations vers des établissements financés par l'Etat), **il est surprenant que ses représentants ne bénéficient pas d'une règle de pondération leur garantissant la majorité des voix**. Ainsi, une AAH pourra parfaitement être attribuée en dépit du désaccord des représentants de l'Etat au sein de la commission.

²³ Selon toute vraisemblance, les premiers indicateurs ne pourront pas être renseignés avant le second semestre 2007. Ceux impliquant un suivi de cohortes ne seront significatifs qu'à une échéance plus longue, au delà de 2010.

b) L'absence de cadre contractuel entre les MDPH et l'Etat est préjudiciable à la définition et au suivi d'objectifs précis, notamment en matière d'insertion professionnelle

Ce nouveau schéma d'organisation n'a pas été accompagné d'instruments permettant aux services déconcentrés de l'Etat de faire valoir des objectifs en termes de pilotage de l'AAH, et d'en assurer la bonne exécution par la MDPH. Alors qu'une contractualisation a été prévue entre la CNSA et les départements, notamment dans le but de permettre la remontée régulière d'informations statistiques, **aucun outil contractuel n'a été envisagé au plan local entre le préfet et le département**, si ce n'est la convention constitutive de la MDPH.

Dans ces conditions, les services déconcentrés de l'Etat, DDASS et DDTEFP, ainsi que les représentants locaux de l'ANPE, risquent de se trouver paradoxalement moins bien informés de l'activité de la MDPH, sinon par l'entremise de leurs représentants à la commission exécutive, que ne le sera la CNSA. Plus grave, **on ne voit pas aujourd'hui sur quelle base, et d'après quelles procédures, les services de l'Etat seront fondés à demander des comptes-rendus et à plus forte raison à établir et faire respecter des objectifs**, notamment en ce qui concerne le suivi des publics allocataires.

Cela risque de poser rapidement problème en matière d'insertion professionnelle –non seulement des bénéficiaires de l'AAH, mais de l'ensemble des personnes handicapées reçues dans les MDPH-, le seul élément tangible à ce jour étant la désignation par les MDPH d'un « référent pour l'insertion professionnelle ». Ni les services de l'Etat interrogés, ni les directeurs de MDPH n'ont d'ailleurs esquissé un schéma-cible définissant les échanges entre MDPH et acteurs du service public de l'emploi.

B. La montée en puissance de la CNSA et la volonté manifestée par certains conseils généraux sur la politique du handicap laissent espérer des progrès dont la gestion de l'AAH bénéficiera indirectement

1. Le rôle d'appui de la CNSA auprès des MDPH bénéficiera indirectement à la gestion de l'AAH

Si la CNSA ne s'est pas vue reconnaître de compétences spécifiques sur l'AAH, son rôle d'appui auprès des MDPH devrait cependant retentir de façon favorable sur la modernisation des procédures d'attribution de l'allocation.

Tout d'abord, **la CNSA a d'ores et déjà accompli, en liaison avec les départements, un important travail de formalisation des procédures** appelées à se mettre en place dans les MDPH. Ce travail a abouti en décembre 2005 à la production de deux classeurs, l'un portant sur le « Pilotage de la MDPH », l'autre baptisé « Exemples d'outils pour la MDPH ». Le classeur relatif au pilotage détaille les missions des MDPH et précise un certain nombre d'objectifs, par exemple en terme de qualité d'accueil des publics, de réduction des délais d'instruction, etc.

Même si ces outils n'ont pas vocation à établir un cadre contraignant pour les MDPH, ils constituent une première formalisation des missions et de l'organisation type des maisons. Leur appropriation par les départements, qui ont largement contribué à les établir, devrait en outre favoriser une certaine convergence des pratiques des MDPH entre elles, y compris en ce qui concerne la délivrance de l'AAH.

Ensuite, **la mise en place d'un système d'information des MDPH**, dont l'Etat a confié la maîtrise d'œuvre à la CNSA, **apportera l'élément le plus tangible de modernisation de la gestion de l'AAH** et permettra surtout d'enrichir et de « sécuriser » l'information statistique disponible sur les allocataires.

Appelé à être formalisé dans un schéma directeur des systèmes d'information handicap-dépendance, qui doit être produit à l'automne 2006, le système d'information des MDPH doit se substituer aux applications existantes (ITAC pour les décisions des ex-COTOREP et OPALES pour celles des ex-CDES), être parfaitement inter-opérable avec les systèmes utilisés par les départements (notamment afin de permettre le paiement de la PCH), et enfin alimenter une base de données nationale gérée par la CNSA. D'après la direction des systèmes d'information de la CNSA, ce système d'information devrait rentrer en phase opérationnelle au second semestre 2007.

2. La « montée en puissance » des MDPH doit permettre de moderniser la procédure d'attribution de l'AAH et d'améliorer l'accueil des publics

La création des MDPH, qui s'accompagne d'un effort de modernisation et de renforcement des équipes, doit indirectement permettre l'amélioration de la procédure d'attribution de l'AAH – même si l'objectif premier des conseils généraux porte sur la mise en place de la PCH.

Dans les départements où le transfert de compétences a été anticipé, et dans lesquels la réflexion sur les modes d'organisation et de prise en charge des publics est relativement avancée²⁴, plusieurs orientations se dessinent, parmi lesquelles :

- un renforcement de l'encadrement administratif par la désignation, aux côtés du directeur, d'un cadre opérationnel ;
- une refonte de l'organisation du travail, passant notamment par une meilleure distinction des fonctions (accueil et traitement, instruction et décision) et par la mise en place de guides de procédure ;
- la définition d'objectifs qualité, portant en particulier sur les délais, la motivation des décisions, etc. ;
- un recours accru à des compétences externes, notamment pour faire face aux difficultés de recrutement de personnels médicaux et para-médicaux, le principe étant de passer convention, pour la réalisation de certaines prestations, avec des établissements publics ou des structures associatives disposant d'une expertise en matière de handicap ;
- enfin, une certaine territorialisation de la MDPH, celle-ci ayant vocation à s'appuyer sur les circonscriptions d'action sociale et profitant à ce titre des structures et des personnels déjà mobilisés sur le champ de la dépendance ; le département du Rhône envisage même de « décentraliser » complètement la procédure d'instruction au niveau local.

Certes ces orientations ne visent pas directement –ni même principalement– l'AAH, mais elles peuvent sans conteste contribuer à rendre plus efficaces son attribution et le suivi des allocataires.

²⁴ Parmi les départements visités par la mission, il convient de citer les départements du Rhône et du Gard.

C. Le pilotage hybride de l'AAH fait apparaître de nouveaux risques

1. Des disparités accrues entre les départements en fonction des initiatives prises par les conseils généraux

Ce premier risque n'est pas intrinsèque à la mise en place d'une organisation décentralisée, mais tient plutôt au fait que, précisément, le mode de gouvernance de l'AAH apparaît hybride, la formation d'un « bloc de compétence » sur le handicap confié aux départements ayant d'une part laissé subsister le principe d'une allocation versée par l'Etat, et étant d'autre part contrebalancé par l'importance des prérogatives confiées à la CNSA.

Il n'en demeure pas moins **qu'en ce qui concerne l'AAH, les départements n'ont pas véritablement « d'intérêt à agir »**, à la différence de la prestation de compensation notamment : les améliorations apportées à la gestion de son attribution ne peuvent donc résulter que d'une démarche volontaire, **la réforme n'ayant eu d'autre effet à ce stade que de transposer l'existant**, c'est-à-dire les anciennes COTOREP, **dans un nouvel environnement institutionnel**.

La mission a pu de fait constater **un degré d'avancement et surtout des intentions très différentes d'un département à un autre** : dans certains cas, la création de la MDPH a été précédée d'une prise de connaissance des procédures et des méthodes de travail de la COTOREP ; par exemple, le conseil général du Gard a fait réaliser fin 2005 un audit de la COTOREP afin de préfigurer et d'accompagner sa reprise par la MDPH. Dans d'autres cas, des objectifs commencent à se dégager sur la modernisation de la procédure ou le renforcement des équipes. A l'inverse, d'autres départements ne manifestent aucune intention particulière en direction de l'AAH, ce qui laisse supposer un certain *statu quo*.

Dans ces conditions, **le risque de disparités fortes dans la qualité et la rapidité des décisions ne doit pas être sous-estimé**, ce d'autant que de telles divergences existaient déjà lorsque le pilotage de l'AAH était placé sous la seule responsabilité de l'Etat.

2. Une « concurrence » entre certains dispositifs

a) Entre le RMI et l'AAH

Le risque d'un glissement d'allocataires du RMI vers l'AAH alimente certaines craintes, notamment au sein des administrations d'Etat. Ce risque s'exprimerait à travers l'intérêt que pourraient ressentir les services départementaux à orienter de manière privilégiée les bénéficiaires d'un minimum social qu'ils gèrent –le RMI- vers un autre minimum social qu'ils ne gèrent pas –l'AAH, mais dont ils pilotent dorénavant la procédure d'attribution.

Ce risque est à la fois plus modéré et plus ambigu qu'il n'y paraît :

- plus modéré, d'une part parce que ce type de fléchage existe déjà, comme en attestent certains courriers portés à la connaissance de la mission, invitant des bénéficiaires du RMI en fin de contrat d'insertion à solliciter une AAH indépendamment de toute mention d'un état de handicap ; et d'autre part parce que, si le montant de l'AAH peut paraître plus attractif que le RMI, l'attribution de l'allocation fait perdre le droit à la couverture maladie universelle (CMU), ce qui rend incertain l'avantage comparatif d'un minimum social sur un autre ;

- plus ambigu, car une appréciation plus rigoureuse du handicap qui résulterait par exemple d'un renforcement de l'équipe médicale et d'une observance plus étroite du guide-barème, pourrait renvoyer sur le RMI un certain nombre de demandeurs de l'AAH.

S'il paraît donc hasardeux d'avancer des hypothèses sur ce point, il conviendra néanmoins de suivre en parallèle, au plan local, les évolutions des admissions à l'AAH et au RMI pour repérer d'éventuels phénomènes de transfert.

b) Dans le placement des personnes handicapées en établissement

Les problèmes de gestion de l'offre de placement en établissement des personnes handicapées sont bien identifiés, et résultent notamment de la faible adéquation entre les besoins d'accueil et l'offre, divisée en catégories d'établissements qui correspondent chacune à un niveau d'autonomie de la personne handicapée (centre d'aide par le travail -CAT-, foyer occupationnel, maison d'accueil spécialisée -MAS). Il est donc fréquent que l'orientation de la personne soit davantage déterminée par les places disponibles que par la réalité de ses besoins de prise en charge.

Or ces catégories d'établissements diffèrent aussi dans leur mode de financement, les CAT relevant de l'Etat, les foyers des départements et les MAS de l'assurance-maladie. De fait, les services départementaux seront désormais seuls en situation, via les MDPH, de maîtriser l'ensemble des orientations vers les différentes institutions. De leur côté, les services de l'Etat manqueront à la fois de pouvoir de décision et de capacité d'anticipation, si un échange d'information régulier sur les orientations n'est pas mis en place, pour gérer efficacement l'offre de places dans les établissements dont l'Etat assure le financement, et plus généralement pour exercer la tutelle des établissements médico-sociaux entrant dans le champ du handicap.

3. Un découplage encore plus accusé entre traitement social du handicap et politiques d'insertion professionnelle

Comme rappelé *supra*, I.B.3., le repérage des allocataires de l'AAH et la mobilisation en leur faveur des politiques publiques pour l'insertion et l'emploi étaient historiquement très insuffisants.

Deux mesures de la loi du 11 février 2005 tendent à améliorer l'accès à l'emploi des allocataires de l'AAH : d'une part, des possibilités de cumul entre allocation et revenus d'activité étendues jusqu'à 1,3 SMIC, afin d'accroître l'incitation à la reprise d'emploi ; d'autre part, l'extension du bénéfice de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés aux allocataires de l'AAH, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors. Par ailleurs, la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a ouvert les contrats d'avenir et les contrats d'insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA) aux bénéficiaires de l'AAH.

Toutefois, ces nouvelles règles n'ont pas été accompagnées à ce jour de la mise en place d'un dispositif *ad hoc* ni d'instructions spécifiques concernant leur mise en œuvre et leur suivi par les acteurs locaux du service public de l'emploi (SPE) ; or l'absence de relation instituée entre MDPH et acteurs du SPE risque de limiter sérieusement l'efficacité de ces nouvelles dispositions.

La prise en compte de ce risque par les administrations centrales est intervenue au cours de la mise en œuvre de la réforme : une première fiche de la DGAS au cabinet du ministre datée de septembre 2005 et relative au « retour à l'emploi des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés » soulignait ainsi :

« Il convient pour donner sa pleine efficacité à ces dispositions que les opérateurs du service public de l'emploi intègrent pleinement ce nouveau public des bénéficiaires de l'AAH dans leurs préoccupations (...). Cela suppose :

- une information des différents acteurs sur les nouvelles dispositions évoquées afin qu'ils se les approprient ; désormais les bénéficiaires de l'AAH doivent être reconnus comme publics prioritaires des politiques de l'emploi, à l'instar des autres bénéficiaires de minima sociaux ;

- une réflexion sur l'accompagnement à leur apporter dans leur parcours, de l'inscription à l'ANPE jusqu'au retour à l'emploi.».

Une note plus complète au cabinet datée du 31 janvier 2006 évoque parmi les difficultés à résoudre « un cadre institutionnel non encore stabilisé » au-delà du rôle du référent pour l'insertion professionnelle de la MDPH défini de façon laconique par la réglementation (art. R 146-30 du code de l'action sociale et des familles)²⁵ ; elle présente toutefois des pistes d'amélioration et des propositions, formalisées dans deux scénarios :

- le premier scénario prévoit une pré-orientation systématique des demandeurs par la MDPH, ce qui suppose une évaluation des capacités professionnelles par une équipe dédiée de la CDAPH ;

- le second scénario propose le couplage systématique de la demande d'AAH avec une demande d'orientation professionnelle et/ou de RQTH.

Validées dans leur principe, ces propositions font désormais l'objet d'un groupe de travail DGAS/DGEFP qui doit établir un plan d'actions, probablement expérimental d'après les renseignements recueillis par la mission auprès de la DGAS. **Pertinente, cette démarche n'en paraît pas moins tardive ; il est donc important qu'elle aboutisse à brève échéance à un schéma de prise en charge des bénéficiaires de l'AAH au titre de l'insertion professionnelle, partagé entre la MDPH et les acteurs du SPE.**

²⁵ Aux termes de l'art. R 146-30 du CASF, « Le référent pour l'insertion professionnelle est chargé des relations de la maison départementale avec le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle pour toutes les questions relatives à l'insertion professionnelle des personnes handicapées. »

III. DANS LE CADRE DE LA NOUVELLE REPARTITION DES COMPETENCES SUR LE HANDICAP, L'ETAT DOIT AFFIRMER UNE STRATEGIE DE L'AAH ET UN PILOTAGE RESSERRE ET CLARIFIE

Les constats sur le fonctionnement passé des COTOREP font clairement ressortir la nécessité de sortir d'une gestion au fil de l'eau, marquée par l'absence d'objectifs définis et d'outils de suivi des allocataires, et d'exprimer une véritable politique publique sur l'AAH qui fait défaut jusqu'à présent.

Les propositions de la mission portent sur trois domaines :

- **la question de principe de la répartition des compétences entre l'Etat et les départements sur le handicap doit être posée ;**
- **si l'Etat conserve ses prérogatives sur l'AAH, il doit être à même de développer une stratégie claire et de mettre en place des outils de suivi et de contrôle ;**
- **cette stratégie doit s'appuyer sur un pilotage sensiblement renforcé qui tienne compte de la nouvelle répartition des compétences.**

A. La question d'une décentralisation de l'AAH conserve toute sa pertinence

En plaçant les maisons départementales des personnes handicapées sous la responsabilité des départements, et en attribuant à ceux-ci la délivrance d'une nouvelle prestation, la PCH, la loi du 11 février 2005 marque une orientation claire en faveur de la décentralisation en matière de politiques du handicap.

On peut donc estimer que si l'Etat, les organismes de sécurité sociale, les communes et le tissu associatif conservent leur propre logique d'intervention, les départements, *via* les MDPH, seront de plus en plus conduits à coordonner et fédérer l'ensemble de leurs initiatives et seront les mieux à même de développer une approche globale du handicap. Une telle logique aurait pu conduire à arbitrer en faveur d'une décentralisation complète de la politique du handicap, ce qui aurait entraîné entre autres conséquences le transfert de l'AAH aux départements, à l'instar de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou du RMI.

Ce choix n'a pas été fait, la logique de décentralisation n'ayant pas été poussée jusqu'à son terme. On peut en donner trois raisons :

- la volonté de marquer une pause dans la décentralisation en n'étendant pas, au moins à ce stade, le champ des compétences transférées ;
- la question problématique du transfert de ressources fiscales aux collectivités désormais prévu par la Constitution ;
- une certaine réticence manifestée par les associations face à ce qui aurait pu être ressenti comme un désengagement de l'Etat de la politique du handicap.

En dépit de ces réserves et des raisons qui les alimentent, il ne faut sans doute pas écarter définitivement l'hypothèse d'une décentralisation plus aboutie qui reposerait notamment sur le transfert de l'AAH, moyennant les transferts de ressources appropriés. A cet égard, au terme de la première année de fonctionnement des MDPH, il sera possible de mieux mesurer le bénéfice tiré et les éventuelles limites du mode de pilotage qui a été retenu et les progrès supplémentaires que pourrait apporter la décentralisation.

Quelle que soit la solution retenue en définitive, l'hypothèse d'un rapprochement des procédures et des financements relatifs à l'incapacité et ceux relevant de l'invalidité, semble moins d'actualité désormais. La mission sur l'AAH de 1998 avait en effet envisagé une fusion de la procédure d'examen des demandes d'invalidité, gérée par l'assurance-maladie, avec celle de l'AAH ; dans le même esprit, le rapport IGAS/IGF de 2003 sur le fonds spécial d'invalidité (FSI) préconisait le rapprochement entre ce fonds et l'AAH. Pertinentes compte tenu du mode de pilotage antérieur, ces orientations paraissent aujourd'hui difficiles à mettre en œuvre et peu en cohérence avec la logique qui a été choisie.

B. Si la répartition des compétences actuelle est conservée, l'Etat doit affirmer une stratégie sur l'AAH

La détermination d'une stratégie de l'Etat sur l'AAH est un préalable au resserrement du pilotage et à la mise en place d'outils de gestion et de suivi modernisés. Quatre axes doivent être privilégiés :

1. Fixer des objectifs de qualité de la procédure, de service rendu aux allocataires et s'assurer de l'égalité de traitement selon les départements

➡ Proposition n° 1 : Fixer les conditions minimales d'examen d'une demande d'AAH
--

- améliorer la partie médicale du dossier de demande ;

Celui-ci est perfectible et peut être largement amélioré. Ces points d'amélioration concernent notamment le degré de précision apporté au traitement médicamenteux administré au demandeur, les pièces complémentaires nécessaires à l'établissement du diagnostic (comptes-rendus, analyses, etc.) et la grille de lecture permettant d'évaluer l'impact du handicap sur les actes de la vie courante. Par ailleurs, une fiche explicative à l'attention du médecin traitant pourrait utilement éclairer ce dernier dans la manière de renseigner le questionnaire.

- systématiser, sauf exception, la visite médicale ;

Le fait que le demandeur soit vu par un médecin de la commission est un facteur clé de qualité de la décision. Sauf dans les cas de renouvellement d'AAH pour une pathologie lourde et parfaitement stabilisée, la visite médicale devrait être rendue systématique. Afin d'être suivie d'effet, cette mesure doit revêtir un caractère réglementaire.

- accroître la ressource en médecins spécialistes, notamment par une meilleure rémunération des vacations ;

Bien que non chiffrée au plan national, la ressource en médecins spécialistes, tout particulièrement en médecins psychiatres, est notoirement insuffisante. L'une des causes de cette insuffisance, en dehors des problèmes de démographie médicale, tient à la faible rémunération des vacations des médecins (généralistes comme spécialistes).

Dans la mesure où l'Etat continuerait, à travers les dotations qu'il verse aux MDPH, à financer ces vacations, la base sur laquelle celles-ci sont rémunérées aujourd'hui doit être substantiellement réévaluée, indépendamment de l'effort que les départements seraient eux-mêmes prêts à consentir. A titre indicatif, une augmentation de 25% de cette rémunération, soit 22,50 € l'heure pour un généraliste et 29 € pour un spécialiste, alourdirait le coût annuel des vacations de moins de 2 M€²⁶.

- *systématiser l'entretien d'évaluation de l'employabilité* ;

Il s'agit là encore de faire de l'évaluation de l'employabilité une formalité substantielle de la décision d'AAH. Plusieurs précisions doivent être apportées :

- Cette évaluation doit être obligatoire lors de la première demande d'AAH, quelle que soit la lourdeur du handicap –ce qui signifie que les demandeurs dont le taux de handicap aura été supérieur à 80% lors de l'examen en bénéficieront eux aussi
- Elle doit être également systématique pour les renouvellements de L821-2 sauf dans l'hypothèse où l'employabilité du demandeur aurait été reconnue comme très faible et peu susceptible d'évoluer lors de la première demande
- Elle doit être conduite de façon pluridisciplinaire (cf. *infra*).

➡ Proposition n° 2 : Définir des objectifs relatifs à l'accueil des publics et au traitement des demandes

Si l'initiative de fixer des objectifs de qualité d'accueil et de traitement des demandes doit essentiellement relever du niveau local, trois grandes lignes directrices peuvent être données au plan national :

- *ramener dès 2007 les délais de décision en-dessous de 4 mois*, c'est-à-dire sous le délai au terme duquel la demande est réputée rejetée ;
- *encourager la mise en place de points d'accueil physique délocalisés*, voie sur laquelle certains départements souhaitent s'engager et qui pourrait recevoir le soutien de la CNSA à travers la contractualisation avec les départements ;
- *préciser les modalités de motivation des décisions* par voie de circulaire aux MDPH sous double couvert des préfets et des présidents de conseil général.

➡ Proposition n° 3 : S'assurer de l'égalité de traitement des demandeurs entre les départements

Il s'agit d'une exigence fondamentale dans un système de pilotage largement décentralisé. Il appartiendra en particulier à l'Etat de :

- *définir des objectifs de convergence* portant à la fois sur la maîtrise de la procédure (délais, conditions d'examen de la demande, taux de rejet) et sur le suivi des décisions prises (mesures d'orientation professionnelle prises, taux de formation proposées, etc.) ;
- *repérer et mutualiser les bonnes pratiques*, rôle qui est celui de la CNSA vis-à-vis des MDPH mais ne vise pas spécifiquement l'AAH à ce jour ;

²⁶ En faisant l'hypothèse d'une augmentation moyenne horaire de 5€ par médecin (la répartition entre généralistes et spécialistes n'étant pas connue) pour 400 000 heures payées annuellement.

- revoir les modalités d'engagement de l'Etat en cas de non respect des objectifs.

L'ensemble de ces propositions doit trouver une traduction dans les conventions passées entre la CNSA et les présidents de conseil général relatives aux MDPH ; il appartiendra aux services déconcentrés de l'Etat de s'assurer de leur bonne application.

2. Développer une stratégie d'insertion

L'absence de stratégie en vue d'offrir aux allocataires une perspective d'insertion sociale et professionnelle constitue actuellement la faiblesse majeure du dispositif. Sans prétendre aboutir à une définition normative de la doctrine en matière d'insertion des bénéficiaires de l'AAH, et en estimant indispensable qu'une concertation puisse s'ouvrir, notamment avec les départements, les associations et les professionnels de l'insertion, pour en préciser les contours, la mission suggère quelques pistes pouvant faciliter l'expression d'orientations stratégiques.

a) Faire vivre les dispositifs existants est la première priorité

L'expression d'une stratégie sur l'insertion passe en premier lieu par une crédibilité réaffirmée des dispositifs existants, aujourd'hui peu ou pas mobilisés. Les deux propositions ci-après n'envisagent de ce fait aucune disposition qui ne repose sur des instruments déjà en place.

➡ Proposition n° 4 : Faire du PDITH l'instrument de programmation et de suivi de l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires de l'AAH

Inégaux dans leur qualité et dans leur effectivité aujourd'hui, et en tout cas peu tournés vers les bénéficiaires de l'AAH, les plans départementaux pour l'insertion des travailleurs handicapés peuvent devenir le cadre contractuel d'impulsion et de coordination des interventions de la MDPH, de l'Etat et des différents partenaires dans le champ de l'insertion professionnelle.

Il convient pour ce faire que les PDITH définissent des objectifs précis, chiffrables et mesurables, sur l'accueil, la formation initiale et continue, la formalisation d'un projet professionnel, l'orientation sur les mesures d'aide à l'emploi ou encore la sensibilisation des employeurs. Une circulaire doit permettre de préciser les attentes et les objectifs de l'Etat. Au-delà, il conviendra de veiller à :

- *intégrer cette démarche dans celle du service public de l'emploi départemental.* Ceci implique que le PDITH devienne le document de référence d'un volet « travailleurs handicapés » du SPE, assorti d'objectifs chiffrés sur les mesures emploi dont la réalisation doit faire l'objet d'un suivi régulier, trimestriel par exemple ;
- *assurer un suivi informatique des bénéficiaires de l'AAH dans l'application « Gide » de l'ANPE ;*
- *assurer un retour d'information au plan national, sous la forme de compte-rendus sur l'exécution des PDITH en SPE national ;*
- *mobiliser la compétence du département en matière d'insertion, ce qui implique en premier lieu que la co-signature du PDITH par le président du conseil général soit systématiquement recherchée.*

➡ Proposition n° 5 : Asseoir l'examen de l'employabilité dans le contexte du handicap sur des critères objectivés

L'enquête de terrain a largement montré le caractère assez superficiel et donc peu objectif de l'examen de l'employabilité des demandeurs de l'AAH. Deux initiatives permettraient d'améliorer sensiblement cet examen, ce qui aurait également pour effet de sécuriser davantage la prise de décision en matière de L 821-2 :

- au plan national : constituer un groupe de travail pour l'élaboration d'une grille de lecture de l'employabilité ;

S'il n'appartient pas à la mission d'en arrêter le modèle, le recours à certaines expertises paraissant un préalable nécessaire, plusieurs critères peuvent servir à alimenter cette grille de lecture, comme la régularité du parcours professionnel antérieur, l'impact du handicap sur les possibilités de reconversion, l'aptitude à suivre des formations professionnalisantes, l'adaptabilité de l'environnement de travail à ce handicap ou encore l'offre d'emploi dans le ou les secteurs dans lequel le demandeur est susceptible d'évoluer. La grille de lecture pourrait recourir à une méthode simple telle que l'établissement d'un « score » exprimé en points.

- au plan local : mettre à la disposition des CDAPH les compétences nécessaires à cette évaluation.

Si la composition de l'équipe d'évaluation doit rester raisonnable, certaines compétences paraissent indispensables pour garantir une évaluation exhaustive et fiable de l'employabilité du demandeur. Il paraît donc nécessaire que l'équipe d'évaluation s'articule autour d'un professionnel du placement (conseiller emploi de l'ANPE ou compétences analogues) et d'un travailleur social, et puisse s'assurer en tant que de besoin d'expertises portant sur des aspects spécifiques (formation, ergonomie du poste de travail), etc.

➡ Proposition n° 6 : Substituer à la notion « d'impossibilité de se procurer un emploi » celle de « désavantage reconnu dans la recherche d'emploi du fait du handicap »

Cette proposition ne vise pas à faire évoluer la notion mais au contraire à rendre sa dénomination plus conforme au motif qui fonde l'octroi de l'AAH au terme de l'article L 821-2, ce qui élimine par la même occasion la confusion possible avec l'incapacité à travailler ou l'incapacité. Elle suppose bien entendu une modification législative.

b) Des réformes touchant aux principes de l'AAH pourraient être ultérieurement envisagées

La dynamique de l'AAH sur longue période et l'augmentation régulière du nombre de bénéficiaires, surtout au titre du L 821-2, peuvent légitimement alimenter une réflexion tant sur les principes mêmes qui conduisent à l'octroi de l'allocation que sur la place de celle-ci parmi les minima sociaux, et notamment la « porosité », réelle ou supposée, entre RMI et AAH autour de la notion de « handicap social ».

Plusieurs thèmes se prêtent à cette réflexion, la liste n'étant évidemment pas exhaustive :

- examiner l'opportunité de découpler l'évaluation du handicap de celle de l'employabilité, notamment afin de mieux tenir compte de la situation de personnes qui, bien que présentant un handicap lourd (déficience moteur, visuelle ou auditive) peuvent néanmoins être très employables ; si le maintien d'un plancher de taux d'incapacité est nécessaire pour distinguer le bénéfice de l'AAH de celui du RMI, l'existence d'un « plafond » au-delà duquel l'employabilité n'est plus examinée n'apparaît plus pertinente.

- *envisager d'accorder l'AAH pour des durées courtes à des personnes moyennement ou fortement employables*, dans le cadre d'une démarche contractualisée d'insertion proche de celle du RMI. Il s'agirait d'un renversement de logique par rapport à l'approche actuelle, qui consiste à n'accorder l'AAH qu'à des personnes dont l'employabilité est considérée comme faible. Ceci poserait inmanquablement la question de la conditionnalité de l'allocation, là encore peu conforme à l'esprit du système actuel.
- en sens contraire, pour les personnes dont l'employabilité et plus globalement la capacité d'insertion est extrêmement faible, *faire de l'AAH une garantie de ressources sans contrepartie*.
- *moduler les conditions et les durées d'octroi de l'allocation en fonction du degré de stabilité du handicap* : ainsi, une AAH « pour soins » pourrait être accordée sur une durée courte, le temps nécessaire à la poursuite d'un traitement lourd. Certaines COTOREP visitées par la mission ont adopté ce type de démarche pour des affections non stabilisées.

En remettant largement en cause certaines des caractéristiques de l'AAH et notamment la distinction entre L 821-1 et L 821-2, ces orientations représenteraient des changements profonds de la philosophie de l'allocation, et nécessiteraient bien évidemment une intervention du législateur. Celle-ci ne prendrait tout son sens que dans une réflexion d'ensemble sur les minima sociaux.

3. Mettre en place une politique contentieuse sur l'AAH

Les données relatives au contentieux (cf. annexe I), bien que partielles, laissent supposer un taux de réformation des décisions des COTOREP particulièrement élevé. Pour crédibiliser les décisions des CDAPH et permettre que, parallèlement à la capacité du directeur de la MDPH d'ester en justice, l'Etat puisse également intervenir sur l'AAH, il importe de définir une véritable politique du contentieux. Une modification des textes ne semble pas s'imposer, l'intérêt pour agir de l'Etat étant d'évidence constitué.

La rénovation de la politique contentieuse passe par la défense des décisions de la commission devant les TCI mais également, sans doute, par une évolution des conditions dans lesquelles les TCI sont amenés à statuer sur l'AAH.

➡ Proposition n° 7 : Assurer la défense de l'administration au contentieux

Informé des recours contre les décisions de la CDAPH, le préfet ou son représentant doit :

- *constituer systématiquement un mémoire en défense* ;
- *déléguer s'il y a lieu un représentant à l'audience*, inspecteur des affaires sanitaires et sociales ou médecin inspecteur si la partie médicale de la décision est en cause ;
- *former appel du jugement* s'il l'estime nécessaire.

Un suivi statistique du contentieux de l'AAH, qui n'existe pas aujourd'hui, doit être mis en place au niveau des greffes des TCI pour rendre compte de cette activité.

➡ Proposition n° 8 : Mieux prendre en compte la spécificité du contentieux de l'AAH

Dans leur composition actuelle, les TCI semblent davantage adaptés au contentieux de l'invalidité qu'à celui de l'incapacité, en témoignent des décisions prises sur la base d'une expertise médicale dont les critères rappellent davantage le protocole suivi par les médecins-conseils de l'assurance-maladie que celui des COTOREP.

A minima, il conviendrait de prévoir des formations régulièrement organisées sous l'égide de la DGAS à l'attention des experts médicaux et des formations de jugement des TCI. *A plus long terme*, une réforme du contentieux technique de l'AAH pourrait être engagée ; il n'y a en effet pas de logique évidente à confier aux partenaires sociaux, comme c'est le cas actuellement, le contentieux d'une allocation qui ne relève pas de la sécurité sociale.

4. Définir une politique de contrôle

Aujourd'hui, l'examen des conditions de ressources des bénéficiaires de l'AAH ne fait pas l'objet d'une politique de contrôle spécifique. Trois propositions peuvent être faites pour y remédier :

➡ Proposition n° 9 : Renforcer les contrôles des organismes liquidateurs sur l'AAH

La sécurisation des procédures de contrôle relatives au versement de l'AAH nécessite la mise en place rapide :

-d'un fichier et d'un identifiant nationaux des allocataires de la branche famille, à partir du numéro INSEE ;

Cette mesure qui concerne le contrôle de l'ensemble des prestations servies par les CAF et est d'ailleurs prévue par la COG de la CNAF, doit désormais être mise en œuvre dans les meilleurs délais.

-de procédures dématérialisées et systématiques d'échanges de fichiers avec les caisses assurant le versement des pensions d'invalidité et des rentes d'accident du travail ;

Actuellement, la CNAF n'envisage que de sécuriser et d'homogénéiser la procédure partiellement informatisée, très lourde et mal appliquée, en œuvre avec la caisse nationale d'assurance maladie et ses caisses primaires.

-le rétablissement d'une cible au plan de contrôle pour l'année 2007 qui permettrait de vérifier le respect de la primauté des droits à pension d'invalidité et à rentes d'accident du travail par rapport à l'AAH.

Cette nouvelle cible ferait suite à la suppression en 2006 de la cible 36, qui impliquait des contrôles sur place suite à détection d'allocataires d'AAH en cessation d'activité et ne percevant par ailleurs aucune pension. Afin d'éviter les montants importants d'indus générés par la mise en œuvre de la cible 36, les contrôles pourraient être mis en œuvre dès la connaissance, par le système d'information des CAF, de la cessation d'activité.

➡ Proposition n° 10 : Faire précéder l'examen de la demande par la CDAPH par l'examen des conditions administratives et de ressources par la CAF

Cette proposition offrirait le double avantage de réduire à la source les risques d'attribution de l'allocation à des demandeurs ne remplissant pas les conditions de ressources, et d'effectuer un tri en amont des dossiers de demandes soumis à la décision de la CDAPH.

A titre indicatif, on estime qu'environ un quart des décisions d'accord sur l'AAH ne donne pas lieu à ouverture de droits par les CAF (cf. annexe I). Cette inversion du circuit actuel de traitement est en outre cohérente avec l'examen par les organismes payeurs de la condition de l'absence d'exercice d'un emploi rémunéré pendant 1 an désormais requise pour l'octroi d'une AAH au titre du L 821-2. Elle suppose toutefois une liaison informatique entre les CAF et les MDPH ; il conviendrait d'en mesurer l'impact.

C. Cette stratégie doit s'appuyer sur un pilotage réaffirmé

1. Propositions relatives au pilotage national

L'évolution de la gestion de l'AAH rend d'autant plus nécessaire un pilotage national de l'allocation, garant des orientations de l'Etat en termes de qualité et d'égalité de traitement des personnes sollicitant l'allocation.

La montée en puissance de l'opérateur national qu'est la CNSA est un atout indéniable qui ne doit cependant pas conduire les administrations centrales compétentes au désengagement et au repli sur la programmation budgétaire et la production normative, mais doit au contraire s'accompagner de l'exercice, plus nettement et mieux affirmé qu'aujourd'hui, d'une maîtrise d'ouvrage stratégique sur l'AAH.

a) Un pilotage sous maîtrise d'ouvrage Etat

La mission formule quatre recommandations visant d'une part à responsabiliser chacun des intervenants sur sa mission propre dans la définition et la conduite d'une stratégie sur l'AAH, et d'autre part à assurer une coordination plus efficace entre les volets « emploi » et « solidarité », problématique qui dépasse d'ailleurs le cadre des politiques du handicap et renvoie à la structuration même des ministères chargés des affaires sociales, de la santé et de l'emploi.

➤ Proposition n° 11 : Conforter la DGAS dans sa fonction de pilotage stratégique de l'AAH

Compétente pour la programmation budgétaire et l'élaboration des textes relatifs à l'AAH, la DGAS a vocation à définir les orientations stratégiques sur le pilotage de l'allocation et le suivi de ses bénéficiaires, et doit à ce titre être le principal donneur d'ordres de la CNSA. Ceci peut emporter pour conséquence une redéfinition de ses missions et de son organisation interne, afin d'assurer une cohérence plus forte entre la compétence sur le handicap et le pilotage des minima sociaux.

➤ Proposition n° 12 : Responsabiliser la DGEFP sur la définition d'une stratégie en matière d'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'AAH

Les orientations proposées par la mission en termes de définition d'objectifs d'insertion professionnelle et leur suivi régulier à travers le SPE national appellent une implication très forte de la DGEFP. Actuellement assurée par une mission pour l'emploi des travailleurs handicapés (METH) au sein de la sous-direction du service public de l'emploi, cette fonction pourrait être renforcée.

➤ Proposition n° 13 : Assurer la cohérence du pilotage de l'AAH par la mise en place d'un comité stratégique associant les directions concernées, avec l'appui le cas échéant du secrétariat général.

Au-delà du renforcement du pilotage par les deux directions d'administration centrale concernées, le secrétariat général a également un rôle central de coordination à jouer, en particulier dans la phase de mise en place des MDPH.

Le suivi des mises à disposition de personnel de l'Etat aux MDPH, et la maîtrise d'ouvrage stratégique de la mise en place du système d'information national en sont deux éléments essentiels. A terme, si le secrétariat général n'a pas vocation à piloter lui-même la politique d'AAH, il peut intervenir le cas échéant en appui des administrations dans la définition d'une stratégie cohérente sur l'AAH, et dans la définition des attentes de l'ensemble des directions vis à vis de la CNSA.

b) Le rôle de maître d'œuvre de la CNSA

La montée en charge rapide et son action déjà perceptible dans l'animation et l'appui apportés aux MDPH mettent la CNSA en capacité de jouer un rôle éminent dans la conduite des politiques en faveur des personnes handicapées. Tout en conservant à l'Etat la maîtrise d'ouvrage stratégique sur ces politiques, l'expertise et le savoir-faire acquis par la CNSA doivent pouvoir être mobilisés sur le pilotage de l'AAH.

Si la loi ne donne pas formellement compétence à la CNSA sur l'AAH, la 6^{ème} mission qui lui est confiée par l'article 56 de la loi du 11 février 2005 (article L 14-10-1 du Code de l'action sociale et des familles) paraît recouvrir un tel champ, disposant que « la CNSA a pour mission (...) d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les MDPH (...), de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins ». De même, l'article 88 de la loi, codifié aux art. L 247-1 et s. du CASF dispose que les MDPH transmettent à la CNSA les données relatives à leur activité.

Il faut toutefois relever la rédaction de l'article L 247-2 qui risque dans la pratique de s'avérer bloquante, la loi ayant prévu que, si les MDPH peuvent transmettre des données *individuelles sur les personnes*, elle doivent en revanche transmettre des données « *agrégées concernant les décisions* » mentionnées à l'article L 241-6 », c'est-à-dire celles prises par les CDAPH. Si cette différence de rédaction entre les informations relatives aux personnes et celles relatives aux décisions devait être interprétée de façon restrictive par la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), cela aboutirait à une perte d'information préjudiciable pour le pilotage. *Il conviendrait donc sur ce point de procéder à une modification de la loi pour supprimer le mot « agrégées ».*

Au-delà de cette modification, il convient en outre que la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNSA explicite les missions que l'Etat entend confier à l'opérateur.

➡ Proposition n° 14 : Donner compétence à la CNSA sur l'AAH par avenant à la COG Etat/CNSA

L'avenant, qui pourrait être négocié et conclu dès la fin du premier semestre de cette année, se déclinerait comme suit :

- *l'ajout aux 9 missions existantes d'une 10^{ème} mission de suivi de l'AAH*, rendant notamment la CNSA destinataire de la remontée des données d'activité relatives à l'allocation en provenance des MDPH, et des données détenues par les CAF et les MSA ;
- *une compétence spécifique sur le suivi en matière d'emploi et d'insertion*, permettant également à la CNSA de mettre en place des outils de suivi des décisions prises dans ce domaine par les CDAPH et les suites données dans le cadre du SPE départemental. La CNSA pourrait ainsi dans un futur proche proposer à l'Etat une batterie d'indicateurs relatifs aux formations proposées, aux reclassements, aux bénéficiaires de mesures emploi, ainsi plus généralement qu'aux sorties du dispositif AAH ;
- *la mise en place, en amont des conseils d'administration de la CNSA, d'un « comité des utilisateurs »* afin de formaliser et d'homogénéiser les attentes des services de l'Etat envers la CNSA sur la remontée d'information en matière d'AAH

➡ Proposition n° 15 : Prévoir un volet médical du système d'information national des MDPH sur l'exemple du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)

Compte tenu du caractère stratégique de la décision médicale dans l'attribution de l'AAH, la remontée de la seule information administrative sur le suivi des demandeurs priverait la CNSA, et par conséquent son commanditaire, d'éléments essentiels permettant d'éclairer la nature des décisions prises par les médecins.

Cette médicalisation du système d'information présenterait également un intérêt non négligeable en termes d'information statistique sur le handicap et pourrait ainsi contribuer à éclairer la prise de décision dans d'autres domaines, notamment la définition et la mise en œuvre des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC).

La mission recommande de suivre une démarche proche de celle adoptée pour la mise en place du PMSI en matière hospitalière, la densité et la complexité de l'information à collecter étant toutefois nettement moindres pour les décisions médicales des CDAPH. Une cellule experte composée de médecins et de statisticiens, placée au sein de la CNSA, pourrait dès lors :

- *formuler des propositions pour paramétrer l'information médicale* à recueillir (origine, nature et manifestations du handicap, traitement suivi, etc.) et définir le protocole de codage que les médecins des CDAPH devront suivre
- *définir les « alertes » ou « anomalies »* à partir desquelles les décisions médicales doivent faire l'objet d'une analyse plus approfondie ;
- *mettre en œuvre des contrôles ciblés sur place* visant à « recoder » un échantillon de dossiers, selon une procédure qui peut s'inspirer de celle définie par la mission dans le cadre de la présente enquête (cf. annexe I).

Cette cellule d'expertise et de contrôle peut être relativement légère : compte tenu du champ à couvrir, beaucoup moins vaste que celui du PMSI, et du temps nécessaire aux contrôles²⁷, une équipe de 4 à 5 médecins paraît suffisante.

Les résultats de ces contrôles auraient naturellement vocation à être rendus publics.

2. Propositions relatives au pilotage local

Pour l'essentiel, le pilotage au plan local constitue la déclinaison des objectifs définis ci-dessus au niveau national, en s'appuyant sur les outils nouveaux (système d'information médicalisé, plan de contrôle) et sur l'activation des dispositifs existants (PDITH notamment). En particulier, il reviendrait aux DDASS et DDTEFP de s'assurer de la conduite à bonne fin des engagements conclus entre les présidents de conseil général et la CNSA et de la mise en œuvre par le SPE départemental des orientations données par le niveau national.

Au-delà, la mission formule deux propositions pour améliorer la fonction de pilotage au plan local :

➤ Proposition n° 16 : Donner voix prépondérante aux représentants de l'Etat au sein des CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH

Il s'agit de réintroduire un parallélisme de procédure avec la maîtrise de la décision reconnue au département sur l'attribution de la PCH. Il semble en effet logique que l'Etat dispose du pouvoir de décision en dernier ressort sur l'attribution d'une prestation qu'il finance en totalité. Le même raisonnement doit d'ailleurs être adopté pour les autres décisions qui relèvent de l'Etat, en particulier l'attribution de la carte d'invalidité qui ouvre droit à certains avantages fiscaux.

²⁷ Selon la mission, deux journées de contrôle permettent à un médecin intervenant seul d'examiner environ 100 dossiers, ce qui paraît suffisant pour effectuer une analyse de premier niveau des décisions prises par une commission. Sous réserve de contrôles approfondis en cas d'anomalies graves, qui pourraient le cas échéant être confiés à un médecin inspecteur de santé publique de la DRASS, un plan national de contrôle consistant à auditer 30 départements chaque année nécessiterait donc 60 jours-médecin, ce qui paraît compatible avec le format de la cellule donné à titre indicatif par la mission.

➤ Proposition n° 17 : Permettre l'accès du médecin de la CDAPH aux données détenues par l'échelon local du service médical (ELSM) de l'assurance-maladie avec l'accord exprès de la personne

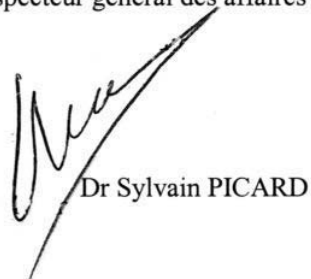
Les médecins de l'assurance-maladie disposent d'un ensemble de données relatives à l'état de santé des personnes et à leur consommation médicale. Cet historique du parcours de soins est particulièrement utile pour apprécier les conséquences d'une pathologie et les contraintes du traitement. Aussi, selon une modalité de partage d'information à définir et, en tout état de cause, sous réserve de l'accord exprès du demandeur, la mise à disposition de ces données du médecin de la CDAPH fournirait une aide précieuse à la décision.

Paris, le 3 avril 2006

L'inspecteur général des finances,


François AUVIGNE

L'inspecteur général des affaires sociales,


Dr Sylvain PICARD

Les inspecteurs des finances,


Gilles CLAVREUL

L'inspecteur des affaires sociales,


Gautier MAIGNE


Anne Michèle BASTÉRI

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I :LES PROCÉDURES D’ATTRIBUTION DE L’AAH DANS LES COTOREP

ANNEXE II : LES FACTEURS D’ÉVOLUTION DE L’AAH

ANNEXE III : LE GUIDE BARÈME UTILISÉ PAR LES CDES ET LES COTOREP

ANNEXE IV :LES CONTRÔLES EXERCÉS PAR L’ORGANISME PAYEUR

ANNEXE I

LES PROCÉDURES D'ATTRIBUTION DE L'AAH

DANS LES COTOREP

SOMMAIRE

I.	LES PROCEDURES D'ATTRIBUTION DE L'AAH DANS LES COTOREP	47
A.	Les textes encadrent peu les procédures d'attribution de l'AAH	47
1.	L'examen des demandes est en principe collégial et pluridisciplinaire	47
2.	L'obligation de visite médicale ne semble établie que pour les déficiences intellectuelles ..	47
3.	Un taux précis d'incapacité doit être fixé.....	47
4.	Un guide de procédure à l'attention des COTOREP adapte les exigences posées par les textes	48
B.	Les procédures varient sensiblement d'un département à l'autre.....	48
1.	L'expertise médicale se limite souvent à une analyse sur pièces	48
2.	Le mode de fixation des taux et la durée d'attribution ne sont pas homogènes selon les départements	49
3.	La collégialité de la procédure, pourtant prévue par la loi, n'est pas toujours garantie	51
II.	L'EXAMEN DES DOSSIERS REVELE DES INSUFFISANCES IMPORTANTES DANS L'ANALYSE DE LA SITUATION DES DEMANDEURS.....	55
A.	Les erreurs d'appréciation de taux sont fréquentes.....	56
1.	23,4% des dossiers analysés par la mission comportent des taux inexacts	56
2.	Plusieurs facteurs peuvent expliquer la fréquence des erreurs détectées	57
B.	Le critère de l'IPE est l'objet d'interprétations variables, subjectives et pragmatiques	59
1.	13,6% des dossiers analysés sont injustifiés ou insuffisamment étayés sur le critère de l'IPE	59
2.	Des causes objectives de traitement peu satisfaisant des dossiers peuvent être identifiées ..	60
III.	LE FONCTIONNEMENT DES COTOREP NE GARANTIT PAS UNE QUALITE DE SERVICE SUFFISANTE	61
A.	La tenue des dossiers manque de rigueur	61
B.	L'instruction par les CAF des conditions de recevabilité administrative et financière après l'avis de la COTOREP induit des effets pervers	62
C.	Les délais de traitement des dossiers sont importants	63
1.	En moyenne, un dossier est traité en 3,8 mois.....	63
2.	Les délais importants s'expliquent moins par le niveau des effectifs administratifs que par les problèmes liés à l'organisation des équipes médicales	64
D.	Le suivi des publics allocataires est très faible.....	66
1.	C'est sur les dossiers de demande d'AAH seule que l'accompagnement vers l'emploi des publics bénéficiaires est le plus faible	66
2.	Les dossiers comportant une demande d'AAH accompagnée d'une demande d'orientation professionnelle et/ou d'une RQTH font l'objet d'un suivi plus affirmé mais très insuffisant	67
E.	Aucune politique de gestion du contentieux n'a été mise en place alors que celui-ci est très largement favorable à l'administré.....	68
1.	Le contentieux des décisions des COTOREP ne fait l'objet d'aucun suivi	68
2.	Les chiffres disponibles montrent que le taux de réformation des décisions prises par les COTOREP est important.....	69

I. LES PROCEDURES D'ATTRIBUTION DE L'AAH DANS LES COTOREP

A. Les textes encadrent peu les procédures d'attribution de l'AAH

1. *L'examen des demandes est en principe collégial et pluridisciplinaire*

- L'expertise de l'équipe pluridisciplinaire

Les instructions relatives à l'organisation et au fonctionnement des COTOREP unifiées sont définies par la circulaire DGAS/DAGPB/DGEFP/DAGEMO du 27 février 2002.

Celle-ci prévoit la constitution d'une équipe technique pluridisciplinaire chargée d'examiner dans sa globalité la situation d'une personne qui s'est adressée à la COTOREP. Sa composition minimale a été précisée par le décret du 19 décembre 2003, soit « au moins un médecin, un assistant de service social, un psychologue, un conseiller pour l'emploi », avec une possibilité de recours à des expertises extérieures.

La circulaire précise que « **sauf exception médicalement justifiée dans les cas de renouvellement, toute personne handicapée qui dépose une demande doit être reçue par plusieurs membres de l'équipe technique** suivant les modalités à préciser dans chaque COTOREP » et qu'« en aucun cas les modalités de réunion de l'équipe technique ne doivent conduire à reproduire l'existence des deux équipes techniques distinctes » en œuvre avant la fusion des deux sections²⁸.

- La commission doit recevoir l'ensemble des demandeurs

La composition de la commission ainsi que ses modalités d'intervention sont précisées par l'article L 323-11 du code du travail, complété par le décret du 19 décembre 2003 et la circulaire du 19 février 2004. Ces textes prévoient que « la personne handicapée et, s'il y a lieu, son représentant légal sont convoqués à la séance au cours de laquelle la commission examine sa demande²⁹ », emportant obligation réglementaire de recevoir chaque demandeur.

2. *L'obligation de visite médicale ne semble établie que pour les déficiences intellectuelles*

Les textes ne posent pas d'obligation de visite médicale pour le traitement des demandes. L'annexe au décret du 4 novembre 1993 portant réforme du guide-barème indique toutefois, spécifiquement pour le chapitre 1 relatif aux déficiences intellectuelles et difficultés du comportement, que l'expert fixera un taux « après avoir fait un examen lui permettant de porter autant que faire se peut un diagnostic étiologique ».

3. *Un taux précis d'incapacité doit être fixé*

Le décret de 1993 précité prévoit que « le taux d'incapacité est apprécié suivant le guide-barème » qui lui est annexé.

²⁸ Les textes fondateurs des COTOREP prévoyaient la constitution de deux sections en leur sein, avec deux instances décisionnelles séparées relevant des domaines de l'action sociale d'une part, et du travail d'autre part.

²⁹ Aux termes du décret.

Bien que le barème n'indique pas de taux précis, sauf pour les déficiences sensorielles, mais des fourchettes de taux d'incapacité en fonction du degré de sévérité de l'incapacité³⁰, sa circulaire d'application du 23 novembre 1993 explicite la démarche de « fixation du taux d'incapacité », notamment dans les cas de déficiences multiples, où le « taux synthétique se distribue selon différentes classes » (soit 0% à 50%, 50% à 80% et 80% ou plus), éventuellement au moyen de la méthode dite des « incapacités restantes³¹ ».

4. Un guide de procédure à l'attention des COTOREP adapte les exigences posées par les textes

Un guide de procédure a été élaboré par la mission d'appui au fonctionnement des COTOREP placée auprès de la direction générale de l'action sociale (DGAS) et validé en comité de pilotage réunissant l'ensemble des directions des ministères concernées. Certaines de ses orientations s'éloignent des textes normatifs :

- compte tenu des retards constatés dans les prises de décision des COTOREP et conformément à une circulaire du 1^{er} août 1994, le guide incite les commissions à statuer sur listes pour certains dossiers, sans convoquer les demandeurs ;
- il préconise, sauf demande expresse des personnes, de fixer une fourchette de taux et non un taux précis. Les documents de formations dispensées aux médecins coordonnateurs par la mission d'appui aux COTOREP reprennent cette suggestion.

Le guide insiste toutefois sur la nécessité d'une procédure collégiale, garantie par la tenue d'équipes techniques pluridisciplinaires, le médecin ne devant pas donner seul un avis sur la demande.

B. Les procédures varient sensiblement d'un département à l'autre

Le faible encadrement juridique de la procédure, notamment concernant la programmation des visites médicales, a suscité des pratiques fortement divergentes entre départements. En outre, l'augmentation continue des demandes d'AAH a entraîné une application souple des dispositions organisant la collégialité.

1. L'expertise médicale se limite souvent à une analyse sur pièces

Les COTOREP visitées ont mis en œuvre une **programmation pragmatique des visites médicales, qui dépend largement de leurs effectifs médicaux** disponibles.

Il est procédé à un pré-tri des dossiers par les médecins qui permet d'identifier les demandes qui pourront être analysées sur pièces, la visite médicale apparaissant comme une **procédure subsidiaire** :

- dans l'ensemble des départements, une visite médicale doit être programmée lorsque les pièces présentes au dossier ne permettent pas de se prononcer sur les critères d'attribution de l'AAH (certificats douteux et incomplets, pathologies complexes ou évolutives, etc.) ;

³⁰ Forme légère de 1 à 15%, forme modérée de 20 à 45%, forme importante de 50 à 75%, forme sévère ou majeur de 80 à 95%.

³¹ Addition de taux selon la « règle de Balthazar ».

- au delà, certains départements ont fixé des lignes directrices plus fermes, posant une obligation systématique de visite médicale pour les premières demandes³² et les baisses de taux³³.

Compte tenu de l'hétérogénéité des orientations des départements, les COTOREP sont amenées à programmer plus ou moins fréquemment des visites médicales. **L'analyse de dossiers conduite par la mission a pourtant mis en évidence que l'existence d'une visite médicale pouvait influencer sensiblement la qualité de la décision** (cf. *infra*).

Aucune donnée statistique n'est toutefois disponible sur le *ratio* de dossiers ayant donné lieu à visite médicale, ce qui empêche tout suivi qualitatif du traitement des demandes.

2. Le mode de fixation des taux et la durée d'attribution ne sont pas homogènes selon les départements

a) L'attribution des taux, rarement motivée, s'effectue selon des modalités variables

Alors même que les textes réglementaires prévoient la fixation d'un taux précis, les pratiques divergent fortement selon les départements :

- deux départements visités ont opté pour la fixation d'une **fourchette de taux** correspondant aux seuils d'attribution de l'AAH (inférieur à 50%, 50% à 79%, supérieur ou égal à 80%)³⁴ et un département fixe indifféremment des taux précis ou des fourchettes³⁵. La notification de la décision au demandeur indique ces fourchettes ;
- d'autres COTOREP définissent des **taux d'incapacité précis**, qui sont notifiés comme tels aux demandeurs ;
- dans des cas restreints (2% des dossiers analysés³⁶), les médecins ont proposé un taux d'incapacité de 66% ou 67%, correspondant à la détermination par le médecin conseil de l'assurance maladie pour le régime de l'invalidité d'une perte de 2/3 de la capacité de travail ou de gain. **Cette logique**, motivée par la volonté de ne pas susciter d'incompréhensions quant à d'éventuels écarts dans l'évaluation de l'incapacité par les deux régimes, **est toutefois irrecevable puisque les critères d'évaluation et finalités mis en œuvre par les deux régimes sont différents**, l'appréciation de la perte de gain ou de capacité de travail ne reposant sur aucun barème et n'ayant pas vocation à déterminer un taux d'incapacité générique découlant du handicap.

L'information délivrée au demandeur est d'inégale précision. Dans tous les cas, les dossiers analysés par la mission ne contenaient de motivation permettant de justifier le taux ou la fourchette de taux retenus.

³² Cf. Aude, Rhône, Var pour les premières demandes relatives au L 821-2. Le Gard et le Nord mettent également l'accent sur les premières demandes, mais les personnes ne sont pas reçues systématiquement.

³³ Cf. Aude, Loire, Nord, Var.

³⁴ Départements du Nord et de la Loire.

³⁵ Département de l'Aude.

³⁶ 8 cas dans les Bouches du Rhône et 1 cas dans le Var.

b) La décision sur les durées d'attribution n'obéit pas à des règles homogènes

Compte tenu des conséquences de l'évolutivité de certaines pathologies sur l'évaluation du taux d'incapacité et de l'employabilité³⁷, la détermination de la durée d'un accord est l'un des éléments essentiels permettant de valider une décision en matière d'AAH.

Les textes réglementaires encadrent les durées d'octroi en prévoyant que l'allocation peut être accordée pour une période au moins égale à un an et au plus égale à cinq ans, et de manière exceptionnelle dix ans pour les handicaps lourds stabilisés. Les COTOREP statuent librement dans le cadre de ces seuils³⁸. Au niveau national pour l'année 2004, les durées moyennes d'accords sont de :

- 3,5 ans pour le L 821-2 ;
- 5,5 ans pour le L 821-1³⁹.

Si les COTOREP visitées n'ont pas posé de règles précises d'attribution des durées, l'analyse des dossiers fait ressortir des critères communs :

- l'évolution prévisible de la pathologie ;
- éventuellement l'âge du demandeur⁴⁰ : ainsi les demandeurs les plus jeunes se voient-ils fréquemment accorder des allocations pour une durée réduite, afin de prévenir le risque d'« installation » dans l'allocation ; à l'inverse, pour de nombreux demandeurs âgés de plus de 55 ans (et parfois dès 50 ans), l'allocation est attribuée « jusqu'à 60 ans ».

Au-delà, les pratiques sont très variables et dépendent largement des possibilités de réexamen fréquent des dossiers. De fait, le choix de la durée minimale prévue par les textes (un an) reste rare, sauf cas particulier (pathologies cancéreuses notamment).

Les erreurs manifestes relevées par la mission ne sont pas négligeables, puisque 14 dossiers sur 282 accords se sont vus attribuer des durées excessives au vu des éléments du dossier, soit **5%**.

L'absence de remontées d'informations permettant des comparaisons entre COTOREP ne permet toutefois pas de mutualiser les bonnes pratiques, comme celle mise en œuvre par le département des Pyrénées-Orientales, qui module les durées d'attribution selon les capacités d'insertion et prévoit notamment une durée d'un an pour les primo demandeurs jeunes dont l'employabilité est forte.

En outre, certaines commissions ont posé des règles d'attribution de durée qui peuvent contribuer à accroître la charge de travail des services : ainsi la COTOREP du Rhône refuse les durées de plus de trois ans en cas d'impossibilité de se procurer un emploi compte tenu du handicap (IPE), alors même que certaines pathologies stabilisées ne nécessitent pas de réexamen fréquent.

³⁷ Critère de l'impossibilité de se procurer un emploi (IPE).

³⁸ Article R 821-5.

³⁹ Données DREES, « Etudes et résultats – Augmentation sensible de l'activité des COTOREP en 2004 », n°455, décembre 2005. **Les durées varient également sensiblement selon qu'il s'agit d'une première demande (4 ans en moyenne) ou d'un renouvellement (5 ans en moyenne).**

⁴⁰ Notamment pour les décisions motivées par l'impossibilité de se procurer un emploi.

3. La collégialité de la procédure, pourtant prévue par la loi, n'est pas toujours garantie

a) L'expertise pluridisciplinaire est faible en matière d'AAH

La procédure collégiale et pluridisciplinaire prévue par les textes pour toute demande d'AAH n'est pas systématique.

Contrairement aux textes en vigueur, la plupart des départements ont maintenu les **équipes techniques existantes, dont la composition varie selon les demandes à traiter**. C'est en matière de demandes simples d'AAH que ces équipes sont les plus réduites et ne remplissent pas les critères de composition minimale posés par décret.

En outre, **les équipes techniques n'analysent pas la totalité des demandes d'AAH**, les différents départements ayant fixé des règles de sélection des dossiers devant faire l'objet d'une procédure collégiale (cf. tableaux 1 et 2). Il s'agit en général des dossiers sélectionnés par les médecins du fait de leur caractère problématique et/ou ceux ayant fait l'objet d'une visite médicale. Les demandes n'ayant pas été sélectionnées à ce titre sont en conséquence soumises à l'avis d'un seul médecin, sans contre-expertise collégiale. Le logiciel de gestion utilisé par les COTOREP(ITAC) ne prévoyant pas de codification des demandes donnant lieu à passage en équipe technique, la mission n'a pu disposer de la proportion de ces dossiers sur le total des demandes examinées.

Enfin, alors que les textes prévoient que plusieurs membres de l'équipe technique reçoivent chaque demandeur, cette obligation n'est en pratique remplie que partiellement, en cas de visite médicale.

Le non respect de la procédure réglementaire se double de modes très variables de composition des équipes techniques et d'analyse des dossiers d'AAH entre COTOREP.

- Les procédures de traitement des demandes d'AAH seule restent très médicalisées et font l'objet d'une faible collégialité

Les équipes techniques chargées d'analyser les dossiers d'AAH qui n'ont pas fait l'objet, parallèlement d'une demande d'orientation professionnelle ou de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé sont, dans les départements visités, réduites voire inexistantes.

Ainsi les départements du Nord, du Rhône, et de la Loire (hors pathologies psychiatriques) ne mettent en œuvre aucune procédure technique pluridisciplinaire et se limitent à une analyse du dossier par le seul médecin.

Lorsque de telles équipes existent, **leur composition est généralement à dominante médicale et ne correspond pas aux dispositions du décret de 2002⁴¹**, ce qui ne permet pas d'expertiser sous l'angle pluridisciplinaire la notion d'impossibilité de se procurer un emploi, qui est le deuxième critère d'attribution de l'AAH sous le régime de l'article L 821-2⁴².

Notamment, l'exigence de présence d'un conseiller pour l'emploi n'a pas été respectée.

⁴¹ A l'exception de l'équipe technique des Pyrénées Orientales.

⁴² Lorsque le taux d'incapacité se situe entre 50% et 79%.

Tableau 1 : Traitement des demandes simples d'AAH

Dpt	Composition de l'équipe technique	Conditions de soumission à l'équipe technique	Conformité de la composition de l'équipe au décret de 2002
Aude	Deux médecins (éventuellement assistante sociale)	Avis du médecin (cas de L 821-2)	Non
BdR	Un médecin	En cas de visite médicale	Non
Gard	Deux médecins, secrétariat COTOREP et assistante sociale	Pour les premières demandes, en cas de visite médicale	Non
Loire	Absence d'équipe technique ⁴³ , sauf pour les pathologies psychiatriques (avec un médecin psy et un médecin du conseil général en cas de placement)	Avis du médecin, lorsque pathologie psy	Non
Nord	Absence d'équipe technique (Valenciennes et Lille)	/	Non
Rhône	Absence d'équipe technique	/	Non
Var	Médecin référent, médecin coordonnateur, assistante sociale	En cas de visite médicale	Non
PO	Quatre médecins (COTOREP, CPAM, Conseil général, MSA), 4 assistantes sociales, 1 psychotechnicien, ANPE, Cap emploi	Avis du médecin (cas très complexes)	Oui

Source : Mission, sur la base des entretiens avec les COTOREP

- La pluridisciplinarité à l'œuvre dans le traitement des dossiers d'AAH couplés à des demandes relatives au travail reste limitée

Lorsque le dossier d'AAH est accompagné d'une demande d'orientation professionnelle et/ou de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, la forte médicalisation de la procédure est atténuée par un traitement fréquent en équipe technique pluridisciplinaire élargie.

Un quart des départements visités⁴⁴ a toutefois formé des équipes dont la composition est plus restreinte que celle prévue par le décret de 2002.

En outre, l'analyse pluridisciplinaire et collégiale, bien que très fréquente en cas d'orientation professionnelle, n'est pas systématique, une procédure de tri étant en œuvre dans chaque département.

Enfin, l'expertise collégiale reste grandement centrée sur l'analyse de l'employabilité des demandeurs en vue de leur insertion professionnelle, et très peu sur les critères médicaux d'attribution de l'allocation (taux notamment).

⁴³ Les dossiers où étaient opérées des modifications de taux et avec des taux situés entre 50 et 79% étaient antérieurement analysés en équipe médico sociale, avec présence d'une assistante sociale. Cette pratique n'est plus en œuvre actuellement.

⁴⁴ Soit deux départements sur les huit visités.

Tableau 2 : Traitement des dossiers « mixtes »

Dpt	Composition de l'équipe technique	Conditions de soumission à l'équipe technique	Conformité de la composition de l'équipe au décret de 2002
Aude	Médecin, secrétaire et assistante sociale COTOREP, psychologue AFPA, représentants ANPE et Cap emploi, services sociaux MSA et CPAM, médecin du travail	Tous dossiers d'orientation professionnelle (ORP), sauf lorsque formation inenvisageable	Oui. Discussion limitée à ORP et non à conditions attribution AAH
BdR	Médecin du travail et secrétaire COTOREP, assistante sociale, représentant Cap emploi.	Tous dossiers d'ORP, en cas de visite médicale	Non
Gard	Deux médecins et secrétariat COTOREP, assistante sociale	Pour les premières demandes, en cas de visite médicale	Non
Loire	Médecin et secrétaire COTOREP, assistante sociale (partie depuis 30 novembre 2005 et non remplacée), psychologue AFPA, ANPE, Cap emploi (épisode depuis quelques mois), service invalidité de la CPAM, (+composition spécifique selon besoin : psychiatre, acteurs locaux de l'insertion, etc.)	Systématique en cas d'ORP	Oui (sous réserve que le poste d'assistante sociale soit rapidement pourvu). Discussion limitée à l'aspect emploi et non au taux d'incapacité
Nord	Médecin, référent ANPE, opérateur Cap emploi, représentant mission locale d'insertion, assistante sociale (souvent), psychologue, secrétariat COTOREP, un administratif de la CPAM	Tous dossiers d'ORP ou complexes selon médecin	Oui
Rhône	Equipe « ORP milieu ordinaire » : secrétaire, médecin travail COTOREP, psychologue, ANPE, CPAM, Cap emploi (souvent) Equipe « milieu protégé » : médecin et secrétaire COTOREP, assistante sociale, représentant d'un CAT spécialisé dans pathologies psy, référent des établissements médico-sociaux Equipe « mixte », en cas de doute : ensemble des professionnels Equipe « CDES-COTOREP » : secrétaires, médecins et assistantes sociales CDES et COTOREP	Avis du médecin	Oui
Var	Médecin coordonnateur, médecin référent, psychologue, dont l'un de l'AFPA, ANPE ponctuellement, Cap emploi, médecin du travail (souvent)	Quasi systématiquement en cas d'ORP	Oui
PO	Quatre médecins (COTOREP, CPAM, Conseil général, MSA), quatre assistantes sociales, un psychotechnicien, ANPE, Cap emploi	Quasi systématiquement en cas d'ORP	Oui

Source : Mission, sur la base des entretiens avec les COTOREP.

b) *L'analyse des dossiers en commission n'est pas systématique et est centrée sur les critères sociaux d'attribution de l'AAH*

– L'examen des dossiers en commission varie fortement selon les départements

Alors que la loi de 1975 complétée par le décret de 2002 pose obligation de recevoir le demandeur, les départements ont mis en œuvre un système de double filtrage qui contourne cette exigence :

- les commissions n'effectuent que peu de convocations de demandeurs et traitent majoritairement les dossiers qui leur sont soumis sur pièces ;
- elles statuent uniquement sur les dossiers qui leur sont proposés par les équipes médicales et/ou techniques. Les autres dossiers sont validés « sur liste ».

Tableau 3 : Le passage en COTOREP

Dpt	Conditions de soumission à la COTOREP	Réception des demandeurs
Aude	50-79% : tous refus, accords douteux sur avis de l'équipe médicale	Convocation des demandeurs dont les dossiers sont soumis à discussion en commission
BdR	Proposition de l'équipe technique	Possibilité de convocation, notamment sur requête du demandeur, mais non systématique
Gard	Proposition de l'équipe technique	Possibilité de convocation, mais non systématique
Loire	Réductions de taux L 821-1, L 821-2 (accord ou rejet) avec fort aspect social sur proposition de l'équipe technique et recours gracieux	Uniquement sur dossier, sauf lorsque ORP avec doute sur la motivation et éloignement fort de l'emploi (à la demande de l'équipe pluridisciplinaire)
Nord	Lille : Trois commissions spécialisées (« aide sociale, « mixte », « médico-social » : demandeurs jeunes et premières demandes, suppression avantage financier, demandes de recours gracieux, demande de formation, cas limites, premières demandes d'orientation vers placement Valenciennes : sur avis secrétariat (dossiers d'un médecin peu fiable, premières demandes de jeunes, rejet ou baisse de taux), sur avis de l'équipe médicale	Lille : Convocation fréquentes pour les COTOREP « aide sociale » et moins fréquentes pour les autres Valenciennes : sur pièces généralement
Rhône	Accords et refus d'IPE, 1ères demandes L 821-1 et recours gracieux	Sur pièces, sauf cas exceptionnel
Var	Sur proposition équipe technique, en cas de doute	Les personnes reçues sont celles qui le demandent expressément ou suite à recours
PO	Tous dossiers	Sur pièces

Source : Mission, sur la base des entretiens avec les COTOREP.

– Les commissions statuent sur les cas les plus complexes

Les commissions sont en général saisies par les équipes médicales et techniques de dossiers complexes, pour lesquels le seul argument médical ne permet pas de décider de l'attribution de l'allocation et qui nécessite l'extension de l'analyse à un faisceau d'indices à caractère social.

Les débats portent en général sur la détermination de l'impossibilité de se procurer un emploi du fait du handicap (cf. tableau 3) et **illustrent la porosité entre l'AAH et d'autres minima sociaux, dont le RMI**, compte tenu de la difficulté de limiter au seul critère de l'impact du handicap pour évaluer l'employabilité des demandeurs.

Les effets du passage en commission sur l'attribution de l'allocation, difficiles à évaluer, sont probablement ambivalents. Ils résultent des orientations générales fixées par chaque commission en matière d'AAH⁴⁵, le choix d'un traitement sur pièces ou sur convocation des demandeurs pouvant également influencer sur la prise de décision.

II. L'EXAMEN DES DOSSIERS REVELE DES INSUFFISANCES IMPORTANTES DANS L'ANALYSE DE LA SITUATION DES DEMANDEURS

Afin de compléter les investigations sur dossiers menées par la mission IGAS/IGF de 1998, qui s'était concentrée sur le volet L 821-1 de l'allocation⁴⁶, la présente mission a centré son analyse sur les dossiers relatifs à l'article L 821-2 (taux d'incapacité compris entre 50% et 79% assortis de l'impossibilité de se procurer un emploi compte tenu du handicap).

Elle a expertisé dans huit départements 448 dossiers, dont 282 accords et 166 refus. L'ensemble de ces dossiers ont été analysés avec l'appui du médecin de la mission, en présence d'un ou plusieurs médecins des COTOREP visitées. Plusieurs constats résultent de ces investigations :

- **la proportion de dossiers** que la mission a estimés **problématiques** - c'est à dire pour lesquels un ou plusieurs éléments de la décision n'a pas été jugé satisfaisant au vu des éléments du dossier (taux, IPE, durée) ou a été estimé à la limite du traitement social – **est forte (39,1%)** et démontre la forte subjectivité dans l'appréciation des critères d'octroi ;
- le taux de dossiers considérés comme **non justifiés** sur un ou plusieurs critères, en excluant les dossiers douteux, **est également important puisqu'il est de 31,9%** ;
- enfin, le nombre de ces dossiers pour lesquels les conséquences des erreurs d'appréciations détectées **peuvent avoir un impact sur l'ouverture de droit (accord ou refus) reste très conséquent (16,7%)**. Il concerne 19,9% des dossiers d'accords et 11,5% des refus analysés.

⁴⁵ Par exemple, les commissions du département du Nord, au premier rang national des stocks d'allocataires, traitent en priorité les premières demandes de jeunes handicapés, afin de maintenir une certaine vigilance concernant l'entrée dans le dispositif.

⁴⁶ avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%.

Tableau 4 : Synthèse de l'analyse de dossiers

Type de carences identifiées par la mission	Nombre de dossiers	% du total
Dossiers considérés comme problématiques (incluent les cas limites)	175	39,1%
Dossiers non justifiés*	143	31,9%
Dossiers pour lesquels l'ouverture de droits est remise en cause**	56	12,5%
Dossiers qui auraient pu/dû donner lieu à une ouverture de droits**	19	4,2%

Source : Mission, sur la base des investigations sur dossiers menées dans huit départements

**Sur taux, IPE et/ou durée*

***Ces dossiers incluent les cas où la mission n'a pu déterminer si les critères étaient justifiés au vu des seuls éléments du dossier et qui nécessiteraient une nouvelle analyse afin de déterminer la possibilité d'ouverture ou de refus de droits (taux et/ou IPE)*

A. Les erreurs d'appréciation de taux sont fréquentes

1. 23,4% des dossiers analysés par la mission comportent des taux inexacts

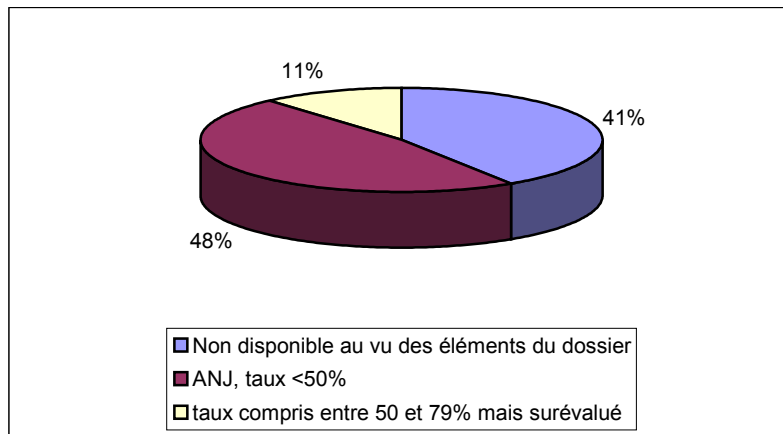
La mission a procédé à une analyse des taux fixés sur 448 dossiers d'accords et de refus entre 50% et 79%. En excluant les dossiers pour lesquels seule une suspicion d'inexactitude a été émise, 105 dossiers, soit 23,4% du total, n'ont pas été jugés satisfaisants.

Les erreurs détectées n'emportent toutefois pas nécessairement les mêmes conséquences :

- ainsi, les dossiers pour lesquels **le taux fixé n'a pu être confirmé au vu de l'insuffisance des éléments du dossier** représentent **9,6% du total des dossiers analysés**. Ces dossiers nécessiteraient une expertise nouvelle afin de déterminer si la décision sur une ouverture ou un refus de droit était justifiée⁴⁷ ;
- les dossiers pour lesquels des **taux** ont été fixés entre 50% et 79% mais que la mission a estimés **inférieurs à 50%** représentent **11,2% du total des dossiers**. Les erreurs constatées remettent en cause l'ouverture de droits sur les dossiers d'accords concernés ; elles emportent également des conséquences sur les dossiers de refus puisque les demandeurs se voient notifier un taux qu'il sera difficile de remettre en cause lors d'un éventuel renouvellement de demande et qui pourra être augmenté en cas de dégradation de la déficience ou de pathologie additionnelle ;
- enfin, **2,7%** du total des dossiers se situent bien dans une fourchette de taux comprise entre 50% et 79% d'incapacité mais **ont été surestimés**. Ces inexactitudes de taux n'emportent pas de conséquences directes sur l'ouverture de droits, mais peuvent à terme entraîner une augmentation de taux injustifiés du fait de l'évolution des pathologies des demandeurs (liées à l'avancée en âge notamment) qui pourrait conduire à des décisions d'attribution de l'AAH au titre du L 821-1 (plus de 80%) injustifiées.

⁴⁷ L'ensemble de ces taux fixés au vu d'éléments insuffisants est compris entre 50 et 79% : on peut supposer que le taux soit en fait inférieur à 50%, auquel cas l'ouverture de droits est remise en cause, ou qu'il soit supérieur à 80%, et dans de tels cas, les refus prononcés au vu du critère de l'IPE ne seraient plus justifiés.

Schéma : Types d'erreurs sur les taux



2. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la fréquence des erreurs détectées

- une incompréhension de l'esprit et de la lettre du guide-barème

Certaines erreurs sont à relier à une mauvaise interprétation des principes directeurs du guide-barème. C'est le cas des taux fixés sur la base d'un diagnostic médical et non des déficiences associées (cas d'anciennes pathologies cancéreuses traitées, de poses de prothèses correctement tolérées, etc.)⁴⁸.

D'autres erreurs proviennent d'une mauvaise connaissance des dispositions du guide concernant l'évaluation de l'incapacité, d'où des fixations de taux approximatives dans des cas où le barème propose des fourchettes précises de taux en fonction des troubles fonctionnels détectés (notamment cas d'épilepsies, pour lesquels le taux dépend de la fréquence des crises).

- l'absence de médecins coordonnateurs dans certains départements

Alors que la circulaire du 1^{er} août 1994 rappelle que l'ensemble des COTOREP doivent être pourvues d'un médecin coordonnateur⁴⁹ afin « d'assurer la cohérence des décisions de la COTOREP », **seuls 52 postes budgétaires ont été créés, l'effectif réel s'établissant à 46 médecins.**

L'absence de coordination entre praticiens amplifie les problèmes de connaissance et d'interprétation du guide barème. A l'extrême, elle ne permet pas de recadrer les pratiques des médecins vacataires. Ainsi, l'une des COTOREP visitées est confrontée à un traitement peu satisfaisant des dossiers par l'un des généralistes vacataires qui contraint le secrétariat, en l'absence de médecin coordonnateur, à soumettre systématiquement à la commission les dossiers traités par ce médecin.

- des dossiers médicaux insuffisants

Dans près de 10% des cas, la mission n'a pu se prononcer sur un taux au vu des éléments des dossiers médicaux : ceux-ci portaient mention de diagnostics mais étaient insuffisants à l'évaluation précise des déficiences et de l'incapacité en découlant (imprécisions de la grille d'autonomie du certificat médical, absence de mention précise des thérapeutiques notamment pour les pathologies psychiatriques, non évaluation du quotient intellectuel pour les déficiences intellectuelles, avis médicaux contradictoires, etc.)⁵⁰.

⁴⁸ Le barème permet de fixer le taux d'incapacité d'après l'importance de la déficience (qui correspond à une atteinte des organes et des fonctions), celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles et sur l'autonomie dans la vie quotidienne.

⁴⁹ Médecins contractuels à temps plein.

⁵⁰ Voir annexe « Analyse de dossiers »

- une corrélation peut être établie avec l'absence de visite médicale

Comme indiqué *supra*, les visites médicales ne sont pas systématiques, leur programmation dépendant des effectifs médicaux des COTOREP et des informations disponibles dans les dossiers (notamment la fiabilité des éléments médicaux, le type de pathologie, l'existence d'une visite médicale antérieure en cas de renouvellement, etc.).

La mission a relié les erreurs de taux à l'existence ou non d'une visite médicale :

- 67% des dossiers en cause n'ont pas fait l'objet d'une visite médicale dans le cadre de la dernière demande examinée⁵¹;
- **et près de la moitié n'ont donné lieu à aucune visite médicale**, y compris lors des demandes précédentes (45,7%) : ainsi, un tiers des dossiers dont le taux aurait manifestement dû être inférieur à 50% n'ont fait l'objet d'aucune visite médicale. Cette proportion est encore plus forte pour les dossiers dont la fixation de taux n'aurait pas dû intervenir compte tenu de la faiblesse des éléments du dossier, puisqu'elle s'élève à 65% des cas.

Pour les dossiers insuffisants à la fixation d'un taux, une visite médicale aurait permis d'éviter les approximations et erreurs détectées. Concernant les autres dossiers, pour lesquels le taux a été estimé surévalué⁵², la mission a pu se prononcer au vu des éléments du dossier, ce qui laisse supposer qu'une application rigoureuse du guide barème, même en l'absence de visite médicale, aurait permis la fixation d'un taux conforme à la déficience constatée. Dans ces cas, la corrélation reste délicate à établir entre l'erreur sur le taux et l'absence de visite médicale.

Tableau 5 : Lien entre les erreurs de taux et l'absence de visite médicale

Taux	Nb de dossiers (A)	Nb de ces dossiers n'ayant fait l'objet d'aucune VM* (B)	Nb de ces dossiers ayant fait l'objet d'une VM antérieure (C)	Total des dossiers n'ayant pas fait l'objet d'une VM récente (B+C=D)	% de dossiers n'ayant pas fait l'objet d'une VM récente (A/D)	% de dossiers n'ayant fait l'objet d'aucune VM (A/B)
ND* au vu des éléments du dossier	43	28	3	31	72,1%	65,1%
ANJ, car <50%	50	15	16	31	62,0%	30,0%
Situé dans fourchette 50-79% mais manifestement surévalué	12	5	3	8	66,7%	41,7%
Total	105	48	22	70	66,7%	45,7%

Source : Mission, sur la base de l'analyse de 448 dossiers d'accords et de refus dans huit départements. **La mission n'a pas retenu dans ces statistiques les dossiers pour lesquels elle n'était pas sûre que les éléments de la décision soient injustifiés (exclusion des « cas limites » au bénéfice du doute).**

*ND = non disponible / VM = visite médicale

⁵¹ Ont été inclus dans ce calcul les dossiers de renouvellement, pour lesquels une visite médicale a pu être programmée antérieurement. Une visite médicale antérieure n'est un gage de fiabilité que lorsqu'elle a été effectuée récemment et/ou lorsque la pathologie concernée n'est pas évolutive.

⁵² Que le taux ait été estimé par la mission inférieur à 50% ou situé dans la fourchette de 50 à 79%.

B. Le critère de l'IPE est l'objet d'interprétations variables, subjectives et pragmatiques

1. 13,6% des dossiers analysés sont injustifiés ou insuffisamment étayés sur le critère de l'IPE

Malgré l'existence d'une circulaire⁵³ visant à expliciter la notion d'impossibilité de se procurer un emploi (IPE), l'analyse de ce critère par les COTOREP reste fortement subjective. Il est vrai que le texte de la circulaire, s'il rappelle précisément ce que n'est pas l'IPE, ne permet pas de dégager aisément les critères à utiliser pour l'apprécier.

Ainsi, alors que la circulaire incite à exclure de l'analyse tout élément de contexte pouvant également réduire l'employabilité d'une personne non handicapée (âge, situation de famille, conditions de logement ou de transport, situation du marché de l'emploi, représentation sociale du handicap par l'employeur, etc.), les COTOREP visitées interprètent de façon pragmatique la notion d'IPE, en intégrant notamment les **considérations liées à l'âge** du demandeur⁵⁴ ainsi qu'à son degré d'insertion sociale et professionnelle, elles-mêmes liées aux limites de la prise en charge des publics handicapés par le réseau Cap Emploi⁵⁵.

Au delà, les critères d'analyse **varient sensiblement d'un département à l'autre**⁵⁶ :

- certaines COTOREP ont clairement indiqué prendre en compte la volonté d'insertion professionnelle des demandeurs. Un département peut ne pas accorder l'allocation en cas de refus manifeste d'insertion. Trois COTOREP tendent à considérer que les personnes faisant une demande tardive d'AAH sans avoir jamais travaillé ne sont pas forcément entravées dans l'accès à l'emploi du fait du handicap alors que d'autres COTOREP ont une vision plus souple de ce type de situations ;
- la plupart des COTOREP s'interrogent sur le traitement des demandeurs atteints du VIH, certaines attribuant l'IPE de façon automatique, d'autres procédant à une analyse des possibilités d'emploi de la personne⁵⁷ ;
- enfin, l'ambiguïté du lien avec la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé entraîne parfois une mauvaise motivation des décisions sur l'IPE.

Compte tenu de la forte subjectivité à l'œuvre dans la détermination de l'IPE, la mission n'a retenu, comme pour les taux, que les dossiers pour lesquels elle a relevé une erreur manifeste d'appréciation :

- **elle n'a pu se prononcer dans 5,1% des cas**, du fait de l'insuffisance des éléments du dossier (faiblesse ou absence d'éléments sur le parcours professionnel, absence d'analyse des répercussions du handicap sur l'employabilité⁵⁸) ;

⁵³ Circulaire interministérielle DGAS/DGEFP/IC/SD3/MEPH/2005/433 du 23 septembre 2005 relative aux modalités de mise en œuvre de l'article L 821-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'allocation adulte handicapé.

⁵⁴ Du fait des répercussions sur les possibilités de formation professionnelle et de réinsertion.

⁵⁵ Selon les COTOREP du Rhône et de la Loire, le réseau Cap emploi reçoit rarement les publics âgés, souffrant de pathologies addictives ainsi que les individus éloignés de l'emploi.

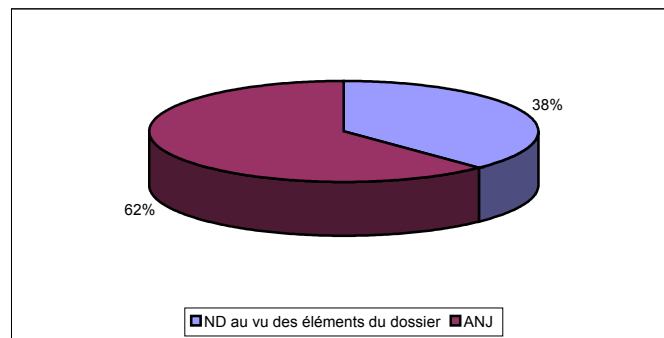
⁵⁶ Entretiens avec les secrétariats de COTOREP et le médecin coordonnateur dans les huit départements.

⁵⁷ Au vu notamment des complications liées au virus, de l'existence d'un traitement et de la volonté d'insertion professionnelle du demandeur. En règle générale, le traitement en tri-thérapie est considéré comme entraînant une IPE. Un dossier de refus injustifié a été repéré dans le Var (tri thérapie et complications pathologiques).

⁵⁸ Certaines COTOREP se sont organisées pour pallier l'insuffisance des pièces présentes au dossier, mais les procédures mises en œuvre concernent quasi exclusivement les dossiers « mixtes » d'AAH accompagnée d'ORP : mise en place de questionnaires professionnels dans la Loire en cas de demande de RQTH ou d'ORP (niveau d'études et type de formation, parcours professionnel, situation actuelle) ; à Lille, sollicitation du CV du demandeur et investigation sur son parcours menée par l'assistante sociale en cas de dossier complexe - le secrétariat envoie également le listing des convocations en équipe technique afin que les partenaires (ANPE, Cap emploi) puissent y siéger munis des éventuelles informations en leur possession sur les demandeurs.

- elle a estimé que **la décision sur le deuxième critère n'était pas justifiée dans 8,5% des cas, avec des conséquences directes en termes d'ouverture ou de refus de droits :**
 - o dans 2,7% des cas, il s'agissait d'un refus d'AAH non justifié ;
 - o dans 5,8% des cas, il s'agissait d'un octroi d'AAH non justifié⁵⁹.

Schéma : Typologie des erreurs sur l'IPE



Malgré l'importance du nombre d'erreurs, la mission ne peut conclure à une trop grande souplesse dans l'analyse de l'IPE. En effet :

- des erreurs d'appréciation ont été constatées tant en matière de refus que d'accords ;
- le nombre très inférieur de dossiers de refus analysés ne permet pas de dresser un parallèle entre le taux d'erreurs sur les accords et celui sur les rejets.

Elle a toutefois pu constater la forte subjectivité à l'œuvre dans l'analyse de l'IPE au vu des fortes similitudes entre de nombreux dossiers d'accord et de refus. Les dossiers concernés n'ont pas été inclus dans ces statistiques, la mission les ayant considérés comme acceptables malgré une forte suspicion de traitement social pour les accords ou de fermeté excessive pour les rejets.

Au final, il apparaît très difficile au vu des dossiers d'identifier les éléments à partir desquels la commission s'est prononcée, et de connaître la motivation de la décision d'attribution ou de refus de l'allocation.

2. Des causes objectives de traitement peu satisfaisant des dossiers peuvent être identifiées

Le caractère fortement médicalisé de la procédure d'expertise des dossiers d'AAH (voir *supra*) ne favorise pas une analyse pertinente du deuxième critère.

La circulaire du 23 septembre 2005 rappelle pourtant que « pour une meilleure appréciation de l'impossibilité de se procurer un emploi compte tenu du handicap, il convient que tous les demandeurs soient reçus par un ou plusieurs professionnels de l'équipe technique, ou de façon collégiale par cette équipe. (...) Dans tous les cas, l'analyse de la situation doit être conduite de manière pluridisciplinaire, **la présence d'un professionnel de l'emploi étant indispensable compte tenu de la matière** » ;

La rareté des visites médicales constatées (74% des dossiers erronés n'ont pas fait l'objet d'une visite médicale dans le cadre de la décision analysée) peut dans certains cas expliquer la mauvaise évaluation de l'IPE :

⁵⁹ Le nombre de dossiers d'accord et de rejet analysés étant très différent, **on ne peut en aucun cas tirer les conséquences de la répartition des taux d'erreurs entre dossiers d'accord et de refus afin de conclure à une plus grande souplesse en matière d'accords.**

- ainsi, le lien est clair entre les erreurs dues aux insuffisances des dossiers et l'absence de visite médicale, puisque **100% de ces dossiers n'ont pas fait l'objet d'une visite dans le cadre de la décision analysée par la mission⁶⁰, et 78,3% n'ont fait l'objet d'aucune visite médicale.** La visite médicale aurait en effet permis de compléter les informations relatives au parcours professionnel de l'individu et de vérifier la réalité du handicap et son impact sur l'employabilité ;
- pour les autres dossiers, le lien entre l'absence de visite médicale et l'erreur d'appréciation sur l'IPE est plus ténu du seul fait que la mission a pu se prononcer sur le critère de l'IPE au vu des éléments du dossier.

Tableau 6 : Lien entre les erreurs et l'absence de visite médicale

IPE		Nb de dossiers (A)	Dont dossiers n'ayant fait l'objet d'aucune VM (B)	Dont dossiers ayant fait l'objet d'une VM antérieure (C)	Total dossiers n'ayant pas fait l'objet d'une VM lors de l'octroi (B+C=D)	% de dossiers n'ayant pas fait l'objet d'une VM récente (A/D)	% de dossiers n'ayant fait l'objet d'aucune visite (A/B)
ND au vu des éléments du dossier		23	18	5	23	100,0%	78,3%
Avis non justifié	Sur dossiers d'accords (soit PE)	26	9	9	18	69,2%	34,6%
	Sur dossiers de refus (soit IPE)	12	2	2	4	33,3%	16,7%
Total		61	29	16	45	73,8%	47,5%

Source : Mission, à partir de l'analyse de 448 dossiers d'accords et de refus dans huit départements. PE = possibilité de se procurer un emploi.

III. LE FONCTIONNEMENT DES COTOREP NE GARANTIT PAS UNE QUALITE DE SERVICE SUFFISANTE

A. La tenue des dossiers manque de rigueur

Les pratiques des départements en matière de gestion des dossiers-papier d'AAH sont très diversifiées, aucune n'étant pleinement satisfaisante :

- **la composition des dossiers n'est pas uniforme.**

Chaque département a défini ses propres pratiques afin de déterminer l'historique des dossiers et de signaler l'existence de visites médicales, avec une qualité et une rigueur très variables (fiches récapitulatives manuscrites, peu lisibles et comportant des mentions succinctes notamment).

L'utilisation qui est faite du logiciel ITAC est également peu rigoureuse, puisque les COTOREP ne procèdent pas au codage de certains champs, comme celui de la nature de la déficience.

- **les dossiers ne comportent jamais d'éléments de motivation des propositions de décision** de l'équipe médicale et/ou technique ni des décisions de la commission (sur le taux, l'IPE et la durée en cas d'accord).

Les motifs d'attribution ou de refus de l'allocation ne sont pas directement disponibles et impliquent une nouvelle analyse du dossier en cas de renouvellement des demandes ou de contentieux.

⁶⁰ Mais peuvent avoir fait l'objet d'une visite médicale antérieure.

Ces pratiques peu rigoureuses vont à l'encontre de la circulaire du 23 septembre 2005, qui recommande que l'équipe technique produise un rapport justificatif à l'appui de sa proposition d'accord ou de rejet de l'AAH au titre de l'article L 821-2 afin de « faire apparaître les motifs ayant fondé tant la proposition de décision que la durée retenue lorsque l'équipe technique propose une admission à l'AAH ». De même, lorsque la commission prend une décision qui diffère de l'avis de l'équipe technique, la circulaire préconise « de faire également apparaître au dossier ses motifs, ce qui sera utile à l'équipe technique en cas de demande de renouvellement de l'AAH ».

- **8,7% des dossiers⁶¹** qui ont donné lieu à décision **ne sont pas fiables**. Il s'agit :
 - des dossiers comportant un seul certificat médical de médecin libéral **et non** vus en visite médicale afin de vérifier les éléments médicaux qui y sont consignés ;
 - des dossiers comportant plusieurs certificats, mais trop peu précis afin de permettre une décision⁶².

Afin de limiter les risques de fraude et les demandes de renseignements complémentaires en disposant d'éléments médicaux précis dès réception du dossier, le département du Nord a mis en place un modèle aménagé de certificat médical qui précise, pour chaque type de déficience, les informations et documents nécessaires à l'évaluation de l'incapacité (par exemple, le formulaire sollicite en cas de déficiences intellectuelles la nature du test de QI, sa date ainsi que ses résultats, mais aussi les éventuelles périodes d'hospitalisation en milieu spécialisé).

Les autres départements visités n'ont pas procédé à l'aménagement du certificat médical.

B. L'instruction par les CAF des conditions de recevabilité administrative et financière après l'avis de la COTOREP induit des effets pervers

- elle contraint les COTOREP à expertiser des dossiers qui seront *in fine* déclarés irrecevables par les CAF

La proportion de ces dossiers n'est pas connue, la CNAF ne disposant pas du nombre de droits ouverts par année⁶³. Cette procédure n'est pas optimale, puisque le traitement médico-social d'une demande d'AAH implique une expertise approfondie nécessairement plus longue que l'analyse de sa recevabilité administrative et financière.

- les COTOREP ont des interprétations divergentes de la répartition des compétences avec les CAF

Dans certains cas, les COTOREP⁶⁴ analysent les conditions de recevabilité administrative (régime de l'invalidité, perception d'indemnités journalières, etc.) sans disposer des moyens d'expertise et de vérification mis en œuvre par les CAF. La décision notifiée, qui doit juridiquement se limiter au taux et éventuellement à l'IPE ainsi qu'à la durée d'octroi, encourt ainsi un risque d'illégalité.

⁶¹ Soit 39 dossiers.

⁶² La mission a toutefois tenu compte des diagnostics : la probabilité est faible qu'un médecin certifie la présence d'un cancer par un faux alors que les affirmations de présence d'un état dépressif ou d'une sciatique chroniques sont beaucoup plus sujet à caution.

⁶³ Le fichier FILEAS de la CNAF ne permettait pas, jusqu'en 2006, d'identifier les ouvertures de droits sur une année considérée.

⁶⁴ La COTOREP de Valenciennes a mis en place un système de fléchage des demandeurs percevant des indemnités journalières. Ces dossiers sont systématiquement refusés sans faire l'objet d'une expertise médicale, la notification de rejet ne mentionnant pas de taux et précisant que le demandeur relève du régime de sécurité sociale. La mission a en outre analysé des dossiers pour lesquels la COTOREP a anticipé le traitement administratif et financier effectué par les CAF (cf. un dossier de refus dans le Rhône du fait d'un régime d'invalidité, idem dans le Var ...)

La nouvelle condition de recevabilité administrative concernant l'article L 821-2 posée par la loi du 11 février 2005 et précisée par décret – ne pas avoir occupé d'emploi durant l'année précédant la demande – risque d'accroître la proportion de dossiers instruits par les COTOREP puis rejetés par les CAF et/ou les confusions concernant l'autorité compétente pour juger de la recevabilité des dossiers.

C. Les délais de traitement des dossiers sont importants

1. En moyenne, un dossier est traité en 3,8 mois

Le délai moyen de traitement d'une demande d'AAH est de 3,8⁶⁵ mois sur l'année 2004 pour l'ensemble des COTOREP. Compte tenu de la nature des publics demandeurs de l'AAH et de l'urgence sociale dans laquelle ils peuvent être placés, ce délai de décision est élevé.

En outre, les écarts sont importants entre départements, puisque :

- seuls 28,7% des COTOREP rendent leur décisions dans un délai inférieur à trois mois, une majorité de structures se situant entre 3 et 5 mois (59%) ;
- surtout, **les délais de traitement sont supérieurs à cinq mois pour douze départements (11,9%)**, cinq départements se situant entre sept et neuf mois⁶⁶.

Or, en vertu des textes réglementaires, le silence gardé pendant plus de quatre mois sur une demande d'AAH à compter de son dépôt devrait valoir décision implicite de rejet⁶⁷.

Tableau 7 : Synthèse sur les délais

Délais de traitement des demandes d'AAH	Moins de trois mois	De trois à cinq mois	Plus de cinq mois
Nombre de départements	29	60	12
% sur le total des départements	28,7%	59,3%	11,9%

Source : Statistiques 2004 DRESS

⁶⁵ Les délais de décision sur les premières demandes et les renouvellements ne sont pas disponibles.

⁶⁶ 7 mois pour la Haute Garonne, 7,4 mois pour le Morbihan, 8,8 mois pour la Seine St Denis, 8,1 mois pour le Val d'Oise et la Guyane.

⁶⁷ Article R 821-2.

2. Les délais importants s'expliquent moins par le niveau des effectifs administratifs que par les problèmes liés à l'organisation des équipes médicales

a) Les effectifs administratifs sont théoriquement suffisants à assurer le traitement de demandes d'AAH en forte croissance

Le secrétariat des COTOREP est chargé de traiter sur le plan administratif les demandes d'AAH. Il instruit les dossiers (vérification des pièces et demandes de pièces manquantes, enregistrement des demandes, pré tri des dossiers) et assure leur suivi administratif jusqu'à la décision en commission (convocations, préparation des réunions des équipes techniques et commission, auxquelles le secrétariat est représenté, notification, gestion des archives). Il assure enfin l'accueil téléphonique et physique des usagers.

- Les effectifs des secrétariats des COTOREP n'auraient pas été renforcés face à l'augmentation forte des flux de demandes d'AAH (cf. annexe « Statistiques »). **Aucun chiffrage de l'évolution des effectifs DDASS et DDTEFP au sein des COTOREP n'a toutefois été communiqué à la mission**, qui s'est fondée sur les données fournies par les départements visités. Par ailleurs, l'administration centrale ne dispose pas des effectifs des COTOREP pour l'année 2005⁶⁸.
- Cette situation a conduit à une augmentation de la productivité apparente par agent dans le traitement administratif des demandes, perceptible sur de courtes périodes (cf. tableau *infra* ; évolution du *ratio* de dossiers d'AAH par agent entre 2002 et 2005).
- La charge de travail par agent semble toutefois maîtrisable, puisqu'elle s'établit en moyenne nationale à **1,4 demande d'AAH par jour et à 6,4 demandes par jour au total**⁶⁹ en 2004. Il est à noter que ce ratio n'intègre pas les personnels administratifs hors secrétariat qui contribuent pourtant à la prise de décision en matière d'AAH, soit les membres des équipes techniques et de la commission.

En conséquence, **l'importance des délais ne peut être imputée à la seule faiblesse des effectifs des secrétariat des COTOREP et plus généralement à la phase administrative** de traitement des dossiers. Certains facteurs peuvent toutefois expliquer à la marge un allongement des délais durant cette phase, dont la lourdeur des procédures papier associée à la fonctionnalité déficiente du logiciel ITAC et surtout le temps de réponse aux demandes de renseignements complémentaires.

⁶⁸ Seul un chiffrage des effectifs des DDTEFP a été communiqué à la mission, ainsi qu'une synthèse des mises à disposition des personnels auprès des MDPH englobant les agents des COTOREP et des CDES.

⁶⁹ Sur l'ensemble des champs de compétence des COTOREP, soit treize types de demandes.

Tableau 8 : Effectifs administratifs

Dpt	ETP 2002	ETP 2005	Evolution 2002-2005 (ETP)	Demandes des AAH examinées en 2002	Demandes des AAH examinées en 2005	Evolution des demandes 2002-2005	Total demandes COTO examinées en 2005	Ratio dossier s/agent en 2002	Ratio dossier s/agent en 2005	Ratio 2005 total des dossier s/agent	Nombre de dossier s AAH jour/agent 2005	Nombre total de dossier s-jour/agent 2005
Nord (Valenciennes)	20	19,5	-0,5	7142	7639	7,0%	30062	357,1	391,7	1541,6	1,8	7,0
Rhône	32,9	32,4	0,5	8312	9455	13,8%	47091	252,6	291,8	1453,4	1,3	6,6
Aude	4,6	5,4	-0,8	1803	2529	40,3%	11995	391,9	468,3	2221,3	2,1	10,1
Gard	12,45	12,65	-0,2	3744	5373	43,5%	24790	300,7	424,7	751,9	1,9	8,9
Loire	14,1	14,1	0	3585	5450	52,0%	29909	254,2	386,5	2121,2	1,8	9,6
Var	16,6	16,3	-0,3	5409	7100	31,3%	34584	325,8	435,6	2121,7	2	9,6
PO	6,8	7,3	0,5	ND	ND	/	ND	/	/	/	/	/
BdR	25,8	30,4	4,6	14796	16886	14,1%	61928	573,5	555,5	2037,1	2,5	9,3
Moyenne nationale*		1191			356000		1672000		298,9	1403,9	1,4	6,4

Source : Questionnaire établi par la mission à l'attention des huit COTOREP visitées et statistiques DREES.

* Données 2004 pour le nombre de décisions (chiffres DREES). Le chiffrage des effectifs est tiré du rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur le PLF 2006 « solidarité et intégration », 24 novembre 2005 (« Les chiffres disponibles les plus récents datent de décembre 2003 et font état de 1 371 agents de l'Etat affectés au secrétariat des COTOREP, soit 1 191 équivalents temps plein »).

b) L'organisation peu satisfaisante des équipes médicales peut contribuer à expliquer l'importance des délais

Tableau : Nombre de décisions par médecin en 2004

	Heures mensuelles	Effectifs	Effectifs en ETP
Vacataires DDASS	23 429	407	138,6
Vacataires DDTEFP	10 648	190	63,0
Contractuels		46	44,6
Total		643	246,2
Nombre de décisions AAH (2004)			355 697
Flux de dossiers COTOREP (2004)			807 527
Décisions AAH/ETP/jour			6,6
Nb de dossiers COTOREP/ETP/jour*			14,9

* Un dossier représentant un demandeur, celui-ci pouvant déposer une ou plusieurs demandes (ex : AAH couplée à RQTH et carte d'invalidité).

Les effectifs médicaux, qui représentent 246 équivalents temps plein en 2004, sont théoriquement suffisants pour absorber les flux de demandes d'AAH. En effet, **le ratio de dossiers d'AAH par ETP médical reste modéré**, puisqu'il s'établit à **6,6 dossiers par jour**.

En prenant en compte l'ensemble des dossiers sur lesquels statuent les COTOREP⁷⁰, le ratio de productivité atteint les 15 dossiers par jour. Cette charge de travail reste toutefois acceptable, puisqu'elle correspond à 5h de visites médicales par jour⁷¹, d'autant plus que les visites médicales ne sont pas systématiques et que de nombreux dossiers sont traités sur pièces.

⁷⁰ La mission a intégré dans le ratio le nombre de personnes concernées par les décisions des COTOREP et non le nombre de décisions, compte tenu du fait que de nombreuses décisions sont liées, le médecin se prononçant globalement sur un dossier (ex : la carte d'invalidité découle de la fixation d'un taux dans le cadre de l'AAH notamment)

⁷¹ En se basant sur une durée moyenne de visite médicale de 20 minutes.

Toutefois, compte tenu de la pratique des COTOREP visant à pallier la faible rémunération des vacations horaires par une surfacturation des heures réellement effectuées, **le nombre d'heures mensuelles payées est sans doute largement supérieur au temps de travail effectif des médecins vacataires, celui-ci n'étant pas disponible.**

En outre, l'organisation des équipes médicales est contrainte :

- la difficulté de fidéliser les médecins entraîne un recours massif à des vacations horaires dispersées sur une population médicale nombreuse, puisque les 643 médecins vacataires correspondent à 246 équivalents temps plein. Outre l'impact qu'il peut avoir sur la qualité des décisions, l'éparpillement de la population médicale entraîne des difficultés de coordination et d'organisation de la collégialité (indisponibilité pour les équipes techniques) ;
- les COTOREP visitées ont fait part de la **sous-représentation des psychiatres** au sein des équipes médicales, alors même que, selon les études de la DREES, 60% des dossiers d'allocataires impliqueraient - à titre principal ou accessoire - une déficience intellectuelle ou mentale :

Tableau 9 : Typologie des déficiences

- Personnes ayant au moins déclaré une déficience de ce type	- AAH (%)	- COTOREP ensemble (%)
- Motrice	- 38	- 53
- Visuelle	- 15	- 13
- Auditive	- 10	- 10
- Langage ou parole	- 8	- 5
- Viscérale ou métabolique	- 18	- 22
- Intellectuelle ou mentale	- 60	- 41

Source : Solidarité et santé, n°4, 2004, « Les revenus sociaux en 2003 - L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés », à partir des données de l'enquête sur échantillon HID à domicile (1999) et en institution (1998). La somme en % des colonnes dépasse 100.

Afin d'affiner cette évaluation (un nombre considérable de dossiers associant une pathologie principale à un syndrome dépressif), la mission a procédé à une répartition des dossiers analysés selon la **déficience principale du demandeur**. La proportion de déficiences intellectuelles ou mentales reste très élevée même si elle est ramenée à 43% du total, **les déficiences du psychisme représentant 33,6% des dossiers.**

Le manque de médecins psychiatres au sein des COTOREP peut en conséquence entraîner **jusqu'à quinze mois d'attente pour une visite médicale**, comme indiqué dans le département du Rhône.

D. Le suivi des publics allocataires est très faible

La circulaire de 2002 dispose que l'équipe technique reçoit la personne handicapée « afin qu'au delà de la réponse à apporter aux demandes qu'elle a formulées, soient examinées avec elle les possibilités qui peuvent lui être offertes **en l'aidant à bâtir un projet ou un parcours professionnel qui fera l'objet d'un suivi** ».

Or, l'orientation et le suivi de l'insertion professionnelle des populations attributaires d'un accord en matière d'AAH est très insuffisant, la COTOREP fonctionnant comme une simple instance de prise de décision administrative.

1. C'est sur les dossiers de demande d'AAH seule que l'accompagnement vers l'emploi des publics bénéficiaires est le plus faible

Les bénéficiaires de l'AAH n'ayant pas formulé de demande d'orientation professionnelle ou de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ne font l'objet d'aucun

accompagnement vers l'emploi, la COTOREP n'évaluant pas leurs capacités professionnelles et n'effectuant pas de suivi de leur parcours d'insertion⁷².

Ces publics peuvent se voir incités oralement, s'ils sont reçus en visite médicale ou convoqués en commission⁷³, à entamer des démarches en ce sens.

Sur les huit départements visités, seule une COTOREP a mis en place un système de suivi par son assistante sociale des attributaires d'un accord de courte durée (un an), afin de les accompagner vers l'emploi grâce à une orientation initiale et un bilan d'étape. Toutefois, cette procédure, non formalisée, reste mise en œuvre au cas par cas.

2. Les dossiers comportant une demande d'AAH accompagnée d'une demande d'orientation professionnelle et/ou d'une RQTH font l'objet d'un suivi plus affirmé mais très insuffisant

Le suivi des publics s'effectue généralement par le biais de liens informels avec les acteurs du service public de l'emploi local (ANPE, Cap emploi, AFPA).

Certaines COTOREP évoquent en équipe technique l'évolution des publics pour lesquels elles ont décidé d'une orientation professionnelle avec les partenaires du SPE, afin éventuellement d'affiner leur décision (cas de l'Aude notamment), mais aucun département visité n'a institué de mécanisme de suivi systématique⁷⁴.

L'implication des COTOREP au sein des plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH) – lorsque de tels plans sont activés - est en outre très variable. Ainsi, une COTOREP a indiqué ne disposer d'aucun lien avec le PDITH⁷⁵, puisqu'elle n'est pas représentée en son sein et n'est pas informée des décisions et bilans effectués.

⁷² La DGAS a estimé que **250 000 allocataires** (sur le stock) nécessiteraient une évaluation de leurs capacités professionnelles (en sont exclus les allocataires inscrits à l'ANPE ou travaillant, ceux disposant d'une RQTH ou ORP et les bénéficiaires de la GRTH, reconnus dans l'impossibilité absolue de travailler).

⁷³ A Valenciennes par exemple, la convocation devant la commission permet d'informer le demandeur des perspectives de réinsertion professionnelle. Les demandeurs qui se voient attribuer dans les Bouches du Rhône une durée d'attribution relativement courte peuvent être convoqués en commission afin de les inciter à se réinsérer professionnellement face à la probabilité d'un non renouvellement de l'accord.

⁷⁴ Il est à noter que certaines COTOREP ont mis en place des dispositifs de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. La COTOREP du Rhône repère le plus en amont possible les problématiques de maintien dans l'emploi des demandeurs d'ORP ou RQTH, avec information mensuelle collective des intéressés co-animée par la COTOREP et le SPE et participation au comité de diagnostic de maintien dans l'emploi chargé d'examiner les perspectives concrètes de maintien dans l'emploi des personnes concernées. Les COTOREP de Valenciennes et du Var ont mis en place des mécanismes similaires. Les populations concernées sont toutefois rarement des allocataires de l'AAH.

⁷⁵ Cette COTOREP semble être un cas extrême puisqu'elle ne dispose en outre d'aucun lien avec les partenaires du SPE : l'ANPE s'est totalement désengagée des équipes techniques et les médecins ont refusé la présence de Cap emploi dans ces équipes. Le Directeur local de Cap emploi a finalement été désigné pour y siéger, mais n'a assisté qu'à quelques réunions de l'équipe. Selon ses propres dires, cette COTOREP ne dispose d'aucun lien, même informel, avec Cap emploi en matière de suivi des publics handicapés.

E. Aucune politique de gestion du contentieux n'a été mise en place alors que celui-ci est très largement favorable à l'administré

1. Le contentieux des décisions des COTOREP ne fait l'objet d'aucun suivi

a) Les données du contentieux en matière d'AAH ne sont pas connues de l'administration centrale

Les DRASS, qui assurent le greffe des tribunaux du contentieux de l'invalidité (TCI), transmettent à l'administration centrale des statistiques qui sont exclusivement centrées sur l'activité de ces juridictions. La direction de la sécurité sociale (DSS) dispose ainsi de données globales, notamment les taux de confirmation et d'infirmité des décisions par les TCI⁷⁶, mais aussi du nombre d'affaires traitées sur le contentieux relatif au handicap (avec une distinction COTOREP/CDES).

Ces données indiquent que les TCI statuent en majorité sur des décisions rendues par les COTOREP⁷⁷ :

Tableau 10

Section handicap	2004
COTOREP	22 075 ⁷⁸
CDES	1 150
Total handicapés	23 225
Part des décisions relatives aux COTOREP sur le total	49,2%
Part du handicap sur le total	51,8%

Toutefois, l'application informatique des TCI ne restitue pas la ventilation par nature de prestation au sein d'un même risque. L'administration centrale ne connaît donc :

- **ni l'ampleur du nombre de recours** déposés et traités relatifs à l'AAH ;
- **ni le taux de réformation** des décisions des COTOREP sur cette allocation.

b) Les services de l'Etat n'effectuent aucun suivi des contentieux les concernant

- Les COTOREP disposent de **peu de statistiques** relatives aux recours devant le TCI.

Le logiciel ITAC permet de tracer l'information relative au contentieux sur chaque dossier mais n'y associe pas de requête informatique afin de disposer de statistiques globales. Les COTOREP n'ont pas mis en place d'outils palliatifs et disposent des seules informations transmises par le TCI : les décisions sont versées au dossier individuel, ce qui ne permet pas de disposer de statistiques globales⁷⁹.

- Ne disposant pas de services contentieux, les COTOREP visitées **n'ont pas mis en place de politique active de gestion du contentieux** :

⁷⁶ La DSS dispose également d'informations relatives notamment aux délais, taux de classement, stocks, etc. dans chaque tribunal.

⁷⁷ Le contentieux « handicap » représentait 55,2% en 2003 et 54,7% en 2002 du total des décisions définitives.

⁷⁸ Si l'on rapporte ce chiffre au nombre de décisions des COTOREP en matière d'AAH en 2004, soit 356 000, le taux de recours calculé sur l'hypothèse que la majeure partie des recours contre les décisions des COTOREP concerne l'AAH est de 6,2%. Ce taux constituerait un plafond.

⁷⁹ La mission avait sollicité les COTOREP des départements visités afin de connaître le nombre de contentieux relatifs à l'AAH sur trois ans, ainsi que le nombre de décisions du TCI confirmant la décision de la COTOREP. Seuls trois départements ont répondu à cette demande.

- les COTOREP ne sont pas en mesure de présenter au TCI des mémoires en défense solidement motivés, ni d'être présentes aux instances⁸⁰ ou enfin d'effectuer une analyse des jugements prononcés par le TCI infirmant leurs décisions ;
 - en outre, la carence d'analyse et de suivi des décisions du TCI empêche toute éventualité d'ester en appel contre des jugements considérés comme peu pertinents ;
 - à l'exception du département des Bouches-du-Rhône qui a provoqué une rencontre avec le TCI, les COTOREP visitées n'ont établi aucun contact avec les membres des TCI dans le but d'échanger sur leurs traitements respectifs des dossiers, et notamment les critères de décision.
- A la connaissance de la mission, aucune instruction des services centraux n'a jamais été transmise aux COTOREP en matière de politique contentieuse, et ce malgré les recommandations du précédent rapport IGAS-IGF.

2. Les chiffres disponibles montrent que le taux de réformation des décisions prises par les COTOREP est important

a) Le volume des recours est significatif

La mission n'a pu obtenir de chiffrage concernant le contentieux que sur de trois des huit départements visités.

A partir de ces statistiques parcellaires, il peut être supposé que le contentieux relatif à l'AAH reste maîtrisé mais très hétérogène selon les départements et les années :

- le taux de recours moyen sur l'ensemble des départements et sur les trois exercices est de **7%**⁸¹. Il ne dépasse pas les 10,7% sur l'année 2005 dans les trois départements ;
- mais les taux sont très différenciés selon les années et les départements et évoluent de 2,8%⁸² à 24,8%. Ainsi le taux de recours dans les Bouches du Rhône reste faible entre 2003 et 2005 (de 5,3% à 4,4%), plus élevés mais stables dans le Var (autour de 7%), l'évolution étant plus marquée et les taux beaucoup plus élevés dans la Loire (de 10% à 24%).

En rapportant le nombre de contentieux aux décisions de rejet prises par les COTOREP, qui fondent la grande majorité des recours⁸³, le taux de recours est toutefois plus **significatif** puisqu'il est de **18,2%** en moyenne sur les trois années et atteint 31,5% dans la Loire en 2005.

⁸⁰ Le défendeur, représentant de l'Etat dans le département (préfecture), ne comparait jamais selon les dires des COTOREP, et ne se fait pas représenter.

⁸¹ Le taux de recours n'a pu être calculé, dans le département des Bouches du Rhône, qu'à partir du nombre de recours effectivement traités par le TCI sur une année, et non des recours déposés. L'absence de cette information de base traduit les faiblesses du suivi local du contentieux.

⁸² Ce taux de recours très faible s'explique par une réorganisation interne du TCI dont dépend la COTOREP des Bouches du Rhône en 2004 (NB : pour les Bouches du Rhône, faute d'information disponible, le taux de recours a été calculé à partir des affaires traitées par le TCI et non des recours déposés).

⁸³ En effet, les recours en matière d'AAH sont diligentés contre des décisions de rejet d'AAH ou contre des fixations de taux inférieures à 80% (condition d'obtention de la carte d'invalidité).

b) Le taux de réformation des décisions est élevé

Le TCI invalide dans une proportion très importante les décisions des COTOREP, puisqu'en moyenne sur les années 2003 et 2004⁸⁴ et dans les trois départements, le taux de réformation est de **45,7%** et n'est jamais inférieur au quart des affaires jugées entre 2003 et 2005⁸⁵.

Le taux de rejet des décisions des COTOREP est toutefois très variable selon les années et les départements. Ainsi, il évolue dans la Loire de 27% à 74% entre 2003 et 2004 et de 36 à 53% de 2003 à 2005 dans le Var, alors que le département des Bouches du Rhône se caractérise par une certaine stabilité (entre 25 et 27%).

L'importance du taux de rejet des décisions des COTOREP en matière d'AAH par les TCI couplée à la reconduction quasi systématique par les COTOREP des décisions du TCI à l'occasion des demandes de renouvellement des requérants plaident pour un suivi renforcé du contentieux.

Tableau 11 : Synthèse des données sur le contentieux

	Bouches du Rhône			Loire			Var		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Nbre de dossiers traités par la COTOREP (A)	16 461	15 442	16 886	3 695	5 576	5 450	6 578	6 999	6 889
Nombre de dossiers refusés et sans suites (B)	6 312	5 964	6 763	ND	3 767	1 853	2 519	2 525	2 822
Nbre de recours TCI (C)	ND	ND	ND	918	842	584	468	505	540
Nbre de recours traités par TCI*	873	430	747				225	432	537
Nbre de décisions du TCI confirmant la décision COTOREP (D)	631	312	557	666	215	ND	144	222	250
Taux de recours (C)/(A)	5,3%	2,8%	4,4%	24,8%	15,1%	10,7%	7,1%	7,2%	7,8%
Taux de recours rapporté aux décisions de refus (C)/(B)	13,8%	7,2%	11,0%	ND	22,4%	31,5%	18,6%	20,0%	19,1%
Taux de confirmation (D)/(C)	72,3%	72,6%	74,6%	72,5%	25,5%	ND	64,0%	51,4%	46,6%
Taux de rejet	27,7%	27,4%	25,4%	27,5%	74,5%	ND	36%	48,6%	53,4%

Uniquement disponible dans le département du Var et des Bouches du Rhône. Le taux de confirmation et de rejet a été calculé sur cette base dans ces départements. Pour les Bouches du Rhône, le taux de recours a également été calculé sur cette base.

⁸⁴ Les données sur l'année 2005 n'étant pas disponibles pour le département de la Loire.

⁸⁵ Ces chiffres se recoupent avec les **données fournies par la DRASS d'Ile de France**, sollicitée par la mission sur un échantillon de deux mois d'audiences du TCI (septembre et octobre 2005), soit 81 audiences, 1089 dossiers enrôlés et 811 jugements définitifs, dont 219 dossiers portant sur l'article L 821-2 de l'AAH : l'analyse de ces dossiers révèlent 136 confirmations (62%) et 83 infirmations (38%), soit **plus d'un tiers de décisions infirmées**.

ANNEXE II
LES FACTEURS D'ÉVOLUTION DE L'AAH

SOMMAIRE

INTRODUCTION	76
I. L'EVOLUTION DE LA DEPENSE D'AAH DEPUIS 1980 : UNE HAUSSE REGULIERE	76
A. La dépense d'AAH croît régulièrement depuis 1980	76
1. Une dépense en augmentation rapide depuis 1980, qui connaît toutefois un ralentissement relatif depuis 15 ans.....	77
2. La part de l'AAH dans le PIB a quasiment doublé entre 1980 et 1990, mais reste relativement stable depuis	78
B. Cette évolution, largement déconnectée de la conjoncture économique, s'inscrit en revanche dans un contexte d'augmentation de l'ensemble des prestations liées au handicap	79
II. LA CONJUGAISON D'UNE AUGMENTATION REGULIERE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES ET D'UNE HAUSSE TENDANCIELLE DU MONTANT MOYEN VERSE.	80
A. Un nombre de bénéficiaires en augmentation constante	80
1. L'impact des modifications du périmètre d'attribution de l'AAH	80
2. Le rôle central des décisions des COTOREP	81
3. Une croissance des décisions d'attribution par les COTOREP qui ne se retrouve pas complètement dans les allocations effectivement versées.....	86
B. Une progression du montant moyen versé, moins rapide que la revalorisation de l'allocation.....	87
1. La dépense moyenne par bénéficiaire connaît une hausse constante jusqu'en 2005	87
2. Une fois pris en compte les effets de la revalorisation annuelle de l'allocation à taux plein, le montant moyen versé diminue légèrement entre 1994 et 2003	88
3. Les évolutions du montant moyen versé reflètent des tendances contradictoires	89
C. Des facteurs « structurels » de hausse du nombre de bénéficiaires	90
1. Le maintien de flux importants de bénéficiaires entrants.....	90
2. La faiblesse des sorties, le jeu des renouvellements et le vieillissement des allocataires entraînent un accroissement « mécanique » du stock d'AAH.....	94
3. L'absence d'un dispositif d'insertion professionnelle pour la grande majorité des bénéficiaires explique largement la faiblesse des sorties de l'allocation.....	95
III. DES DISPARITES IMPORTANTES DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES SELON LES DEPARTEMENTS.....	98
A. Des disparités territoriales importantes de la proportion d'allocataires dans la population	98
1. Des disparités importantes qui concernent tant les stocks que les flux d'allocataires ou leur répartition selon les taux d'incapacité	98
2. Ces disparités reflètent des écarts importants dans les décisions d'attribution par les COTOREP.....	99
3. Une tendance à la convergence ?.....	99
B. L'origine des disparités en matière d'AAH : entre facteurs socio-démographiques et pratiques des COTOREP	100
1. Statistiquement, l'âge de la population, la prévalence du handicap et la situation socio-économique expliquent une grande partie des écarts constatés.....	100
2. L'hétérogénéité des pratiques d'attribution de l'AAH par les COTOREP reste toutefois un facteur essentiel de disparité entre départements	101

SYNTHESE

LA DEPENSE D'AAH CROIT REGULIEREMENT DEPUIS 1980, DANS UN CONTEXTE D'AUGMENTATION DE L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS LIEES AU HANDICAP

Après avoir plus que doublé entre 1980 et 1985, **la dépense d'AAH a été multipliée par trois depuis 1985 en euros courants ; elle représente près de 5 milliards d'euros en 2005.** L'évolution annuelle de la dépense apparaît à long terme relativement régulière, comprise entre 5 et 7% par an en valeur, mais connaît un relatif ralentissement depuis vingt ans.

Si cette évolution n'est pas liée à la conjoncture (la part de l'AAH dans le PIB connaît une croissance faible mais régulière), elle s'inscrit en revanche **dans un contexte d'augmentation de l'ensemble des prestations liées au handicap.** L'ensemble des dépenses consacrées au handicap représentait ainsi 28,4 milliards d'euros en 2003, contre 24 milliards en 1995, soit une hausse de 19% en termes réels. **L'AAH représentait 16,1% de cet agrégat en 2003 ; elle est toutefois loin d'être la dépense la plus dynamique.**

LA CROISSANCE DES DEPENSES PROVIENT ESSENTIELLEMENT DE L'AUGMENTATION CONSTANTE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES

La croissance de la dépense s'explique essentiellement par la hausse du nombre de bénéficiaires (800 000 en 2005) : de l'ordre de 2 à 3% par an en moyenne depuis vingt ans, elle reflète avant tout **l'augmentation des décisions d'attribution d'AAH par les COTOREP.**

Face à une **demande sans cesse croissante** (356 000 en 2004, soit + 13,7% par rapport à 2001), et **malgré des taux d'accords en baisse régulière depuis 15 ans** (65% en 2004 contre 80% au début des années 1990), le nombre de décisions favorables d'AAH augmente tous les ans. Cette augmentation est **particulièrement importante pour les allocations accordées au titre de l'article L 821-2** du code de la sécurité sociale (taux d'incapacité compris entre 50 et 79% et impossibilité reconnue de se procurer un emploi compte tenu du handicap), alors que les accords relatifs à l'article L 821-1 (taux d'incapacité supérieur à 80%) restent relativement stables. Il faut toutefois signaler que la forte **augmentation des accords s'explique en grande partie par la progression des décisions de renouvellement** (+36% en dix ans), largement supérieure à celle des premières demandes (+12%).

Enfin, la hausse des accords COTOREP ne se retrouve pas totalement dans la hausse des allocataires effectivement payés par les CAF et MSA : environ un quart des attributions d'AAH ne donneraient pas lieu au paiement effectif de l'allocation, en raison notamment de l'examen des conditions administratives et de ressources. Depuis quelques années, l'écart entre nombre d'accords et nombre d'allocataires effectifs tend en outre à se creuser.

Ces évolutions ne sont pas propres à l'AAH : la croissance des demandes et des accords est plus rapide pour l'ensemble des décisions prises par les COTOREP que pour la seule AAH. La progression du nombre de bénéficiaires est supérieure pour les autres allocations liées au handicap (AES, ACTP, pensions d'invalidité).

LE MONTANT MOYEN VERSE PROGRESSE MOINS VITE QUE LA REVALORISATION DE L'ALLOCATION

Cette croissance de la dépense se double d'une **augmentation du montant moyen versé par bénéficiaire, qui s'explique par la revalorisation annuelle du montant de l'allocation et la création d'un complément d'AAH** en 1994. Une fois pris en compte ces deux facteurs, le montant moyen versé connaît entre 1994 et 2003 une diminution, avant de remonter légèrement en 2004 et 2005.

PLUSIEURS FACTEURS STRUCTURELS PEUVENT EXPLIQUER LA CROISSANCE DES BENEFICIAIRES

S'il est difficile d'analyser précisément les causes de la progression du nombre de bénéficiaires, plusieurs facteurs structurels peuvent toutefois être avancés :

- **le maintien d'un flux important de nouveaux bénéficiaires de l'allocation**, qui s'explique par une multiplicité de facteurs : meilleur accès au droit, hausse des situations de précarité et des troubles psychiques, mais surtout maintien d'un flux de jeunes handicapés entrant dans l'AAH (14% des premières demandes émanent de personnes âgées de 20 ans et moins), effet démographique (estimé à 0,6% par an par la DREES), entrée dans l'AAH de personnes bénéficiant auparavant d'un autre minimum social (selon diverses estimations, 20% environ des entrants dans l'AAH percevaient auparavant le RMI), et enfin conséquence du maintien d'une situation du marché du travail particulièrement défavorable aux travailleurs handicapés (hausse de 60% du nombre de travailleurs handicapés au chômage entre 1996 et 2004) ;
- **l'accroissement du stock existant qui provient de la faiblesse des sorties** et de l'importance des renouvellements, par le jeu combiné d'« effets de cliquet » et du vieillissement des bénéficiaires ; les taux de sorties apparaissent en particulier assez faibles (de l'ordre de 5 à 8% pour le L821-1, de 8 à 11% pour le L821-2), notamment au regard de ceux des autres minima sociaux (de 15 à 25% pour le RMI et l'ASS), même s'ils représentent un nombre d'allocataires non négligeables (de l'ordre de 60 à 80 000 sorties par an) ;
- **l'absence de dispositif d'insertion professionnelle pour la majorité des bénéficiaires**, qui explique la faiblesse du nombre de sorties du dispositif : alors que **les allocataires de l'AAH sont plus souvent en emploi que les allocataires des autres minima** (cas d'environ 15% d'entre eux, contre 12 à 13% pour l'ASS, l'API et le RMI ; leur situation d'emploi est toutefois particulière, puisque qu'environ la moitié travaillaient en milieu protégé), **les sorties de l'AAH sont plus rares** (de l'ordre de 10% contre environ 30% pour le RMI et l'ASS, et 40% pour l'API), **et se font plus rarement vers l'emploi** (10% des sortants sont en emploi contre 36 à 43% pour les autres minima) ; il n'existe en effet aucun dispositif d'insertion professionnelle propre aux allocataires de l'AAH, qui peuvent dans le meilleur des cas bénéficier des mesures ouvertes aux travailleurs handicapés, mais ne font le plus souvent l'objet d'aucun accompagnement.

DES DISPARITES IMPORTANTES DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES SELON LES DEPARTEMENTS

L'existence d'écarts importants entre départements dans le nombre de bénéficiaires d'AAH ou leur répartition selon le taux d'incapacité n'est **pas un phénomène nouveau**. Elle a toutefois fait l'objet d'investigations nouvelles menées par la DREES depuis 1998, qui mettent en évidence le **rôle central des disparités dans les décisions des COTOREP**.

La proportion d'allocataires d'AAH dans la population de 20 à 59 ans variait en 2004 de 1 à 5 selon les départements, et de 1 à 30 pour les seuls allocataires au titre de l'article L 821-2. Ces écarts très importants reflètent une disparité plus grande encore dans les décisions des COTOREP, puisque le nombre total de décisions d'attribution d'AAH pour 1000 habitants de 20 à 59 ans varie de 1 à 33, et de 1 à 310 pour les décisions relatives au L 821-2.

Ces disparités très importantes reflètent deux phénomènes distincts : la grande variabilité des demandes adressées aux COTOREP selon les départements (qui varient de 1 à 4,4), et les pratiques d'attribution des commissions, puisque les taux d'accords varient de 47% à 82%.

La encore, il convient de signaler que **ces écarts ne sont pas propres à l'AAH** mais concernent toutes les décisions des COTOREP et toutes les allocations liées au handicap. On observe en outre **une certaine tendance à la convergence entre départements** dans les taux d'allocataires.

LES FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES N'EXPLIQUENT PAS L'ENSEMBLE DES ECARTS CONSTATES

Si des éléments socio-démographiques peuvent éclairer en partie l'origine de ces écarts (l'âge de la population, la prévalence du handicap et la situation socio-économique du département expliquent statistiquement une grande partie des écarts), l'hétérogénéité des pratiques d'attribution de l'AAH par les COTOREP reste un facteur important d'explication des disparités constatées entre départements, comme l'illustrent d'ailleurs les résultats des investigations menées par la mission dans huit départements.

INTRODUCTION

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) a été créée par l'article 37 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975. Elle remplace l'allocation aux handicapés adultes créée par la loi du 13 juillet 1971 relative à diverses mesures en faveur des handicapés, l'allocation mensuelle du fonds national de solidarité et l'allocation mensuelle d'aide sociale aux aveugles et grands infirmes.

Attribuée jusqu'au 31 décembre 2005 par les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) aux personnes présentant un taux d'incapacité supérieur à 80%, ou compris entre 50 et 79% mais s'accompagnant de l'incapacité reconnue à se procurer un emploi « compte tenu » du handicap, l'allocation est versée pour le compte de l'Etat par les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) après vérification du respect des conditions administratives de paiement.

Malgré l'importance des crédits consacrés par l'Etat à l'allocation (près de 5 milliards d'euros en 2005) et un nombre de bénéficiaires (près de 800 000) qui en fait le deuxième minimum social après le RMI, l'allocation adulte handicapée reste mal connue : les facteurs d'évolution de la dépense n'ont pas fait à ce jour l'objet d'une analyse précise, la prévision budgétaire se contentant de reproduire les tendances passées ; les raisons de la croissance ininterrompue des bénéficiaires tant d'accords d'attribution par les COTOREP que de paiement par les CAF et MSA sont mal identifiées.

La double tutelle des COTOREP par les services chargés de l'emploi et des affaires sociales, la séparation entre circuit d'attribution et de paiement, l'obsolescence (dans le cas du logiciel ITAC utilisé par les COTOREP) ou l'éclatement (pour les bases d'allocataires des CAF et MSA) des systèmes d'informations ne permettent pas à ce jour d'avoir une connaissance fine des caractéristiques et des trajectoires des allocataires.

Malgré les travaux entrepris notamment par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en lien avec la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), qui ont permis d'améliorer la connaissance de l'activité et des décisions des COTOREP et d'éclairer les disparités importantes existant entre départements, les éléments aujourd'hui disponibles ne permettent pas à la Direction générale de l'action sociale (DGAS), en charge du pilotage de l'allocation, de connaître, piloter et suivre effectivement l'allocation et ses bénéficiaires.

La présente annexe a pour objet de présenter, compte tenu des données actuellement disponibles et sans prétention à l'exhaustivité, les éléments permettant d'éclairer tout à la fois l'évolution de la dépense, ses facteurs de croissance (nombre de bénéficiaires et montants moyens versés) et les disparités importantes entre départements.

I. L'EVOLUTION DE LA DEPENSE D'AAH DEPUIS 1980 : UNE HAUSSE REGULIERE

A. La dépense d'AAH croît régulièrement depuis 1980

Créée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées (loi n°75-534 du 30 juin 1975), l'allocation aux adultes handicapés a été effectivement versée à compter de l'année 1976. Après avoir plus que doublé entre 1980 et 1985, la dépense d'AAH a été multipliée par trois depuis 1985 en euros courants.

1. Une dépense en augmentation rapide depuis 1980, qui connaît toutefois un ralentissement relatif depuis 15 ans

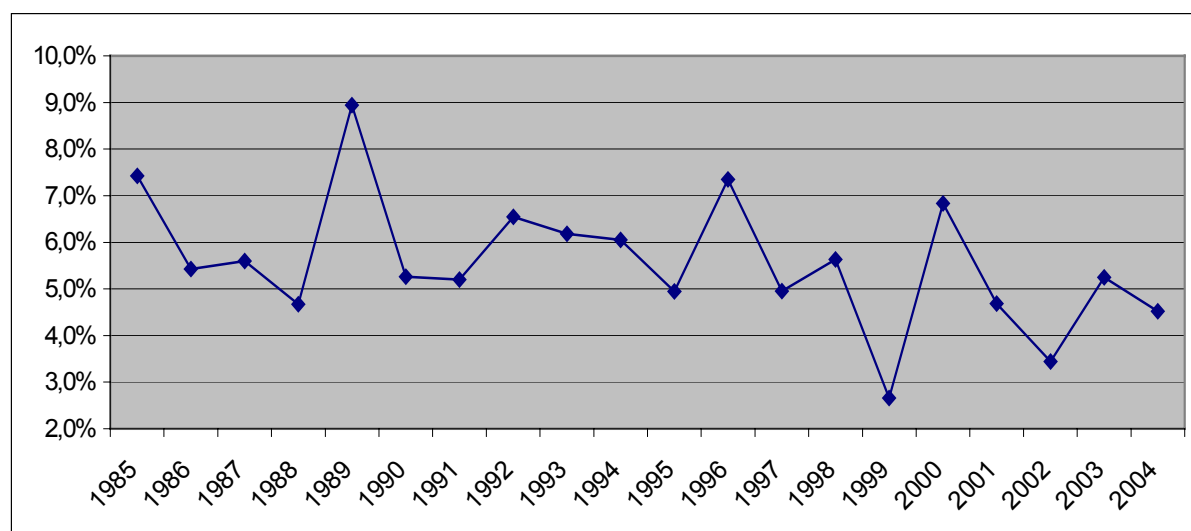
Tableau 12 : Evolution de la dépense d'AAH, 1980-2005

	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Dépense (en M€)	736	1 684	1 809	1 907	2 014	2 108	2 296	2 417	2 543	2 709	2 877
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^p
Dépense (en M€)	3 051	3 202	3 437	3 607	3 811	3 912	4 179	4 375	4 526	4 763	4 979

Source : DGAS et CNAF. Pour 2005, prévision de dépense.

L'évolution annuelle de la dépense apparaît à long terme relativement régulière, comprise entre 5 et 7% par an en valeur.

Graphique 1 : Taux d'évolution annuels de la dépense d'AAH, 1985 - 2005



Source : DGAS et CNAF, calculs mission.

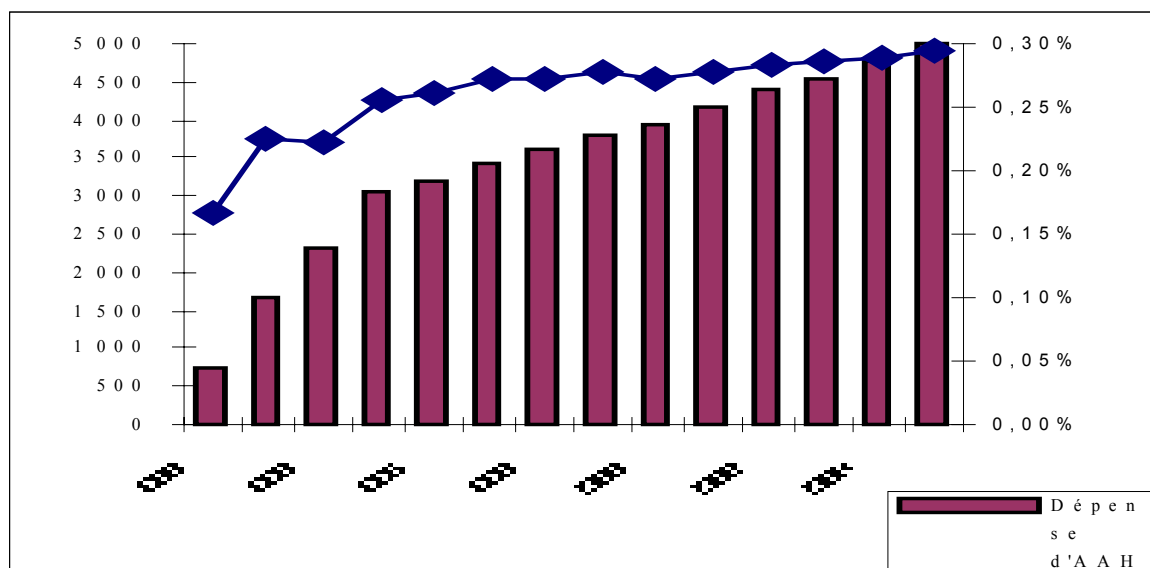
Toutefois, après une progression très forte jusqu'en 1985, correspondant à la montée en charge du dispositif, la croissance de la dépense s'est désormais stabilisée, aux alentours de 6% par an en moyenne en euros courants.

Tableau 13 : Taux de croissance annuel moyen de la dépense d'AAH depuis 1980

Evolution moyenne annuelle de la dépense d'AAH				
1980 - 1985	1985 - 1990	1990 - 1995	1995 - 2000	2000 - 2005
25,8%	7,3%	6,6%	5,6%	5,5%

Source : DGAS, calculs mission

La croissance de la dépense totale d'AAH connaît donc un ralentissement relatif depuis une vingtaine d'années, et ce malgré l'introduction en 1994 du complément d'AAH. La dépense consacrée à ce dernier, passée de 43 M€ en 1994 à 188 M€ en 2004, augmente plus rapidement en moyenne que celle consacrée à l'allocation elle-même, mais représente une fraction limitée de la dépense totale (4% en 2004).



2. La part de l'AAH dans le PIB a quasiment doublé entre 1980 et 1990, mais reste relativement stable depuis

La part de l'AAH dans le PIB a quasiment doublé depuis 1980, passant de 0,16% à près de 0,3%. Toutefois, après une période de forte hausse jusqu'en 1985, le poids de l'AAH dans la richesse nationale connaît une croissance très faible mais régulière depuis dix ans.

Graphique 2 : Evolution de la dépense d'AAH et part de la dépense dans le PIB, 1980 - 2005

Source : DGAS, calculs mission.

La dépense d'AAH évolue également depuis 2000 moins rapidement que l'ensemble des prestations de protection sociale : ainsi sur la période 2000 – 2004, l'AAH a connu une augmentation de 18% en euros courants, contre 21% pour l'ensemble des prestations de protection sociale. Cette situation contraste avec celle qui prévalait pendant la décennie précédente, durant laquelle la dépense d'AAH évoluait plus fortement que celle de l'ensemble des prestations de protection sociale (entre 1990 et 1995, l'AAH progressait de 6,6% par an, les prestations de protection sociale de 5,6% ; entre 1995 et 2000, ces chiffres étaient respectivement de 5,6 et 3,3%).

B. Cette évolution, largement déconnectée de la conjoncture économique, s'inscrit en revanche dans un contexte d'augmentation de l'ensemble des prestations liées au handicap

L'évolution de la dépense d'AAH, en progression constante depuis sa création, n'apparaît pas significativement liée à la conjoncture. Ainsi, à l'inverse de la dépense de revenu minimum d'insertion, qui a diminué en 2000 et 2001 à la suite d'une amélioration durable de la situation sur le marché du travail avant de repartir fortement à la hausse dans les années suivantes sous le coup du ralentissement conjoncturel, les évolutions de la dépense d'AAH ne semblent avoir aucun lien clair ni avec l'évolution du PIB ni avec celle du taux de chômage.

La dépense d'AAH évolue ainsi comme l'ensemble des prestations sociales consacrées au handicap, qui connaissent une augmentation régulière et déconnectée des évolutions conjoncturelles. La dépense d'AAH semble toutefois évoluer légèrement moins rapidement que l'ensemble des prestations consacrées au handicap, comme l'illustre l'examen du « compte social du handicap »⁸⁶ :

L'ensemble des dépenses consacrées au handicap représentait ainsi 28,4 milliards d'euros en 2003, contre 24 milliards en 1995⁸⁷, soit une hausse de 19% en termes réels. L'AAH représentait 16,1% de cet agrégat en 2003, en hausse par rapport à 1995 (14,8%). Elle constitue le troisième poste de dépenses, après les pensions d'invalidité (23,3%) et les dépenses médico-sociales en faveur des personnes handicapées (16,7%).

La dépense d'AAH est toutefois loin d'être la plus dynamique : sur la période en effet, les postes ayant connu la plus vive augmentation en termes réels sont les dépenses relatives aux indemnités journalières d'accidents du travail et maladies professionnelles et à l'allocation d'éducation spéciale (AES) (+ 54% pour chacun de ces postes), suivies des frais d'hébergement et d'aide sociale aux personnes handicapées (+ 35%) et des pensions d'invalidité (+31%). Avec une croissance de 29% en termes réels, l'AAH augmente comme la garantie de ressources aux travailleurs handicapés. A l'inverse, les dépenses relatives à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et au fonds spécial invalidité (FSI) connaissent une croissance modérée, tandis que les dépenses de pensions militaires d'invalidité et de rentes d'accident du travail diminuent en termes réels.

Ce moins grand dynamisme de l'AAH par rapport aux autres prestations relatives au handicap se retrouve dans l'évolution du nombre de bénéficiaires. Ainsi, sur la période 1999-2004, le nombre de bénéficiaires de l'AAH a augmenté en moyenne de 2,7% par an, contre 3,5% pour les bénéficiaires de l'AES, 4% pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et 4,3% pour les bénéficiaires de l'ACTP de moins de 60 ans.

Si des explications propres à l'AAH doivent donc être recherchées pour expliquer l'évolution de la dépense et du nombre de bénéficiaires, il convient de garder à l'esprit que l'évolution de l'allocation s'inscrit dans un contexte d'augmentation des dépenses et des bénéficiaires de prestations liées au handicap, au sein duquel les évolutions de l'AAH apparaissent relativement mesurées.

⁸⁶ Voir notamment J. Bechtel, « Le compte social du handicap de 1995 à 2003 », *Etudes et résultats* n°367, DREES, décembre 2004, ainsi que le *Document de travail, série statistiques* n°90, « Les comptes de la protection sociale en 2004 », DREES, novembre 2005.

⁸⁷ En euros constants, valeur 2003.

II. LA CONJUGAISON D'UNE AUGMENTATION REGULIERE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES ET D'UNE HAUSSE TENDANCIELLE DU MONTANT MOYEN VERSE

L'évolution de la dépense d'AAH repose à la fois sur un effet-volume important (la hausse régulière du nombre de bénéficiaires) et sur un effet-prix plus complexe, qui ne se limite pas à l'effet de la revalorisation annuelle du montant de l'allocation.

A. Un nombre de bénéficiaires en augmentation constante

En 2005, près de 800 000 personnes ont perçu l'AAH. Le nombre de bénéficiaires a constamment progressé depuis la création de l'allocation, et a plus que doublé en vingt-cinq ans.

Après une phase de montée en charge rapide (200 000 bénéficiaires en 1977, 300 000 en 1979, 400 000 en 1981), le nombre de bénéficiaires semblait s'être stabilisé au milieu des années 1980 aux alentours de 475000. Sa croissance a toutefois repris, à un rythme moins soutenu mais régulier.

Tableau 14 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH, 1980-2005

1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
371 739	476 107	480 609	491 689	510 006	523 256	537 587	552 088	567 575	582 356	597 637
1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^P
614 225	630 687	648 798	668 381	693 923	710 981	733 180	751 194	766 498	786 158	798 100

Source : DGAS. Pour 2005, prévision

Depuis 1985, la croissance du nombre de bénéficiaires est comprise entre 2 et 3% par an. Trois années seulement (1988, 1999 et 2001) connaissent une croissance supérieure à 3%. A l'inverse, les prévisions pour 2005 font apparaître une croissance plus limitée, de l'ordre de 1,5%. Ces chiffres recouvrent des évolutions différenciées selon l'organisme en charge du versement : alors que le nombre de bénéficiaires relevant de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) progresse sans discontinuer, celui des bénéficiaires relevant de la Mutualité sociale agricole (MSA), de l'ordre de 37 000 en 2004, connaît une tendance régulière à la baisse.

1. L'impact des modifications du périmètre d'attribution de l'AAH

La croissance du nombre de bénéficiaires s'explique en partie par les modifications législatives et réglementaires des conditions d'attribution de l'AAH, qu'elles s'expliquent par des facteurs externes à l'allocation elle-même ou qu'elles aient pour but d'en élargir le bénéfice face à l'émergence de nouvelles pathologies.

L'exemple le plus significatif de ces effets de périmètre est celui introduit par la loi du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France, et son décret d'application n°98-1172 du 22/12/98. En élargissant la possibilité d'accès à l'AAH à l'ensemble des résidents étrangers en situation régulière, cette loi a eu un impact immédiat sur le nombre de bénéficiaires : ainsi, alors que le nombre de bénéficiaires de l'allocation croissait d'environ 15 000 personnes par an entre 1990 et 1997, il a progressé de 20 000 en 1998, puis 25 000 en 1999. Ces évolutions sont cohérentes avec l'estimation faite par la mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances en 1998⁸⁸, qui estimait à environ 25 000 personnes le nombre de demandeurs étrangers potentiels. La mission notait toutefois que cet accroissement des bénéficiaires de l'AAH aurait vraisemblablement un impact inverse sur celui des bénéficiaires du RMI, ouvert aux résidents étrangers. Cet impact est d'ailleurs particulièrement marqué dans certains départements où la proportion d'étrangers est très importante : ainsi les progressions les plus fortes du nombre d'allocataires en 1999 ont-elles concerné les Yvelines (+13,3%), la Seine-Saint-Denis (+12,1%), l'Essonne (+11,4%), la Martinique (+10,8%) et Paris (+9,8%), pour une hausse moyenne de 4,2%.

D'autres évolutions du périmètre d'attribution proviennent de modifications des critères d'attribution de l'allocation : si le guide - barème permettant d'apprécier l'incapacité n'a pas été modifié depuis 1993, des circulaires d'application ont pu venir en modifier la portée. C'est notamment le cas des deux circulaires du 23 novembre 1993 et du 25 août 1997, dans lesquelles la DGAS préconisait, pour les personnes atteintes par le VIH, que « l'appréciation des déficiences modérées et importantes [...] doit tenir compte - même en cas d'absence de signes cliniques - de la baisse de l'immunité qui entraîne une fatigabilité importante limitant ou empêchant parfois de se déplacer ou de travailler, qui peut, à elle seule, justifier un taux de 50% » et que les personnes atteintes par le VIH devraient bénéficier « automatiquement d'un taux supérieur à 50% » lorsque sont présents des troubles du comportement, de l'humeur, de la vie émotionnelle et affective.

Cet élargissement du périmètre d'attribution de l'allocation par circulaire, s'il a certainement eu des effets moins notables que la loi du 11 mai 1998, a néanmoins vraisemblablement contribué à l'accroissement du nombre de bénéficiaires de l'AAH.

Il est également possible que les modifications de dispositifs connexes à celui de l'allocation aient pu avoir un impact sur le nombre de bénéficiaires de l'AAH. Ainsi plusieurs interlocuteurs de la mission ont-ils signalé que le renforcement du suivi des demandeurs d'emploi consécutif à l'instauration du programme d'aide au retour à l'emploi (PARE) en 2001 avait eu pour conséquence un afflux de demande d'AAH de la part de personnes radiées des listes de demandeurs d'emploi.

2. Le rôle central des décisions des COTOREP

L'essentiel des évolutions du nombre de bénéficiaires résulte toutefois des mécanismes propres au dispositif lui-même, et tout particulièrement des décisions d'attributions prises par les COTOREP, qui sont le point d'entrée dans le dispositif.

a) Une pression forte de la demande

Chargées depuis la loi du 30 juin 1975 d'instruire l'ensemble des demandes des personnes handicapées adultes relatives à leur orientation professionnelle ou sociale, ces commissions ont du faire face depuis trente ans à une croissance ininterrompue des demandes qui leur sont adressées.

⁸⁸ M. Gagneux, M. Laroque, P. Lubek, S. Picard, F. Werner, « Rapport d'enquête sur l'allocation aux adultes handicapés », IGAS – IGF, juin 1998.

Cette hausse régulière, loin d'être spécifique aux demandes d'AAH, concerne l'ensemble des demandes adressées aux COTOREP. Il apparaît même que les demandes d'AAH croissent moins rapidement, sur les années récentes, que les demandes relatives aux autres mesures. Ainsi entre 2001 et 2004, l'ensemble des demandes adressées aux COTOREP a progressé de 17,3%, quand les demandes d'AAH ne progressaient que de 14,5%. Cette différence se retrouve dans les décisions prises par les COTOREP, soit les demandes effectivement traitées : le nombre de décisions relatives à l'AAH progresse de 13,7% entre 2001 et 2004, mais il augmente moins rapidement que les décisions relatives à d'autres mesures.

Tableau 15 : Evolution du nombre de décisions prises par les COTOREP, 2001 - 2004

Type de mesures	Taux d'évolution 2004 – 2001
Mesures liées au travail	13,2%
<i>Dont Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)</i>	16,4%
<i>Dont Orientation professionnelle (ORP)</i>	11,3%
Environnement social	18,2%
<i>Dont Allocation aux adultes handicapés (AAH)</i>	13,7%
<i>Dont Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)</i>	18,0%
<i>Dont Placement en établissement spécialisé (PLA)</i>	18,9%
<i>Dont Carte d'invalidité (CIN)</i>	12,0%
<i>Dont Carte européenne de stationnement (STA)</i>	47,7%
Ensemble des mesures	16,4%

Source : DREES, exploitation annuelle des bases ITAC des COTOREP.

Les COTOREP sont donc confrontées à un flux de demandes croissant, qui ne concerne toutefois pas prioritairement l'AAH.

b) Des taux d'accords en baisse depuis quinze ans

Face à cette pression sans cesse accrue de la demande (356 000 demandes d'AAH présentées en 2004), les taux d'accords par les COTOREP (nombre de décisions favorables rapporté au nombre de demandes) en matière d'AAH semblent relativement stables à court terme, de l'ordre de 65% sur les trois dernières années.

Ils restent en outre significativement inférieurs aux taux d'accords pour les autres demandes formulées auprès des COTOREP, qu'elles concernent le travail (taux d'accord de 82% en 2004) ou l'environnement social (68%). Les COTOREP semblent donc d'autant plus ouvertes aux demandes correspondant à un projet d'insertion professionnelle, et d'autant plus « exigeantes » qu'elle correspond à une demande d'allocation.

Tableau 16 : Evolution du nombre de décisions des COTOREP et des taux d'accords, 2001 - 2004

Nombre de décisions (en milliers)	Décisions en 2001		Décisions en 2002		Décisions en 2003		Décisions en 2004	
	Total	Taux d'accords	Total	Taux d'accords	Total	Taux d'accords	Total	Taux d'accords
Mesures liées au travail	494	81%	497	81%	514	82%	559	82%
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	281	83%	286	84%	300	84%	327	84%
Orientation professionnelle (ORP)	195	78%	197	78%	201	78%	217	78%
Environnement social	941	69%	961	69%	1 015	68%	1 112	68%
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	313	69%	320	66%	331	65%	356	65%
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	50	65%	51	68%	55	67%	59	66%
Placement en établissement spécialisé (PLA)	37	31%	37	89%	41	89%	44	89%
Carte d'invalidité (CIN)	400	89%	399	74%	411	73%	448	74%
Carte européenne de stationnement (STA)	132	74%	144	57%	168	56%	195	56%
Ensemble des mesures	1 435	73%	1 458	73%	1 529	72%	1 671	72%

NB : les valeurs étant données en milliers, les valeurs à zéro sont des valeurs inférieures à zéro mais non nulles.

Source : Drees, exploitation annuelle des bases ITAC des COTOREP

A plus long terme, les taux d'accords sur les demandes d'AAH connaissent une diminution significative : face à une demande sans cesse croissante, dont on peut penser qu'elle correspond en partie à des dossiers qui ne justifient pas l'attribution de l'allocation, les COTOREP apparaissent progressivement plus « exigeantes » dans la reconnaissance du handicap et de l'impossibilité de se procurer un emploi.

Ainsi, le « Rapport d'étape portant sur l'évaluation des liens réciproques entre le RMI et l'AAH »⁸⁹, mentionnait, pour la période de 1987 à 1991, des taux d'accord relativement stables, de l'ordre en moyenne de 80% sur un échantillon de 6 départements (soit sur environ 20 000 demandes par an). Le rapport d'enquête sur l'AAH de juin 1998 signalait quant à lui des taux d'accords inférieurs, et en diminution sur la période : le taux d'accord sur première demande serait ainsi passé de 59% en 1995 à 57% en 1997, le taux d'accord sur renouvellement passant lui de 88% à 86%. En 2004, ces taux sont respectivement de 47 et 78%, pour un taux d'accord moyen de 65% pour l'ensemble des demandes d'AAH.

Par rapport à la situation évaluée en 1992 sur échantillon, les taux d'accords d'AAH auraient donc diminué de 15 points (soit une baisse de 19%) en quinze ans, essentiellement durant la période 1991-2002.

c) Une hausse des décisions d'AAH moins rapide que celle des autres décisions des COTOREP

Le nombre de décisions favorables d'attribution de l'AAH a crû régulièrement entre 2001 et 2004, passant de 205 053 à 231 212 sur la période (+ 12,8%).

⁸⁹ Rapport de l'IGAS rédigé par J.C. Portonnier et Y. Lemarie, mars 1992.

La hausse est toutefois plus faible pour cette allocation (+ 4,1% en moyenne annuelle entre 2001 et 2004) que pour l'ensemble des demandes adressées aux COTOREP (+ 5%), qu'elles concernent le travail (+4,8%) ou l'environnement social (+5,2%).

Tableau 17 : Evolution du nombre de décisions favorables des COTOREP, 2001 - 2004

Nombre de décisions favorables en année pleine	2001	2002	2003	2004	Taux d'évolution annuel moyen 2001 – 2004
Mesures liées au travail					
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	234 147	239 279	251 719	275 855	5,6%
Orientation professionnelle (ORP)	150 764	152 617	156 809	169 609	4,0%
Abattement de salaire (ABS)	3 340	3 458	3 529	3 462	1,2%
Emploi Fonction Publique (EFP)	7 556	4 129	5 079	6 542	-4,7%
Prime de reclassement (PRR)	2 237	2 077	2 129	2 148	-1,3%
Subvention d'installation (SUB)	21	14	20	13	-14,8%
Total des mesures liées au travail (M)	398 065	401 574	419 285	457 629	4,8%
Environnement social					
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	205 053	211 191	216 259	231 212	4,1%
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	34 353	34 427	37 139	39 045	4,4%
Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP)	1 727	1 605	1 422	1 640	-1,7%
Placement en établissement spécialisé (PLA)	32 609	33 178	35 983	39 069	6,2%
Carte d'invalidité (CIN)	297 101	295 192	299 775	330 098	3,6%
Carte européenne de stationnement (STA)	74 309	81 922	94 270	109 613	13,8%
Assurance vieillesse (AVS)	1 794	1 462	1 617	2 023	4,1%
Total des décisions d'environnement social (S)	646 946	658 977	686 465	752 700	5,2%
Ensemble des décisions prises en Cotorep (M+S)	1 045 011	1 060 551	1 105 750	1 210 329	5,0%

Source : Drees, exploitation annuelle des bases ITAC des COTOREP

d) La hausse du nombre de décisions des COTOREP est différenciée selon le type d'AAH et provient en large partie du renouvellement du stock des décisions anciennes

D'une année sur l'autre, le nombre d'accords d'AAH par les COTOREP connaît des évolutions très variées, voire erratiques. Si l'évolution tendancielle est clairement à la hausse, de fortes irrégularités existent (l'évolution annuelle a ainsi pu varier de +16% à - 1% sur les dix dernières années).

Ces irrégularités trouvent certainement une partie de leur explication dans des « effets de productivité » des COTOREP (qui « rattrapent » certaines années le retard pris dans le traitement des dossiers déposés l'année précédente), mais également dans des « effets de calendrier » pour les décisions de renouvellement. En effet, si les durées d'ouverture du droit à l'AAH par les COTOREP sont relativement variables - au minimum 1 an, au maximum 10 ans -, une majorité des décisions sont prises pour une durée de 5 ans, ce qui induit mécaniquement des pics de décisions lors des demandes de renouvellement de ces accords.

Tableau 18 : Evolution des accords d'AAH selon le taux d'incapacité et le type de demande, 1990 - 2004

	Premières demandes			Renouvellements			Premières demandes et renouvellements					
	L.821-1	L.821-2	Ensemble	L.821-1	L.821-2	Ensemble	Accords			Évolutions		
	L.821-1	L.821-2	Ensemble	L.821-1	L.821-2	Ensemble	L.821-1	L.821-2	Ensemble	L.821-1	L.821-2	Ensemble
1990*							82 451	44 832	127 282			
1991*							79 496	43 225	122 721	-3.6%	-3.6%	-3.6%
1992*							86 211	47 039	133 250	8.4%	8.8%	8.6%
1993*							92 926	50 853	143 779	7.8%	8.1%	7.9%
1994*							107 502	59 227	166 729	15.7%	16.5%	16.0%
1995*	38 362	22 285	60 647	84 782	35 535	120 317	123 145	57 820	180 965	14.6%	-2.4%	8.5%
1996*	39 060	21 378	60 438	80 232	38 468	118 701	119 292	59 847	179 139	-3.1%	3.5%	-1.0%
1997*	40 515	24 467	64 982	85 124	42 504	127 628	125 640	66 971	192 611	5.3%	11.9%	7.5%
1998*	39 518	24 835	64 353	85 338	45 598	130 936	124 856	70 433	195 289	-0.6%	5.2%	1.4%
1999*	38 539	25 058	63 596	80 849	45 241	126 090	121 776	71 701	193 477	-2.5%	1.8%	-0.9%
2000*	37 179	26 695	63 874	85 134	51 765	136 899	120 013	77 237	197 250	-1.4%	7.7%	2.0%
2001	37 077	28 120	65 197	85 541	54 315	139 856	122 618	82 435	205 053	2.2%	6.7%	4.0%
2002	36 620	28 608	65 228	87 634	58 329	145 963	124 254	86 937	211 191	1.3%	5.5%	3.0%
2003	36 096	28 131	64 227	91 680	60 352	152 032	127 776	88 483	216 259	2.8%	1.8%	2.4%
2004	38 384	29 348	67 732	99 453	64 027	163 480	137 837	93 375	231 212	7.9%	5.5%	6.9%

Source : de 1994 à 2000 tableaux de bords trimestriels départementaux des Cotorep, et exploitation informatique de leurs fichiers ensuite. * Estimation "Métropole + DOM"

Champ : Métropole et Dom

L'analyse de ces évolutions fait apparaître quelques éléments saillants :

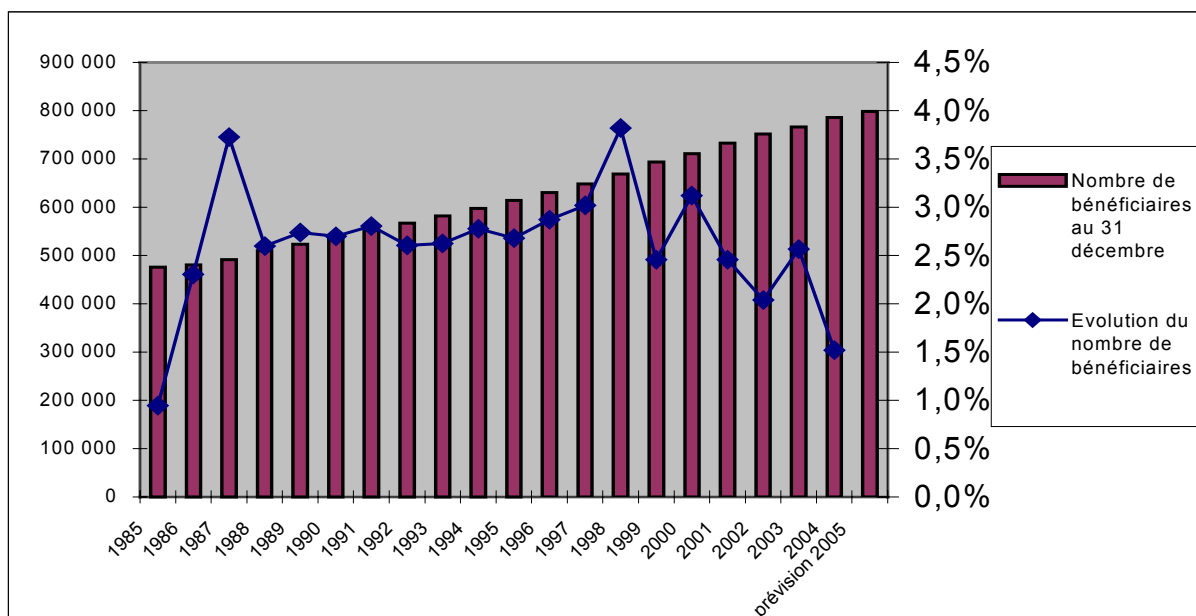
- **une part croissante des renouvellements** dans les décisions d'AAH : en dix ans, les accords relatifs à des premières demandes ont progressé de 12% (soit 7 000 décisions environ), alors que les accords relatifs à des renouvellements progressaient de 36% (soit 43 000 décisions environ). Cette évolution différenciée est le jeu combiné de trois éléments : un effet de stock qui progresse avec le temps, l'effet des taux d'accords, qui sont très différents selon qu'il s'agit d'une première demande (taux d'accord de 47% en 2004) ou d'un renouvellement (taux d'accord de 78%), et enfin l'effet de la diminution du délai d'attribution, qui accroît mécaniquement le nombre de renouvellements. Cette part croissante des renouvellements dans les décisions des COTOREP explique notamment que l'augmentation très forte du nombre de décisions des COTOREP ne soit pas suivie d'une croissance équivalente des allocations effectivement payées par les CAF et MSA (cf. *infra*) ;
- **une part croissante des décisions d'accord au titre de l'article L 821-2 du code de la sécurité sociale**, soit des allocations attribuées pour un taux d'incapacité compris entre 50 et 79% à des personnes qui sont, compte tenu de leur handicap, reconnues par la COTOREP comme étant dans l'impossibilité de se procurer un emploi. Très marquée entre 1995 et 2002 (période pendant laquelle les décisions d'attribution au titre du L 821-2 sont passées de 32 à 41% du total des accords), cette tendance s'est toutefois inversée en 2003 et 2004, années qui ont vu une croissance des accords au titre du L.821-1 supérieure à celle des accords au titre du L.821-2 ;
- **l'augmentation importante des décisions au titre du L 821-2 s'explique à la fois par la croissance des premières demandes** (en hausse de près d'un tiers entre 1995 et 2004) **et par une proportion de renouvellements croissante** (passée de 60 à 70% entre 1995 et 2004), qui s'explique notamment par des délais d'attribution au titre du L 821-2 plus courts que pour le L 821-1 ;

- on constate à l'inverse une **grande stabilité des accords relatifs à des premières demandes au titre du L 821-1** entre 1995 et 2004, même si la phase de décreue observée entre 1997 et 2003 semble s'être arrêtée en 2004 ; enfin, la très forte hausse des accords de L 821-1 en 2004 s'explique avant tout par les renouvellements, et correspond vraisemblablement à un effet de calendrier (renouvellement des accords correspondant à des années où les premières demandes étaient plus importantes).

3. Une croissance des décisions d'attribution par les COTOREP qui ne se retrouve pas complètement dans les allocations effectivement versées

La croissance du nombre de bénéficiaires effectifs de l'allocation est beaucoup plus régulière et moins importante que celle du nombre d'accords d'attribution par les COTOREP. Elle connaît en outre une certaine décélération depuis 1999, que l'on ne retrouve pas dans les accords COTOREP.

Graphique 3 : Nombre de bénéficiaires de l'AAH et taux de croissance annuels, 1985 - 2005



Source : DGAS, calculs mission.

Cette progression de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH recouvre en fait deux mouvements de sens inverse : une progression régulière des bénéficiaires payés par les CAF, qui contraste avec la diminution de ceux payés par les MSA.

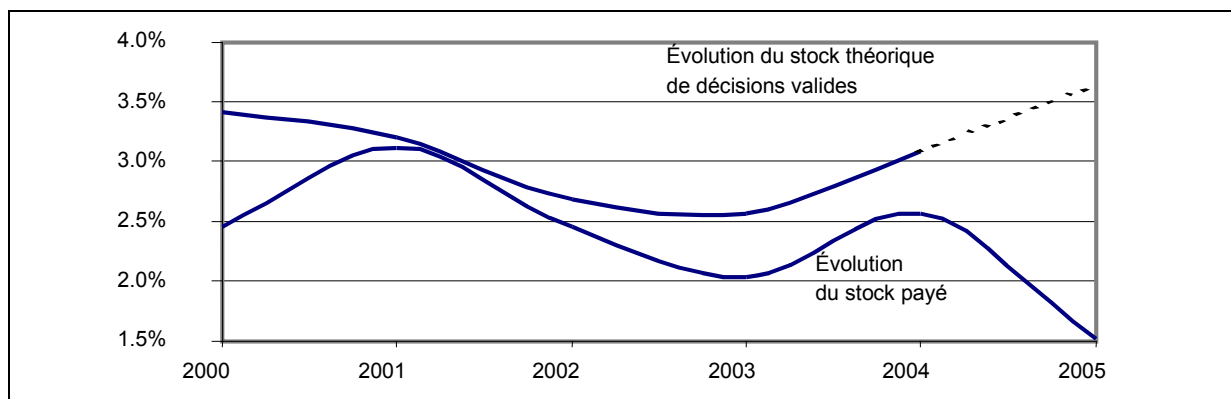
L'écart entre l'évolution très dynamique des accords d'AAH par les COTOREP et la progression plus régulière des allocations effectivement payées s'explique en premier lieu par la part croissante des décisions de renouvellements dans les accords COTOREP, qui n'impliquent par définition pas d'augmentation du nombre de bénéficiaires. Mais même pour ce qui concerne les nouvelles demandes, les accords COTOREP ne se traduisent pas automatiquement par le paiement effectif de l'allocation, puisque les CAF et MSA vérifient le respect des conditions administratives par les titulaires d'un accord COTOREP.

Les systèmes d'information disponibles ne permettent pas de mesurer précisément le nombre de personnes bénéficiant d'un accord COTOREP mais qui se voient refuser le service de l'allocation pour non respect des conditions administratives. En effet, le logiciel ITAC utilisé dans les COTOREP et les bases des CAF et MSA ne sont pas interopérables, et le système d'information des CAF n'enregistre que les allocataires effectivement payés.

Il est toutefois possible d'approcher la proportion d'accords COTOREP faisant l'objet d'un refus des CAF et MSA par la comparaison sur une année du nombre d'accords COTOREP pour l'AAH et du nombre d'allocataires effectivement payés dont la décision COTOREP date de la même année. Il en résulte un «taux de rejet» par les CAF d'environ 25%, ce résultat étant vraisemblablement légèrement supérieur à la réalité, puisqu'il couvre d'autres motifs de non paiement par les CAF de l'AAH à des personnes ayant un accord COTOREP.

Un autre moyen d'approcher cet écart est issu du modèle conçu par la DREES pour projeter l'évolution du stock théorique de décisions valides d'AAH (obtenu par application des durées d'attribution aux décisions prises par les COTOREP au cours des années précédentes). La DREES observe ainsi depuis 3 ans un décalage entre l'évolution du stock théorique de décisions valides et le stock d'allocataires effectivement payés, le stock théorique évoluant un peu plus rapidement. Le modèle ne permet toutefois pas d'expliquer ce décalage, ni ses évolutions dans le temps. On ne peut en particulier distinguer ce qui relève d'une modification des caractéristiques des titulaires d'accord COTOREP (hausse des ressources moyennes par exemple) et d'une évolution des pratiques des caisses dans l'augmentation du taux de rejet ou de radiation suite à la prise en compte des conditions de ressources.

Graphique 4 : Taux d'évolution des stocks de décisions valides et d'allocataires payés, 2000 - 2005



- Sources : **Décisions**, application du modèle Drees sur les décisions Cotorep (Itac), **Allocataires payés** : Cnaf et MSA
- NB : En 2005, l'estimation du stock théorique est basée sur une évolution de 3,5% du L.821-1 et de 4,9 % du L.821-2.

Au final, alors que le modèle construit sur les flux prédit une croissance du stock d'accords valides de 3,1 % entre 2003 et 2004, et de 3,7% entre 2004 et 2005, la croissance du stock d'allocataires effectivement payés est plus limitée : +2,4 % et +2,1 % pour 2004 et 2005.

Si le nombre de bénéficiaires effectivement payés n'augmente pas aussi rapidement que celui des titulaires d'accords COTOREP, il n'en reste pas moins que la hausse du nombre de bénéficiaires est continue depuis trente ans, entraînant mécaniquement une hausse de la dépense totale d'AAH. Elle n'explique toutefois pas l'ensemble de cette hausse, puisque le montant d'AAH moyen versé à chaque bénéficiaire est également en progression régulière.

B. Une progression du montant moyen versé, moins rapide que la revalorisation de l'allocation

1. La dépense moyenne par bénéficiaire connaît une hausse constante jusqu'en 2005

La dépense moyenne d'AAH par bénéficiaire a cru entre 1985 et 2005 de 78% en euros courants, passant d'environ 3500 à 6300 euros annuels. Une partie de cette augmentation est due à l'introduction à compter de 1994 d'un complément d'AAH, égal à 16% du montant de l'allocation à taux plein. L'effet du complément est toutefois limité à environ 15% de l'augmentation depuis 1994.

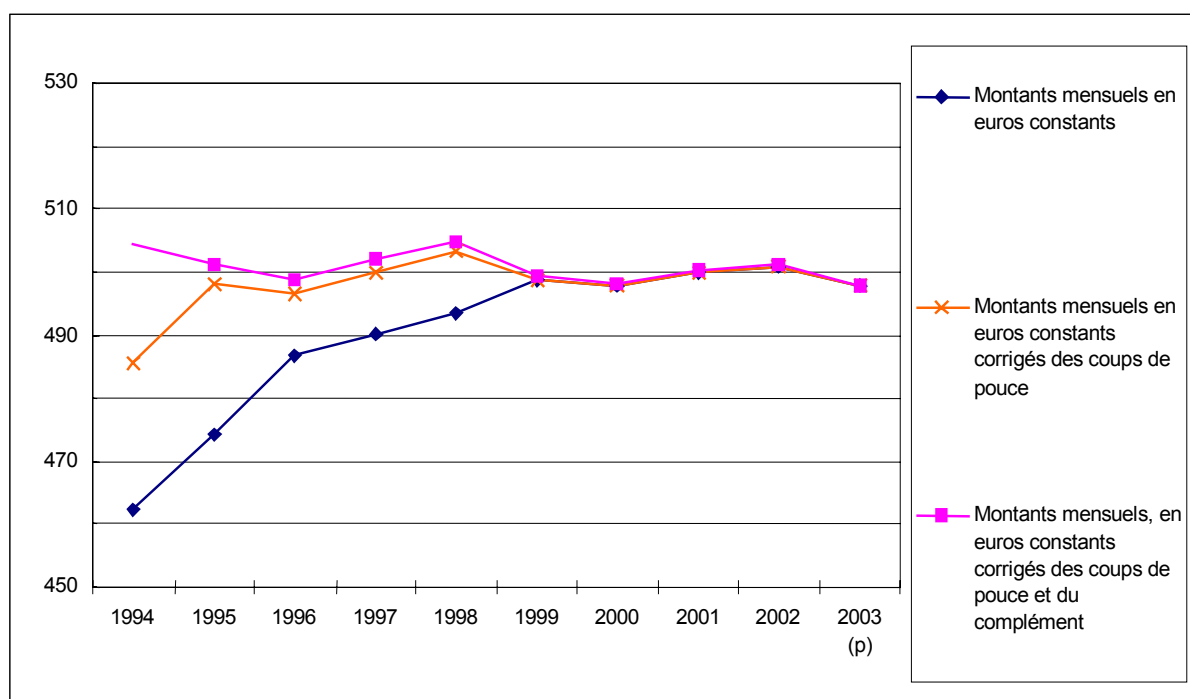
L'augmentation du montant moyen versé est quasiment continue depuis 1985 : seule l'année 2000 a connu une légère diminution. Néanmoins, elle connaît un certain ralentissement depuis 1994 : l'augmentation annuelle moyenne entre 1994 et 2004 est légèrement supérieure à 2%.

2. Une fois pris en compte les effets de la revalorisation annuelle de l'allocation à taux plein, le montant moyen versé diminue légèrement entre 1994 et 2003

L'augmentation du montant moyen versé doit être comparée à la revalorisation annuelle du montant de l'allocation à taux plein : en effet, à nombre de bénéficiaires identiques et à situation administrative inchangée de ces bénéficiaires, toute revalorisation de l'allocation à taux plein a pour effet direct d'augmenter le montant moyen versé par bénéficiaire. Revalorisé comme la base mensuelle des allocations familiales, le montant de l'allocation est donc normalement indexé sur les prix, à la réserve des « coups de pouce » décidés par le gouvernement.

Les estimations réalisées par la DSS pour la Commission des comptes de la sécurité sociale en 2004 permettent d'estimer, sur la période 1994 – 2003, la part des différents facteurs ayant influé sur l'évolution du montant moyen :

Graphique 5 - Évolution des dépenses d'AAH de 1994 à 2003 (en euros constants 2003, corrigés des coups de pouce et du complément d'AAH)



Source : DSS, données CNAF.

Il apparaît ainsi qu'à législation constante, le montant moyen d'AAH a légèrement diminué entre 1994 et 2003, de 1,3% sur la période, soit 0,1% en moyenne annuelle. D'après les éléments disponibles à la date de la mission, il semble toutefois que cette tendance se soit renversée en 2004 et 2005, années où la hausse du montant moyen versé par bénéficiaire a été supérieure au taux de revalorisation de l'AAH.

3. Les évolutions du montant moyen versé reflètent des tendances contradictoires

La première évolution notable concerne l'augmentation de la part des allocataires qui perçoivent l'allocation à taux plein : le rapport IGAS-IGF de juin 1998 mentionnait déjà cette évolution, la part des allocataires à taux plein étant passée de 59,2% à 60,5% de 1993 à 1997. La hausse s'est poursuivie régulièrement depuis et, selon les données disponibles pour 2004, la part des allocataires à taux plein payés par la CNAF était de 63,8%.

Le tableau suivant illustre cette évolution, et permet également d'analyser les motifs de réduction de l'allocation, en distinguant notamment les situations de réduction pour ressources supérieures au plafond des situations de réduction de l'allocation pour des personnes hospitalisées ou hébergées en MAS.

Tableau 19 : Taux de perception de l'AAH et motifs de réduction de l'allocation (évolution 2001-2004)

	Taux 80% et plus	Taux 50% à 80%	Total
Taux Plein			
Handicapés travaillant en milieu protégé			
Centre d'aide par le travail	10%	29%	15%
Autre milieu protégé	2%	13%	5%
Handicapés ne travaillant pas en milieu protégé	5%	16%	9%
Total AAH à Taux plein	6%	17%	9%
Taux Réduit			
A- Dépassement du plafond de ressources			
Travaillant en milieu protégé (CAT)	2%	22%	6%
Travaillant en milieu protégé (autre)	3%	-6%	1%
ne travaillant pas en milieu protégé	0%	13%	4%
B- Cumul avec avantage vieillesse ou invalidité	9%	4%	8%
C- Hospitalisation	-5%	22%	-2%
D- Hébergement en maison spécialisée ou incarcération	20%	31%	20%
Total AAH à Taux réduit	4%	13%	6%
Total Général	5%	15%	8%

Source : CNAF, calculs mission. Lecture : entre 2001 et 2004, le nombre d'allocataires de l'AAH à taux plein, dont le taux d'incapacité est supérieur à 80% et qui travaillent en CAT a progressé de 10%.

Le tableau confirme l'augmentation plus rapide des allocataires à taux plein, que ce soit pour le L 821-1 ou le L 821-2. L'analyse des motifs de réduction fait apparaître une croissance plus rapide situations de réduction pour hospitalisation ou hébergement, par rapport aux réductions liées au dépassement du plafond de ressources.

Pour ces dernières, la mission a examiné l'évolution des ressources des allocataires payés par la CNAF entre 2001 et 2005. La progression des revenus bruts moyens des allocataires est inférieure depuis trois ans à l'évolution du plafond de ressources. Toutefois, cette évolution concerne avant tout les allocataires à taux plein. A l'inverse, les allocataires à taux réduit voient leurs ressources progresser plus rapidement que le plafond.

Cette évolution apparaît cohérente avec les conclusions ci dessus : si le montant moyen de l'allocation perçue diminue à législation constante, et que dans le même temps la part des allocataires à taux plein progresse, cela signifie corrélativement que le montant moyen des allocations à taux réduit diminue.

C. Des facteurs « structurels » de hausse du nombre de bénéficiaires

La hausse continue de bénéficiaires de l'AAH s'explique, de manière plus structurelle, par la conjugaison de trois éléments :

- le maintien d'un flux important de nouveaux bénéficiaires de l'allocation, qui s'explique par une multiplicité de facteurs ;
- l'accroissement du stock existant qui provient de la faiblesse des sorties et de l'importance des renouvellements, par le jeu combiné d'« effets de cliquet » et du vieillissement des bénéficiaires ;
- l'absence de dispositif d'insertion professionnelle pour la majorité des bénéficiaires, qui explique la faiblesse du nombre de sorties du dispositif.

1. Le maintien de flux importants de bénéficiaires entrants

Le maintien d'un flux important de bénéficiaires entrants dans l'allocation provient du jeu combiné de multiples facteurs, dont le rôle précis et l'importance respective restent toutefois difficiles à objectiver.

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

De même, l'augmentation des situations de précarité a des conséquences importantes sur l'état de santé, en révélant des pathologies et en aggravant les conséquences (phénomène de décompensation)⁹⁰. Ce constat vaut pour les personnes précarisées elles-mêmes, mais également pour les enfants élevés dans un ménage en situation de précarité. La encore, si l'impact de ces phénomènes est difficilement mesurable, il est vraisemblable qu'ils aient pour conséquence une augmentation des pathologies et des handicaps.

Enfin, l'augmentation du recours au soin pour des troubles mentaux, si elle traduit vraisemblablement un changement des attitudes et des représentations, s'explique également par une augmentation des phénomènes de souffrance psychique. Cette augmentation se manifeste d'ailleurs dès l'enfance, au point que l'Inserm estime qu'un enfant sur huit souffrirait d'un trouble mental en France⁹¹. Elle se retrouve dans la part importante des pathologies mentales au sein des dossiers d'AAH.

Une deuxième série de facteurs apparaît plus aisément objectivable, même si leur impact sur le dispositif reste difficile à mesurer :

- en premier lieu, le flux de jeunes handicapés entrants dans l'AAH semble se maintenir au fil des ans : en effet, le nombre de bénéficiaires de l'AES est en hausse continue depuis plusieurs années (cf. *supra*) et, si l'ensemble des bénéficiaires de cette allocation arrivant à l'âge adulte ne se voient pas attribuer automatiquement l'AAH, cette situation reste toutefois majoritaire ; la part des

⁹⁰ Voir notamment HSCP/MES/Secrétariat d'Etat à la santé, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », 1998, et Leclerc et *alii*, « Les inégalités sociales de santé », collection recherche, La Découverte, 2000.

⁹¹ « Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent », Expertise collective Inserm, décembre 2002.

premières demandes d'AAH émanant de personnes âgées de 20 ans et moins était ainsi en 2004 de 14% (un peu plus de 20 000 demandes sur un total de 145 000) ; ce maintien d'un flux de jeunes handicapés important pourrait s'expliquer par une stabilité voire une augmentation de la prévalence du handicap dans les premières années de la vie, liée en particulier à l'amélioration de l'espérance de vie des personnes handicapées, amélioration importante pour certaines déficiences, comme par exemple la trisomie ; bien qu'il ne soit pas encore quantifiable en France, ce phénomène a été observé dans d'autres pays ; le maintien d'un flux importants d'enfants handicapés s'explique par la conjugaison de l'amélioration des diagnostics prénataux et de la croissance de la prématurité et de la grande prématurité, qui serait à l'origine de 30% des séquelles psychomotrices et sensorielles majeures observées dans la petite enfance⁹² ;

- l'augmentation des flux d'entrée dans l'allocation apparaît également liée aux évolutions démographiques de la population française ; la DREES a estimé cet impact purement démographique sur la hausse des bénéficiaires à environ 0,6% par an. Il résulte des effets conjugués de l'augmentation des effectifs des classes d'âge 35 à 59 ans en population générale, liée au « baby boom », et de la surreprésentation de ces classes d'âge parmi les bénéficiaires de l'AAH (62%, contre 51% en population générale, sur la période 1996-2003) ;
- l'existence de « transferts » entre prestations est également un facteur vraisemblable de hausse du nombre de bénéficiaires. L'AAH est en effet, par son montant, les avantages qui lui sont associés, ou les critères administratifs nécessaires pour y accéder, un dispositif relativement plus favorable que d'autres prestations sociales, qui peut donc inciter les bénéficiaires de ces dernières à solliciter l'attribution de l'AAH.

Le premier effet de « substitution » ou de « transfert » entre prestations est lié à l'entrée dans l'AAH d'anciens bénéficiaires d'autres minima sociaux, et en particulier du revenu minimum d'insertion (RMI). Evoqué à de multiples reprises, et depuis plusieurs années, ce phénomène reste mal connu, en l'absence notamment d'identifiant unique au sein du fichier des allocataires des CAF (et des MSA), qui ne permet pas de suivre les trajectoires des bénéficiaires et leur passage par différentes prestations dans le temps. La quantification de ce phénomène peut toutefois être approchée, d'une part par les résultats de l'échantillon national interrégimes d'allocataires de minima sociaux (ENIAMS). Cet échantillon au 1/26^{ème}, couvre 95% des individus âgés de 16 à 65 ans bénéficiaires du RMI, de l'API, de l'ASS ou de l'AAH. Il permet de suivre leur situation au 31 décembre de chaque année depuis 2001⁹³. D'après les données issues de cet échantillon, 2% des allocataires du RMI au 31 décembre 2001 étaient allocataires de l'AAH un an plus tard, et 3% deux ans plus tard. Ce phénomène de passage d'un minimum social à l'autre se retrouve également pour l'allocation de solidarité spécifique (ASS), pour laquelle les chiffres sont identiques.

Si l'on considère les allocataires de l'AAH au 31 décembre 2003, 89% étaient déjà allocataires un an auparavant, et 75% deux ans auparavant. En revanche, 3% étaient bénéficiaires d'un autre minimum social au 31 décembre 2002, et 5% au 31 décembre 2001. Cela signifie que, entre décembre 2001 et décembre 2003, 25% des nouveaux bénéficiaires de l'AAH proviennent d'un autre minimum social. Ce chiffre est même de 37,5% pour les personnes entrées entre le 31 décembre 2002 et le 31 décembre 2003.

⁹² Voir notamment les « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004 », DREES, Annexe A au PLFSS pour 2005, page 121.

⁹³ Pour plus de détails, voir A. Pla, « L'échantillon national interrégimes d'allocataires de minima sociaux (ENIAMS) », *Dossier solidarité et santé* n°2, Drees, 2005.

Les données recueillies par la mission auprès des CAF des départements visités confirment, avec toute la prudence nécessaire s'agissant de données très partielles, l'existence de flux du RMI vers l'AAH : ils concernent dans l'échantillon un cinquième des nouveaux entrants à l'AAH, plus particulièrement pour les allocataires de l'AAH au titre de l'article L 821-2. Toutefois, les deux tiers des allocataires entrés dans l'AAH en 2005 n'étaient pas présents dans les fichiers des CAF les années précédentes. La faiblesse des flux de l'AES vers l'AAH s'explique vraisemblablement en partie par les difficultés d'appariement des fichiers d'allocataires d'AES et d'AAH⁹⁴.

Tableau 20 : Origine des allocataires de l'AAH

Situation des nouveaux allocataires entrés dans le dispositif depuis le 1er janvier 2005		RMI	AES (AEEH)	ASS ou Assurance Chômage	Autre
Au 1 ^{er} janvier 2004	L 821-1	13,6%	1,8%	9,3%	75,2%
	L 821-2	28,3%	1,6%	18,6%	51,6%
Total		21,0%	1,7%	13,9%	63,4%
Au 1 ^{er} janvier 2003	L 821-1	13,1%	1,7%	11,4%	73,9%
	L 821-2	27,1%	1,6%	22,6%	48,7%
Total		20,1%	1,6%	17,0%	61,3%

Source : données CAF visitées (échantillon de 5 CAF et 13227 allocataires entrés en 2005), calculs mission

Il est également vraisemblable que des effets de « transferts » ou de « substitution » aient lieu entre le dispositif de pensions d'invalidité et l'AAH. Le régime de l'invalidité apparaît en effet moins favorable à divers égards que celui de l'AAH : l'existence de critères restrictifs pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité (pour le régime général, avoir été immatriculé à la sécurité sociale depuis au moins douze mois et avoir travaillé au moins 800 heures sur les douze derniers mois dont 200 heures au cours des trois premiers mois), et les modalités de calcul de la prestation et de prise en compte des ressources du demandeur potentiellement moins favorables que celles de l'AAH, conjuguées à l'augmentation des carrières salariales discontinues, ont vraisemblablement accru le nombre de situations où le montant de la pension d'invalidité est faible, voire où la pension ne peut être obtenue car les critères de cotisation ne sont pas remplis, les personnes concernées se tournant alors vers la COTOREP pour une demande d'AAH.

- enfin, le maintien d'une situation du marché du travail relativement dégradée, et le caractère de plus en plus sélectif de ce dernier, particulièrement défavorable aux travailleurs handicapés, est un obstacle majeur à l'emploi et donc à l'autonomie financière des personnes handicapées. Les travailleurs handicapés cumulent en effet un certain nombre de désavantages (âge, formation) que vient renforcer la situation de handicap, et qui constituent certainement l'une des sources essentielles d'accroissement des bénéficiaires de l'AAH, tout particulièrement au titre de l'article L 821-1-2.

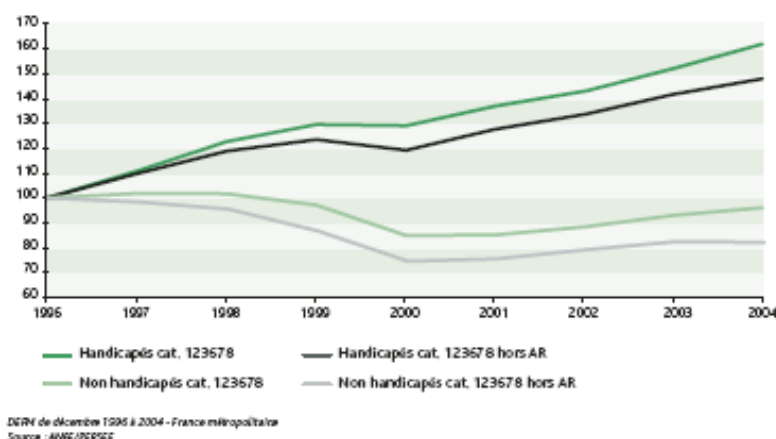
Or l'évolution de la situation des travailleurs handicapés sur le marché du travail reste très largement défavorable à cette catégorie de la population. Ainsi, malgré la mise en place d'une obligation d'emploi depuis 1987, qui prévoit que les entreprises de plus de 20 salariés doivent employer au moins 6% de travailleurs handicapés⁹⁵, ces derniers ne représentent effectivement que 2,5% des effectifs salariés assujettis⁹⁶. A l'inverse, le chômage des personnes handicapées est massif (de l'ordre de 29% en 2004) et en progression continue.

⁹⁴ En effet, dans la majorité des cas, les bénéficiaires de l'AES sont dans les fichiers des CAF les parents de l'enfant handicapé ; les allocataires d'AAH anciens bénéficiaires d'AES ne sont donc, dans la majorité des cas, pas identifiés par les CAF avant de percevoir l'AAH.

⁹⁵ La loi du 10 juillet 1987 définit les bénéficiaires de cette obligation d'emploi : les personnes reconnues travailleurs handicapés par les COTOREP, mais également les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles avec une

A fin décembre 2004, 280 000 demandeurs d'emploi inscrits étaient enregistrés comme travailleurs handicapés⁹⁷, soit 6% de plus qu'en 2003, et 60% de plus qu'en 1996. L'évolution comparée de la demande d'emploi des travailleurs handicapés⁹⁸ et de celle de l'ensemble de la population montre le net désavantage subi par les travailleurs handicapés sur le marché du travail : la demande d'emploi des travailleurs handicapés est en hausse quasi-continue depuis 1996 (à l'exception d'une légère diminution en 2000), et évolue toujours plus défavorablement que celle de l'ensemble de la population. Les travailleurs handicapés n'ont en particulier quasiment pas bénéficié de la reprise de l'emploi entre 1997 et 2001. A l'inverse, la dégradation du marché du travail depuis cinq ans affecte beaucoup plus fortement les travailleurs handicapés.

Graphique 5 : Evolutions comparées du nombre de demandeurs d'emploi handicapés et non handicapés, 1996 - 2004



Source : ANPE.

En outre, les demandeurs d'emploi handicapés présentent des caractéristiques particulièrement défavorables : ils sont plus souvent en chômage de longue durée (47% contre 35% pour les autres demandeurs) et de très longue durée (24 contre 15%) ; ils sont en moyenne largement moins qualifiés que les autres demandeurs (82% ont un niveau de formation inférieur ou égal au CAP/BEP, contre 56% pour les autres publics) et plus âgés (64% ont plus de 40 ans contre 36%). Le chômage est également plus fréquemment récurrent pour les demandeurs handicapés que pour les autres (75% contre 68%).

Les demandeurs d'emploi handicapés sont moins souvent couverts par l'assurance-chômage, et relèvent donc plus fréquemment des dispositifs de solidarité : allocation spécifique de solidarité (plus d'un quart contre 8% pour les non-handicapés) et revenu minimum d'insertion (13 contre 10%). En revanche, la part des demandeurs bénéficiaires de l'AAH n'est pas connue, cette information n'étant pas renseignée dans le fichier des demandeurs d'emploi (GIDE).

Enfin, les sorties du chômage sont moins fréquentes pour les demandeurs handicapés, et se font moins souvent vers l'emploi (31% contre 47%). Elles se font en outre moins fréquemment sur des contrats à durée indéterminée (29 contre 33%), mais plus souvent sur des contrats aidés (23 contre 6%) et à temps partiel (41 contre 22%).

incapacité au moins égale à 10%, les titulaires d'une pension d'invalidité et les mutilés de guerre. La loi du 11 février 2005 fait entrer les titulaires de l'AAH mais aussi de la carte d'invalidité dans le champ de cette obligation.

⁹⁶ Les dernières données disponibles concernent l'année 2002. Cf. « La loi d'obligation des travailleurs handicapés : bilan de l'année 2002 », *Premières informations et premières synthèses*, n°30.1, DARES, juillet 2005.

⁹⁷ En catégories 1, 2, 3, 6, 7 ou 8. Toutefois, l'ANPE considère que les inscriptions de demandeurs d'emploi handicapés sont sous-estimées d'environ 13%. Cf. C. Souhami, « Le chômage des personnes handicapées : portrait statistique », L'observatoire de l'ANPE, septembre 2005.

⁹⁸ Constituée à près de 90% de travailleurs reconnus handicapés par les COTOREP.

2. La faiblesse des sorties, le jeu des renouvellements et le vieillissement des allocataires entraînent un accroissement « mécanique » du stock d'AAH

Les sorties de l'AAH sont mal connues, les systèmes d'information de la CNAF et de la MSA ne permettant pas un suivi fin des flux, entrants comme sortants. Il est toutefois possible d'estimer les flux de sortie, au moyen de l'ENIAMS d'une part, des données des CAF visitées de l'autre.

L'ENIAMS permet de préciser le devenir à un et deux ans des bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2001, en distinguant les allocataires selon leur taux d'incapacité.

Tableau 21 : Trajectoires des allocataires de l'AAH

	Pour 100 allocataires d'AAH L 821-1 au 31/12/01				Pour 100 allocataires d'AAH L 821-2 au 31/12/01			
Situation	AAH	RMI	Chômage	Autre	AAH	RMI	Chômage	Autre
au 31/12/02	92	1	1	6	89	1	1	9
au 31/12/03	87	1	1	11	82	2	2	14

Source : ENIAMS.

Les taux de sortie apparaissent relativement faibles (de l'ordre de 5 à 8% pour le L821-1, de 8 à 11% pour le L821-2), notamment au regard de ceux des autres minima sociaux (de 15 à 25% pour le RMI et l'ASS), mais tout de même non négligeables (rapportés au nombre d'allocataires, ils représenteraient entre 40 et 80 000 sorties par an). L'ENIAMS ne permet toutefois pas de cerner précisément les motifs de sortie, puisqu'il n'isole que les personnes sorties et bénéficiant d'un autre minimum social ou de l'assurance chômage. La catégorie « autre » peut tout aussi bien concerner des personnes sorties vers l'activité que les personnes décédées, ou ne remplissant plus les conditions administratives ou médicales de bénéfice de l'AAH.

Des éléments plus précis sont disponibles par le biais de l'enquête menée par la DREES en 2003 auprès des bénéficiaires de minima sociaux⁹⁹. Cette enquête permet d'estimer un « taux de sortie » des allocataires de l'AAH et d'identifier un peu plus précisément la situation professionnelle des sortants : ainsi 10% des bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2001 étaient sortis du dispositif au premier trimestre 2003. 10% de ces sortants étaient en emploi, 20% au chômage, et 70% en inactivité. Le premier motif de sortie de l'allocation est la possibilité de faire valoir ses droits à la retraite (37% des cas) ; le second (25% des cas) correspond à des problèmes administratifs et ne provient donc pas d'un changement de situation professionnelle de l'allocataire.

La mission a également cherché à identifier, dans les huit départements visités, l'ampleur et les motifs de sortie de l'allocation, en demandant aux CAF de dénombrer le nombre de personnes ayant perdu leur droit à l'AAH par grand type de motif. Ces données (non disponibles au niveau national) n'ont pu être renseignées que par une partie des CAF visitées, et uniquement pour les sorties de l'année 2005. Le taux de sortie global (sur un échantillon de 5 CAF, soit 50 000 allocataires) est de l'ordre de 7% dans l'année. Les deux principaux motifs de sortie sont l'absence de renouvellement de l'accord par la COTOREP (qui varie de 15 à 50% des motifs de sortie), et le dépassement du plafond de ressources (qui varie de 15 à 30% des motifs de sortie).

Cette relative faiblesse des taux de sortie de l'AAH est également liée au taux élevé de renouvellement d'accords d'attribution de l'allocation par les COTOREP. Comme on l'a vu plus haut, les taux d'accords sont beaucoup plus élevés pour les demandes de renouvellement d'AAH que pour les premières demandes (78% contre 47% en moyenne en 2004), en particulier lorsque l'allocation a initialement été attribuée au titre de l'article L821-1.

⁹⁹ Voir notamment A. Belleville, « Insertion sociale et conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux », *Etudes et résultats* n° 300, Drees, mars 2004 « Les trajectoires professionnelles des bénéficiaires de minima sociaux », *Etudes et résultats* n° 320, Drees, juin 2004.

Enfin, le vieillissement des allocataires traduit à la fois l'évolution de la structure démographique de l'ensemble de la population, la probabilité plus élevée de se voir reconnaître un taux d'incapacité supérieur à 50% avec l'âge, mais également l'amélioration de l'état de santé et donc de l'espérance de vie des personnes handicapées, qui leur permet de bénéficier de l'allocation pour des durées plus longues, et de plus en plus fréquemment jusqu'à l'âge limite de 60 ans. Toutes choses égales par ailleurs, cette amélioration de l'espérance de vie accroît la durée de présence dans le dispositif et donc le nombre d'allocataires à un instant t .

L'ensemble de ces éléments conjugués conduit à une augmentation quasi « mécanique » du stock d'allocataires. S'il n'est pas possible d'estimer avec précision l'ensemble de ces effets (et notamment celui du vieillissement), il est en revanche possible de construire des modèles d'évolution mécanique du stock d'accords valides. Les différentes simulations effectuées par la DREES permettent ainsi d'estimer l'évolution du stock d'accords valides comprise entre 3 et 4% par an pour les prochaines années, qui se traduirait par une augmentation du nombre d'allocataires effectivement payés comprise entre 1,7 et 2,3%.

Le décalage entre des flux de premières demandes relativement stables, des taux d'accords sur renouvellement importants, et des taux de sortie de l'allocation faibles entraîne donc mécaniquement une augmentation du stock d'allocataires. Plus que dans les flux d'entrées, relativement stables sur la période, c'est bien dans la faiblesse des sorties de l'allocation que se trouve l'explication de la croissance du stock. On ne sort que très peu de l'AAH, ce qui s'explique notamment par l'absence de politique de réinsertion professionnelle des allocataires.

3. L'absence d'un dispositif d'insertion professionnelle pour la grande majorité des bénéficiaires explique largement la faiblesse des sorties de l'allocation

a) Les bénéficiaires de l'AAH sont pour la majorité très éloignés de l'emploi

La situation des allocataires de l'AAH au regard de l'emploi à un instant donné, comme leurs trajectoires avant et après le bénéfice de l'allocation restent largement méconnues. En effet, les systèmes d'information des COTOREP pas plus que ceux des CAF ou des MSA ne fournissent d'éléments de ce type. Les seules informations disponibles dans les systèmes de gestion sont relatives aux conditions de calcul du montant de l'allocation, dont certaines nécessitent de connaître la situation professionnelle des allocataires. Elles restent toutefois très limitées et ne permettent pas d'avoir de vision exhaustive de cette situation.

Les seuls éléments disponibles sont donc issus d'une part des données de l'ENIAMS, d'autre part de l'enquête ponctuelle menée par la DREES auprès des bénéficiaires de minima sociaux en 2003.

Les informations issues de l'ENIAMS sont, pour ce qui concerne la situation professionnelle des allocataires d'AAH, assez lacunaires : elles relèvent les situations d'allocataires inscrits à l'ANPE (au 31 décembre 2003, 11% des allocataires de l'AAH étaient inscrits à l'ANPE, contre 17% pour les allocataires de l'API et 32% des allocataires du RMI) et le cumul avec l'ASS (3% des allocataires l'AAH perçoivent également l'ASS, alors que 6% des allocataires de l'ASS perçoivent également l'AAH).

L'enquête sur les minima sociaux fournit en revanche des éléments plus intéressants, à la fois sur les trajectoires antérieures à l'entrée dans l'allocation et sur les parcours des sortants de l'allocation.

Les allocataires de l'AAH se caractérisent en particulier par leur très faible niveau de qualification, ainsi que par la forte proportion de ceux qui n'ont jamais travaillé :

Tableau 22 : Quelques caractéristiques des bénéficiaires de quatre minima sociaux

au 1 ^{er} trimestre 2003, en %	Allocation versée au 31 / 12 /01			
	RMI	API	ASS	AAH
Niveau de diplôme				
Aucun	50,3	43,1	46,8	71,4
BEPC	6,3	14,3	6,8	6,1
CAP-BEP	23,1	29,4	33,4	15,4
Bac	10,6	8,8	7,8	3,4
Supérieur	9,7	4,4	5,2	3,7
Parcours professionnel				
Travail régulier puis chômage	19,1	11,6	54,0	14,6
Travail régulier puis inactivité	8,7	22,7	7,7	23,8
Travail régulier puis alternance entre emploi et chômage	17,7	10,2	21,0	8,2
Uniquement alternance entre emploi et chômage	29,9	23,7	15,8	12,6
N'a jamais travaillé	24,6	31,7	1,4	40,8

Source : DREES, enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux.

Les trajectoires professionnelles des allocataires de l'AAH sont relativement différentes de celles des allocataires des autres minima sociaux destinés à des personnes d'âge actif (RMI, API et ASS) :

- **l'AAH est, parmi ces quatre minima, celui qui compte la proportion d'inactifs la plus importante** (de l'ordre de 75%, contre respectivement 5, 26 et 62% pour l'ASS, le RMI et l'API) ;
- **les allocataires de l'AAH sont en revanche plus souvent en emploi que les allocataires des autres minima** : c'est le cas d'environ 15% d'entre eux, contre 12 à 13% pour l'ASS, l'API et le RMI ; leur situation d'emploi est toutefois particulière, puisque 55% de ceux qui étaient en emploi au 1^{er} trimestre 2003 travaillaient en milieu protégé (CAT, AP ou CAVA) ;
- les allocataires de l'AAH sont moins souvent à la recherche d'un emploi (10% d'entre eux environ) que ceux de l'API (26%), du RMI (62%) ou de l'ASS (82%) ;
- enfin, **les sorties de l'AAH sont plus rares** (de l'ordre de 10% contre environ 30% pour le RMI et l'ASS, et 40% pour l'API), **et se font plus rarement vers l'emploi** (10% des sortants sont en emploi contre 36 à 43% pour les autres minima) et plus souvent vers l'inactivité (70% des sortants contre 26 à 31% pour les autres minima).

Ces caractéristiques apparaissent relativement cohérentes avec la spécificité de chacun de ces minima. Malgré la relative ancienneté des données, qui justifie que la DREES actualise rapidement l'enquête, celles-ci font apparaître simultanément la grande distance de la majorité des allocataires de l'AAH à l'emploi (fort taux d'inactivité et faiblesse des sorties vers l'emploi et le chômage), et la part non négligeable des allocataires occupant en emploi, dont une moitié en milieu protégé. Toutefois, le faible nombre de trajectoires de retour à l'emploi (qui concerneraient environ 1% des allocataires) met en lumière l'absence de dispositif d'insertion professionnelle destiné aux allocataires de l'AAH, contrastant avec la situation des autres minima sociaux.

b) Les bénéficiaires de l'AAH ne font pas l'objet d'un accompagnement professionnel spécifique

La très grande faiblesse des sorties vers l'emploi des allocataires de l'AAH s'explique avant tout par l'absence de dispositif d'insertion professionnelle pour ce public.

Il n'existe en premier lieu aucun suivi des allocataires de l'AAH, une fois la décision d'attribution prise par la commission. Seuls les allocataires ayant demandé parallèlement une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) se voient proposer une orientation vers une formation, un établissement protégé ou le service public de l'emploi, à condition toutefois que la commission n'ait pas jugé que l'accord simultané d'une AAH et d'une RQTH étaient incompatibles, ce qui n'est pas rare s'agissant des accords au titre du L 821-2.

Au delà, il apparaît que **les bénéficiaires de l'AAH ne sont pas un public prioritaire en matière d'insertion sociale et professionnelle**. Plusieurs éléments attestent de cette réalité :

- l'absence d'objectifs dédiés dans le cadre des PDITH, qui visent les travailleurs handicapés au sens large ;
- la non-prise en compte dans le cadre du service public de l'emploi (SPE) départemental et l'absence corrélative de fléchage sur des mesures emploi, sinon au même titre que les autres bénéficiaires de minima sociaux, et à l'exception, très récente, du contrat d'avenir. Là encore, seuls sont considérés les travailleurs handicapés et non les bénéficiaires de l'AAH en tant que tels ;
- l'absence d'identification des bénéficiaires de l'AAH dans les statistiques de l'ANPE, ce qui rend impossible leur repérage dans les différentes mesures emploi, et ne permet pas, à plus forte raison, de définir des objectifs de placement sur ces mesures.

A l'inverse, la mission a eu connaissance de plusieurs situations de refus, de la part des institutions en charge du placement des travailleurs handicapés (ANPE et Cap Emploi), de l'accès des allocataires d'AAH aux dispositifs prévus pour les personnes handicapées, au motif que le bénéfice de l'allocation traduisait une impossibilité de travailler, et donc de rechercher un emploi. Il semble en particulier que le mécanisme dit d'« alerte » soit fréquemment utilisé par certaines ALE dans le cas des demandeurs bénéficiant de l'AAH : l'orientation systématique par les conseillers recevant les bénéficiaires vers le médecin de main-d'œuvre, afin d'effectuer un « tri » préalable à l'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi.

Des réformes récentes¹⁰⁰ ont certes instauré plusieurs éléments visant à favoriser l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'AAH :

- les bénéficiaires de l'AAH sont désormais bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, ce qui doit permettre de mobiliser à leur profit les dispositifs et outils spécifiques d'insertion dans le milieu ordinaire de travail (aides de l'AGEFIPH et accompagnement des CAP Emploi notamment) ;
- la loi du 11 février 2005 crée, pour les personnes qui travaillent, une possibilité de cumul partiel de l'AAH avec des revenus d'activité professionnelle. Ainsi les rémunérations du bénéficiaire de l'AAH tirées d'une activité professionnelle en milieu ordinaire sont en partie exclues des ressources servant au calcul de l'allocation, et ce de manière pérenne, afin de favoriser financièrement le retour à l'emploi durable ;
- les contrats aidés spécifiquement dédiés aux bénéficiaires de minima sociaux - contrats d'avenir et contrats insertion – revenu minimum d'activité – ont été ouverts aux bénéficiaires de l'AAH. Toutefois le décret d'application de la loi du 26 juillet 2005 autorisant l'accès des bénéficiaires de l'AAH à ces contrats n'est paru qu'au début du mois de mars 2006.

¹⁰⁰ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité de droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

Ces réformes n'ont toutefois à ce stade pas eu d'effet direct sur les bénéficiaires de l'AAH, et ne semblent pas avoir modifié les pratiques et les représentations des acteurs. Il est à craindre qu'elles restent insuffisantes si les obstacles évoqués *supra* ne sont pas rapidement levés. Il est en outre apparu à la mission que l'insertion professionnelle des bénéficiaires était loin d'être placée au centre de la réforme en cours, et ne constitue pas à ce jour une priorité des maisons départementales des personnes handicapées. Si une stratégie claire relative à l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'AAH n'est pas rapidement énoncée et traduite dans les priorités du service public de l'emploi au plan local, il est à craindre que les réformes visant à faciliter l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'AAH ne soient que de peu d'effet.

III. DES DISPARITES IMPORTANTES DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES SELON LES DEPARTEMENTS

L'existence d'écarts importants entre départements dans le nombre de bénéficiaires d'AAH ou leur répartition selon le taux d'incapacité n'est pas un phénomène nouveau. Elle a toutefois fait l'objet d'investigations nouvelles menées par la DREES depuis 1998, qui mettent en évidence le rôle central des disparités dans les décisions des COTOREP. Si des éléments socio-démographiques peuvent éclairer en partie l'origine de ces écarts, l'hétérogénéité des pratiques d'attribution de l'AAH par les COTOREP reste un facteur important d'explication des disparités constatées entre départements, comme l'illustrent d'ailleurs les résultats des investigations menées par la mission dans huit départements (cf. annexe I).

A. Des disparités territoriales importantes de la proportion d'allocataires dans la population

Les disparités constatées concernent en premier lieu les allocataires percevant effectivement l'allocation, mais elles retracent assez fidèlement les écarts importants existants dans les décisions d'attribution par les COTOREP. On constate toutefois une certaine tendance à la convergence depuis une quinzaine d'années.

1. Des disparités importantes qui concernent tant les stocks que les flux d'allocataires ou leur répartition selon les taux d'incapacité

Au 31 décembre 2004, la proportion d'allocataire dans la population variait de 10,9 (Yvelines) à 55 (Lozère) allocataires pour 1000 habitants âgés de 20 à 60 ans.

Une analyse plus fine de ces écarts, en distinguant les allocataires selon leur taux d'incapacité reconnu par la COTOREP, fait apparaître une plus grande hétérogénéité dans les taux d'allocataires dont l'incapacité est comprise entre 50 et 79% : l'écart entre départements est pour ces allocataires de 1 à 30, entre la Seine et Marne (0,7 pour mille) et le Lot (21,1 pour mille). L'écart est moins accusé, mais reste très important, si l'on compare le taux d'allocataires dont le taux d'incapacité est supérieur à 80% : il varie dans ce cas de 6,5 pour mille (Yvelines) à 45 pour mille (Lozère), soit tout de même un écart de près de 1 à 7.

Cette forte hétérogénéité se retrouve dans la répartition des allocataires d'AAH selon leur taux d'incapacité : alors que les allocataires dont le taux est compris entre 50 et 79% ne représentent que 4,1% du total des allocataires d'AAH dans l'Oise, ils sont près de 59% dans le Gard.

On constate enfin des écarts très importants dans les évolutions annuelles du nombre d'allocataires : quasiment stable entre 2003 et 2004 dans le Territoire de Belfort, le nombre d'allocataires de l'AAH a en revanche progressé de près de 27% dans le Lot durant la même période.

Ces disparités ne sont pas corrélées entre elles fortement : il n'existe en particulier pas de lien clair entre le niveau du stock d'allocataires et son évolution annuelle, ni entre la part des allocataires au titre du L 821-2 et la proportion d'allocataires dans la population.

Il faut en outre mentionner que ces disparités ne sont pas propres à l'AAH : ainsi les taux d'allocataires de l'AES (de 1,1 à 47,7 pour 1000 habitants de 0 à 19 ans), de pensions d'invalidité (de 10,4 à 54,6 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans) ou du RMI (de 6 à 183 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans) par exemple, ou encore les dépenses des conseils généraux pour les personnes handicapées rapportées au nombre de 20 à 59 ans (de 19 à 790 euros, soit un écart de 1 à 41), varient très fortement d'un département à l'autre.

On constate donc que les disparités existant entre départements dans le taux d'allocataires de l'AAH, si elles ne sont pas négligeables, sont toutefois limitées par rapport aux écarts très importants existants pour d'autres prestations liées au handicap ou à la précarité sociale.

2. Ces disparités reflètent des écarts importants dans les décisions d'attribution par les COTOREP

L'examen des décisions des COTOREP en 2004 fait apparaître des disparités très importantes entre départements : le nombre total de décisions d'attribution d'AAH pour 1000 habitants de 20 à 59 ans est ainsi compris entre 1,6 (Corse du Sud) et 52,9 (Finistère), soit un écart de 1 à 33. Les disparités sont encore plus marquées si l'on décompose les décisions d'accord selon le taux d'incapacité : de 0,2 en Haute-Corse à 23,6 en Côte D'or pour les décisions relatives au L 821-1 (soit un écart de 1 à 118), et de 0,1 en Seine-et-Marne à 31 dans le Finistère (soit un écart de 1 à 310 !).

Ces disparités très importantes reflètent deux phénomènes distincts : la grande variabilité des demandes adressées aux COTOREP selon les départements (qui varient de 4,7 à 20,8 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans), et les pratiques d'attribution des commissions. Afin de neutraliser cet effet lié au comportement des demandeurs, on peut calculer les taux d'accords (décisions favorables / demandes d'AAH) des COTOREP : ils varient de 47% dans les Alpes de Haute-Provence à 82% en Lozère.

Il convient de signaler que ces écarts importants ne sont pas propres à l'AAH : on les retrouve pour l'ensemble des mesures prises par les COTOREP. Ainsi le nombre total de demandes adressées aux COTOREP pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans varie de 26,4 en Martinique à 77,3 dans le Var. Les taux d'accords varient également fortement sur les autres mesures : ainsi pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, ils vont de 59% en Haute-Corse à 97% en Charente ; pour l'ACTP, de 45 en Guadeloupe à 90% en Mayenne.

3. Une tendance à la convergence ?

L'existence d'écarts importants entre départements, qu'elle concerne le nombre d'allocataires rapporté à la population et leur répartition selon les taux d'incapacité, ou les pratiques des COTOREP (nombre des décisions et répartition des accords entre L821-1 et L821-2, taux d'accords), n'est pas un phénomène nouveau. Les précédents rapports d'inspection de 1992 et 1998 faisaient déjà état de tels écarts, sur les échantillons étudiés ou sur l'ensemble des départements français.

La comparaison des situations observées en 1994 et 2004 semble indiquer une certaine convergence des pratiques des COTOREP et, en conséquence, des stocks d'allocataires et de leur répartition selon les départements.

Le précédent rapport IGAS IGF sur l'AAH signalait des taux d'allocataires pour 1000 habitants âgés de 20 à 60 ans compris entre 7 et 42 pour mille, au 31 décembre 1994, soit un écart de 1 à 6, pour une moyenne nationale de 18,2. La comparaison avec les données de 2004 fait apparaître, sur une période de dix ans, à la fois une progression générale des taux d'allocataires par rapport à la population (la moyenne est à fin 2004 de 23,5, en augmentation de 5 points par rapport à 1994), et un relatif resserrement des écarts, qui vont désormais de 1 à 5. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas de dire si ce resserrement relatif se retrouve si l'on examine séparément les taux d'allocataires au titre de l'article L 821-1 et L 821-2.

La pression de la demande a globalement augmenté entre 1994 et 2004, et les écarts entre départements sont restés relativement stables (de l'ordre de 1 à 6). En revanche, les écarts entre taux d'accords se sont légèrement réduits (l'écart maximal était de 1 à 1,98 en 1994, il est de 1 à 1,75 en 2004).

La mission n'a pas été en mesure de conduire une étude approfondie sur cette tendance à la convergence, et notamment sur l'existence de phénomènes de « rattrapage » de certains départements traditionnellement « sous-dotés » en allocataires d'AAH, compensés par un resserrement des pratiques dans des départements où les taux d'attribution étaient traditionnellement très supérieurs à la moyenne (cas de la Corse en particulier). Elle constate cependant une certaine réduction des écarts existants entre départements pour les taux d'allocataires. Cette convergence reste toutefois limitée, et il est nécessaire de chercher des pistes d'explications à des disparités qui restent malgré tout importantes.

B. L'origine des disparités en matière d'AAH : entre facteurs socio-démographiques et pratiques des COTOREP

Relativement peu documentés en 1998, comme l'indique la faiblesse des éléments disponibles dans le rapport IGAS-IGF précité, les écarts importants existants entre départements ont depuis fait l'objet de travaux importants, menés notamment par la DREES, en vue de mieux cerner les disparités existantes et d'en rechercher des facteurs explicatifs. Si la mise en avant de certains facteurs socio-démographiques « expliquant » statistiquement une partie des écarts permet d'éclairer les disparités existantes, elle révèle en creux la persistance d'une hétérogénéité importante qui résulte des pratiques mêmes des COTOREP et nécessite de se pencher sur leur fonctionnement effectif.

1. Statistiquement, l'âge de la population, la prévalence du handicap et la situation socio-économique expliquent une grande partie des écarts constatés

L'AAH reste, contrairement aux autres prestations versées par les CNAF, une allocation relativement méconnue. Elle n'a jusqu'à présent pas fait l'objet d'études approfondies de la part de la CNAF, et la DREES ne lui a consacré que deux publications spécifiques¹⁰¹, ce qui contraste avec l'attention portée à d'autres minima sociaux, en premier lieu le RMI. La DREES suit toutefois depuis plusieurs années les décisions des COTOREP, et a dans ce cadre étudié plus particulièrement les décisions relatives à l'AAH¹⁰².

Les analyses menées par la DREES permettent de mettre en évidence plusieurs facteurs explicatifs au sens statistique¹⁰³ :

¹⁰¹ C. Colin, V. Cordey, L. Pasquier-Doumer, « L'accès à l'allocation aux adultes handicapés : le jeu combiné de critères médicaux et sociaux », *Drees*, Etudes et résultats n° 39, novembre 1999 et J.M. Chanut, A. Pla, « L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés », *Drees*, Solidarité et santé n°4, 2004.

¹⁰² Voir notamment pour la dernière année disponible (2004), E. Demoly, P. Raynaud, « Augmentation sensible de l'activité des COTOREP en 2004 », *Drees*, Etudes et résultats n°455, décembre 2005 et « L'activité des COTOREP en 2004 », *Drees*, Document de travail n°89, octobre 2005.

¹⁰³ Variables significatives dans des modèles de régressions linéaires multiples.

- les disparités dans le stock de bénéficiaires effectivement payés par les CAF et MSA peuvent être expliquées par six facteurs principaux (dans l'ordre explicatif croissant) : le montant des dépenses consacrées par le département au handicap, le nombre d'allocataires du RMI pour 1000 habitants la part des allocataires de l'AES, le nombre de places en CAT, la part des demandeurs d'emploi handicapés dans la demande d'emploi et enfin l'âge de la population du département ;
- la décomposition du stock de bénéficiaire selon le taux d'incapacité fait ressortir des variables explicatives légèrement différentes : ainsi les dépenses des départements, la part d'AES, les places en CAT et l'âge de la population sont ils les principaux facteurs explicatifs du taux de bénéficiaires d'AAH au titre du L821-1 pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans ; pour le taux de bénéficiaires d'AAH au titre du L821-2 pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans, ce sont les dépenses des départements, le taux de chômage global du département et l'évolution du nombre d'allocataires du RMI qui apparaissent comme des facteurs explicatifs ;
- les disparités dans les nombres d'AAH accordées par les COTOREP rapportés à la population âgée de 20 à 59 ans s'expliquent par des facteurs légèrement différents : les écarts dans les décisions au titre de l'article L.821-1 s'expliquent par un indicateur de prévalence du handicap administrativement reconnu, approché par le nombre de demandeurs ayant obtenu un accord de la COTOREP pour une des 12 mesures autres que l'AAH ; les décisions au titre de l'article L.821-2 s'expliquent par le taux de chômage et par l'âge moyen observés dans le département.

L'analyse statistique permet donc de mettre en évidence trois grands facteurs explicatifs des écarts entre départements, tant pour les décisions des COTOREP que pour le stock d'allocataires. Hormis l'effet marqué de l'âge de la population du département, les deux grandes séries de facteurs explicatifs des écarts reflètent très clairement la double nature médicale et sociale de l'allocation :

- des facteurs relatifs à la prévalence du handicap, qu'on les approche par le nombre de décisions des COTOREP (hors AAH), les taux d'AES ou l'importance des réponses publiques au handicap (dépenses des conseils généraux et nombre de places en CAT) ; il n'est pas à exclure qu'existent au sein de ces éléments des corrélations à double sens (augmentation des dépenses et des places dans les départements à forte prévalence du handicap, mais également transferts d'une partie des personnes handicapées vers les départements les mieux dotés à ce titre) ;
- des facteurs relatifs à la situation socio-économique du département, mesurables par le taux de chômage global, le poids du RMI ou encore la part des personnes handicapées au sein des demandeurs d'emploi.

En revanche, aucune corrélation statistique claire ne permet de se prononcer sur l'existence de transferts entre prestations (du RMI ou de l'assurance invalidité vers l'AAH par exemple).

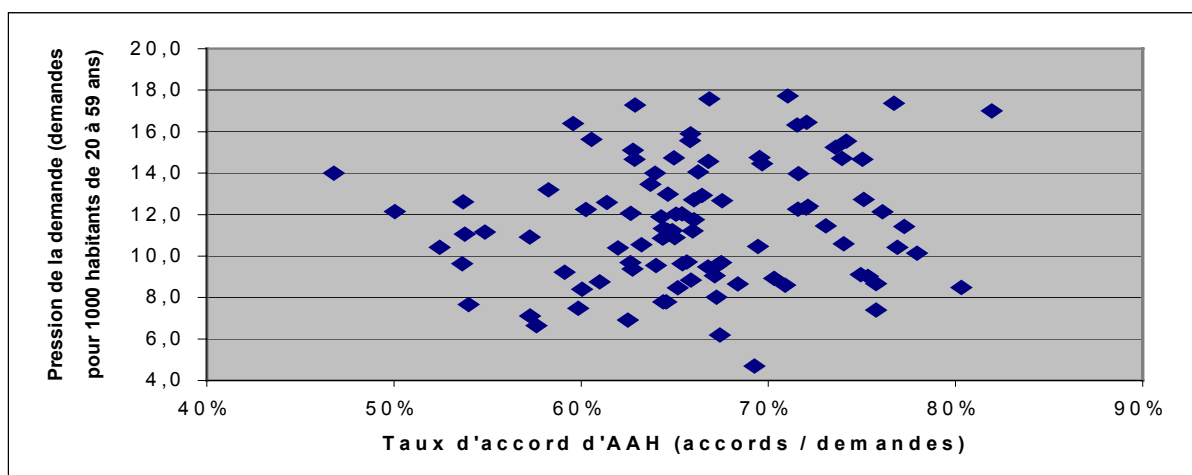
2. L'hétérogénéité des pratiques d'attribution de l'AAH par les COTOREP reste toutefois un facteur essentiel de disparité entre départements

L'existence de facteurs explicatifs au sens statistique du terme permettant de rendre compte d'une large partie des écarts observés entre départements, si elle permet de relativiser en partie les disparités départementale apparentes dans les stocks d'allocataires, ne permet toutefois pas de rendre compte pleinement des écarts entre plusieurs facteurs socio-démographiques, et d'identifier ce qui relève des pratiques d'attribution par les COTOREP.

L'importance des écarts constatés dans les décisions provient, on l'a vu, pour une part d'une pression de la demande très variable selon les départements, de l'autre de taux d'accords variant pratiquement du simple au double selon les départements.

Ces disparités très importantes constatées dans les taux d'accords ne semblent pas fortement liées à la pression de la demande : si celle-ci est également très variable d'un département à l'autre, il n'existe aucune corrélation entre pression de la demande et taux d'accord. La multiplication des demandes n'entraîne de façon évidente ni relâchement des pratiques dans l'évaluation des dossiers, ni au contraire rigueur accrue face à des demandes estimées par avance moins légitimes parce que plus nombreuses.

Graphique 6 : L'absence de corrélation entre pression de la demande d'AAH et taux d'accord des COTOREP



Source : DREES, calculs mission. Données 2004.

Une étude plus ancienne, réalisée par la DREES, faisait toutefois apparaître que l'importance de la demande conduisait les COTOREP à accorder plus fréquemment des accords d'AAH avec une incapacité supérieure à 80%¹⁰⁴. Elle mettait également en exergue le maintien de disparités importantes dans les pratiques des COTOREP, indépendamment des caractéristiques socio-démographiques des demandeurs, disparités portant à la fois sur les taux d'incapacité accordés et sur la reconnaissance de l'impossibilité de se procurer un emploi pour les personnes s'étant vues reconnaître un taux d'incapacité compris entre 50 et 79%. La DREES observait en particulier des effets de « substitution » entre types d'allocation : les départements accordant plus fréquemment une AAH pour un taux supérieur à 80% accorderaient moins facilement l'AAH aux allocataires présentant un taux inférieur.

Toutefois, la compréhension de ces disparités départementales nécessite, au delà l'examen de corrélations statistiques, une analyse fine des d'attribution de l'allocation par les COTOREP (fréquence des visites médicales, modalités d'examen des dossiers, rôle des médecins, des équipes pluridisciplinaires et de la COTOREP elle-même, etc...), qui seule permet de cerner la réalité des pratiques des COTOREP et leur grande variabilité. Tel est l'objet de l'annexe I, qui retrace les résultats des investigations de la mission auprès des COTOREP de huit départements.

¹⁰⁴ « L'accès à l'allocation adulte handicapé : le jeu combiné de critères médicaux et sociaux », *Etudes et résultats* n°39, DREES, novembre 1999.

ANNEXE III

LE GUIDE BARÈME UTILISÉ PAR LES CDES ET LES COTOREP

I. LE BAREME EN VIGUEUR DEPUIS LE 1^{ER} DECEMBRE 1993

Le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées constitue l'annexe du décret n°93-1216 du 4 novembre 1993.

Avant 1993, le barème utilisé par les CDES et les COTOREP était celui du ministère chargé des anciens combattants dont l'essentiel de la rédaction datait de 1919. Plusieurs rapports ont mis en évidence, dès le début des années 1980, l'inadaptation de ce barème à cet usage et une commission présidée par un médecin de l'inspection générale des affaires sociales a été chargée en 1987 de la rédaction d'un nouveau barème.

Les travaux de la commission, organisés sous forme de groupes thématiques comprenant des experts ont eu lieu de 1987 à 1989. Les éléments du nouveau barème ont fait l'objet de tests et de négociations avec les associations représentatives des personnes handicapées et leurs familles et d'une présentation au conseil national consultatif des personnes handicapées en 1992.

II. LES AUTRES BAREMES

Il faut noter que d'autres barèmes sont utilisés dans le cadre de procédures différentes. Leur conception et mode d'usage varient en fonction de leur finalité.

Les quatre principaux sont :

- le barème d'évaluation médico-légale communément appelé "barème du concours médical" utilisé essentiellement pour évaluer le préjudice corporel dans des affaires d'indemnisation des victimes,

- le barème dérivé du précédent permettant l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, affections iatrogènes et maladies nosocomiales (décret n° 2003-314 du 4 avril 2003),

- le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail (application de l'article R.434-35 du code de la sécurité sociale) et barème indicatif d'invalidité des maladies professionnelles (annexe au décret n°99-323 du 27 avril 1999) utilisé pour la prise en compte des préjudices d'origine professionnelle,

- le barème communément appelé "des anciens combattants" (barème du code des pensions militaires d'invalidité des anciens combattants et victimes de guerre).

Il faut enfin signaler le cas particulier de la pension invalidité de la sécurité sociale. Les assurés sociaux âgés de moins de 60 ans peuvent bénéficier d'une pension d'invalidité lorsqu'ils présentent une perte de capacité de gain ou de travail au moins égale au 2/3. Cet état d'invalidité ne peut donc, compte tenu de sa définition spécifique en relation avec une capacité de gain ou de travail par rapport à une personne de même niveau professionnel, être apprécié sur la base d'un barème. Il n'y a donc pas de barème pour cette procédure particulière mais les médecins conseil de l'assurance maladie utilisent néanmoins une technique relativement normée pour apprécier l'état de l'assuré social.

L'existence de ces quatre barèmes et de la procédure de mise en invalidité de la sécurité sociale sans barème a suscité de longue date des incompréhensions de la part des personnes concernées qui comprennent mal qu'une même lésion donne lieu à des attributions de taux différents selon les procédures.

Cette situation a été à l'origine de réflexions dans l'optique d'une recherche de concordance des différents barèmes. Ces réflexions n'ont jamais abouti en raison des finalités fondamentalement différentes des procédures concernées. La procédure invalidité de la sécurité sociale est centrée sur la perte de la capacité de gain et de travail. Les procédures impliquant l'usage du barème indicatif d'invalidité des accidents du travail et des maladies professionnelles visent non seulement à compenser un préjudice physiologique mais également un préjudice professionnel. Les procédures impliquant l'usage du barème dit "du concours médical" ou celui applicable aux anciens combattants et victimes de guerre visent à compenser la perte de revenus imputable aux lésions et les différents préjudices que la collectivité (la société dans le premier cas ; l'Etat dans le second) s'engage à compenser.

III. LES PRINCIPES D'UTILISATION DU GUIDE BAREME PAR LES CDES ET LES COTOREP

La méthode d'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées à partir du guide barème est basée sur une évaluation globale de la situation de la personne dans une approche comportant plusieurs étapes dérivées du concept de la classification internationale du handicap élaborée en 1980 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) :

Maladie (diagnostic) → repérage des déficiences → appréciation des incapacités → analyse du désavantage.

La connaissance du **diagnostic** permet d'avoir des informations sur les traitements et leurs effets secondaires, l'évolutivité de la maladie et son pronostic. Elle est indispensable pour fixer, notamment, la durée de validité du taux qui sera proposé.

La **déficience** se définit comme une perte ou une altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

L'**incapacité** constitue une réduction résultant d'une déficience partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon considérée comme normale par un être humain.

Le **désavantage** résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux ou culturels.

L'exemple concret suivant permet de situer ces quatre concepts dans la détermination du taux d'incapacité :

Connaissance du **diagnostic** : fracture de l'extrémité inférieure du fémur

↓

Repérage des **déficiences** : raideur du genou

↓

Appréciation des **incapacités** : impossibilité de s'accroupir

↓

Analyse du **désavantage** :

- Vie personnelle : impossibilité sans aide extérieure de se chauffer ;
- Vie professionnelle : impossibilité d'exercer le métier de plombier ou de carreleur.

Le barème comporte huit chapitres :

- Déficiences intellectuelles et difficultés du comportement ;
- Déficiences du psychisme ;
- Déficiences de l'audition ;
- Déficiences du langage et de la parole ;
- Déficiences de la vision ;
- Déficiences viscérales et générales ;
- Déficiences de l'appareil locomoteur ;
- Déficiences esthétiques.

L'expert ne dispose pas de la capacité de cumuler le taux obtenu dans le premier chapitre et celui obtenu dans le deuxième chapitre. En revanche, le barème précise que dans certains cas, pour certaines déficiences, plusieurs taux s'additionnent arithmétiquement (troubles de l'audition et du langage par exemple). Dans certaines situations, et notamment si la personne présente plusieurs déficiences se répartissant dans des chapitres différents, l'application de la règle de Balthazar peut être utilisée (règle dite des capacités restantes).

Il a été recommandé par la circulaire du 23 novembre 1993 relative à l'application du guide barème de ne fixer des taux d'incapacité que pour des état et pathologies suffisamment permanents pour justifier une décision d'une durée minimale d'un an. En revanche, la phase de consolidation n'a pas besoin d'être atteinte pour cette fixation. Il faut noter l'absence de référence législative ou réglementaire au critère restrictif de la durée minimale d'un an.

Pour l'essentiel, et à l'exception des déficiences sensorielles, le barème ne cite pas de taux précis mais des fourchettes correspondant à quatre degrés de sévérité :

- forme légère : taux de 1 à 15% ;
- forme modérée : taux de 20 à 45% ;
- forme importante : taux de 50 à 75% ;
- forme sévère ou majeure : taux de 80 à 95%.

La logique du barème conduit à fixer plutôt des fourchettes que des taux. Pour autant, la rédaction des textes implique clairement la fixation d'un taux chiffré.

Deux seuils sont prévus par la réglementation et correspondent à la lecture du barème à deux situations relativement identifiables :

- Le taux de 50% correspondant à une entrave de la vie sociale de la personne, entrave qui peut être compensée au prix d'effort important et d'une compensation spécifique ;
- Le taux de 80% correspond à l'atteinte de l'autonomie individuelle dès lors que pour les actes essentiels de la vie quotidienne, elle doit être aidée.

IV. LE GUIDE BAREME DANS SA VERSION ACTUELLE CONSTITUE GLOBALEMENT UN BON OUTIL POUR APPRECIER LES INCAPACITES DES PERSONNES HANDICAPEES

Le guide barème a été construit de façon à guider l'analyse à travers les trois dimensions du handicap : la déficience, l'incapacité et le désavantage. Il exclut la démarche qui consisterait à déduire un taux à partir d'un diagnostic.

Il privilégie la prise en compte globale de la situation de chaque personne même si le repérage des différentes déficiences reste nécessaire.

Il présente l'intérêt de ne pas nécessiter d'interventions d'experts spécialisés à l'exception des handicaps sensoriels (vision et audition).

L'évaluation étant principalement basée sur les incapacités et la recherche de leur retentissement sur la vie domestique, sociale et professionnelle, les évolutions des techniques médicales et thérapeutiques n'ont pas pour effet de nécessiter de modifications permanentes de ce barème.

En revanche, **conçu pour apprécier les déficiences et l'incapacité des personnes handicapées, le barème n'appréhende pas les nuances de l'aptitude ou de l'inaptitude à l'exercice d'une activité professionnelle.** Il peut même à cet égard donner lieu à des résultats discordants ou paradoxaux. L'exemple des personnes atteintes de cécité qui, en application du barème justifient l'attribution d'un taux de 95%, et dont certaines exercent des emplois de haut niveau en est l'exemple le plus évocateur.

Il reste donc, indépendamment de ce barème, à concevoir un référentiel, à défaut d'un "barème emploi" qui paraît difficile à envisager, pour prendre en compte le potentiel d'exercice d'une activité professionnelle des personnes handicapées.

ANNEXE IV

LES CONTRÔLES EXERCÉS PAR L'ORGANISME PAYEUR

SOMMAIRE

I.	LA CNAF A MIS EN PLACE UNE POLITIQUE TRANSVERSALE DE CONTRÔLE DES SITUATIONS PLUTOT QUE DES PRESTATIONS	110
A.	Le plan de contrôle national est basé sur une analyse de risque	110
1.	L'approche transversale des cibles de contrôle ne permet pas de mesurer le taux de contrôles sur l'AAH.....	110
2.	Les moyens sont proportionnés à l'importance du risque	110
B.	Les CAF mettent en œuvre trois types de contrôles	111
1.	L'échange de données par croisement de fichiers avec d'autres administrations	111
2.	Les contrôles sur pièces.....	112
3.	Le contrôle sur place par un agent de contrôle assermenté	112
II.	ALORS QUE PEU DE CIBLES CONCERNENT SPECIFIQUEMENT L'AAH, LE DISPOSITIF DE CONTROLE DE L'ALLOCATION PRESENTE DES FAIBLESSES	112
A.	Trois cibles concernant particulièrement l'AAH.....	112
1.	Les contrôles ciblés sur l'AAH ont un faible impact financier	112
2.	Une cible spécifique à l'AAH a été supprimée en 2006.....	113
B.	Le dispositif de contrôle est insuffisant	114
1.	L'absence d'identifiant national des allocataires de l'AAH ne permet pas de contrôler le non-cumul avec d'autres minima sociaux	114
2.	Le respect du caractère subsidiaire de l'AAH n'est pas assuré dans tous les cas.....	114

I. LA CNAF A MIS EN PLACE UNE POLITIQUE TRANSVERSALE DE CONTRÔLE DES SITUATIONS PLUTOT QUE DES PRESTATIONS

A. Le plan de contrôle national est basé sur une analyse de risque

1. *L'approche transversale des cibles de contrôle ne permet pas de mesurer le taux de contrôles sur l'AAH*

La caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) a mis en place en 1995 une stratégie structurée de contrôle de ses allocataires qui repose sur l'identification de situations à risques et la création de cibles de contrôle, en opposition aux contrôles aléatoires et/ou systématiques en œuvre jusqu'alors. Elle assure également un suivi des résultats des contrôles en rapportant leur nombre aux rappels qu'ils ont engendré (en nombre et en montants).

Cette stratégie part du principe que les risques sont **centrés sur certaines situations**¹⁰⁵ et **non sur les prestations** en tant que telles, à l'exception de quelques allocations spécifiques comme le revenu minimum d'insertion (RMI), qui font l'objet de nombreuses cibles de contrôle¹⁰⁶. Elle instaure de fait une logique transversale de contrôle, qui permet de vérifier un compte d'allocataire à partir de la situation déclarée (famille, ressources, logement, etc.) et non sous l'angle particulier d'une prestation.

En conséquence les données disponibles concernant les contrôles à l'œuvre en matière d'AAH sont pauvres :

- on ne peut identifier le taux de contrôles réalisés sur l'AAH en tant que prestation ;
- il est actuellement **impossible d'individualiser le nombre de comptes d'allocataires de l'AAH ayant fait l'objet d'un ou plusieurs contrôles de situations compte tenu des limites du système d'information des CAF**¹⁰⁷.

Il est néanmoins possible de connaître le volume et l'incidence des contrôles sur les cibles concernant spécifiquement l'AAH (cf. *infra*) et d'obtenir le nombre de régularisations sur les comptes d'AAH-AFH¹⁰⁸ qu'a impliqués la mise en œuvre de chaque cible de contrôle, la totalité des régularisations sur l'ensemble des cibles ne pouvant être assimilée au nombre de comptes d'AAH régularisés *in fine*¹⁰⁹.

2. *Les moyens sont proportionnés à l'importance du risque*

Cette stratégie a été considérablement améliorée en 2005 grâce à une mise en adéquation des moyens de contrôle avec l'ampleur identifiée du risque¹¹⁰ :

- une évaluation du risque a été réalisée grâce à une enquête sur les indus menée en 2000-2001. Elle a permis d'établir une classification des cibles selon le degré de risque (fort : situation professionnelle, logement, état civil / moyen : ressources, situation familiale / faible : divers)

¹⁰⁵ Par exemple, cible 91 sur le contrôle de la situation de famille, cible 92 sur le contrôle du logement, cible 93 sur le contrôle de la situation enfant, cible 94 sur le contrôle ressources, etc.

¹⁰⁶ Cibles 1 à 10 notamment.

¹⁰⁷ Cette information devrait être disponible courant 2006, avec la mise en place de la nouvelle maquette de plan de contrôle.

¹⁰⁸ Aide forfaitaire pour l'autonomie des personnes handicapées, ancienne dénomination du complément d'autonomie.

¹⁰⁹ Par exemple, la cible 8 « contrôles inopinés » a entraîné 343 régularisations d'AAH en 2005. Le total des régularisations sur l'ensemble des cibles s'élève à 48 985, ce chiffre ne pouvant être assimilé au nombre de comptes d'AAH régularisés, puisqu'un même compte peut avoir été impacté et régularisé suite à la mise en œuvre de plusieurs cibles de contrôle.

¹¹⁰ Selon un principe « d'assurance raisonnable ».

et de réorienter les taux de contrôles sur les risques forts (65% des contrôles, contre 30% pour le risque moyen et 5% pour le risque faible) ;

- un profilage des comptes est également prévu pour le courant 2006 afin d'identifier les profils faisant l'objet de redressements fréquents et de mettre en œuvre une logique préventive sur les comptes d'allocataires présentant des caractéristiques similaires.

A partir de 1995, les CAF ont été tenues de formaliser un plan de contrôle, avec un objectif de contrôler 25% des faits générateurs significatifs¹¹¹. Elles avaient le choix d'activer ou non certaines cibles. Depuis 2005, un plan de contrôle modélisé est communiqué par la CNAF à chaque CAF, toutes les cibles étant obligatoires. Il prend en compte un nouvel objectif global de 30% de contrôles¹¹² et la hiérarchisation des risques afin de redéployer sur les risques forts les capacités de contrôle de chaque organisme telles qu'elles ont été constatées en 2004.

Afin de prendre en compte d'éventuelles spécificités locales, certaines cibles du plan national, peu contraignantes, permettent l'activation par les CAF de contrôles sur place en fonction des risques identifiés (ex : cible 95 « constitution de dossiers » et cible 99 : « autres contrôles », réalisés par un agent assermenté, etc.).

B. Les CAF mettent en œuvre trois types de contrôles

1. L'échange de données par croisement de fichiers avec d'autres administrations

Automatique et peu coûteux, il est mis en œuvre :

- avec la direction générale des impôts une fois par an (confrontation des déclarations de ressources des allocataires avec leurs déclarations fiscales) ;
- avec les ASSEDIC tous les mois sur la base des chômeurs déclarés auprès des CAF. **Cette procédure**, mise en œuvre afin de vérifier la qualité de demandeur d'emploi et les allocations de chômage déclarées auprès des CAF, **n'est toutefois pas optimale** puisqu'elle ne permet pas de contrôler, à partir des fichiers de chômeurs des ASSEDIC, la véracité des déclarations de ressources ne mentionnant pas de perception de chômage effectuées par les allocataires de la CAF, et notamment des attributaires de l'AAH¹¹³ ;
- avec l'ANPE, le CNASEA tous les trimestres (pour le RMI notamment).

¹¹¹ En 2004, 127 M de faits générateurs ont été traités par les CAF. Un contrôle sur place représente 13 faits générateurs sécurisés.

¹¹² Sur le total des faits générateurs significatifs.

¹¹³ Pour lesquels les revenus tirés du chômage peuvent se cumuler avec une AAH différentielle, le risque de fraude se situant dans la non déclaration par l'allocataire d'une situation de chômage. Une réflexion est entamée avec les ASSEDIC sur ce point.

2. Les contrôles sur pièces

Ces contrôles sont automatiquement déclenchés au vu des discordances entre la déclaration de ressources de l'allocataire et l'activité déclarée (contrôle informatisé de cohérence entre ressources et activité). Ils s'effectuent sur la base d'un courrier à l'individu lui demandant de justifier une situation.

3. Le contrôle sur place par un agent de contrôle assermenté

Coûteux puisqu'il implique près de 600 agents pour 360 000 contrôles par an (soit un coût de 140€ par contrôle), il est réservé aux situations complexes et ne concerne qu'une quarantaine de cibles, en lien notamment avec le RMI (vérification de la résidence, de la situation familiale, etc.).

II. ALORS QUE PEU DE CIBLES CONCERNENT SPECIFIQUEMENT L'AAH, LE DISPOSITIF DE CONTROLE DE L'ALLOCATION PRESENTE DES FAIBLESSES

A. Trois cibles concernent particulièrement l'AAH

1. Les contrôles ciblés sur l'AAH ont un faible impact financier

Contrairement au RMI, l'AAH n'a pas été identifiée par la CNAF comme une allocation à fort risque de fraude et fait dès lors l'objet de peu de cibles de contrôle spécifiques.

Elle est toutefois directement affectée par les vérifications de situations menées au titre des différentes cibles du plan de contrôle, et notamment celles exercées par croisement avec les déclarations fiscales, qui permettent de fiabiliser les déclarations de ressources effectuées auprès des CAF et de détecter d'éventuelles anomalies et cas de fraude. Ainsi en 2005, la mise en œuvre de l'ensemble des cibles de contrôle a suscité **48 985 régularisations en matière d'AAH**¹¹⁴.

Deux cibles visent toutefois directement l'AAH en tant que prestation :

Tableau : Cibles spécifiques à l'AAH

N°	Cible	Type de contrôle	Catégorie	Définition
36	« Droit AAH sans activité et pension »	Agent assermenté	Risque faible	Est déclenché pour les bénéficiaires de l'AAH qui ont cessé leur activité et qui ne perçoivent aucune pension (invalidité, vieillesse..) : vérification si la pension n'a pas été déclarée et si la personne a effectué une démarche préalable de sollicitation d'une pension
53	« AAH pension annuelle sans avis »	Appel de pièces	Risque moyen	Fait suite à une éventuelle incohérence relevée entre déclaration fiscale, où est mentionnée une pension/la déclaration CAF, où cette mention fait défaut ¹¹⁵

¹¹⁴ Ces régularisations ne sont pas assimilables au nombre de régularisations de comptes d'AAH-AFH (voir supra I).

¹¹⁵ Cette cible est nécessaire en l'absence de transmission informatisée des fichiers de pensionnés des CPAM aux CAF.

Les résultats des contrôles effectués en 2005 sur ces deux cibles montrent **un faible taux d'indus en nombre et en volume financier** sur les deux cibles :

Tableau : résultats des contrôles sur les cibles spécifiques AAH en 2005

Résultats	Cible 36	Cible 53
Nombre de contrôles ¹¹⁶	287	6 254
Nombre d'indus	24	858
Taux d'indus/nb de contrôles	8%	14%
Montant indus	43 057	2 816 958
Indu moyen	1 794	3 283
Taux d'indu/masse financière du total des indus	0,01%	0,73%
Nb rappels	14	607
Taux rappels/nb de contrôles	5%	10%
Montant rappels	15 467	2 364 478
Rappel moyen	1 105	3 895
Taux rappel/masse financière du total des rappels	0%	0%
Taux régularisations/nombre de contrôles	13%	23%
Taux régularisations/masse financière du total des régularisations	0%	0%
Nb contrôles sans impact fin	251	4 578

Source : CNAF. Les montants sont en euros.

Par ailleurs, les CAF procèdent également à des vérifications comptables, qui étaient jusqu'alors mises en œuvre sur la base de cibles locales de contrôle variées et dont les résultats n'étaient pas communiqués à la CNAF. Un plan national de contrôle est en cours d'élaboration pour l'année 2007, qui comporte une **cible de contrôle comptable spécifique** à l'AAH¹¹⁷ classée dans les risques moyens, **afin de détecter les allocataires percevant l'AAH et figurant sur le dossier de leur parent dans la catégorie des « malades » et non des « handicapés »**. Aucune donnée n'est actuellement disponible sur cette cible, dont la faisabilité technique reste à préciser.

2. Une cible spécifique à l'AAH a été supprimée en 2006

La cible 36 « Droit AAH sans activité et pension » a été supprimée du plan de contrôle pour l'année 2006 et devrait être remplacée par des vérifications « au fil de l'eau », compte tenu de l'importance des indus qu'elle générerait pour les allocataires concernés.

Cette cible est amenée à perdre de l'importance compte tenu des travaux menés pour la mise en place d'échanges informatisés avec les caisses de retraite d'ici la mi 2007, qui permettront le signalement automatique de tous les allocataires d'AAH de 54,5 ans¹¹⁸ auprès des organismes de retraite, avec des retours de ces organismes permettant de connaître les droits à pension des bénéficiaires de l'AAH¹¹⁹. Actuellement seuls des échanges papier sont en œuvre.

Toutefois, **cette suppression ne permet plus de contrôler la primauté du droit à pension d'invalidité** sur la demande d'AAH.

¹¹⁶ Les taux de contrôles sur l'ensemble des faits générateurs relatifs à la cible 36 étant de 7,7% et sur ceux relatifs à la cible 53 de 50%.

¹¹⁷ Cible 551

¹¹⁸ Avec des rappels à 57,5 ans et 59,5 ans.

¹¹⁹ CDC et CNAV, avec un retour de la CNAV indiquant à quel type de droits vieillesse aura droit l'allocataire. Cela permettra à la CNAF d'orienter correctement l'allocataire puis de contrôler qu'il a bien déclaré son avantage vieillesse par la suite.

B. Le dispositif de contrôle est insuffisant

1. *L'absence d'identifiant national des allocataires de l'AAH ne permet pas de contrôler le non-cumul avec d'autres minima sociaux*

La CNAF dispose d'un identifiant national pour les allocataires du RMI, mais n'a pas mis en place de dispositif similaire pour les autres prestations gérées. Pour l'AAH, elle ne dispose que d'un fichier national anonymisé de l'ensemble des allocataires. Cette lacune, **déjà identifiée dans le rapport IGAS/IGF de 1998**, ne permet pas :

- le croisement au niveau national des fichiers d'allocataires de l'AAH avec ceux des bénéficiaires d'autres minima sociaux, notamment le RMI. Les CAF pourraient effectuer ce contrôle à leur niveau¹²⁰, mais il n'est pas inscrit au plan modélisé de contrôle. Seul le croisement avec la déclaration de ressources permet de détecter un éventuel cumul ;
- le recoupement national des comptes d'allocataires, afin de repérer les cas de double perception d'AAH pour un même individu dans des départements différents.

La convention d'objectifs et de gestion 2005-2008 relative à la CNAF prévoit la mise en place d'un « identifiant national et un répertoire national des allocataires destinés à faciliter le développement de l'administration électronique, les actions de contrôle et l'accès à une information sur leur dossier en tous points du territoire », à l'horizon de juin 2007.

2. *Le respect du caractère subsidiaire de l'AAH n'est pas assuré dans tous les cas*

Le demandeur de l'AAH ne doit pas pouvoir prétendre au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière, à un avantage de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou à une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH.

La subsidiarité de l'AAH par rapport à ces prestations n'est toutefois pas totalement garantie par les contrôles actuellement menés par les CAF.

En effet, si la dématérialisation des échanges papier actuellement mis en œuvre avec la CNAV devrait totalement sécuriser le respect de la subsidiarité de l'AAH par rapport aux avantages vieillesse¹²¹, **les vérifications effectuées entre l'AAH d'un côté, les pensions d'invalidité et les rentes d'accident du travail de l'autre, restent peu satisfaisantes.**

Le droit à pension d'invalidité prime sur une éventuelle demande d'AAH, bien qu'une possibilité de cumul soit ouverte lorsque la pension d'invalidité ou la rente, de faible niveau, doit être compensée par un versement du Fonds de Solidarité Invalidité dont le montant n'atteint pas celui de l'AAH. Dans ces conditions, le versement d'une AAH différentielle est possible.

Deux carences du contrôle ont été identifiées :

¹²⁰ Avec une limite toutefois, qui est l'impossibilité de croiser les données avec les fichiers de bénéficiaires du RMI localisés dans d'autres départements.

¹²¹ Les échanges informatisés prévus à l'horizon de la mi 2007 sont une **dématérialisation de la procédure d'échanges papier actuellement mise en œuvre, qui est très lourde** : mensuellement, les fichiers d'allocataires AAH de 56,5 ans sont envoyés aux CPAM. Les CPAM indiquent en retour aux CAF si les allocataires ont demandé, perçoivent déjà une pension (avec son montant) ou se sont vus refuser une pension (avec motifs).

- la primauté du droit à pension d'invalidité sur l'AAH est faiblement contrôlée. L'existence d'une cible centrée sur la primauté des droits à pension en cas de cessation d'activité garantissait un contrôle restreint (contrôles non systématiques mais sur pièces, classement en risque faible) mais réel de cette conditionnalité. Sa suppression du plan de contrôle et son remplacement par des vérifications à la discrétion des CAF (voir *supra*) ne garantissent plus une vigilance suffisante sur la primauté des pensions d'invalidité¹²² ;
- les contrôles visant à éviter le cumul injustifié des deux prestations sont réduits, **aucune procédure uniforme et dématérialisée d'échange d'informations n'étant en œuvre entre les deux administrations.**

En effet, la procédure d'échanges définie au niveau national n'est que partiellement dématérialisée et, surtout, n'est pas appliquée. Si la CNAF transmet bien un fichier informatique mensuel portant mention des attributions d'AAH à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en vue de sa diffusion aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) concernées, la CNAM ne transmet pas aux CPAM les données sur les allocataires d'AAH. En conséquence, les procédures d'échanges mises en œuvre au niveau local sont **très diversifiées**, les CAF définissant librement les modalités de contrôle avec les CPAM¹²³. En outre, elles ne sont **pas nécessairement effectuées dans toutes les CAF, compte tenu de leur lourdeur en cas d'échanges papier**¹²⁴. La CNAF a peu de visibilité sur ces pratiques. Enfin, la procédure, telle qu'elle est appliquée au niveau local, ne permet pas d'effectuer des recoupements avec des perceptions de pensions dans d'autres régions, le fichier des pensionnés étant régional.

La problématique est **similaire pour le contrôle de la primauté et du non cumul des rentes d'accident du travail avec l'AAH.**

Une réflexion a été lancée début 2006 afin que la CNAM puisse transmettre les fichiers envoyés par la CNAF à ses caisses primaires en vue d'homogénéiser et d'alléger la procédure de contrôle. Ces travaux ne portent pas sur l'opportunité de dématérialiser l'intégralité de la procédure d'échanges.

Le contrôle du cumul de l'AAH avec une pension d'invalidité, et plus généralement avec tout autre avantage, s'effectue en conséquence par la confrontation de la déclaration fiscale aux déclarations de ressources effectuées auprès de la CAF. Cette procédure¹²⁵ repose toutefois sur une source unique, dont la fiabilité n'est pas totalement garantie et qui nécessiterait d'être recoupée avec d'autres données. En outre, elle n'intervient qu'une fois par an¹²⁶.

¹²² Actuellement, le respect de la primauté des pensions d'invalidité est contrôlé par les techniciens conseil des CAF. **Une réflexion a été entamée par la CNAF afin de pouvoir contrôler la primauté des pensions d'invalidité et des rentes d'accident du travail en temps réel, c'est à dire dès que l'information sur la cessation d'activité est disponible dans le système d'information des CAF** (signalement automatique de ces situations par le système d'information), et ce afin d'éviter les situations d'indus générées par les contrôles effectués au titre de la cible 36.

¹²³ Selon la CNAF, certaines CPAM renverraient aux CAF l'ensemble des ouvertures de droits à pension, ce qui contraindrait les CAF à un retraitement manuel lourd pour individualiser les allocataires de l'AAH. D'autres CAF auraient également mis en œuvre des échanges dématérialisés avec les CPAM. Une CAF visitée dans le cadre de la présente mission a indiqué envoyer systématiquement une fiche de liaison à la CPAM afin de vérifier que le demandeur d'AAH ne touche pas de pension d'invalidité.

¹²⁴ Sur cinq CAF interrogées par la mission, seuls deux départements ont confirmé qu'une procédure d'échanges était effectivement mise en œuvre, mais que les CPAM étaient réticentes à répondre aux demandes des CAF.

¹²⁵ L'échange de fichiers donne notamment lieu à la mise en œuvre de la cible 53 « AAH pension annuelle sans avis », par appel de pièces sur les situations complexes, dont l'importance devrait être réduite en cas d'échange informatisé avec les caisses d'assurance maladie.

¹²⁶ Il est à noter en outre que la procédure de recoupement de fichiers avec le fisc n'a pas la même finalité que les échanges en œuvre avec les caisses retraite et maladie notamment (mécanisme de subrogation, volonté de ne pas créer de rupture de droits, de ne pas entraîner d'indus pour une prestation et de rappel pour une autre en cas de transition d'un régime à l'autre, etc.).

DEUXIEME PARTIE
REPONSES DES SERVICES ET NOUVELLES
OBSERVATIONS DE LA MISSION

**REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE L’ACTION
SOCIALE**



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

Direction générale de l'action sociale

Sous-direction des politiques d'insertion
et de lutte contre les exclusions
Bureau des minima sociaux et de l'aide sociale (1C)

Caroline RIEHL
Tél. : 01 40 56 88 47 Fax : 01 40 56 80 44
Courriel : caroline.riehl@sante.gouv.fr

N° réf : I:\DGAS_PILE_MAS\Handicap\AAH\Audit\observations DGAS.doc
N° mercure : 1123 / D / 06

Paris, le

26 AVR. 2006

NOTE

**à l'attention de Madame la Chef de l'Inspection Générale des Affaires sociales et
de Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des Finances**

Objet : Observations relatives au rapport d'audit sur l'allocation aux adultes handicapés

Les observations produites ci-après sont présentées selon le plan adopté par le rapport :

I. L'état des lieux du fonctionnement des COTOREP :

Si, de manière générale, les constats effectués ne peuvent être contestés, ils appellent néanmoins les observations suivantes :

- les intitulés retenus pour décrire les procédures adoptées par les COTOREP apparaissent, au regard des développements contenus dans le rapport et les annexes, parfois sévères ou peu nuancés, voire même contradictoires dans certains cas (A).
- sur le pilotage, les travaux menés par la mission COTOREP, ainsi que ceux initiés par la DGAS avec l'appui de la CNSA depuis juillet 2005, doivent être rappelés (B).

A/. Sur le premier point, les libellés en cause, figurant au sommaire du rapport, sont :

a) *« les procédures d'attribution de l'AAH reposent sur des outils **obsolètes** ».*

> La formulation de ce titre ne rend pas compte des nuances apportées dans le rapport à ce constat au sujet de l'outil informatique ITAC utilisé par les COTOREP : il est en effet indiqué que si la refonte de ce système d'information a été repoussée, c'est en raison de la réforme de 2005. Il faut également ajouter :

- que la refonte a également pâti des faibles moyens financiers mobilisables au sein du budget de fonctionnement de la DAGEMO, qui a également en charge le financement des outils statistiques relatifs à la politique de l'emploi ;

- que si l'obsolescence de l'outil ITAC ne permet pas une exploitation statistique efficace, elle n'explique pas à elle seule le renseignement inégal des données médicales, qui dépend aussi du temps disponible de l'agent qui saisit et de la pertinence de cette donnée pour l'instruction de la demande ;

Il est également précisé que dans le cadre du groupe de pilotage institué depuis juillet 2005 sous l'égide de la CNSA et du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, un serveur national ITAC sera mis en place au premier semestre 2006 pour effectuer à un rythme mensuel des remontées au niveau national agrégeant des données départementales. Dans le cadre de la refonte pilotée par la CNSA, le bureau des minima sociaux et de l'aide sociale de la DGAS est associé au titre de l'AAH à l'élaboration du schéma directeur des systèmes d'information.

> Est également évoqué le manque de qualité et de précision des informations médicales. Pour remédier à ce constat, le rapport propose de revoir le formulaire médical pour indiquer les pièces et mentions indispensables. Il convient de signaler à cet égard que la DGAS s'apprête précisément à mettre en place, en mai 2006, un groupe de travail pour élaborer un nouveau certificat médical dont les objectifs ne se limitent pas simplement à recueillir les informations permettant de fixer le taux d'incapacité, mais aussi à mieux cerner les différentes composantes du handicap de la personne. Ce certificat devra aussi permettre de recueillir les informations à caractère médical nécessaires pour apprécier les critères d'accès à des prestations qui ont été modifiées ou mises en place par la loi du 11 février 2005. Bien évidemment, il devra aussi être conçu pour en faciliter le remplissage par les médecins "prescripteurs".

Concernant le respect du secret médical, on peut préciser qu'actuellement le certificat médical est présenté sous forme de formulaire avec une bande collante permettant de le fermer. Ce moyen technique permet donc de préserver le secret médical.

Enfin le titre retenu pour ce a) paraît peu en rapport avec les développements relatifs aux difficultés de mobiliser efficacement la ressource médicale (V. b. du rapport) et avec ceux concernant leurs conséquences sur le service rendu aux usagers (V. c. du rapport).

Sur la ressource médicale, il serait opportun de mieux souligner que le temps effectif des vacations médicales s'avère inférieur à celui qui est rémunéré compte tenu des pratiques de paiement forfaitaire et qu'en conséquence on constate une insuffisance du temps-médecin disponible à laquelle s'ajoute un nombre insuffisant de médecins psychiatres au regard de la prévalence des troubles psychiques.

La DGAS note avec satisfaction la reconnaissance de l'importance d'un médecin coordonnateur dont les missions ont été détaillées dans la circulaire DGEFP/DGAS/DAGEMO/DAGPB/DRT n°2000-113 du 27 février 2002, ainsi que la reconnaissance des effets des formations qui ont été mises en place à leur attention (deux sessions d'adaptation à l'emploi en 2003 et 2004 qui ont notamment comporté un temps sur le guide barème, et une autre sur l'AAH) et deux sessions d'informations sur la loi du 11 février 2005. Il faut indiquer que dans le nouveau cadre réglementaire issu de la loi du 11 février 2005, si la fonction de coordination de l'équipe pluridisciplinaire figure bien dans les textes réglementaires (art. R.146-27 du Code de l'Action Sociale et des Familles), il n'est en revanche pas explicitement mentionné qu'il s'agisse d'un médecin. Certaines MDPH ont d'ailleurs nommé un autre professionnel.

b) «les pratiques d'attribution sont **peu encadrées**» : trois points sont particulièrement examinés :

- le caractère collégial et pluridisciplinaire des procédures
- le guide – barème
- le critère de l'impossibilité de se procurer un emploi.

Sur les deux premiers points, il n'est pas exact d'affirmer que les COTOREP agissaient dans un cadre normatif quasi inexistant. Ce cadre normatif, comme le soulignent du reste le rapport et ses annexes, existe. Ainsi plusieurs textes ont rappelé le caractère obligatoire d'une procédure collégiale et pluridisciplinaire du traitement des demandes déposées auprès des COTOREP (cf. annexe I p.3). Les textes réglementaires régissant les COTOREP posaient également le principe d'un contact entre un membre de l'équipe pluridisciplinaire et la personne handicapée, principe renforcé par la loi du 11 février 2005 qui prévoit que l'équipe pluridisciplinaire entend la personne handicapée soit de sa propre initiative, soit à la demande de la personne elle-même.

Par ailleurs, comme l'indique le rapport, « le guide de procédures des COTOREP a insisté sur la nécessité d'une procédure collégiale, garantie par la tenue d'équipes pluridisciplinaires, le médecin ne devant pas donner seul un avis sur la demande ». C'est donc bien en dépit des textes en vigueur (voir p. 4 annexe I) et malgré les rappels effectués, que les COTOREP ont adopté le cas échéant d'autres pratiques.

S'agissant de l'appréciation du handicap, l'encadrement normatif n'apparaît pas non plus en cause dans la mesure où la mission reconnaît que le guide - barème constitue un bon outil pour apprécier les incapacités des personnes handicapées (annexe III, p. 4). Sur la fixation d'un taux précis d'incapacité, la mission indique qu'il s'agit d'une obligation réglementaire indiscutable. Si on peut en effet retenir une telle lecture de l'article D. 821-1 du code de la sécurité sociale en se fondant sur la lettre du texte, on peut également faire valoir une interprétation plus souple, en cohérence avec l'esprit de textes qui visent à accorder des droits différents selon une fourchette de taux d'incapacité. En effet, la précision du taux d'incapacité n'emporte pas par elle – même des conséquences juridiques en termes d'ouverture de droits, elle y est même totalement indifférente. Ainsi le guide barème n'est pas conçu pour fixer des taux précis, mais pour déterminer les seuils de 50 et 80%. C'est ce qui est mentionné dans la circulaire 93-36b du 23 novembre 1993 d'application du guide barème et repris tant dans les formations initiales qui ont eu lieu dans les suites de la parution du guide - barème que dans celles organisées dans le cadre de l'action d'initiative 2003 et 2004.

Par ailleurs, en ce qui concerne la formation au guide - barème des médecins vacataires, si 18 sessions de formation ont été organisées en 2004 et 2005, le constat de la DGAS rejoint celui figurant dans le rapport. En effet, des difficultés ont été constatées pour la participation à cette formation d'une durée de 2 jours de médecins libéraux intervenant à temps très réduits.

Ainsi apparaît-il que le problème provient d'abord du non respect des règles posées par les lois, décrets ou circulaires, et non de l'absence d'encadrement juridique comme le libellé du titre tendrait à le faire croire.

Enfin, sur le troisième point relatif au critère de l'impossibilité de se procurer un emploi, c'est là aussi moins le défaut d'encadrement qui est en cause que la formulation même de ce critère posé par la loi, comme le souligne le rapport². Le législateur n'a pas souhaité revoir à l'occasion de la loi du 11 février 2005 cette condition d'accès à l'AAH. Dans ces conditions, la circulaire du 23 septembre 2005 a tenté d'apporter des éléments de cadrage.

¹ Proposition : «des pratiques d'attribution de l'AAH peu conformes aux textes en vigueur»

² «elle revêt dans sa formulation même un caractère stigmatisant, source de confusion pour l'ensemble des acteurs – voire du reste pour les allocataires eux-mêmes.»

Par ailleurs, les moyens mobilisables au sein de l'équipe technique sont le plus souvent réduits au seul médecin, ce qui n'est pas adapté à l'appréciation de ce critère. Les très fortes inégalités de moyens entre les COTOREP doivent être rappelées. Le rapport de la Cour des comptes de 2004 intitulé « Vivre avec un handicap » souligne ainsi que le ratio effectifs administratifs / nombre de dossiers varie **de un à six d'un département à l'autre, et de un à seize concernant les personnels médicaux.**

Il serait également pertinent que le rapport précise les raisons pour lesquelles les COTOREP n'assurent pas une procédure collégiale et pluridisciplinaire, à savoir notamment des équipes pluridisciplinaires peu étoffées et un manque d'effectifs médicaux lié à un niveau de rémunération peu attractif.

c) « la qualité des décisions prises par les COTOREP apparaît globalement très faible » :

Au regard de la faiblesse des moyens en personnel médical au sein des COTOREP, le constat apparaît un peu sévère alors que plus des 2/3 des décisions prises au titre de l'article L 821-2 du code de la sécurité sociale sont jugées fondées. Surtout, pour illustrer cette appréciation, il serait utile que le rapport et ses annexes précisent :

- les raisons pour lesquelles les taux devaient être fixés à un niveau inférieur à 50 % (indiquer les pathologies par exemple) ou ont été surestimés ;
- les cas qui ont été jugés à la limite du traitement social, appréciation qui peut être très subjective ;
- pourquoi les durées ont été jugées excessives.

On peut préciser à cet égard que l'élaboration récente du guide d'évaluation multidimensionnelle, destiné à l'équipe pluridisciplinaire, a vocation à permettre une amélioration de la qualité des informations recueillies et une harmonisation du traitement des dossiers. Cet outil élaboré à la suite de travaux pilotés par la DGAS a été mis à disposition des MDPH par la CNSA qui conduit actuellement une démarche d'appropriation et d'évaluation.

d) « ces différences de pratiques éclairent pour une grande part les différences importantes entre les départements » :

En utilisant les termes « une grande part », le rapport semble attribuer aux différences de pratiques la responsabilité de l'essentiel des disparités départementales. Or, la publication de la DREES « L'activité des COTOREP en 2004 » de décembre 2005, sur laquelle le rapport s'appuie, indique que l'hétérogénéité des pratiques explique 34 % soit un gros tiers seulement des disparités départementales, l'essentiel des disparités étant imputable aux facteurs de contexte : l'âge de la population, le chômage et la prévalence de handicaps administrativement reconnus.

B/. Sur le second point, plusieurs éléments doivent être rappelés concernant les réalisations de la mission COTOREP. Par ailleurs, une démarche d'amélioration du pilotage de l'AAH est initiée depuis juillet 2005 sous l'égide de la CNSA et du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Il faut rappeler que la mission COTOREP a été spécifiquement mise en place pour faire le lien entre 4 administrations centrales (DGAS/DAGPB/DAGEMO/DGEFP) dont les services déconcentrés avaient en charge l'organisation et le fonctionnement des COTOREP. Cette mission à caractère interministériel a ainsi permis de progresser sur la connaissance des COTOREP et notamment de faire un recensement des personnels, à partir duquel ont été obtenus la revalorisation des vacations des médecins et la création de postes de médecins coordonnateurs. Elle a également mené à bien la fusion des sections des COTOREP.

Dans son rôle d'animation du réseau des COTOREP, elle a ainsi organisé de manière régulière des réunions rassemblant les COTOREP, conduit l'élaboration d'un guide de procédures des COTOREP et assuré des formations à destination des médecins coordonnateurs avec l'appui de l'Ecole Nationale de Santé Publique. Enfin, elle a eu en charge l'ensemble de la réflexion sur les outils informatiques, même si leur refonte n'a pu aboutir faute de moyens.

Faute d'une telle mission, les outils et les moyens des COTOREP auraient été encore moins performants qu'ils ne le sont aujourd'hui.

Depuis juillet 2005, constatant les carences en matière de pilotage de l'AAH, un groupe de pilotage associant la DGAS, la DREES, la mission COTOREP, la CNSA et le secrétariat général des ministères chargé des affaires sociales a été constitué, à l'initiative du ministre en charge à l'époque des personnes handicapées, afin de construire les outils nécessaires pour améliorer et renforcer les modalités pratiques du pilotage des attributions de l'AAH au niveau national et départemental. Depuis lors, les travaux se sont organisés selon les modalités suivantes :

a) Identification des données pertinentes à suivre : examen des sources d'information disponibles et détermination de leur périodicité.

Le recensement de ces informations a été effectué entre juillet et décembre 2005.

Ainsi deux types de données ont été identifiés :

- les données financières qui seront transmises à la DGAS : il s'agit des dépenses d'AAH liquidées par les organismes payeurs. A compter de 2006, les services comptables de la CNAF et de la CCMSA communiqueront mensuellement un état des dépenses d'AAH présentées par département et faisant la distinction entre les types d'accords (L.821-1/L821-2) ;
- les données statistiques qui seront transmises à la DREES et à la DGAS :
 - celles relatives aux décisions des COTOREP/CDAPH relatives aux demandes d'AAH : elles sont recueillies dans le logiciel ITAC utilisé par les COTOREP/MDPH ;
 - celles relatives aux bénéficiaires de l'AAH recueillies auprès des organismes payeurs : s'agissant de celles recueillies auprès de la CNAF, elles ont fait l'objet d'une convention entre la DREES et la CNAF. Les données relatives à l'activité professionnelle seront transmises à un rythme annuel, par département, en flux et en stock. Les autres données sur les caractéristiques socio-démographiques seront transmises trimestriellement par département, en flux et en stock.

b) Construction des outils :

- mise en place d'un serveur national qui permettra une agrégation des données départementales saisies dans ITAC : la formalisation des données à extraire est en cours de finalisation. Ces données seront remontées à un rythme mensuel ;
- élaboration en cours de tableaux de bord avec l'appui de la CNSA qui permettront de rapprocher les différentes données, d'en tirer des comparaisons et des indicateurs d'alerte. Ces tableaux seront transmis aux DDASS et DDTEFP, représentant l'Etat au sein de la commission exécutive des MDPH, de manière à ce qu'il disposent des informations nécessaires pour piloter la prestation, et participeront ainsi à la mise en place d'un contrôle de gestion départemental.

c) Animation du pilotage :

Au stade des réflexions actuelles, les tableaux de bord ainsi construits et dont la production pourrait être assurée par la CNSA, constitueraient le support de dialogue entre la DGAS et les DDASS ainsi que les MDPH. Ils pourraient ainsi faire l'objet de revues de gestion périodiques. Il pourrait également être envisagé des déplacements des administrations centrales dans les départements en cas de difficultés particulières signalées par les indicateurs d'alerte des tableaux de bord.

d) Démarrage en 2006 d'une enquête par la DREES :

Outre la construction et la mise en œuvre d'outils de gestion, le pilotage de l'AAH exige également que soit mené un suivi statistique de longue durée avec des remontées d'informations lourdes annuelles permettant des analyses comparatives, qualitatives, au niveau national, sur des données les plus fiables possibles. La DREES conduira ainsi en 2006 une enquête auprès de demandeurs d'AAH ayant fait l'objet en 2006 d'une décision de la part des CDAPH. L'enquête vise à la connaissance des caractéristiques socio-démographiques des demandeurs de l'AAH, de leurs déficiences, de leur situation vis-à-vis de l'emploi, de leurs parcours et de leurs conditions de vie, de façon à éclairer les processus qui les conduisent à demander l'allocation. Cette enquête vise à analyser les conditions de demande et d'attribution de ce minimum social. Elle vise aussi à donner des éléments d'explication des disparités de répartition géographique d'attribution de l'allocation. La collecte des données démarrera au cours du second semestre 2006.

II. Les réformes engagées par la loi du 11 février 2005 : améliorations et risques pour le pilotage de l'AAH

Le contenu de cette deuxième partie du rapport appelle des observations de la DGAS sur les deux points suivants :

- la répartition des compétences entre administrations centrales et CNSA (A)
- le plan de retour à l'emploi des bénéficiaires de l'AAH proposé par la DGAS (B).

A/. Si, aux termes de la loi du 11 février 2005 et de la COG, le champ d'action de la CNSA ne recouvre pas l'AAH, cela signifie que l'AAH demeure une prestation d'Etat et qu'il appartient à l'Etat d'assurer son pilotage.

Néanmoins la CNSA, en tant qu'animateur du réseau des MDPH, constitue pour l'Etat un opérateur incontournable pour mettre en œuvre la politique relative à l'AAH, dans la mesure où cette prestation est attribuée par les MDPH. C'est d'ailleurs à ce titre qu'en juillet 2005 a été confié à la CNSA par le ministre chargé à l'époque des personnes handicapées l'animation d'un groupe de pilotage associant l'Etat. La CNSA appuie ainsi l'Etat dans l'élaboration et la production de tableaux de bord à destination des DDASS (v. infra).

On ne peut donc pas parler dans ce cas de dessaisissement de l'administration centrale au profit de la CNSA, mais d'un appui apporté par la CNSA sur des compétences qui continuent à relever de l'Etat.

Par ailleurs, le rapport souligne l'absence de commande précise en matière de système d'information et illustre le propos par le défaut d'implication de la CNSA dans l'élaboration des indicateurs de performance.

Il convient de préciser, comme cela a été déjà indiqué précédemment, que le bureau des minima sociaux de la DGAS participe aux instances mises en place pour l'élaboration du schéma directeur des systèmes d'information des MDPH piloté sous l'égide de la CNSA.

Enfin, s'agissant des indicateurs de performance, le renseignement des deux indicateurs³ retenus par la DGAS ne nécessitent pas l'implication de la CNSA. En effet, ils s'appuient sur des données produites par la CNAF et traitées par la DREES.

B/. Il convient d'apporter quelques précisions s'agissant du plan de retour à l'emploi des bénéficiaires de l'AAH proposé par la DGAS. L'objectif poursuivi n'est pas, à la différence de ce que semble énoncer le rapport, de créer un dispositif d'accompagnement spécifique mais de mettre en place les relais nécessaires entre les bénéficiaires de l'AAH et le service public de l'emploi (SPE). Il s'agit bien de faire de la MDPH le « filtre » et le relais principal du SPE pour permettre aux bénéficiaires de l'AAH d'accéder non seulement aux dispositifs de droit commun du SPE mais aussi à ceux spécifiques aux travailleurs handicapés. La plus – value de la MDPH serait ainsi constituée par son rôle de pré-orientation, en systématisant lors de l'examen de la demande d'AAH l'évaluation par l'équipe pluridisciplinaire (et non par une équipe dédiée comme l'indique le rapport) de l'impact du handicap sur la capacité de travail et de l'employabilité du demandeur. Il serait ensuite encouragé à déposer, si cela n'est pas déjà fait, une demande de RQTH et/ou d'orientation professionnelle.

III. Les propositions de la mission

L'ensemble des propositions formulées par le rapport recueille sur leur principe l'accord de la DGAS.

Toutefois, il convient de souligner que leur mise en œuvre se heurte à trois types de difficultés qu'il faudra résoudre :

- d'ordre financier, en termes de moyens en personnel, surtout médical, et de moyens de fonctionnement. Cette difficulté se pose à 3 niveaux :
 - au sein des DDASS
 - au sein des MDPH
 - au niveau de l'administration centrale ;
- d'ordre technique : au – delà des modifications législatives ou réglementaires à opérer, se pose la question de la possibilité de disposer de procédures ou d'outils adéquats ;
- Enfin la DGAS, pour ce qui la concerne, ne dispose pas de l'ensemble des leviers d'action nécessaires à la mise en œuvre de ces propositions.

L'ensemble des observations qu'appellent les propositions de la mission sont reprises et analysées dans le tableau joint.

Le Directeur Général
Jean-Jacques PREUJAT
on Sociale

³ Indicateur n°1 : Proportion d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés percevant une rémunération d'activité

Indicateur n°2 : Devenir des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés cinq ans après leur entrée dans le dispositif

PROPOSITIONS	FAISABILITE TECHNIQUE SOUS 3 ANGLES : *juridique *les outils *les procédures	FAISABILITE EN TERMES DE MOYENS : *de personnel, notamment médical *de fonctionnement	Existence de LEVIERS D'ACTION à la main de la DGAS	AUTRES OBSERVATIONS
N° 1 : fixer les conditions minimales d'examen d'une demande d'AAH				
1- améliorer la partie médicale du dossier de demande (SD3)				
2- systématiser, sauf exception, la visite médicale (SD3)	Cette mesure est de nature à rallonger les délais de l'instruction des demandes d'AAH. Son succès dépend donc étroitement du nombre de médecins disponibles (voir axe 3) . Faire le lien avec la proposition n°2 axe 1.	Le coût estimé par la mission à 2 M€ ne concerne que la revalorisation des vacations et n'inclut pas les vacations supplémentaires induites par cette rémunération plus attractive. Quel sera le financeur ? L'Etat ou les conseils généraux ?		Il serait même souhaitable de ne pas limiter cette systématisation à la visite médicale. Dans une logique d'évaluation globale de la situation de la personne renforcée par la loi du 11 février 2005, la visite de la personne devrait avoir un caractère pluridisciplinaire avec un socle minimal : médical et professionnel
3- accroître la ressource en médecins spécialistes, notamment par une meilleure rémunération des vacations (SD3)			Toute la difficulté de la DGAS et des services déconcentrés sera de convaincre les conseils généraux et autres partenaires de contribuer au financement de ces mesures lors de la négociation du budget de la MDPH	
4- systématiser l'entretien d'évaluation de l'employabilité, à mettre en lien avec la proposition n° 5	Les outils nécessaires à l'examen de cette employabilité et qui doivent être homogènes n'existent pas aujourd'hui. Si des initiatives locales existent ¹ , elles démontrent également : - la nécessité de moyens en personnel qui soient compétents sur cette problématique - cette étape de l'instruction est potentiellement source de rallongement des délais Elles méritent en tout cas d'être expertisées pour développer des critères objectifs. Comme pour le volet médical de l'instruction, cet entretien est de nature à allonger les délais, d'où l'importance d'un nombre en personnel adéquat..	C'est une mesure qui suppose un accroissement des moyens en personnel spécialisés sur le champ de l'insertion professionnelle des personnes handicapées : A quelles conditions financières l'ANPE ou le réseau Cap Emploi seront disposés à renforcer les mises à disposition de personnels ? L'Etat ou les conseils généraux auront-ils les moyens de financer ?		Il s'agit d'une des modalités de mise en œuvre de la proposition formalisée par la DGAS dans sa fiche de septembre 2005 et sa note de janvier 2006. Cet entretien constituerait un des volets de l'évaluation systématique proposée. L'évaluation comporterait deux étapes successives : - celle de l'impact du handicap sur la capacité de travailler - celle de l'employabilité de la personne si elle est capable de travailler Faire le lien avec l'axe 2

¹ (outil IDI développé par le centre de Kerpape dans le Morbihan ou outil AQUILON développé par le réseau Cap Emploi du sud-ouest)

PROPOSITIONS	FAISABILITE TECHNIQUE SOUS 3 ANGLES : *juridique *les outils *les procédures	FAISABILITE EN TERMES DE MOYENS : *de personnel, notamment médical *de fonctionnement	Existence de LEVIERS D'ACTION à la main de la DGAS	AUTRES OBSERVATIONS
N°2 : définir des objectifs relatifs à l'accueil des publics et au traitement des demandes				
1- ramener dès 2007 les délais de décisions en- dessous de 4 mois	Cet objectif risque d'être difficile à atteindre si le caractère pluridisciplinaire (visite médicale + entretien professionnel) de la procédure est renforcé. Il dépend donc fortement des moyens en personnel médical disponibles. Les tableaux de bord développés au sein du groupe du pilotage CNSA/DGAS comporteront des indicateurs relatifs aux délais d'instruction. Les DDASS seront donc en mesure de suivre cet aspect de l'activité des MDPH.		Toute la difficulté de la DGAS et des services déconcentrés sera de convaincre les conseils généraux et autres partenaires de contribuer au financement de ces mesures lors de la négociation du budget de la MDPH.	Le délai moyen d'instruction est d'ores et déjà en dessous de 4 mois (3,6 mois). Il convient donc surtout de réduire la dispersion entre les départements et de ramener l'ensemble autour d'un délai inférieur à 4 mois.
2- encourager la mise en place de points d'accueil physiques délocalisés				
3- préciser les modalités de motivation des décisions par voie de circulaire	Si un nouveau rappel peut s'avérer nécessaire par voie de circulaire, il ne sera efficace que s'il est accompagné d'un renforcement de moyens et d'outils informatisés qui facilitent une motivation claire et le moins stéréotypée possible. C'est moins le rappel des règles juridiques qui fait défaut que leur prise en compte dans la pratique.			Un rappel sur les modalités de motivation des décisions a déjà été effectué par la DGAS par voie de circulaire en date du 23 septembre 2005.
N°3 : s'assurer de l'égalité de traitement des demandeurs entre les départements				
1- définir des objectifs de convergence sur la maîtrise de la procédure et du suivi des décisions prises			Même si les relations sont formalisées entre la DGAS et la CNSA, la DGAS et les MDPH par voie de convention, il n'en demeure pas moins que l'Etat ne disposera pas de leviers d'actions « coercitifs » pour assurer cette égalité de traitement. Il pourra toujours développer des outils incitatifs par l'échange et la mutualisation des bonnes pratiques mais ne pourra pas « sanctionner » les MDPH qui s'éloigneraient des bonnes pratiques et ce d'autant plus si l'Etat n'est pas en mesure de fournir des gages financiers.	
2- repérer et mutualiser les bonnes pratiques				
3 – revoir les modalités d'engagement de l'Etat en cas de non respect des objectifs				
N°4 : faire du PDITH l'instrument de programmation et de suivi de l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires de l'AAH				Proposition intéressante car elle permet d'assurer le lien entre les bénéficiaires de l'AAH et les instruments du SPE qu'ils soient spécifique ou qu'ils relèvent du droit commun.

PROPOSITIONS	FAISABILITE TECHNIQUE SOUS 3 ANGLES : *juridique *les outils *les procédures	FAISABILITE EN TERMES DE MOYENS : *de personnel, notamment médical *de fonctionnement	Existence de LEVIERS D'ACTION à la main de la DGAS	AUTRES OBSERVATIONS
N°5 : asseoir l'examen de l'employabilité dans le contexte du handicap sur des critères objectivés				
1- au plan national : constituer un groupe de travail pour l'élaboration d'une grille de lecture de l'employabilité : faire le lien avec la proposition n°1 axe 4	Si la collaboration de la DGEFP est indispensable, la constitution d'un groupe de travail peut paraître lourde. L'élaboration de cette grille, comme cela a été déjà indiqué, doit s'appuyer sur les initiatives locales.			
2- au plan local : mettre à la disposition des CDAPH les compétences nécessaires à cette évaluation		A quelles conditions financières, l'ANPE ou le réseau Cap Emploi seront-ils disposés à renforcer les mises à disposition de son personnel ? L'Etat ou les conseils généraux auront-ils les moyens de financer ? A titre d'exemple, le coût du suivi par un CAP Emploi d'un demandeur d'emploi est de l'ordre de 450 €. Ce coût n'inclut pas le premier entretien qui est assuré par l'ANPE (35 € pour 25 à 30 min). Chaque année, un conseiller emploi à l'ANPE réalise 7 entretiens sur 144 jours par an (soit 1 008 entretiens par an).	Toute la difficulté de la DGAS et des services déconcentrés sera de convaincre les conseils généraux et autres partenaires de contribuer au financement de ces mesures lors de la négociation du budget de la MDPH	L'élaboration d'une telle grille ne doit pas être limitée à l'évaluation du critère de l'impossibilité de se procurer un emploi mais valoir pour l'examen de toute demande d'AAH dans le cadre de l'évaluation systématique des aptitudes professionnelles du demandeur.
N°6 : substituer à la notion « d'impossibilité de se procurer un emploi » celle de « désavantage reconnu dans la recherche d'emploi du fait du handicap »	Cette proposition nécessite un support législatif (modification de l'article L. 821 – 2 du code de la sécurité sociale).			- Cette nouvelle formulation est intéressante car elle permet de supprimer le caractère absolu attaché à la notion d'impossibilité, qui par ailleurs facilite la confusion avec la notion d'inaptitude. Elle est ainsi plus conciliable avec la mise en œuvre d'une démarche d'insertion. - En revanche, la dénomination pose problème dans la mesure où le terme "désavantage" fait référence à des concepts et une terminologie utilisés dans la Classification Internationale du Handicap (CIH), alors que la loi fait référence aux concepts de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (parue en 2001 et issue de l'évolution de la CIH). La notion de désavantage a disparu au profit de celle de participation. - On peut également préciser que moduler la durée d'attribution de l'AAH selon le degré de stabilité de la pathologie, est un principe déjà existant. Ce principe a été réaffirmé dans la loi du 11 février 2005 : art. L. 241-6 du CASF " <i>Les décisions de la commission sont, dans tous les cas, motivées et font l'objet d'une révision périodique. La périodicité de cette révision et ses modalités, notamment au regard du caractère réversible ou non du</i>

				<i>handicap, sont fixées par décret."</i>
PROPOSITIONS	FAISABILITE TECHNIQUE SOUS 3 ANGLES : *juridique *les outils *les procédures	FAISABILITE EN TERMES DE MOYENS : *de personnel, notamment médical *de fonctionnement	Existence de LEVIERS D'ACTION à la main de la DGAS	AUTRES OBSERVATIONS
N°7 : assurer la défense de l'administration au contentieux				
1-constituer systématiquement un mémoire en défense	La DGAS se rapprochera de la DSS, compétente en matière de TCI, et du ministère de la justice pour expertiser les modalités de mise en œuvre de ces propositions.	Cette mesure pose la difficulté de la mobilisation des DDASS : pourront-elles dégager les moyens en personnel nécessaires alors même que les personnels affectés à la gestion des COTOREP ont été mis à disposition des MDPH ? Sont en effet nécessaires : - des personnels administratifs pour la rédaction des mémoires - des personnels médicaux pour réaliser les contre-expertises médicales Il faut également avoir conscience que ces nouvelles tâches des DDASS puissent ne pas faire partie de leurs priorités, ces dernières étant en première ligne sur d'autres sujets (hébergement d'urgence – contrôle et inspection des établissements médico-sociaux) qui connaissant également des contraintes de personnel, notamment médical.		
2- déléguer s'il y a lieu un représentant à l'audience				
3- former appel du jugement si nécessaire				
N°8 : mieux prendre en compte la spécificité du contentieux de l'AAH			La DGAS ainsi que la DSS dépendent fortement de la collaboration du ministère de la justice pour la mise en œuvre de cette mesure.	

PROPOSITIONS	FAISABILITE TECHNIQUE SOUS 3 ANGLES : *juridique *les outils *les procédures	FAISABILITE EN TERMES DE MOYENS : *de personnel, notamment médical *de fonctionnement	Existence de LEVIERS D'ACTION à la main de la DGAS	AUTRES OBSERVATIONS
N°9 : renforcer les contrôles des organismes liquidateurs				
1-fichier et identifiant nationaux	La DGAS se rapprochera de la CNAF pour effectuer un bilan sur les modalités de contrôle de l'AAH (diagnostic) et expertiser la réalisation de ces propositions.			Il s'agit d'une mesure déjà prévue par la COG Etat / CNAF.
2-procédures dématérialisées et systématiques d'échanges de fichiers avec les caisses assurant le versement des pensions d'invalidité et des rentes d'accident du travail				
3- rétablissement d'une cible au plan du contrôle pour l'année 2007				
N°10 : faire précéder l'examen de la demande par la CDAPH par l'examen des conditions administratives et de ressources par la CAF	1) Cette mesure qui présente l'avantage de la rationalité suppose une négociation avec la CNAF et de la CCMSA car elle se traduira par un transfert de charges pour les CAF et les MSA. Il convient donc d'évaluer avec elles cette charge supplémentaire. 2) Cette mesure qui permet d'alléger la partie la plus lourde de l'instruction de la demande d'AAH ne permettra pas à elle seule en revanche de réduire les délais, elle suppose de résoudre de nouvelles difficultés d'organisation des procédures : * les délais : si l'on veut conserver le caractère de guichet unique de la MDPH, cette mesure ne permettra pas que la demande d'AAH puisse être déposée directement auprès des organismes liquidateurs. Comme aujourd'hui, elle devra être déposée à la MDPH puis transmise par cette dernière aux organismes liquidateurs. Il y aura donc un aller-retour supplémentaire entre MDPH / CAF-MSA. *les procédures : la demande d'AAH est souvent couplée avec d'autres demandes instruites par les MDPH (en particulier les demandes de cartes d'invalidité mais aussi les demandes de RQTH ou d'orientation professionnelle). Dans ce cas, les autres demandes qui peuvent faire intervenir le même type d'instruction que l'AAH devront-elles être mises en attente de l'instruction administrative des organismes liquidateurs ? La réalisation de cette proposition nécessite une modification législative et une modification réglementaire. 3) Enfin, cette nouvelle procédure envisagée ne pourra pas s'appliquer dans tous les cas : elle se révèle pertinente essentiellement pour la condition de ressources. En effet, la vérification par les organismes payeurs de certaines conditions d'accès à l'AAH est subordonnée à la connaissance du taux d'incapacité du demandeur (par exemple, la condition de ne pas avoir occupé d'emploi depuis un an; la condition d'âge). Il en est de même pour les conditions administratives du complément de ressources qui n'est ouvert qu'aux personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %.	Cette mesure permettra sans aucun doute d'optimiser le travail du personnel médical qui n'aura à instruire que les dossiers recevables d'un point de vue administratif.		Il s'agit d'une mesure déjà préconisée par la DGAS dans le cadre de la montée en charge du complément de ressources en juillet 2005. Néanmoins, compte tenu du cadre législatif en vigueur, il s'agit à ce stade d'une recommandation de pré-instruction par la CAF. La pré-instruction par les organismes payeurs existe déjà dans quelques départements, mais qui tendraient à être moins nombreux aujourd'hui selon la CNAF. Du point de vue de l'usager, cette mesure permettra de rendre plus lisible et rapide la procédure d'instruction de sa demande d'AAH.

PROPOSITIONS	FAISABILITE TECHNIQUE SOUS 3 ANGLES : *juridique *les outils *les procédures	FAISABILITE EN TERMES DE MOYENS : *de personnel, notamment médical *de fonctionnement	Existence de LEVIERS D'ACTION à la main de la DGAS	AUTRES OBSERVATIONS
N°11 : conforter la DGAS dans sa fonction de pilotage stratégique de l'AAH		Cette mesure pose clairement la question des moyens mobilisables par l'Etat pour assurer cette fonction auprès de ses partenaires, qu'il s'agisse de la CNSA ou des conseils généraux : *il est douteux que les DDASS disposent aujourd'hui des moyens suffisants pour représenter efficacement l'Etat au sein des MDPH alors que l'ensemble du personnel ex-COTOREP, déjà insuffisant, a été mis à disposition des MDPH *l'administration centrale, avec un seul agent chargé de l'AAH, dispose également de moyens de pilotage limités.		La DGAS est déjà aujourd'hui le seul donneur d'ordres de la CNSA en matière d'AAH. Sur la réorganisation interne de la DGAS proposée par le rapport, il apparaît aujourd'hui plus que jamais pertinent que l'AAH soit une prestation de la compétence d'un bureau chargé des minima sociaux. En effet, cela permet ainsi d'intégrer ce minima social dans la dynamique globale d'activation des minima sociaux et de retour vers l'emploi des bénéficiaires de minima sociaux. Cette approche transversale évite ainsi de cantonner l'AAH dans sa dimension strictement sociale.
N°12 : Responsabiliser la DGEFP sur la définition d'une stratégie en matière d'insertion professionnelle	Pas d'observations particulières			
N°13 : assurer la cohérence du pilotage de l'AAH par la mise en place d'un comité stratégique associant les directions concernées, avec l'appui le cas échéant du secrétariat général	CL'audit se traduira par la mise en oeuvre d'un plan d'action , qui sera suivi dans le cadre d'un comité de pilotage.			

PROPOSITIONS	FAISABILITE TECHNIQUE SOUS 3 ANGLES : *juridique *les outils *les procédures	FAISABILITE EN TERMES DE MOYENS : *de personnel, notamment médical *de fonctionnement	Existence de LEVIERS D'ACTION à la main de la DGAS	AUTRES OBSERVATIONS
N°14 : donner compétence à la CNSA sur l'AAH par avenant à la COG Etat / CNSA				Le schéma suggéré par le rapport : DGAS – maîtrise d'ouvrage / CNSA – maîtrise d'œuvre peut se traduire le cas échéant par un avenant à la COG ou par une autre voie conventionnelle ; cela suppose toutefois que les missions de la CNSA soient définies clairement comme celles d'un opérateur pour le compte de l'Etat. La CNSA aura vocation à appuyer la DGAS au titre de ses compétences générales d'animation des MDPH mais pas à assurer en tant que telle une compétence en matière d'AAH qui ne lui a pas été confiée par la loi.
1- ajout d'une 10 ^{ème} mission de suivi de l'AAH, la CNSA devenant unique destinataire des données relatives à l'AAH (y compris CNAF et CCMSA)				C'est dans le cadre précédemment décrit que la CNSA assurera les remontées relatives à l'AAH traitées par les MDPH, la DGAS effectuant, en tant que maître d'ouvrage du pilotage, la synthèse de l'ensemble des informations concernant l'AAH.
2- compétence spécifique sur le suivi en matière d'emploi et d'insertion				La CNSA doit jouer un rôle comme source d'informations et appui méthodologique mais n'a pas vocation à jouer un rôle sur le champ de l'insertion professionnelle.
3- mise en place d'un comité des utilisateurs				Ce type de comité existe déjà, la DGAS faisant partie de l'équipe projet du nouveau schéma directeur des systèmes d'information des MDPH.
N°15 : prévoir un volet médical du système d'information national des MDPH sur l'exemple du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)	Cette mesure, intéressante et qui demeure à affiner, peut poser les difficultés suivantes : - le système d'information de chaque MDPH relève de choix locaux par les conseils généraux. Ils ne sont contraints réglementairement que sur le type de données à transmettre à la CNSA. Le travail sur une grille d'analyse type PMSI reste à affiner. - un travail de ce type conduit à une augmentation du temps non seulement pour l'analyse des données, mais aussi pour la saisie.			Concernant les remarques sur l'inadéquation des taux et des décisions, cette grille d'analyse serait très utile pour comprendre la portée des constats et le cas échéant trouver des pistes pour préciser la notion d'impossibilité de se procurer un emploi.:
N°16 : donner voix prépondérante aux représentants de l'Etat au sein des CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH	Il s'agit d'une proposition qui a été tranchée récemment, les décrets constituant les MDPH ayant été élaborés et publiés en fin d'année 2005.		En confiant ce levier d'action à l'Etat, cette mesure permettrait de mieux maîtriser la dépense d'AAH. mais difficultés de gestion politique.	

PROPOSITIONS	FAISABILITE TECHNIQUE SOUS 3 ANGLES : *juridique *les outils *les procédures	FAISABILITE EN TERMES DE MOYENS : *de personnel, notamment médical *de fonctionnement	Existence de LEVIERS D'ACTION à la main de la DGAS	AUTRES OBSERVATIONS
N°17 : permettre l'accès du médecin de la CDAPH aux données détenues par l'échelon local du service médical de l'assurance – maladie avec l'accord exprès de la personne	La mise en œuvre de cette mesure ne relève pas simplement d'une demande auprès des usagers, mais nécessite une modification du code de déontologie (Article 104 (article R.4127-104 du code de la santé publique) <i>"Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.</i> <i>Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical, ni à un autre organisme."</i>			

**REPONSE DE LA DELEGATION GENERALE A L'EMPLOI
ET A LA FORMATION PROFESSIONNELLE**



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement



Délégation générale à l'emploi
et à la formation professionnelle

Sous-direction
service public de l'emploi

**Mission emploi
des travailleurs handicapés**

7 square Max Hymans
75741 Paris cedex 15

Téléphone : 01 44 38 29 90
Télécopie : 01 44 38 34 02

Services d'informations
du public :
3615 Emploi 0,15 €/mn
(Module)
Internet : www.travail.gouv.fr

Le délégué général à l'emploi et à la
formation professionnelle

à

Madame la chef de l'inspection générale
des Affaires Sociales

Monsieur le chef de l'inspection générale
des Finances

Paris le - 9 MAI 2006

Affaire suivie par : Monsieur Jacques COCHARD

Mél : dgefp.meth@travail.gouv.fr

Objet : rapport d'audit sur l'allocation aux adultes handicapés

Réf. : G/JC/AAH/rapport d'audit IGAS-IGF

PJ :

Vous m'avez transmis, par message électronique en date du 11 avril dernier, le rapport d'audit sur l'allocation aux adultes handicapés qui appelle de ma part les remarques suivantes.

A - REMARQUES SUR LE RAPPORT D'AUDIT

I - Sur la faiblesse des fondements des décisions d'attribution de l'AAH

1.1 - La base médicale

La DGEFP ne peut qu'être d'accord avec le rapport de la mission IGAS-IGF qui souligne la faiblesse de la base médicale fondant les décisions d'attribution de l'AAH. Il convient néanmoins de noter s'agissant de l'appréciation des capacités de la personne à accéder à une activité professionnelle (qui est l'alternative à l'attribution d'une AAH) que l'expertise médicale, aussi importante soit-elle, ne peut être considérée comme seul fondement de la décision administrative. Cette dernière doit au contraire être fondée sur une analyse pluridisciplinaire des capacités de la personne handicapée.

Il importe à ce propos de rappeler les circulaires 2002/114 et 2002/113, relatives, pour la première, à la coordination des services pour les personnes handicapées et à l'organisation des COTOREP et la seconde, à la fonction médicale au sein de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, qui avaient pour ambition l'amélioration des conditions d'insertion des personnes handicapées dans la vie sociale et professionnelle pour qu'elles puissent construire un projet de vie pleinement intégré au sein de la société.

Ces circulaires attestent si besoin était que les administrations centrales, au titre desquelles la DGEFP, ne sont pas restées inactives et avaient bien perçu l'importance de la fonction médicale dans les COTOREP, mais également du projet de vie de la personne, qui dépasse largement la stricte expertise médicale.

1.2 - L'approche professionnelle des décisions d'AAH

Les circulaires précitées avaient en outre pour objectif d'outiller les COTOREP afin qu'elles puissent conserver une relative objectivité dans des décisions ayant des répercussions, certes

sociales, mais également un fort impact sur les possibilités d'insertion professionnelle des personnes handicapées.

II - Sur le pilotage des dispositifs d'insertion professionnelle

2.1 - Le pilotage des mesures

Le rapport pointe un pilotage insuffisant de ce dispositif tant au plan national qu'au niveau local. Il est considéré que le pilotage de la mesure par la DGEFP est distant, aux motifs que la catégorie des bénéficiaires de l'AAH n'est pas identifiée comme un public cible des politiques de lutte contre le chômage et d'insertion, à la différence des autres travailleurs handicapés.

Il convient effectivement de noter dans un premier temps que tous les bénéficiaires d'AAH n'entrent pas par nature dans une logique d'insertion professionnelle. Le cumul de l'AAH et de la RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) est à cet égard un critère déterminant permettant de distinguer les besoins des publics. La DGAS, se fondant sur des chiffres que lui fournit la CNAF, estime, qu'en stock, le nombre de personnes cumulant une AAH et une RQTH est de 250 000. La DREES pour sa part que le nombre de personnes ayant obtenu en 2004, une RQTH et une AAH est de 43 414, ce dernier chiffre correspondant au flux annuel.

Il paraît dans un deuxième temps nécessaire de distinguer les bénéficiaires de l'AAH au titre des dispositions de l'article L 821-1 du code de la sécurité sociale des bénéficiaires de l'AAH en vertu des dispositions de l'article L 821-2 de ce même code. En effet, ces derniers sont reconnus dans l'impossibilité de se procurer un emploi par la COTOREP.

La question du repérage et du suivi des bénéficiaires de l'AAH est de ce point de vue cruciale. La DGAS avait adressé, dans une note de janvier 2006, au cabinet de Monsieur le Ministre BAS un certain nombre de propositions sur ce point auxquelles la DGEFP a répondu par une note de mars 2006 adressée aux directeurs des cabinets de MM BAS et LARCHER. Cette note fait état de la nécessité d'une part de distinguer les différents publics bénéficiaires de l'AAH et d'autre part de percevoir la nécessaire complémentarité à mettre en œuvre entre les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi et les dispositifs d'accompagnement social et médico-social. Ces propositions émises résultaient majoritairement de la réflexion de groupes de travail réunissant les administrations centrales concernées, l'ANPE et l'AGEFIPH.

En tout état de cause, si on laisse provisoirement de côté la difficulté conceptuelle évoquée ci-dessus, on observe que à chaque fois que des bénéficiaires d'AAH s'adressaient au service public de l'emploi, ils étaient accueillis comme tout autre demandeur d'emploi dès lors qu'ils cumulaient à la fois l'AAH et la RQTH. Ils étaient, selon la DREES, au nombre de 20 419 en 2004.

Néanmoins il apparaît important de pointer comme une contradiction profonde le fait de vouloir mettre au même niveau tous les bénéficiaires d'AAH en tant que demandeurs d'emploi. En effet parmi eux figurent des personnes qui en bénéficient en raison d'une impossibilité de se procurer un emploi (article L. 821-2), la mesure même de la lourdeur du handicap dans l'emploi ne se résumant pas à la fixation d'un pourcentage d'incapacité.

A titre d'illustration, cette dernière catégorie de bénéficiaires d'AAH comprend de nombreux malades psychiatriques qui éprouvent de grandes difficultés d'insertion professionnelle alors même qu'ils n'ont pas nécessairement un taux de handicap élevé.

On observera à cet égard que le système d'information, actuellement en vigueur, ne permet pas de procéder à une distinction aussi fine des bénéficiaires d'AAH.

La DGEFP, pour sa part, a toujours porté une attention particulière à cette catégorie de demandeur d'emploi, comme en témoigne la circulaire interministérielle n° 2005/433 du 23 septembre 2005 relative aux modalités de mise en œuvre de l'article L 821-2 du code de la sécurité sociale, à l'élaboration de laquelle la DGEFP a été associée et qu'elle a cosignée.

Au demeurant, la mise en œuvre de mesures d'accès à l'emploi nécessite très souvent, au préalable ou en parallèle, la mobilisation d'outils d'accompagnement social, tels les dispositifs sociaux financés par les conseils généraux pour les bénéficiaires de minima sociaux, ou médico-sociaux comme les SAMSAH. Or ces dispositifs ne relèvent à l'évidence pas des compétences du SPE.

En tout état de cause, les personnes handicapées bénéficiaires de l'AAH peuvent désormais bénéficier au même titre que les autres travailleurs handicapés des CIE, CAE, Contrats d'apprentissage et de professionnalisation et sont éligibles depuis le 1^{er} janvier 2006 au Contrats d'avenir et CI-RMA.

2.2 - Le pilotage des institutions

La DGEFP a proposé à la CNSA de réfléchir au développement de l'outillage des MDPH pour la fonction d'orientation et d'évaluation professionnelle.

Dans le cadre des échanges conduits entre le SPE et les MDPH, il est ainsi envisagé la conclusion d'une convention entre le préfet et la MDPH servant à fixer les moyens mis à la disposition par le SPE pour la mise en œuvre de la fonction d'évaluation et d'orientation professionnelle.

Un schéma cible des relations entre le DDTEFP, le SPE et la MDPH a été présenté par la DGEFP dans le cadre de la préparation de la mise en place des MDPH (accessible sur le site Internet de la CNSA).

Par ailleurs, un projet de fiche de poste « référent chargé de l'insertion professionnelle au sein de la MDPH » a été proposé par la DGEFP à la CNSA.

Ces éléments doivent désormais être repris dans l'instruction qui doit être adressée par le ministre aux préfets.

En ce qui concerne les PDITH, il convient de rappeler qu'une étude a été réalisée entre 2003 et 2004 pour évaluer le fonctionnement et les résultats de ce dispositif. Cette étude a fait l'objet d'une note de synthèse en 2005. Des propositions d'évolution ont été dégagées et font actuellement l'objet d'une réflexion préalable à leur mise en œuvre, en lien avec l'AGEFIPH, tenant compte du nouveau paysage institutionnel induit par la loi du 11 février 2005. Ces points sont inscrits dans la convention d'objectifs entre l'Etat et l'AGEFIPH.

Les échanges que la DGEFP a eu avec les services déconcentrés de l'emploi sur ce dispositif montrent que les PDITH sont considérés comme particulièrement utiles et efficaces. Les PDITH permettent de mettre en œuvre un programme d'actions spécifiques et de faire le lien entre les mesures de droit commun en faveur des travailleurs handicapés mobilisables par le SPE et les dispositifs d'aides spécialisées tels que ceux financés par l'AGEFIPH.

Les PDITH constituent une réalité et un outil efficace de la mise en œuvre de la politique d'emploi des travailleurs handicapés depuis 1992 (généralisation du dispositif par note d'orientation DGEFP n° 99/33 du 26 août 1999) qui devraient être mieux ancrés dans un pilotage stratégique au niveau régional et interdépartemental qui faciliterait leur évaluation.

En ce qui concerne la recommandation visant à faire du PDITH l'instrument de programmation et de suivi de l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'AAH, il est à noter que la DGEFP anime actuellement un groupe de travail concernant le pilotage de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle en faveur des personnes handicapées

et la coordination des acteurs en vue de produire une instruction aux services déconcentrés au cours du mois de juin prochain afin de leur permettre de renforcer la mise en œuvre de cette politique. Elle abordera les thèmes évoqués dans le rapport d'audit.

Ainsi, l'axe d'intervention des PDITH, relatif à l'accès à l'emploi des personnes handicapées, orientées vers le marché du travail, les plus éloignées de l'emploi pourrait être confirmé.

III - Sur le système d'information dédié à la mesure

La mission note l'obsolescence du logiciel de gestion ITAC; mis à disposition des COTOREP, en ces termes : *"c'est un outil dont l'obsolescence est connue, puisqu'elle était déjà relevée dans le rapport de 1998. Or ITAC n'a pratiquement pas évolué depuis. Lent et peu ergonomique, il ne sert en pratique qu'à l'édition des notifications de décisions. Il dispose de peu de fonctionnalité en termes d'information statistique et ne permet par exemple que l'édition de données d'activités très frustrées... La réforme de 2005 explique que la rénovation ou le remplacement d'ITAC aient été repoussés dernièrement..."*

Si l'obsolescence d'ITAC ne fait aucun doute, il faut noter la longévité et l'utilité de cette application qui, en attendant la mise en place par la CNSA d'un système d'information totalement nouveau pour les MDPH, va permettre à ces dernières d'exercer leur mission. Une nouvelle version d'ITAC va prochainement être mise à disposition des MDPH, permettant de gérer les cinq volets de la PCH et les modifications des impressions.

L'application continue donc d'évoluer, gage de l'investissement de la DGEFP et des autres administrations centrales dans le dossier de refonte d'ITAC. La DGEFP a en effet toujours été très investie dans le suivi de ce système d'information et continue, soit par la réalisation de travaux techniques, soit au niveau du comité de pilotage stratégique, au succès du projet engagé par la CNSA. La DGEFP a également été très volontaire dans sa demande à la CNSA de prévoir les échanges d'informations entre les MDPH et les DDTEFP.

Par ailleurs, si l'absence d'identification des bénéficiaires de l'AAH dans les statistiques de l'ANPE est une réalité qui rend actuellement impossible leur repérage dans les différentes mesures pour l'emploi, il serait souhaitable qu'à terme il soit procédé à des extensions de GIDE pour pouvoir y intégrer des informations concernant les bénéficiaires d'AAH.

La DGEFP s'est également attachée à ce que les bénéficiaires de l'AAH puissent être identifiés dans les Cerfa des contrats suivants : CIE, CAE, CAV et CI-RMA (Contrats d'apprentissage en cours), afin qu'un suivi statistique puisse être effectué.

La DGEFP a, en outre, proposé d'inscrire dès le projet de PAP 2007 un indicateur d'insertion dans l'emploi durable des bénéficiaires de l'AAH après leur passage par un contrat aidé.

Concernant les indicateurs de suivi des travailleurs handicapés dans la politique de l'emploi, la DGEFP s'est attachée à ne retenir que des indicateurs de performance de type taux d'accès à l'emploi des travailleurs handicapés et taux de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés plutôt que des taux d'indicateurs d'activité des CDA et ce pour mesurer l'efficacité des moyens mis en œuvre. Si cette proposition était retenue, elle pourrait servir à illustrer le niveau des besoins.

B - REMARQUES SUR LES PROPOSITIONS DU RAPPORT

La DGEFP a examiné avec intérêt les propositions du rapport et accueille favorablement bon nombre d'entre elles qui s'inscrivent dans les évolutions engagées dans le cadre de la mise en œuvre de la loi.

I – Une évaluation globale de la personne handicapée

La DGEFP est ainsi favorable la mise en œuvre d'une évaluation globale de la personne handicap partant de la définition d'un projet de vie incluant une évaluation de ses déficiences, la définition d'un plan de compensation et intégrant l'évaluation et l'orientation professionnelles dans toutes leurs dimensions. Cela doit donc se traduire par l'association systématique, dans le même temps, de l'attribution de l'AAH aux évaluations et orientations professionnelles.

Elle est également favorable à une clarification des modalités et conditions d'attribution de l'AAH, pouvant aller jusqu'à la modification législative.

II – Un renforcement du pilotage de la politique publique de l'emploi en direction des travailleurs handicapés

La DGEFP est favorable au renforcement du pilotage de la politique de l'emploi et de la formation, et à la mobilisation en direction des travailleurs handicapés et notamment les plus éloignés de l'emploi de l'ensemble des dispositifs d'aides à l'emploi au travers des acteurs SPE et des Cap Emploi.

La DGEFP s'attache à un meilleur accompagnement des publics les plus éloignés de l'emploi passant par une recherche d'adéquation de l'offre de service des acteurs (SPE et Cap Emploi) en direction de ces publics.

Le développement des compétences de ces acteurs au sein des équipes pluridisciplinaires des MDPH pour l'évaluation et l'orientation professionnelle doit être également recherché.

L'articulation entre les MDPH d'une part, le SPE et les Cap Emploi d'autre part, doit être renforcée pour assurer le suivi et l'accès à l'emploi des personnes handicapées qui sont orientées vers le marché du travail par la commission des droits et de l'autonomie.

Au titre des personnes très éloignées de l'emploi, les bénéficiaires de l'AAH doivent constituer un public prioritaire. L'action du SPE et des Cap Emploi, compte tenu de leurs compétences, doit être pris en compte pour les bénéficiaires de l'AAH pour lesquels la CDA, après le processus d'évaluation, aura défini une orientation vers le marché du travail.

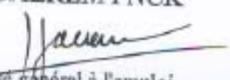
Il convient toutefois d'admettre qu'une grande partie des bénéficiaires de l'AAH au titre de l'article L. 821-2, compte tenu de la gravité de leur handicap qui justifie d'ailleurs ce niveau de compensation, ne bénéficie pas souvent d'un potentiel personnel d'accès à l'emploi.

Il est donc nécessaire, au stade du diagnostic comme du processus d'accompagnement, de définir la complémentarité de la mise en œuvre du parcours vers l'emploi et des dispositifs d'accompagnement sociaux et médico-sociaux.

Il semble, à cet égard, irréaliste de penser que le SPE à lui seul pourra apporter les solutions d'insertion sociale et professionnelle aux personnes handicapées bénéficiaires de l'AAH pouvant accéder au marché du travail. C'est bien l'ensemble des acteurs et des dispositifs qui doit être mobilisé.

Enfin, il apparaît important pour la DGEFP de renforcer le pilotage des PDITH et de les mobiliser pour l'accès à l'emploi des personnes handicapées bénéficiaires de l'AAH orientées vers le marché du travail.

Jean GAEREMYNCK


Délégué général à l'emploi
et à la formation professionnelle

NOUVELLES OBSERVATIONS DE LA MISSION



INSPECTION GENERALE DES FINANCES

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES

Programmes d'audits de modernisation 2^{ème} vague

-

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES

NOTE

Objet : Réponse aux observations formulées par la DGAS et la DGEFP concernant le rapport d'audit sur l'Allocation aux Adultes Handicapés

I. CONCERNANT LES OBSERVATIONS FORMULEES PAR LA DGAS

La mission note que la DGAS partage l'essentiel du constat qui a été effectué sur la gestion de l'allocation aux adultes handicapés ainsi que **les propositions formulées dans le rapport**, même si elle souligne des difficultés de mise en oeuvre.

Quelques **précisions concernant les observations** formulées par la DGAS doivent être apportées :

1. Sur l'état des lieux du fonctionnement des COTOREP :

La mission ne conteste pas l'existence d'un cadre normatif régissant le fonctionnement des COTOREP, comme rappelé en plusieurs endroits du rapport et de ses annexes. Elle considère toutefois que :

- les textes sont, sur certains points, insuffisants et parfois contradictoires (absence d'instructions, par exemple, sur les cas d'intervention d'une visite médicale, contradictions entre les textes sur les modalités de fixation des taux d'incapacité, etc. cf. annexe I) ;
- les règles édictées (et notamment celles relatives à la collégialité de la procédure) ne font pas l'objet d'un contrôle de leur effectivité. En conséquence, elles sont très inégalement appliquées selon les COTOREP ;
- certaines de ces règles, trop floues ou complexes, ne sont pas d'application évidente et restent donc peu opérationnelles (cas notamment des textes régissant le critère « d'impossibilité de se procurer un emploi compte tenu du handicap »).

En ce qui concerne les remarques du rapport sur la qualité des dossiers, dont la DGAS semble remettre en cause le bien-fondé, il convient de rappeler la méthodologie suivie :

- les décisions ont été étudiées avec l'appui du médecin membre de la mission et en présence d'un ou plusieurs médecins de l'équipe médicale de la COTOREP (le plus souvent le médecin coordonnateur), ces derniers n'ayant pas contesté les constats effectués par la mission ;
- le calcul des 32% de dossiers non justifiés sur l'un des critères d'attribution de l'AAH exclut expressément les cas sur lesquels la mission avait un simple doute, et notamment les dossiers à la limite du traitement social ;
- la mission tient à la disposition de la DGAS les grilles d'analyse qui ont servi de base à ce décompte.

2. Concernant les observations relatives au pilotage de l'AAH :

La mission a eu connaissance des travaux qui ont été ou sont actuellement menés en vue d'améliorer les procédures en œuvre dans les COTOREP/MDPH et la qualité des remontées d'information.

Elle a toutefois constaté, à la date des investigations, que des carences importantes persistaient, carences auxquelles les travaux en cours (notamment sur les systèmes d'information) sont en effet susceptibles d'apporter des améliorations. Le rapport indique ainsi clairement que les différents chantiers ouverts dans le cadre de la réforme découlant de la loi du 11 février 2005 permettront d'améliorer la gestion de l'AAH.

C'est avec l'objectif de soutenir et conforter la réflexion actuelle que des propositions opérationnelles ont été émises par la mission. Celles-ci passent prioritairement par la clarification des rôles respectifs de la DGAS et de la CNSA concernant l'AAH.

Enfin, la mission prend bonne note des précisions fournies sur la stratégie proposée par la DGAS en matière d'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'AAH, le rapport évoquant la pertinence de cette démarche tout en regrettant son caractère tardif.

II. CONCERNANT LES OBSERVATIONS FORMULEES PAR LA DGEFP

La mission note avec intérêt que la DGEFP est d'accord avec l'essentiel du constat établi dans le rapport sur l'AAH, ainsi qu'avec les propositions formulées. Les observations de la DGEFP valident pour l'essentiel les constats et les préconisations de la mission. Quelques divergences d'appréciation appellent les précisions suivantes :

La DGEFP fait observer à juste titre son implication dans le pilotage du dispositif de l'AAH, traduite notamment par la production de circulaires incitant les services déconcentrés à veiller à l'insertion professionnelle des personnes handicapées, par la formalisation d'une « commande » de données statistiques à la CNSA, ainsi que par des travaux de synthèse conduits sur le PDITH. Enfin, la DGEFP estime qu'il faut découpler niveau de handicap et employabilité et exprime à ce titre des doutes sur l'employabilité de certains publics même lorsque leur taux de handicap est relativement faible (personnes atteintes de troubles psychiatriques notamment).

Sur ces différents aspects, on peut indiquer :

- que la mission n'a pas remis en cause l'existence d'instructions portant sur l'activation des dispositifs d'emploi en faveur des travailleurs handicapés ; elle a en revanche souligné l'absence de ciblage des allocataires de l'AAH ainsi que, de façon plus générale, la faible effectivité de ces mesures et l'absence de données permettant d'en rendre compte ;
- que les demandes d'information statistique adressées à la CNSA ne semblent pas suffisamment précises ni ciblées pour permettre un pilotage plus efficace des politiques d'insertion professionnelle des personnes handicapées ;

- que les PDITH ne font pas l'objet d'une remontée, d'une analyse et d'un suivi réguliers de la part de la DGEFP, ce qui limite fortement sa capacité à orienter les actions mises en œuvre sur le terrain, notamment sur l'insertion professionnelle des allocataires de l'AAH qui n'est pas identifiée en tant que telle. En tout état de cause, l'enquête auprès des services déconcentrés de 8 départements a révélé une mise en œuvre à la fois très inégale et globalement insuffisante de ces plans, dont la dynamique repose trop souvent sur des initiatives individuelles ;
- que l'observation d'une absence de lien automatique entre niveau de handicap et employabilité va tout à fait dans le sens des constats de la mission. La conclusion qui en est tirée sur la DGEFP selon laquelle une part importante des allocataires du L 821-2 seraient faiblement employables mérite toutefois d'être objectivée ; c'est la raison pour laquelle la mission préconise le renforcement significatif de l'évaluation de l'employabilité et l'exploitation systématique de ces données pour conduire une véritable politique d'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'AAH.